

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Discussie

Reactie op 'Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie'

door Jan Meerdinkveldboom

Jac Maurer & George Westermann

Het is verheugend dat de adviesfase als essentiële schakel tussen diagnostiek en behandeling de laatste tijd steeds meer de aandacht krijgt die ze verdient. De bijdrage van Jan Meerdinkveldboom (2012) over het adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie hebben wij dan ook met belangstelling gelezen. Zelf zijn wij op het terrein van gezamenlijke besluitvorming in de jeugd-ggz al ruim tien jaar actief en Meerdinkveldboom haalt in zijn betoog het empirisch promotieonderzoek naar een gestructureerde adviseringsmethode aan dat een van ons heeft verricht (Westermann, 2010). Het is alleen jammer dat wat hij hierover schrijft helaas geheel niet klopt. We zetten dit graag recht en gaan tevens met plezier de dialoog over dit onderwerp aan, waartoe de redactie ons in hetzelfde nummer uitdaagt (Cornelis, 2012).

Meerdinkveldboom gaat in op onze werkwijze maar gebruikt hierbij een algemene adviesgesprekdefinitie uit de inleiding van het proefschrift. Het betreft een gangbare omschrijving uit de literatuur, in dit geval door De Bruyn en collega's (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2005), maar dus niet van onze methodiek. Meerdinkveldboom dicht ons toe ten eerste vooral op expertniveau te handelen, ten tweede het accent vooral op kindproblematiek te leggen en ten derde 'geen expliciete perspectiefverschuiving van lineair-causaal naar circulair' te maken. Over dit laatste valt in het proefschrift juist te lezen: 'De vaak schuldbeladen lineaire oorzaak-gevolggedachten van veel ouders maken plaats voor de waardevrije circulariteit van het plaatje, dat samenhang biedt en richting geeft voor de behandeling' (pp.100-101). Zowel in het proefschrift, hoewel beknopt, alsook in publicaties over het Dialoogmodel (Maurer & Westermann, 2007; Westermann & Maurer, 2010) schetsen

Reactie op 'Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie'

wij expliciet hoe wij deze verschuiving van een lineair naar circulair perspectief vorm geven.

Hulpverleners (met als onderdeel het adviesgesprek) via het Dialoogmodel houdt uitdrukkelijk in dat de hulpverlener niet tracht aan het hulpvragend systeem 'het verklarend model' van de hulpverlening te verduidelijken. Wij draaien het letterlijk om: we gaan met hen juist na of wij hen goed hebben begrepen en of we hun perspectief en dat van ons kunnen verenigen in een synthese die voor hen en voor ons betekenisvol en hoopgevend is en richting geeft aan de behandeling. Deze synthese tekenen we uit op een whiteboard of flapover in de vorm van een plaatje. Het Dialoogmodel is eerder 'verhelderend' dan 'verklarend' te noemen. De 'verheldering' dient vooral om hoop en vertrouwen in verandering te genereren en de attitude is gericht op het bevorderen van samenwerking en afstemming. Deze 'algemeen werkzame aspecten van behandeling' zijn door diverse auteurs in kaart gebracht (voor een overzicht zie Verheij, 2005). Ook hebben diverse onderzoeken het verband aangetoond tussen de werkaliantie in de beginfase van behandeling en het behandelingseffect (Westermann, 2010, p.22).

Meerdinkveldboom gaat helaas niet nader in op een aantal specifieke, onderscheidende kenmerken van het Dialoogmodel, die wij hier kort toelichten. Naast de dialogische benadering in de taal van het hulpvragend systeem is visualisatie van deze dialoog essentieel. Het 'totaalplaatje', dus niet alleen de kindgebonden aspecten maar juist de interactie met de omgeving (inclusief de hulpverlening) en de omgevingskenmerken, komen op een voor de hulpvragers logische wijze op een whiteboard in beeld (zie voor het plaatje en een introductiefilmpje: www.dialoogmodel.nl). Dit plaatje vormt als het ware een extra element in de kamer. Wij scharen ons als hulpverleners letterlijk naast de hulpvragers en richten met hen de blik op wat speelt. We gaan samen na hoe diverse aspecten samenhangen, waar ze het niet meer geregeld krijgen en waar openingen voor verandering liggen. Het nut van visualisatie bij informatieoverdracht (meer overzicht, meer cognitieve, minder emotioneel overspoelende structuur en stimulatie van creatief denken) is eveneens in diverse onderzoeken bewezen (voor een samenvatting van deze literatuur zie Westermann, 2010, p.23). Dat het kind of de jeugdige centraal staat bij de visualisatie, heeft te maken met feit dat de verwijzing eigenlijk altijd tot stand komt vanwege kindgebonden problematiek en wij op dat eerste perspectief aansluiten. Dit aanvangsperspectief van de hulpvragers wordt gezamenlijk in dialoog verbreed.

Een ander essentieel element van het Dialoogmodel is het expliciet aandacht schenken aan de krachten, talenten en mogelijkheden van alle

Reactie op 'Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie'

betrokkenen. Hier liggen immers vaak de aangrijpingspunten voor behandeling. Wij hebben het met de hulpvragers over 'wat hen hindert en ook wat hen helpt, waar zij in vastlopen en wat hun zelf wel goed lukt'. We spreken samen af 'waar wij als hulpverlening tijdelijk "mee-regelen" totdat zij het zelf weer voldoende samen geregeld krijgen'. Waar Meerdinkveldboom ervoor kiest eerst de expertpositie in te nemen en vervolgens meer die van consulent, positioneren wij onszelf van meet af aan als meedenker, als mederichtinggever met expertise. Met deze insteek, die is gericht op motiverend partnerschap, hebben wij uitstekende ervaringen. We stemmen hierbij af op de informatiebehoefte van de hulpvragers en op de rol die zij willen innemen bij het besluitvormingsproces. Het afstemmen op de relationele stijl van de hulpvragers is daarom een van de onderscheidende elementen van het Dialoogmodel. We bepalen samen met het hulpvragend systeem in dialoog hoe we verantwoordelijkheden delen en hoe ieder zijn expertise kan inzetten. *Informed consent*, *empowerment* en *shared decision-making* karakteriseren onze werkwijze. In de beschrijving door Meerdinkveldboom van de benaderingswijzen van Van Oenen en collega's lezen wij gelijkenis in benadering.

De lezer die meer over het promotieonderzoek en het Dialoogmodel wil lezen, verwijzen we naar het artikel dat Nicole Vliegen (2012) daarover in dit blad schreef. Zij bestempelt onder meer het nauw aansluiten bij het gezin als een belangrijk pluspunt van de Dialoogmodelbenadering.

Niet alleen via onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ook in de huisartsensetting heeft recent een pilotonderzoek bij volwassenen met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten laten zien dat het Dialoogmodel goed bruikbaar is bij het zetten van de stap van strikt medisch lineair-causaal denken naar een wijdere circulaire invalshoek. Juist bij deze doelgroep is dat niet bepaald een gemakkelijk tot stand te brengen perspectiefverschuiving. Vervolgonderzoek is in voorbereiding. Ook het eerder genoemde onderzoek zal worden herhaald. In dit geval niet bij ouders van jonge kinderen, maar bij adolescenten en hun gezin.

De bezwaren die Meerdinkveldboom voor een 'geheel open dialoog' in de jeugd-ggz ziet, delen wij niet. Ook na een eerste gesprek (en meestal enige voorinformatie) is doorgaans een voldoende overlappend beeld te schetsen dat als uitgangspunt kan dienen voor de start van behandeling en zo nodig procesdiagnostiek. In onze optiek doen het verhaal en de zienswijze van de adolescent er even veel toe als die van de ouders. Iedereen heeft een gelijkwaardige inbreng, alleen de positie, de verantwoordelijkheden en het denkkader van allen variëren, ofwel zijn niet gelijkwaardig! Als het hulpvragend systeem vindt dat het samen geconstrueerde

Reactie op 'Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie'

verhaal en het bijbehorend 'plaatje' voldoende recht doen aan hun actuele situatie, dan kan een behandelingsplan (inclusief eventueel aanvullend onderzoek) worden overeengekomen. Alle betrokkenen zijn zich er van bewust dat achter de gedeelde situatieschets nog hele werelden schuil gaan. Dat geldt voor de hulpvragers en ook voor ons hulpverleners. Als het zorgproces goed op gang komt, zal in een voortgaande dialoog de nodige verdieping en verbreding volgen, zo veel als nodig om de gezamenlijk gestelde doelen te realiseren.

Jac Maurer is klinisch psycholoog en psychotherapeut/systeemtherapeut.

George Westermann is kinder- en jeugdpsychiater. Beiden zijn werkzaam bij Orbis Geestelijke Gezondheidszorg, afdeling kinderen en jeugdigen, Sittard-Geleen. E-mail: info@dialogomodel.nl.

Literatuur

- Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, E.J.M. van (2005). *De diagnostische cyclus – Een praktijkleer*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Cornelis, J. (2012). Ik daag u uit... *Systeemtherapie*, 24(4), 187-190.
- Maurer, J.M.G., & Westermann, G.M.A. (2007). *Beter communiceren in de hulpverlening – Het Dialoogmodel als leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meerdinkveldboom, J. (2012). Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie – Van lineaire naar circulaire causaliteit. *Systeemtherapie*, 24(4), 187-190.
- Westermann, G.M.A. (2010). *Ouders adviseren in de jeugd-ggz – Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek*. Thesis. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers. <http://repub.eur.nl/res/pub/22397/>.
- Westermann, G., & Maurer, J. (2010). Bewezen effectieve therapie: en toch werkt het vaak niet! Tijd voor dialoog en visualisatie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 9, 100-106.
- Verheij, F. (2005). Over aspecifieke en specifieke werkzame factoren in psychotherapie. In F. Verheij (red.), *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie* (pp.103-113). Assen: Van Gorcum.
- Vliegen, N. (2012). In dialoog met ouders en kinderen – Een gestructureerd adviesgesprek ontworpen en getoetst. *Systeemtherapie*, 24(1), 27-34.