



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Rob Stoffer: een moedig man die niet kan tellen

*Martin Appelo*

Stoffer, R. (2001). *Het vijf-gesprekkenmodel. Een handleiding*. Delft: Eburon. 115 pagina's. ISBN 90 51 668 546.

Stelt u zich eens voor. U geeft al jaren psychodynamisch getinte, meestal vrij langdurige psychotherapie. Langzaam maar zeker wordt duidelijk dat maar weinig cliënten echt opknappen. En vooral dat uzelf begint af te knappen. U kijkt om u heen en merkt dat u niet de enige bent. Er zijn in uw team nog meer oudgedienden die beseffen dat het door Freud in psychopathologische termen vertaalde medisch model, vaak te omslachtig en meestal ongepast is om psychisch lijden adequaat te behandelen. Met elkaar constateert u dat de lol eraf is. Donkere wolken pakken zich samen boven uw carrière. Een enkeling overweegt zelfs om in Frankrijk een oude boerderij te kopen. Iets met antiek, of wijn. Dan zie of proef je tenminste wat je doet.

Het zal je maar gebeuren! Er is dan heel wat moed, doorzettingsvermogen, realiteitszin en vooral flexibiliteit nodig om met behoud van einddoel, toch het roer om te gooien.

Dit is wat er door me heen ging toen ik het boekje van Rob Stoffer las. In een vlotte, beetje cynische, beeldsprakerige, maar steeds leuke stijl beschrijft hij hoe het anders kan zonder van missie (helpen van mensen die psychisch lijden) te veranderen. Samen met zijn Utrechtse team ontwikkelde hij 'het vijf-gesprekkenmodel', primair bedoeld om therapeuten weer plezier in het werk te geven. En om het zelfvertrouwen en de controle van cliënten te herstellen.

Gegeven de ontmoedigde startpositie van de therapeuten wekt het geen verbazing dat de theorie van Frank (1973) als basis voor het model dient. Mensen komen niet in psychotherapie omdat ze klachten hebben, maar vanwege demoralisatie. De vijf-gesprekkentherapeut probeert die toestand op te heffen door de klachten een psychodynamisch en systemisch getinte functionele verklaring te geven en door een manier te formuleren waarop het doel van de cliënt gehaald kan worden, ondanks de aanwezigheid van klachten. Zodra de cliënt enthousiast wordt, begint de therapeut paradoxaal te doen. Onder druk van het behandelteam geeft hij tegengas door te benadrukken wat het nadeel van verandering is. De cliënt kan het hierdoor alleen nog maar goed doen. Besluit hij om niet te veranderen dan is hij zo verstandig om naar de waarschuwingen van het behandelteam te luisteren. Wil hij toch veranderen, dan is hij kennelijk zeer gemotiveerd en krijgt de steun van de therapeut.

De verandering wordt ingezet door op zoek te gaan naar positieve uitzonderingen op het probleem; wanneer lukt het de cliënt om moeilijke situaties goed te hanteren of functioneel te vermijden? De op dat moment gehanteerde probleem-oplos-strategieën worden in kaart gebracht en de overige sessies worden besteed aan het verder uitbreiden ervan.

Een alternatieve benadering, waarmee traditioneel geschoolde en psychodynamisch ervaren therapeuten die het lef hebben om aan iets nieuws te beginnen, hun werkplezier terugkrijgen en waarmee ongeveer 45 procent van de 'RIAGG-populatie' succesvol geholpen kan worden zonder dat vervolgbehandeling nodig is. Overigens is niet alleen de auteur enthousiast. Ik hoor steeds vaker dat hulpverleners en afdelingen dit model

met plezier en succes gebruiken. Alleen daarom al past het niet om in deze bespreking negatief te doen. U moet het boekje gewoon kopen en lezen.

## Toch drie relativerende opmerkingen

Ten eerste is er een meer dan opvallende gelijkenis tussen het vijf-gesprekkenmodel en 'gewone' oplossingsgerichte therapie (zie bijvoorbeeld: Cladder, 1999; Walter & Peller, 1992). De kern van beide therapievormen is beperkte (of zelfs afwezige) diagnostiek van problemen, en het identificeren en vergroten van het gezonde, doelgerichte of functionele. Ook de allesbepalende regel van het vijf-gesprekkenmodel: 'Wat niet leuk is, werkt niet' (blz. 45) lijkt een vrije vertaling van het oplossingsgerichte principe: 'Ga niet door met iets dat niet werkt'. De auteur had best wat meer mogen benadrukken dat zijn model een variant is op een inmiddels veel breder toegepast en beter onderzocht therapiemodel (zie voor een review: Gingerich & Eisengart, 2000).

Ten tweede is het jammer om te lezen dat het vijf-gesprekkenmodel vooral 'door ervaren klinici' (blz. 26) moet worden uitgevoerd. De auteur lijkt hier verstrikt in een cirkelredenering. Om als therapeut uit de demoralisatie te geraken, werk je met het vijf-gesprekkenmodel. Om ermee te mogen werken moet je eerst langdurig demoraliserende methoden toepassen. Dat lijkt me stug. Bovendien leidt het tot onnodig verlies van nieuwe therapeutische krachten omdat niet iedere gedemoraliseerde therapeut 'in het vak' blijft. Het is beter om te benadrukken dat opleidingen (bijvoorbeeld tot GZ-psycholoog) meer aandacht moeten besteden aan kortdurende effectieve therapieën zodat jonge therapeuten beter beslagen ten ijs komen.

Stoffer aarzelt aan het eind van zijn boekje om de methode als schema weer te geven (blz. 107). Hij geeft daar blijk van zijn ouderwetse, protocolfobische achtergrond: een strak schema zou volgens hem ten onrechte de indruk kunnen wekken dat een methode eenvoudig is en het zou kunnen verworden tot een dwangbuis. Maar wat is er tegen eenvoud? En wat dacht u van deze paradox: maak het protocol zo strak dat je er haast wel van moet afwijken. Dan is het altijd goed. Of je volgt de duidelijk voorgeschreven weg, of je wijkt er creatief maar beargumenteerd van af om toch bij hetzelfde doel te komen. Jammer dat de auteur zijn model niet verkoopt als een poging om jonge therapeuten protocol-exposure te geven zodat ze kunnen leren dat vrijheid en gebondenheid goed samengaan.

Ten slotte is er bij de naam van het gepresenteerde model sprake van een ernstige telfout. Op de eerste bladzijde van het boek verwijst Stoffer naar andere korte therapieën. Hij stelt 'hoe enthousiasmerend en indrukwekkend ook, alle mij bekende varianten hebben de vijf-gesprekkenlimiet losgelaten'. Dan beschrijft hij in hoofdstuk negen een successtory waarin maar liefst vijftien uur professionele hulpverlening aan de cliënt wordt besteed (hetgeen ongeveer net zoveel is als in een gemiddeld effectief, psychologisch therapieprotocol)! De uren bestaan uit een aanmeldingsgesprek, een gesprek met een psychiater, een telefonisch consult, vijf therapeutische gesprekken, en zeventig minuten vergadertijd door zes professionele therapeuten! Hoe ik ook reken, ik kom steeds op acht, en nooit op vijf gesprekken, en ik blijf onder de indruk van de enorme hoeveelheid (en dure) bemoeienis door collega's.

Kortom, het vijf-gesprekkenmodel is geen vijf-gesprekkenmodel, maar een gezond, oplossingsgericht kortdurend therapeutisch middel om veel cliënten weer op weg te helpen. Het is een welkome aanvulling op ons therapeutisch arsenaal. Bovendien is aangetoond dat het verademend werkt voor gedemoraliseerde hulpverleners. De volgende uitdaging is de franje eraf te halen en er echt een kortdurende, goedkope, protocollaire therapie van te maken die door iedere modern geschoolde therapeut kan worden gegeven.

## Referenties

- Cladder, J.M. (1999). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gingerich, W.J., & Eisengart, S. (2000). Solution Focused Brief Therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Walter, J.L., & Peller, J.L. (1992). *Becoming solution focused in brief therapy*. New York: Brunner Mazel publishers.