
MOEILIJKE MOMENTEN MET LASTIGE MENSEN

"GESPREKKEN MET ZORGMIDDERS"

Gerard Lohuis

Inleiding

Midden jaren negentig van de vorige eeuw ontstond bemoeizorg in de praktijk omdat mensen, die objectief gezien ernstige psychische problemen hadden en zelf niet gemotiveerd om hulp vroegen, verleid moesten worden om zorg te ontvangen. Tegenwoordig heeft bijna niemand het meer over bemoeizorg, omdat het normaal is dat we ons bekommeren om dezelfde mensen wanneer ze niet om hulp vragen. De tijdsgeest en de context is nogal bepalend hoe we oordelen en van waaruit we handelen. De geestelijke gezondheidszorg lijdt in ernstige vorm aan tijdsgebonden en probleem-georiënteerd denken en dient voortdurend zelf verleid te worden tot revitalisering op basis van vernieuwde inzichten en denkwijzen. De bemoeizorg heeft laten zien dat diagnostiek en protocollen hulpmiddelen dienen te zijn, en diagnostiek altijd om een persoonlijke, betekenisvolle vertaalslag vraagt (van Os 2014). Of er nu wel of niet lastige mensen bestaan, het hangt af vanuit welk perspectief er naar gekeken wordt. Weerstand nodigt uit tot reflectie, het behouden van autonomie is belangrijker dan de wil van de hulpverlener, eigen ervaring werkt sterker dan de oplossing van de therapeut en soms leveren klachten meer zekerheid op dan de genezing kan bewerkstelligen. Het zijn voor de hulpverleners geen prettige boodschappen, want die zijn ooit het vak ingegaan om te helpen en om zelf van betekenis te kunnen zijn. Aan bod komen wat mensen nodig hebben om gelukkig te zijn, wat de kracht van juistheid is, en hoe diagnostiek weer is waar het voor bedoeld is, namelijk om mensen te helpen. Hierna mag er niet meer gesproken worden over zorgmijding, omdat zoiets alleen bestaat in het hoofd van de hulpverlener.

De kracht van erkenning - het contact

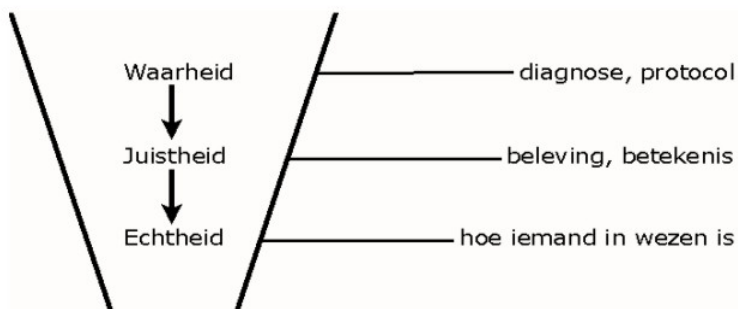
Bij een bezoek aan de huisarts vanwege misselijkheid en vermoeidheid, stelt deze na vijf minuten voor dat u dadelijk insuline toegediend krijgt omdat hij zeker weet dat er sprake is van diabetes. Er is niet veel inbeeldingsvermogen voor nodig om vast te stellen dat iemand hier niet mee akkoord gaat. Er dient nader onderzoek plaats te vinden en de huisarts heeft een heleboel vragen te beantwoorden voordat het behandelvoorstel serieus genomen wordt.

Walt hoort stemmen die hem de opdracht geven om niet op straat te komen. Hij heeft bij zijn broer aangegeven dat hij met rust gelaten wil worden omdat het zo druk is in zijn hoofd. De broer maakt zich zorgen maar Walt geeft aan dat hij geen contact met hem wil. De hulpverlener belt aan en vertelt na vijf minuten dat Walt in de war is en dat hij gekomen is om hem te helpen. Ook hier is niet veel inbeeldingsvermogen nodig om de afloop te voorspellen.

Ruut Veenhoven, onze nationale geluksprofessor, heeft in zijn wereldwijde onderzoek naar geluk, aangetoond dat autonomie, zingeving en waardevol contact met anderen drie essentiële pijlers zijn voor het ervaren van geluk. Wanneer de hulpverlener hieraan voorbijgaat bij mensen die niet zelf om hulp vragen, of niet gemotiveerd zijn om hulp in te schakelen, kunnen rekenen op een fikse weerstand of zorgmijding. Bij mensen met ernstige psychotische problematiek speelt nogal eens het verschijnsel van anosognosie, bij mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek spelen oude copingstrategieën een overheersende rol, soms tegen wil en dank. Anosognosie is een begrip uit de neurologie en betekent de ziekte niet kennen (Amador 2012 , Tielens 2012).

Hierbij is sprake van een neurologisch defect waardoor iemand niet kan zien dat er sprake is van een psychose. En iets wat je niet kunt zien, kun je niet hebben. Klinkt logisch, toch blijven hulpverleners mensen met een psychose overtuigen dat ze ziek zijn en dat zij medicijnen moeten nemen 60% van mensen met psychotische verschijnselen, kunnen dit niet zelf waarnemen (Amador 2012), en is niet gemotiveerd voor hulp. Mensen met een diagnose borderline en antisociale persoonlijkheidskenmerken hebben een behoorlijk bias in de zelfbeleving en leggen dat onvermogen bij een ander om zelf de pijn niet te voelen. Het is inmiddels bekend dat mensen met een antisociale karakterstructuur niet of een beperkt vermogen hebben om te metalliseren, omdat de spiegelneuronen niet (optimaal) werken. Het is dan ook niet vreemd dat het hen de nodige problemen in de sociale omgang oplevert. En dat ze niet staan te trappelen om hulp wanneer ze niet zelf lijdensdruk ervaren of het zelf willen oplossen.

In de omgang met mensen die schijnbaar niet meewerken aan de hulpverlening is het van belang om bij aanvang van het contact de eigen *onaandachtigheidsblindheid* op te heffen. Andries Baart heeft dat in zijn theorie over presentie als methode ingebouwd (Baart, 2001). Het gaat hierbij om het uitschakelen van de eigen opvattingen, ideeën of visie. Dat klinkt paradoxaal, want de eigen mening of indruk ontstaat als vanzelfsprekend. De hulpverlener, dient zich daarvan bewust te zijn en deze voor zichzelf te houden. Het gaat namelijk niet om de waarheid zoals de hulpverlener deze waarneemt, maar om de betekenis die iemand er zelf aan geeft. Het geldt in feite bij alle problematiek in de GGZ. Harry Kunneman, professor Humanistiek, gebruikt hierbij de '*waarheidstrechter*' om duidelijk te maken wat er speelt. De waarheid is een afspraak hoe iets genoemd wordt, b.v. een depressie of een psychose. De manier hoe iemand het beleeft of wat het betekent, is voor iedereen verschillend. Dat noemt hij het niveau van de juistheid. Jim van Os gebruikt het in zijn manier van diagnosticeren, de persoonlijke diagnostiek. Hij gaat hierbij uit van de persoonlijke beleving van iemand, waardoor een diagnose persoonlijk wordt en aansluit bij de beleving van de cliënt. Het komt simpelweg neer op het onbevangen luisteren en proberen te begrijpen hoe het voor iemand is.



Het gaat om het opbouwen van contact waarbij het belangrijk is dat de cliënt zich erkent voelt. Dat wil niet zeggen dat de deskundige opvatting of mening van de professional er niet toe doet. Het is vooral van belang, deze classificaties te begrijpen vanuit het perspectief van de cliënt. Hierbij hoort begrip voor dimensionele aspecten, transdiagnostische verklaringen, functionele aspecten van de klacht en de context waarbinnen de klacht zich afspeelt.

Bij het *dimensionele* denken gaat het om de ernst van de klacht. Het gaat hierbij om de ervaren lijdensdruk en hoe de klachten iemand beperken in diens functioneren. Bij *transdiagnostiek* (Heycop, 2014) gaat om de mate waarin bepaalde psychologische, fysiologische of genetische mechanismen de gezondheid van iemand beïnvloeden. Slecht slapen of niet kunnen mentaliseren (twee transdiagnostische factoren) kunnen van invloed zijn op het ontstaan van problemen in het dagelijks functioneren. Wanneer iemand niet goed kan aanvoelen hoe de stemming van een ander is, bijvoorbeeld bij autisme of antisociale persoonlijkheidsproblematiek, dan ligt het voor de hand dat het problemen in omgang met anderen kan veroorzaken. Wanneer iemand slecht slaapt, zal de concentratie afnemen en kunnen er problemen in het dagelijkse functioneren ontstaan. Hieruit kan wellicht een depressie voortkomen omdat iemand merkt dat hij zijn werk niet goed kan doen en een negatief zelfbeeld ontwikkelt. Wat begon als een slaapprobleem eindigt in een depressie. De transdiagnostiek probeert dit soort fenomenen in kaart te brengen. Er zijn vele etiologische routes die uiteindelijk kunnen leiden tot een psychiatrische stoornis.

Het *contextuele* of systeemgerichte denken kijkt vooral naar de wisselwerking tussen het ontstaan van de klachten en de omgeving waarbinnen iemand functioneert. Wanneer iemand psychotische klachten heeft, maakt het nogal verschil of hij al dan niet ondersteuning heeft vanuit zijn omgeving. Amador stelt zelfs dat het ontberen van contacten bij iemand die psychotisch is, wellicht een groter probleem is dan de psychose zelf (Amador 2012). Door de eenzaamheid en isolement kunnen de psychotische klachten toenemen. Bovendien kan de omgeving dan ook niet als signaleerder optreden waardoor vroegtijdig ingrijpen niet mogelijk is. Wanneer we het hebben over het belang van een steunsysteem, is het onderzoek dat van Os heeft gedaan interessant. Hij stelt dat het hebben van een steunsysteem of het behoren bij een groep, preventief kan werken bij het voorkomen van psychische problemen. Dit sluit weer aan bij het belang van waardevolle contacten voor het ervaren van geluk.

Wilco is een 43 jarige alleenstaande man die bij de OGGZ wordt aangemeld omdat burens zich zorgen om hem maken. Hij zou zichzelf verwaarlozen en in zijn woning stapelen spullen zich op. De hulpverlener belt bij hem aan en treft een uiterst achterdochtige man aan die geïrriteerd reageert wanneer hij hoort wat de reden van de komst van de hulpverlener is. Deze heeft al lang gezien hoe de boel is verwaarloosd en dat Wilco 'psychotisch overkomt'. Hij dringt niet aan, benoemt niet wat hij ziet maar is er alleen op uit om het wantrouwen niet te vergroten. Hij toont begrip voor de gemoedstoestand van Wilco en vraagt of hij een ander moment nog eens mag terugkomen. Voor hij het zelf door heeft, begint Wilco te praten over een complot dat tegen hem gaande is en dat hij de burens ervan verdenkt hem via de radiatoren allerlei seinen door te geven.

In dit korte fragment zitten een aantal methodische aspecten die van belang zijn in het omgaan met 'moeilijke mensen'. Berthold Gunster (Gunster, 2008) heeft ons in zijn techniek van het omdenken laten zien dat een probleem een opvatting over de realiteit is, die niet overeenstemt met onze verwachtingen. Filosofisch gezegd: een probleem bestaat niet, tenzij je wilt dat de ander iets doet of laat wat niet overeenstemt met jouw idee. Wilco kan gezien worden als een psychotische man, die zich uit de wereld heeft terug getrokken omdat hij achterdochtig is. Bovendien verwaarloost hij zijn woning. Als hij dit al zou zien, hetgeen niet zo is, dan zou hij zich niet zo maar laten ompraten om dit aan te pakken. Wat dan wel? Het gaat om de volgende psychologische en methodische aspecten.

Psychologische aspecten

1. Winnen van vertrouwen door de hulpverlener/ afnemen van wantrouwen bij de cliënt.
2. Werken aan gevoel van wederkerigheid
3. Ervaren van erkenning bij de cliënt, aansluiten bij de werkelijkheid van de cliënt door de hulpverlener
4. Werken aan gevoel van betekenisgeving: belangen in beeld krijgen.

Harry Kunneman spreekt over het ontstaan van emergentie: *het komt tevoorschijn*. Hiermee wordt het (intuïtieve) gevoel bedoeld dat voor zowel cliënt als hulpverlener zichtbaar maakt waar het contact over gaat. Het is herkenbaar aan de werking van het on(der)bewuste: iemand wordt verliefd op een ander, ook al weet hij niet precies waarom dat het geval is. Het ontstaat in het contact. Hulpverlening werkt het beste wanneer zowel hulpverlener als cliënt betekenis kunnen geven aan het contact. Dat kan vanuit verschillende perspectieven, maar beiden moeten ervaren dat ze er voor elkaar toe doen. Beiden moeten ergens een belang vinden, anders is een (samenwerkings)relatie vrijwel onmogelijk. Wanneer iemand erg achterdochtig is, kun je niet verwachten dat deze na 5 gesprekken jou volledig gaat vertrouwen. Wanneer iemand autisme heeft, kun je niet verwachten dat hij de hulpverlener kan aanvoelen en sociaal invoelend zal reageren. Verwacht van Wilco niet dat je zijn huis mag komen opruimen en dat hij pillen gaat slikken omdat hij psychotisch is. Dat is denken vanuit het niveau van de waarheid. Hulpverleners moet een laag dieper de trechter in, namelijk contact maken op het niveau van de juistheid.

Methodische aspecten

1. Small talk en tuning: praten over koetjes en kalfjes
2. Yes-set: iemand wil gezien worden
3. Wederzijds aftasten en uitproberen: de ander leren kennen en zelf gekend worden
4. Presentie: opheffen onaandachtigheidsblindheid en afgestemd raken op de ander
5. Narratieven: betekenisvolle verhalen uitlokken
6. Motiveren/ motivatie: relatie is gericht op een doel
7. Herstel- en krachtgericht denken vanuit positieve psychologie: ga uit en zie wat mensen kunnen/ ook al kunnen ze een heleboel niet.
8. Functionele, persoonlijke diagnostiek: wat is er aan de hand en wat moet er gebeuren

Els is een 19 jarige vrouw die als prostituee op de baan werkt. Ze is volgens medewerkers op de baan verslaafd aan drugs en ze zou erg in de war zijn. Ze heeft gevaarlijke seks met mannen en vanuit het straatprostitutieproject wil men contact vanuit de OGGZ om zichzelf te beperken tot basale zorg als naaldenverstrekking, opvangen in de huiskamer en uitdelen van een boterham. De hulpverlener zoekt Els op op de baan, die meteen van wal steekt. Ze scheldt de hulpverlener uit, beledigt hem en windt zich in toenemende mate op omdat zij tijdens haar werk lastig gevallen wordt. De hulpverleners wordt na een kleine minuut boos op Els en drukt haar een kaartje in handen van zijn werkplek en meldt dat hij geen zin heeft in dit gedoe van Els. "Doe maar eens normaal en krijg de klere", roept de hulpverlener en vertrekt. De volgende dag word hij gebeld vanuit kantoor omdat Els daar is aangekomen. Ze staat al scheldend in de centrale ruimte en de hulpverlener meldt dat hij er aan komt. Onderweg denkt hij "zij is in ieder geval gemotiveerd, al is het de vraag waarvoor".

Small talk en tuning, de Yes-set

Het is de kunst om bij het eerste contact vooral de relatie centraal te stellen. Laat de ander iets vertellen, vertel zelf iets leuks, maak het niet te zwaar, stel geen vragen die de ander in verlegenheid brengen en zorg er voor dat het gesprek over iets gaat waar de ander zich in kan vinden. Dit kan samengevat worden als het creëren van de Yes-set. Hierbij speelt positieve beïnvloeding een rol. Wanneer iemand een aantal keren met 'ja' kan antwoorden op vragen die hem worden gesteld, levert dat de ander een goed gevoel op. Iemand voelt zich gezien. Het gaat om 'het aftasten en afgetast worden'. Door te praten over het zogenaamde *schijnbare niets of praten over koetjes en kalfjes* krijgt de hulpverlener genoeg informatie, zonder er *anamnestisch* naar te vragen. Een eerste grove inschatting over aanwezigheid van pathologie (stemming, verwardheid, geheugen, verslaving) kan gemaakt worden. Blijkt dat iemand niet in staat is om dit enigszins op coherente wijze te doen, dan is het zaak om een risicotaxatie uit te voeren. Tielens (2012) noemt dit het inschatten of iemand oordeelsbekwaam is. Wanneer iemand niet oordeelsbekwaam is, dan dient gevaar voor degene zelf en diens omgeving afgewend te worden. Soms is dat duidelijk, maar het komt regelmatig voor dat het om een (morele) inschatting door hulpverleners gaat, waarbij naast een inschatting van het gevaar of risico, de context en de behandelverwachting een rol spelen. Denk maar eens aan iemand die al jaren drinkt en aan lager wal is geraakt. Wanneer wordt er ingegrepen en wanneer ziet iemand een behandelperspectief? De persoonlijkheid van de verwijzer en diens verwachtingen spelen hierbij een rol.

Maar zo lang er geen sprake is van een oordeelsstoornis, is er tijd om op elkaar afgestemd te raken (tuning) en is de tangobeweging op z'n plaats. Net als in de tango, gaat het om leiden en geleid worden, en deze posities kunnen elkaar afwisselen. Timing is hierbij van belang. Te doelgericht werken is in deze fase niet raadzaam, de regierol wordt door de hulpverlener zo veel mogelijk bij de cliënt gelaten en de hulpverlener gebruikt de taal van de cliënt.

Wederzijds aftasten en uitproberen: de weg van presentie

Els staat in de hal op de hulpverlener te wachten en begint meteen te schelden zodra deze binnen komt. Deze bedenkt zich niet en vraagt aan Els op gebiedende toon of ze hier mee wil stoppen. Hij maakt kenbaar dat hij haar komst waardeert en graag met haar wil praten, maar dat hij niet gediend is van haar schelden. Els kalmeert en vervolgens gaan ze samen naar een spreekkamer waar een kort gesprek plaatsvindt omdat Els onrustig is en moeite heeft om zich te concentreren. Het gesprek gaat over alledaagse zaken en Els komt nog drie keer langs, voordat de hulpverlener in het vierde gesprek iets duidelijk wordt. Els vraagt waarom de hulpverlener haar geen medicijnen voorstelt waarop deze vraagt of ze dat wil. Hierop antwoordt Els met "doe jij altijd wat een ander jou vraagt?" De hulpverlener beseft zich dat Els voortdurend scheldt en boos wordt, om hem op afstand te houden. Het is te bedreigend voor haar wanneer iemand gevoelsmatig dichterbij komt.

In de tango geldt de regel dat er over en weer grenzen aan elkaar worden gesteld vanuit een accepterende houding. Dat geeft veiligheid. De ander weet waar hij aan toe is. Wanneer de hulpverlener de hal binnenkomt wordt het Els duidelijk gemaakt dat ze welkom is maar binnen bepaalde voorwaarden. Accepteert Els dat niet, dan is het van belang dat er afspraken worden gemaakt hoe ze met elkaar om gaan, om te voorkomen dat de dans niet kan beginnen. In de vier korte gesprekje wordt over van alles en nog wat gesproken waarbij het aftasten over en weer kan beginnen. De hulpverlener krijgt de kans zich een beeld te vormen en de cliënt kan in deze fase op z'n gemak worden gesteld, de Yes-set ontwikkelt zich.

In het vierde gesprek is de hulpverlener in staat om de onaanachtigheidsblindheid op te heffen. Hij heeft hiervoor al gezien dat ze psychotisch en verslaafd is en hij heeft het mogelijke risico of gevaar voor Els kunnen inschatten. Hij heeft tussen neus en lippen door allerlei vragen kunnen stellen die hiervoor nodig zijn: tuning. Maar nu ziet hij ook waarom ze geen hulp wil en begint te begrijpen waarom ze steeds vechtgedrag laat zien. Hierbij ontstaat emergentie: het probleem is niet alleen de psychose of de verslaving, maar de overlevingsstrategie en de angst dat de hulpverlener te dichtbij komt. De onaanachtigheidsblindheid wordt opgeheven omdat hij nu kan invoegen en beter kan aansluiten bij hetgeen Els nodig heeft. Hierdoor kan vertrouwen ontstaan bij Els, die in feite met iedereen op voet van overleven leeft. Hetgeen gepaard gaat met strijd: vechten en vluchten. Het heeft weinig van doen met zichzelf accepteren of stilstaan hoe ze haar leven meer in evenwicht kan leiden.

De methodiek zoals deze tot nu toe is toegepast kan samenvattend omschreven worden als **presentie**. In de presentie is de hulpverlener gericht op:

1. De ander te begrijpen: sensitief voor de behoeften van de ander
2. De ander in te sluiten: respecteren kwetsbaarheid en autonomie van de ander. Zelf trouw zijn en betrouwbaar blijven
3. Bij de ander aan te sluiten; relatiegericht werken en gericht op wederkerigheid. Spreekt de taal van de ander. Onthaast werken
4. Zich een voorstelling te maken hoe dat leven voor de ander is: indringend ervaren van de leefwereld van de ander
5. Te reflecteren op eigen visie, principes, morele kaders, zonder dat op te dringen aan de ander.
6. Zichzelf te laten kennen. Hierbij hoort het stellen van grenzen en afspraken maken over gewenst omgangsgedrag.

Narratieven

In het zevende korte gesprekje, gaat het contact naar een eerste 'climax'. Els vraagt waarom de hulpverlener niet vraagt waarom ze niets aan haar verslaving doet. De hulpverlener zegt dat hij dat niet gaat vragen omdat Els dan gaat zeggen "of hij altijd doet wat anderen vragen". Els heeft nu door dat de hulpverlener de regie heeft overgenomen en wordt opnieuw boos. Ze wil niets meer met hem te maken hebben en wil dat ze hem naar een echte hulpverlener verwijst! Dat wil hij wel regelen maar dan moet hij wel weten wat ze nodig heeft. De boosheid slaat om in verdriet wanneer Els begint te vertellen dat ze vanaf haar 4e tot 11e jaar is misbruikt door haar vader en twee broers. En ze pakt al die vieze kerels op de baan terug en laat hen naar haar pijpen dansen. Ze vertelt hierna hoe ze op haar 12e jaar uit huis is gevlucht en bij pleegouders werd ondergebracht.

In het narratieve komt naar voren wie iemand is. We koesteren allemaal onze eigen betekenisvolle ervaringen die ons leven vorm hebben gegeven en laten zien wie we zijn. Normen en waarden, onze persoonlijkheid, onze passies en afkeer, zingeving, inspiratie: in narratieven zit onze identiteit opgeborgen. Els heeft eveneens haar betekenisvolle ervaringen, maar die zijn ondergesneeuwd door overlevingsgedrag, vervreemding, bestaansleegte (de Heij, 2014), vluchtgedrag en vooral in het gevoel dat ze er niet toe doet. Het is de vaardigheid van de hulpverlener om op zoek te gaan naar momenten in haar leven waar ze waarde aan hecht. Gericht op het vergroten van veerkracht omdat veerkracht een helende werking heeft. Veerkracht of het creëren van een positief zelfbeeld is van belang om problemen aan te kunnen, vanwege:

- Ervaren van positieve emoties
- Bereidheid om nare dingen te accepteren
- Kunnen genieten van kleine en mooie dingen
- Verbinden met andere mensen
- Proactieve houding en verantwoordelijkheid nemen voor je eigen leven

De hulpverlener is onder de indruk van het verhaal van Els. Hij vraagt zich hardop af 'hoe ze het al die tijd heeft volgehouden' en ziet dat er ergens in haar een sterke (overlevings)kracht schuilt. Hij vraagt haar of ze ondanks al deze nare gebeurtenissen ook nog momenten herinnert die voor haar waardevol zijn. Els begint te vertellen over het feit dat ze voor haar jongere zusje kon zorgen en met haar veel plezier heeft gehad. Ze herinnert zich een voorval waarbij ze een dag met haar zusje naar de speeltuin ging en hoe ze kon genieten van de kleine die thuis nog wel goed gingen. De hulpverlener noemt het belang van het hebben van goede contacten. Els knikt en vraagt nu in alle rust of ze verwezen kan worden voor hulp bij het verwerken van haar verleden. De afspraak wordt gemaakt.

Het is lang niet altijd mogelijk om met mensen deze fase te doorlopen zoals bij Els gebeurt. Het kan eenvoudiger door met iemand iets te ondernemen waar iemand van geniet, een wandeling te maken en al pratende naar vroegere herinneringen te vragen. De ervaring is dat de meeste mensen het fijn vinden om te praten over goede herinneringen, waarin zoals gezegd, hun identiteit naar voren komt. Het narratieve ontlokt regelmatig een behoefte die was ondergesneeuwd door problemen of overlevingsgedrag. Het gaat uit van mogelijkheden, zet mensen in hun kracht en - zoals bij Els - ontstaat er een motief om hun eigen leven 'aan te pakken'.

Het ontsluit hierdoor mogelijkheden en sluit nauw aan bij fase 7: herstel en krachtgericht werken waarbij mogelijkheden die vanuit eigen motief al aanwezig zijn, bewust worden beleefd. Vanuit de bemoeizorg wordt vervolgens een laatste inzet toegevoegd: motiverende of verbindende gesprekstechniek

Motiverende Gespreksvoering

Els komt na de intake bij de psychotherapeut briesend bij de bemoeizorger terug. "Je krijgt nog 1 kans om dat mens uit te leggen hoe ze met me om moet gaan, en anders stop ik er mee". Els legt vervolgens uit hoe ze een normale intakeprocedure die vooral probleemgericht is, niet verdraagt. Ze heeft nauwelijks de kans gehad om te vertellen waar ze last van heeft en wat ze van de hulpverlening wil. Ze voelt zich niet gehoord en heeft niet het idee dat hulp haar gaat helpen.

Samengevat laat Els zien dat waar de hulpverlener niet werkt aan het opbouwen van een relatie, daar wordt niet de motivatie aangeboord om stabilisatie dan wel verandering op gang te helpen. In de bemoeizorg is het niet ervaren van motivatie een kernprobleem!! Vandaar dat er zo veel energie wordt gestoken in het opbouwen van het (vertrouwen) contact, van waaruit wordt gewerkt om te ervaren waar de cliënt bij gebaat is.

De cliënt moet ervaren wie de hulpverlener is, deze moet zich (persoonlijk) laten kennen om vanuit de relatie verder te werken en motivatie bij de cliënt op te bouwen. Daarbij wordt sterk geleund op de methodische aspecten van motiverende gespreksvoering zoals Miller&Rollnick (2005) deze hebben beschreven, en op de verbindende gesprekstechniek zoals Jules Tielens deze heeft verwoord in *In Gesprek met Psychose*.

Het gaat hierbij om:

- Creëren van positief contact: de hulpverlener is mede verantwoordelijk voor het opbouwen van contact
- Voortdurend werken vanuit empathie
- Weerstand op te vatten als keuzemogelijkheden die reflectief door de hulpverlener worden benaderd, tenzij de cliënt psychotisch is waardoor hij niet oordeelsbekwaam is. Dan ligt de verantwoordelijkheid om in te grijpen bij de hulpverlener en wordt de cliënt geconfronteerd met keuzemogelijkheden die de hulpverlener bepaalt.
- Uitlokken van verandertaal: proberen iemand de voordelen van veranderen/stabilisatie te laten zien (of te laten zien hoe het huidige gedrag tot meer problemen leidt)
- Spanning zetten tussen wat iemand zegt en wat hij doet.
- Oplossingsgericht werken vanuit de motivatie bij de cliënt.

Niet iedereen reageert op motiverende gespreksvoering, zeker niet wanneer bepaalde, starre persoonlijkheidskenmerken een rol spelen. Naast de motiverende gespreksvoering wordt gebruik gemaakt van socratisch motiveren zoals Martin Appelo dat heeft beschreven. Motiveren is een onderdeel dat voortdurend meeloopt in het contact en steeds wordt er aangesloten bij de veranderingsbereidbaarheid van de cliënt en is de hulpverlener actief om motivatie uit te lokken. Motivatie ontstaat in het contact tussen hulpverlener en cliënt!

Samenvatting

Zorgmijding bestaat niet. Mensen die zelf niet zien dat ze problemen hebben, of teleurgesteld zijn geraakt in hulpverleners, zoeken terecht geen hulp. Dat geldt voor mensen met psychotische problemen en voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek. In de bemoeizorg wordt er vooral relationeel gewerkt en gekeken wat er mogelijk is door diagnostiek te vertalen en te bezien vanuit de beleving van degene die in beeld komt, en misschien cliënt wordt. Elementen uit de presentie, narratieve benadering, motiverende gespreksvoering, herstel- en krachtgerichte benadering en positieve (oplossingsgerichte) psychologie worden op integratieve wijze ingezet. Niet als methode van A naar B, maar eclectisch en aansluitend bij het verhaal van degene die in beeld komt.

Literatuurlijst

- Amador, X. (2012) *I'm not sick, I don't need help!* Vida Press New York
- Appelo, M. (2007) *Socratisch Motiveren* Boom Amsterdam
- Baart, A. (2001) *Een theorie van de presentie* Lemma Utrecht
- Gunster, B. (2008) *Ja-maar... Huh?!- de techniek van het omdenken*) Bruna Utrecht
- Heij de, M. (2013) *Bestaansleegte* Eburon Delft
- Heycop Ten Ham, van B. (2014) *Transdiagnostische factoren- theorie&praktijk* Boom Amsterdam
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering.* Gorinchem: Ekklesia.
- Os, van J. (2014) *De DSM-5 voorbij- Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ* Diagnostiek Uitgevers Leusden
- Tielens, J. (2012) *In gesprek met psychose* De Tijdstroom Utrecht