

# De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie

*Fredrike P. Bannink<sup>1</sup>*

*Een andere benadering zou kunnen zijn dat je niet je instabiliteit gaat bevechten, maar dat je gaat werken aan het opbouwen van je stabiliteit*

*W.T. Gallwey, Het innerlijk spel door tennis*

## SAMENVATTING

In psychotherapie – dus ook in cognitieve gedragstherapie – is er naast het probleemgerichte (medische) model nu een oplossingsgericht model. Niet langer staat daarin het praten over problemen centraal; het doel is niet langer het reduceren van (ongewenst) probleemgedrag. Het praten over de gewenste toekomst van de cliënt, welke oplossingen hem helpen zijn doel te bereiken en hoe het gewenste gedrag kan toenemen staat centraal. In dit artikel wordt een vergelijking gemaakt tussen de probleemgerichte cognitieve gedragstherapie en de oplossingsgerichte therapie. Het gedragstherapeutisch proces wordt hierbij als leidraad gebruikt. De twee verschillende procedures hebben eenzelfde leertheoretische basis en kunnen gezien worden als twee zijden van dezelfde medaille. De conclusie is dat naast de probleemgerichte cognitieve gedragstherapie ook de oplossingsgerichte therapie een valide vorm van cognitieve gedragstherapie is.

## INLEIDING

De oude Grieken kenden al een onderscheid tussen het waarnemen en definiëren van de werkelijkheid. Enerzijds waren er de Stoïcijnen: zij leerden slechts de rede te volgen, de hartstochten uit te bannen en leed te verachten. Onverstoorbaarheid in pijn, leed of moeilijkheden was het hoogste goed. *Hoe niet ongelukkig te zijn* was de kunst. Dit kon bereikt worden door het niet hebben van emoties. Anderzijds waren er de Epicuristen: zij leerden dat geestesbeschaving en beoefening van de deugd het hoogste goed van de mens is. *Hoe gelukkig te zijn* was de kunst. Dit kon bereikt worden door het hebben van positieve emoties.

Een zelfde onderscheid vinden we vandaag in de psychotherapie. Aan de ene kant zijn er de probleemgerichte therapieën, die werken vanuit het ‘medische model’, waarbij een therapeut op transparante en met de patiënt vooraf overeengekomen wijze, zoveel mogelijk in de wetenschappelijke psychologie verankerde

1. Praktijk voor therapie, onderwijs, coaching en mediation te Amsterdam, Schubertstraat 17, 1077 GP Amsterdam, e-mail: [fpbannink@planet.nl](mailto:fpbannink@planet.nl), internet: [www.fpbannink.com](http://www.fpbannink.com)

methodes toepast om de emotionele en/of gedragsproblemen van de patiënt zo goed mogelijk, duurzaam en relevant te reduceren' (Korrelboom & Ten Broeke, 2004, p 30). Aan de andere kant is er nu de oplossingsgerichte therapie, waarbij de therapeut de cliënt helpt gewenste veranderingen in zijn leven te maken, en het dan niet gaat over het doen afnemen van emotionele en/of gedragsproblemen, maar over het doen toenemen van gewenst gedrag en gewenste emoties.

Dit artikel is een aanvulling op een eerder artikel (Bannink, 2005). Daarin werd de theoretische achtergrond, de empirische evidentie en de praktijk van oplossingsgerichte therapie beschreven. In dit artikel worden de overeenkomsten van de probleemgerichte cognitieve gedragstherapie (PCGT) met de oplossingsgerichte therapie besproken, daarna worden aan de hand van het stroomdiagram van het gedragstherapeutische proces de verschillen aangegeven. Ook wordt stilgestaan bij het belang van evidence based behandelingen en worden indicaties en contra-indicaties voor oplossingsgerichte therapie gegeven. De conclusie luidt dat oplossingsgerichte therapie een vorm is van cognitieve gedragstherapie.

#### VERGELIJKING

##### *De overeenkomsten*

PCGT en oplossingsgerichte therapie kennen een aantal overeenkomsten. Hawton, Salkovskis, Kirk en Clark (1995) en Orlemans, Eelen en Hermans (1995) noemen als definitie van gedragstherapie: de toepassing van methodes en bevindingen uit de experimentele psychologie. Het betreft hier de toepassing van experimenteel geverifieerde leerprincipes: de klassieke conditionering (Pavlov) en de operante conditionering (Skinner). Zowel de PCGT als de oplossingsgerichte therapie maakt gebruik van deze leerprincipes, waarbij de oplossingsgerichte therapie deze principes nadrukkelijk ook *tijdens* de gesprekken met de cliënt toepast door het selectief schenken van aandacht aan gesprekken over doel en oplossingen en het (zo veel mogelijk) onthouden van aandacht aan gesprekken over problemen en klachten.

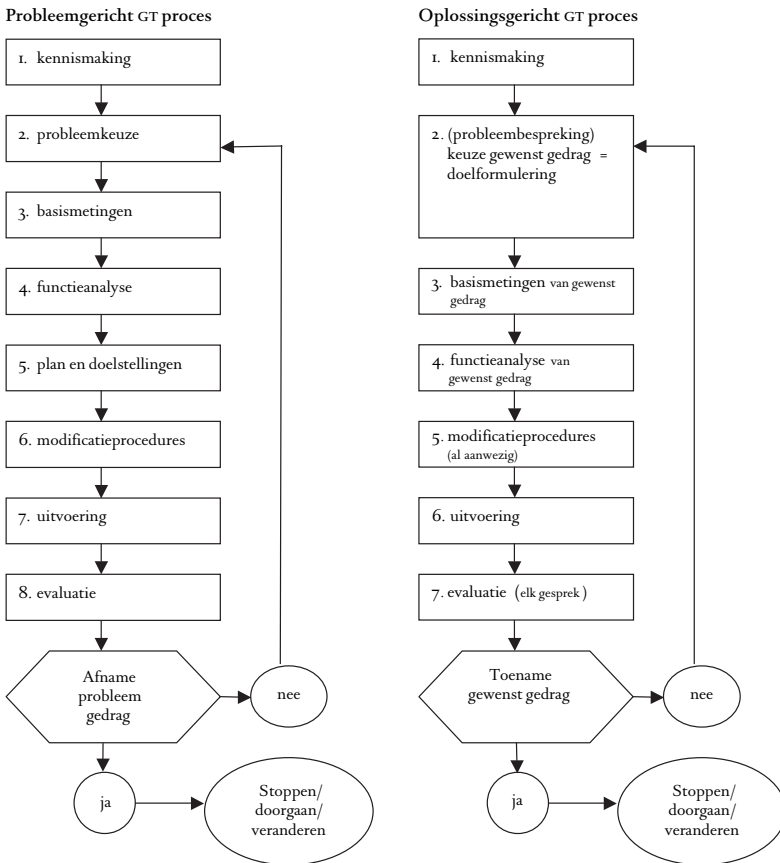
PCGT en oplossingsgerichte therapie hebben ook hetzelfde doel: *cliënten te helpen gewenste veranderingen in hun leven te maken* (Hawton et al., 1995).

PCGT en oplossingsgerichte therapie maken gebruik van grotendeels hetzelfde stroomdiagram van het gedragstherapeutisch proces, zoals beschreven door Orlemans et al. (1995). Korrelboom en Ten Broeke (2004) wijken enigszins af van dit proces met een indeling in drie fasen (diagnostiek, interventies en afsluiting), doch de overeenkomsten met het gedragstherapeutisch proces zoals genoemd door Orlemans et al. zijn groter dan de verschillen. PCGT en oplossingsgerichte therapie houden zich bezig met zowel *cognities* (veranderen van het kijken naar en het denken over het probleem) als *gedrag* (veranderen van het doen van het probleem). De focus ligt bij beide vormen niet op emoties, hoewel de impact van emoties erkend en gevalideerd wordt. Vanuit de oorspronkelijke oplossingsgerichte therapie maakt de therapeut samen met de cliënt steeds functieanalyses. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het geen functieanalyses van probleemgedrag zijn, maar analyses van uitzonderingen, momenten waarop gewenst gedrag (dus ook gewenste, functionele cognities) al voorkomt

(De Shazer, 1985). De term *functieanalyse* wordt in de oplossingsgerichte literatuur nergens genoemd. Dit is niet verwonderlijk, daar de term uitsluitend in het Nederlandse taalgebied wordt gebruikt. In PCGT en oplossingsgerichte therapie wordt verder vaak gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten en tot slot wordt zowel in PCGT als in oplossingsgerichte therapie de behandeling geëvalueerd.

*De verschillen*

Hieronder volgt de 'vertaling' van de PCGT naar de oplossingsgerichte therapie, waarbij per stadium de verschillen worden aangegeven. Als leidraad worden de stadia van het stroomdiagram van het gedragstherapeutisch proces genomen (Orlemans et al., 1995, p 275) (Zie Figuur 1). Hier wordt de term *oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie* (OCGT) geïntroduceerd. Bij het noemen van de stadia van het proces wordt steeds het oplossingsgerichte gedragstherapeutisch proces aangehouden.



Figuur 1  
Het procesverloop bij PCGT en OCGT

*Stadium 1: kennismaking*

*Opbouwen positieve samenwerkingsrelatie.* In dit stadium werkt elke gedrags-therapeut aan het opbouwen van een positieve samenwerkingsrelatie, ook wel 'rapport' genoemd. Hij (overal waar 'hij' staat kunt u ook 'zij' lezen) doet dit door met empathie naar de cliënt te luisteren en vragen te stellen. De oplossingsgerichte therapeut vraagt hier al expliciet naar dingen waar de cliënt goed in is en naar succesmomenten in zijn leven. De oplossingsgerichte therapeut geeft complimenten en stelt competentievragen: 'Hoe is het u gelukt om.....?' 'Hoe bent u op het goede idee gekomen om.....?' Competentievragen nodigen de cliënt uit complimenten aan zichzelf te geven en verhogen daarmee zijn zelfvertrouwen. Daarmee wordt al direct de toon gezet: OCGT kijkt naar wat er al wél goed gaat en waarin de cliënt wél succesvol is. Indien de cliënt over zijn probleem wil vertellen, luistert de oplossingsgerichte therapeut aandachtig en geeft erkenning voor het lijden van de cliënt. Zo snel als dat mogelijk is, zal hij vragen wat de cliënt voor zijn probleem in de plaats wil hebben. Verdere exploratie van het probleem blijft achterwege. Het verleden wordt in oplossingsgerichte therapie alleen gebruikt om eerdere successen van de cliënt op te sporen en deze zo mogelijk te gebruiken voor de problemen in het heden.

*Schatten van de motivatie tot gedragsverandering.* Vanuit het medische model komt het denkbeeld dat artsen of experts weten wat het beste is voor hun cliënten. Indien de cliënt deze mening terzijde legt of de adviezen niet opvolgt, wordt dit gewoonlijk toegeschreven aan de persoonlijke of karaktergebreken van de cliënt of aan een diepgewortelde pathologie. In het medische model wordt dit *weerstand* genoemd. Verwacht wordt dat de hulpverlener de cliënt beter zal maken door zijn interventies (diagnose + voorschrijven behandeling = symptoomreductie). Als dat lukt, kan de hulpverlener zich competent voelen en krediet krijgen voor de vooruitgang. De schuld voor niet vooruitgaan wordt nogal eens bij de cliënt gelegd en dit staat hulpverleners toe afstand te nemen van hun verantwoordelijkheid.

De Shazer (1984) stelt dat wat hulpverleners zien als tekenen van weerstand in feite de unieke manieren zijn waarop de cliënt kiest om samen te werken. Een cliënt die het huiswerk niet uitvoert, toont geen weerstand, maar werkt juist mee door aan de hulpverlener te vertellen dat dit huiswerk niet goed past in zijn manier van dingen doen. Hij gaat ervan uit dat de cliënt competent is om uit te zoeken wat hij wil en nodig heeft en hoe hij dit kan bereiken. De taak van de hulpverlener is de cliënt te helpen deze competentie te ontdekken en hem te begeleiden bij het creëren van een bevredigend en productief leven. 'With resistance as a central concept, therapist and client are like opposing tennis players. They are engaged in fighting against each other, and the therapist needs to win in order for therapy to succeed. With cooperation as a central concept, therapist and client are like tennis players on the same side of the net' (De Shazer, 1984; p. 81). Ook Walter en Peller (1992, p. 200) stellen: 'Clients are always cooperating. They are showing us how they think change takes place. As we understand their thinking and act accordingly, cooperation is inevitable'.

In oplossingsgerichte therapie wordt veel aandacht geschonken aan de therapeutische relatie: betreft het een *bezoekertypische*, een *klaagtypische* of een *klanttypische relatie*?

In een bezoekertypische relatie is de cliënt gestuurd en heeft zelf geen hulpvraag of probleem. Anderen maken zich zorgen over hem of hebben een probleem met hem. In een klaagtypische relatie heeft de cliënt wel een probleem, maar ziet zichzelf niet als deel van het probleem en/of deel van de oplossing. De ander moet veranderen, of het systeem, of de hele wereld. In een klanttypische relatie ziet de cliënt zichzelf wel als deel van het probleem en/of de oplossing en is gemotiveerd tot gedragsverandering. De uitdaging voor de therapeut is gelegen in het motiveren tot gedragsverandering van cliënten in een bezoekertypische en klaagtypische relatie. Het is belangrijk na te gaan wat het doel van de cliënt is om daarbij te kunnen aansluiten.

Een meisje met anorexia nervosa, dat met haar ouders bij de therapeut kwam, was zelf niet gemotiveerd iets aan haar eetgedrag te doen: het liefst wilde ze verder afvallen (zij had een bezoekertypische relatie met de therapeut wat betreft haar eetgedrag, haar ouders hadden een klaagtypische relatie met de therapeut: zij wilden dat de therapeut de oplossing zou aandragen). Wel bleek zij gemotiveerd om te werken aan een ander doel: het gezeur van haar bezorgde ouders laten ophouden (wat dat doel betreft was er een klanttypische relatie met de therapeut). De therapeut vroeg haar wat zij bereid was minimaal anders te doen om dat doel dichterbij te brengen. Ze besloot weer af en toe naar school te gaan, om daarmee haar ouders iets meer gerust te stellen. Pas in een later stadium was zij gemotiveerd om zelf iets aan haar eetgedrag te veranderen en ontstond er een klanttypische relatie wat betreft haar eetgedrag.

Miller en Rollnick (2002) spreken over motivatie en 'verandertaal'. Daarmee bedoelen zij het stellen van oplossingsgerichte vragen. Zij stellen dat het gebruiken van verandertaal één van de voornaamste vaardigheden in motiverende gespreksvoering is. Het geven van complimenten en positieve karakterduidingen (positieve bekrachtiging van competenties en kwaliteiten van de cliënt en/of zijn systeem) en de competentievragen door de therapeut werken eveneens motiverend.

O CGT schenkt meer aandacht aan de therapeutische relatie dan P CGT, waarin er meestal – onterecht – vanuit wordt gegaan dat elke cliënt gemotiveerd is het eigen gedrag te veranderen. Miller, Duncan en Hubble (1997) benadrukken het belang van een goede therapeutische relatie voor het succes in psychotherapie. Een goede therapeutische relatie is voor meer dan 30% van het succes verantwoordelijk. Daarbij is het van belang dat de cliënt de therapeut als empathisch, warm en oprecht ervaart, dat het doel van de behandeling op zijn minst door de cliënt en therapeut *samen* is bepaald, en dat de behandelmethode past bij de cliënt. Ook Miller en Rollnick (2002) benadrukken het belang van empathie van de hulpverlener als voorwaarde voor verandering van de cliënt.

*Stadium 2: doelformulering: keuze van gewenst gedrag*

*Doelformulering* In OCGT vindt het formuleren van het doel van de cliënt tijdens het eerste gesprek plaats. In PCGT is er sprake van doelformulering na de probleemkeuze en het maken van de analyses. Het doel van de oplossingsgerichte therapie is niet de afname van de klacht of het probleem, maar de toename van het door de cliënt gewenste gedrag. Daarvoor is het niet nodig veel te weten van het probleemgedrag. Onder gewenst gedrag worden ook gewenste functionele cognities verstaan.

U nodigt een kennis uit bij u thuis te komen eten en u serveert broccoli. Als hij u eerlijk vertelt dat hij geen broccoli lust, hebt u nog geen idee welke groente (of ander voedsel) hij wél lekker vindt. Als u die kennis dan voor de tweede maal uitnodigt en een andere groente op tafel zet, waarvan u denkt dat hij het wel zal lusten, kan het zo zijn dat hij die groente ook niet lekker vindt. Zou u hem dan nog eens uitnodigen voor een etentje? U zult waarschijnlijk denken: 'hij lust ook niets!'. Als u direct gevraagd had welke groente hij wél lekker vindt, had hij het u natuurlijk kunnen vertellen en was het waarschijnlijk gezelliger gebleven tussen u.

Een oplossingsgerichte vraag naar doelformulering is: 'Wat wilt u voor het probleem(gedrag) in de plaats?' in concrete, positieve en realistische gedrags termen. Vanaf dat moment gaat de gedragstherapie zo veel mogelijk steeds over gewenst gedrag. Indien de cliënt een onrealistisch doel formuleert, kan de therapeut erkenning geven voor de onmogelijkheid van dat doel en samen met de cliënt nagaan welk deel van het doel wél haalbaar is. In OCGT worden vaak schaalvragen gebruikt: op een schaal van 10 – 0 kan de cliënt aangeven waar hij staat en hoe dicht hij zijn doel genaderd is. Ook kan het onrealistische doel met een schaalvraag op 10 gezet worden en kan de cliënt nagaan tot welk cijfer hij mogelijk zou kunnen komen. Het komt zelden voor dat de cliënt op de 10 wil uitkomen. Het stellen van een diagnose wordt als onbelangrijk beschouwt, tenzij de cliënt een diagnose belangrijk vindt. OCGT is een diagnoseoverstijgende behandelmethode. Ook voorlichting over het ziektebeeld is niet belangrijk, tenzij de cliënt dat weer belangrijk vindt. Voordat de therapeut eventueel ingaat op het verzoek van de cliënt zal hij altijd eerst vragen: 'Hoe zal een diagnose/ voorlichting over uw ziektebeeld u helpen uw doel dichterbij te brengen?'

OCGT vraagt naar *gewenst gedrag* in verleden, heden en toekomst (dit kan met een vraag naar doelformulering, of door het vragen naar uitzonderingen). In PCGT zal de therapeut de cliënt uitnodigen zijn probleemverhaal te vertellen en zal het gesprek verder gaan over het exploreren en analyseren van het probleem. Hiermee vindt er tijdens de zittingen positieve bekrachtiging door de therapeut plaats van het praten over problemen. In OCGT zal de therapeut zo snel mogelijk overstappen naar de vraag naar doelformulering. Tijdens het gesprek vindt er positieve bekrachtiging (+S+) plaats van het praten over doel en oplossingen en negatieve straf (-S+) van het praten over problemen door het onthouden van aandacht (extinctie van het praten over problemen) door de therapeut. Er vindt eveneens negatieve straf plaats door de vraag te stellen wat de cliënt voor het probleem in de plaats wil zien. Wel krijgt de cliënt in OCGT *erkenning* voor de impact die het probleem op zijn leven heeft.

*Schaalvragen* helpen om na te gaan hoe dicht de cliënt al bij zijn doel is en wat er (nog) voor nodig is zijn doel te bereiken ('Als het bereiken van uw doel de 10 is, en de 0 is het slechtste moment dat u kent, welk cijfer zou u dan geven voor uw situatie nu? Hoe is het u gelukt al op dat cijfer te zitten? Hoe zou een cijfer hoger eruit zien? Wat is ervoor nodig een cijfer hoger te komen?'). Schaalvragen kunnen ook gaan over motivatie en het vertrouwen dat de cliënt zijn doel kan bereiken en hoe hij zijn motivatie en vertrouwen kan verhogen.

De *holistische theorie* gaat in OCGT over gewenst gedrag, competenties en positieve factoren in het leven van de cliënt en geeft hoop en vertrouwen dat hij zijn doel zal kunnen bereiken.

De *probleemontwikkeling* wordt in OCGT: '*competentieontwikkeling*'. Daarbij kunnen factoren worden geïnventariseerd die zorgen voor veerkracht. Hier wordt stilgestaan bij hoe de cliënt functionele cognities en functioneel gedrag heeft aangeleerd en toepast.

### *Stadium 3: basismetingen*

In PCGT bestaan de basismetingen uit registraties van situaties waarin ongewenste cognities en/of ongewenst gedrag voorkomt. Disfunctionele cognities worden opgespoord (en later uitgedaagd, teneinde de cliënt te leren meer functionele cognities te ontwikkelen en toe te passen). In OCGT gaan de registraties over situaties waarin de gewenste cognities en/of gewenst gedrag al voorkomen of voorkwamen (uitzonderingen). 'Wanneer waren of zijn die momenten, wat deed of doet u dan anders en wat zijn de consequenties van dat gedrag?' De therapeut gaat samen met de cliënt na wanneer er functionele cognities aanwezig zijn of waren in bepaalde moeilijke situaties en de cliënt wordt uitgenodigd die functionele cognities vaker toe te passen. Een observatietaak kan als huiswerk meegegeven worden. De cliënt wordt dan gevraagd eens op te letten wanneer hij al functionele cognities heeft, zodat hij daar in een volgend gesprek over kan vertellen. Het wordt aan hemzelf overgelaten of hij over de observaties iets op papier wil zetten.

### *Stadium 4: functieanalyse en betekenisanalyse*

*Functieanalyse*. In OCGT gaan de functieanalyses en betekenisanalyses steeds over *gewenst gedrag* in plaats van over ongewenst (probleem)gedrag. De analyses worden gemaakt via het vinden van uitzonderingen uit het verleden of heden en/of via het vragen naar doelformulering en het wonder (de toekomst). In een eerder artikel werd de 'wondervraag' beschreven en uitgelegd dat gewenst gedrag iets anders is dan de  $S\Delta$  (Bannink, 2005).

– *Via het verleden of heden wanneer het probleem er niet of minder was of is:*

$Sd$  = Wanneer was of is het probleem er niet of minder?;  $R$  = Wat deed of doet u dan precies (anders)?;  $C$  = Wat waren of zijn de gevolgen van dat gedrag? De cliënt wordt gevraagd naar gedrag en cognities (operante responsen) en emoties.

– *Via het verleden of heden wanneer de gewenste situatie er al (een beetje) was of is:*

Sd = Wanneer was of is de gewenste situatie al (een beetje) aanwezig?; R = Wat deed of doet u dan precies (anders)?; C = Wat waren of zijn de gevolgen van dat gedrag?

– *Via de toekomst:*

Sd = Het 'wonder' is gebeurd (of uw doel is bereikt) en het probleem waarvoor u hier kwam is (voldoende) opgelost; R = Wat doet u dan (anders) of wat zal u dan anders doen, hoe ziet dat er concreet en in positieve termen gesteld uit?; C = Wat zijn de gevolgen?

Burger (1994, p 30) lijkt de eerste oplossingsgerichte gedragstherapeut in Nederland: hij stelde al dat functieanalyses ook over gewenst gedrag kunnen worden gemaakt. 'Het zou overigens heel goed mogelijk zijn de procedure te laten starten bij gewenst gedrag (dat misschien nog niet of te weinig wordt vertoond). Alleen de koppeling van therapeutische maatregelen aan de C's zou dan gespiegeld moeten worden, in die zin dat inhiberende C's worden ondergraven en stimulerende C's worden versterkt'.

*Betekenisanalyse.* De CS+ heeft een referentiele en/of sequentiële relatie met een *positieve* UCS/UCR met een positieve representatie/kernthema zoals: vertrouwen, intimiteit, controle, acceptatie, geruststelling, aandacht en waardering, steun en hechting, autonomie, kracht. De CR wordt een positieve emotie en de A van Avoidance verdwijnt uit de CAR (als men deze terminologie gebruikt) of verandert in de A van Approach.

#### *Stadium 5: modificatieprocedures*

In PCGT is de therapeut de expert die de cliënt zegt wat hij kan doen om zijn probleem te verminderen. OCGT ziet de cliënt als competent zelf zijn probleem op te lossen en de modificatieprocedures in principe al in huis te hebben. Door te vragen naar uitzonderingen: 'Hoe is het u eerder gelukt om...?' 'Hoe lukt het u nu, ook al is het maar een beetje, om...?', 'Wat weet u over wat anderen doen om hetzelfde probleem op te lossen?' vraagt OCGT naar competenties van de cliënt. Door het inventariseren van strategieën van coping in de eerdere stadia (de holistische theorie en competentieontwikkeling, basismetingen), liggen de modificatieprocedures al gereed. Mocht de cliënt belangstelling hebben voor welke modificatieprocedures de therapeut voorhanden heeft, dan staat het de therapeut uiteraard vrij de cliënt daarover te vertellen. De oplossingsgerichte therapeut nodigt echter altijd eerst de cliënt uit de eigen 'winkel' met modificatieprocedures te openen, en pas in tweede instantie opent de therapeut zijn 'winkel'. OCGT voegt niets nieuws toe: eerdere successen en ideeën van de cliënt worden opnieuw gebruikt om de gewenste situatie in de toekomst te bereiken. Pas in het uitzonderlijke geval dat de cliënt het niet weet, zal de therapeut zelf suggesties aandragen. Deze therapeutische houding wordt ook wel 'leading from one step behind' genoemd, de therapeut loopt steeds één stapje achter de cliënt. Vanaf stadium 5 loopt het gedragstherapeutisch proces in OCGT één stadium voor op PCGT.



### *Stadium 6: uitvoering*

In PCGT wordt het maken van huiswerk als belangrijk gezien. Het huiswerk dat gegeven wordt bestaat meestal uit congruente opdrachten (registratieopdrachten, cognitieve therapie, gedragsexperimenten etc.). Stagnatie in therapie wordt veroorzaakt doordat cliënten deze congruente huiswerkopdrachten krijgen en (nog) niet gemotiveerd zijn dit huiswerk uit te voeren. Gevolg is dat er in de therapeutische relatie problemen ontstaan: de therapeut voelt irritatie, ontmoediging, onzekerheid en begrippen als *weerstand* en *non-compliance* ontstaan. OCGT geeft alleen suggesties voor huiswerk als de cliënt dat zinvol vindt. Verandering vindt vaak al plaats *tijdens* de zitting, waardoor huiswerk minder belangrijk wordt. De therapeut fungeert als model (modeling van positieve bekrachtiging van gewenst gedrag door het gebruik van 'oplossingstaal' in plaats van 'problemtaal').

Aan de cliënt in een bezoekertypische relatie wordt geen huiswerk gegeven, wel geeft de therapeut complimenten voor zijn komst en vraagt of de cliënt nog een keer wil terugkomen. Aan de cliënt in een klaagtypische relatie worden alleen observatietaken gegeven ('Ga na wat u zo wilt houden en niet veranderd hoeft te worden' of 'Ga na wanneer het probleem er niet of minder is' of 'Ga na wanneer er al een stukje van het wonder gebeurt'). Alleen aan de cliënt in een klanttypische relatie worden gedragstaken gegeven ('Doe meer van wat werkt', 'Doe iets anders', 'Doe alsof'). Indien de cliënt daarom vraagt, kunnen hier congruente procedures uit de PCGT worden gebruikt. Te denken valt aan cognitieve therapie, als de cliënt anders wil gaan denken over bepaalde zaken om zo dichtbij zijn doel te komen of het uitvoeren van gedragsexperimenten die samen met de cliënt worden ontworpen. Omdat de cliënt de modificatieprocedures meestal al in huis heeft (omdat hij bijvoorbeeld al eerder heeft gemerkt dat iets werkt) zal hij meer gemotiveerd zijn deze uit te voeren dan als de therapeut een modificatieprocedure voorschrijft. Ook *klassieke leerprincipes* worden toegepast als de cliënt wordt gevraagd te oefenen met incompatibel gedrag (contraconditionering) door de *doe-alsof-taak* (cliënt kiest een dag uit en doet alsof het wonder is gebeurd en let op het verschil) of de *doe-iets-anders-taak* (cliënt oefent met ander gedrag dan hij gewoonlijk laat zien en let op het verschil).

### *Stadium 7: evaluatie*

In PCGT vindt evaluatie van het behalen van de doelstelling doorgaans plaats aan het eind van de behandeling. Vooruitgang in de therapie wordt gemeten aan een afname van de klacht of het probleem. In OCGT is de openingsvraag steeds: 'Wat is er beter?' Ook wordt elke sessie door het stellen van schaalvragen geëvalueerd hoe dicht de cliënt zijn doel al genaderd is en of een volgende afspraak nog nodig is. Vooruitgang in de therapie wordt gemeten aan een toename van het gewenste gedrag. In OCGT is het de cliënt die bepaalt of en wanneer hij wil terugkomen en wanneer de therapie beëindigd kan worden. Het bespreken van terugvalpreventie en follow-up afspraken behoren tot de mogelijkheden als de cliënt dat zinvol vindt.

Al vanaf het eerste gesprek wordt in OCGT aandacht gegeven aan het *eind van de behandeling*. In de verschillende vragen naar doelformulering wordt dat

goed duidelijk: 'Wat wilt u bereikt hebben aan het eind van deze therapie?' of 'Waarvan zou u merken dat u niet meer terug hoeft te komen omdat het (voldoende) goed met u gaat?'

Duncan (2005) onderzocht de effectiviteit van behandelingen. Hij vond dat behandelingen effectiever worden als de therapeut in *elke* zitting kort feedback aan de cliënt vraagt met het geven van een waardering over het gesprek en de therapeutische relatie.

#### EVIDENCE BASED BEHANDELINGEN

Velen noemen het belang van evidence based onderzoek naar verschillende soorten behandelingen. De vraag is interessant over wiens 'evidence' het dan gaat. Is dat het 'bewijs' van de therapeut of onderzoeker of is dat het 'bewijs' van de cliënt? Kazdin (2006) stelt dat er bij effectonderzoek van therapieën wordt gekeken naar statistisch significante verschillen tussen groepen. Wat statistische significantie zegt over de invloed van een therapie op het dagelijkse leven van de cliënt blijft daarbij onbekend. Significantie is niet altijd relevantie. Onderzoek zou moeten worden aangevuld met *klinische relevantie*. Bij het bepalen van de effectiviteit van een therapie moet dus niet alleen worden gekeken naar vooruitgang op een meetinstrument, maar ook naar verbetering op punten die de cliënt zelf relevant vindt. Wampold en Bhati (2004) stellen dat de persoon van de therapeut veel belangrijker is voor het succes van een behandeling dan de behandeling zelf en dat evidence based onderzoek zich op minder belangrijke zaken richt, namelijk de behandeling zelf. Uit onderzoek blijkt dat de persoon van de therapeut zeven maal zo belangrijk is als de behandeling die hij toepast. Aspecifieke variabelen als het bieden van hoop en het geloof van de therapeut in zijn eigen methode lijken belangrijker dan de methodiek die hij hanteert.

Oplossingsgerichte therapie kent een aantal effectstudies. Deze meten met name statistische significantie (Bannink, 2005, 2006). Ze tonen aan dat deze vorm van therapie het op zijn minst even goed doet als andere vormen van psychotherapie. Dit resultaat wordt vaak in een korter aantal zittingen bereikt. Een meta-analyse van 21 studies naar de effectiviteit van korte oplossingsgerichte therapie (OKT) (Stam et al., 2006) laat een bescheiden effect van OKT zien. Welke minimale criteria de onderzoekers hebben gebruikt om een behandeling als oplossingsgericht te laten gelden, wordt echter uit het artikel niet duidelijk. Het effect van OKT is gelijk aan andere behandelingen, er is echter een positief effect in minder tijd en OKT stelt de cliënt in de behandeling centraal, waardoor de autonomie van de cliënt mogelijk beter gewaarborgd is dan in meer traditionele vormen van therapie. Een overzicht van effectstudies is te vinden op de website van de European Brief Therapy Association [www.psychsft.freereserve.co.uk](http://www.psychsft.freereserve.co.uk) (link SFBT Evaluation List).

#### INDICATIES EN CONTRA-INDICATIES

Er bestaat een grote hoeveelheid literatuur over de oplossingsgerichte behandeling van een verscheidenheid aan problemen. De literatuur varieert van de

behandeling van alcoholmisbruik (Berg & Miller, 1992), posttraumatische stressstoornissen (O'Hanlon & Bertolino, 1998; Berg & Dolan, 2002; Dolan, 2005), persoonlijkheidsstoornissen en psychoses (O'Hanlon & Rowan, 1999; Van der Veen & Appelo, 2002), therapieveteranen (Duncan, Hubble & Miller, 1997; Duncan, Miller & Sparks, 2004), kinderen en adolescenten (Selekman, 1993 en 1997; Cladder, 1999; Berg, & Steiner, 2003), groepen (Metcalfe, 1998), mensen met een verstandelijke beperking (Westra & Bannink, 2006), tot management en coaching (Cauuffman, 2003), onderwijs (Goei & Bannink, 2005) en mediation (Bannink, 2006).

Het oplossingsgerichte model van gespreksvoering lijkt toepasbaar voor veel cliënten, waarbij het van belang is dat de cliënt een doel heeft (of tijdens de gesprekken een doel kan formuleren) waaraan hij wil werken. Hoewel het aantal gesprekken tevoren niet vaststaat, blijken de meeste cliënten gemiddeld genoeg te hebben aan drie à vier gesprekken (De Jong & Berg, 2004). Er bestaan ook enkele contra-indicaties voor OCGT. Behalve de hierboven geschetste situatie dat de cliënt geen doel heeft of kan vinden in de gesprekken, of een eerder goed uitgevoerde OCGT geen of weinig resultaat heeft opgeleverd, is een contra-indicatie dat er geen gesprekscontact met de cliënt mogelijk is of gewenst wordt. Hierbij kan gedacht worden aan een acute psychose, een zware depressie of een ernstige verstandelijke beperking. Soms kan medicatie er dan voor zorgen dat in een later stadium wél oplossingsgerichte gesprekken mogelijk zijn. Ook kan de cliënt in uitzonderlijke gevallen OCGT als te positief ervaren. In dat geval kan een meer probleemgerichte benadering overwogen worden.

Er bestaan nog twee andere contra-indicaties die niet de cliënt betreffen, maar de therapeut of de instelling. Als de therapeut zijn houding als deskundige die de diagnose stelt en adviezen geeft, niet wenst te wijzigen in een houding van het leiden van één stap achter, is oplossingsgericht werken niet goed mogelijk. Ook lijken enkele instellingen hun (financieel) veilige wachtlijsten niet kwijt te willen raken. Als de therapeut of instelling prijs stelt op het blijven bestaan van een wachtlijst, is OCGT een contra-indicatie. Oplossingsgericht werken zorgt immers voor een snellere doorstroom van cliënten.

## CONCLUSIE

In dit artikel wordt betoogd dat oplossingsgerichte therapie een vorm is van cognitieve gedragstherapie. Dezelfde leertheoretische principes worden toegepast en hetzelfde gedragstherapeutisch proces wordt doorlopen. Daarmee kunnen PCGT en OCGT gezien worden als twee zijden van dezelfde gedragstherapeutische medaille. De belangrijkste verschillen liggen in de focus op gewenst gedrag in plaats van op ongewenst gedrag en in de houding van de therapeut. Door de focus op de gewenste toekomst zijn de gesprekken positiever en wordt het zelfvertrouwen van de cliënt vergroot. Door het achterwege laten van exploratie en analyses van het probleem kan het aantal gesprekken korter blijven. Ook de therapeut kan aan het eind van de dag met energie naar huis. OCGT kan worden ingezet zowel aan de 'voordeur' van de geestelijke gezondheidszorg, als binnen de Diagnose Behandel Combinaties, als aan de 'achterdeur' in de chronische psychiatrie.

De focus ligt steeds op de toekomst. Aan cliënten wordt gevraagd: 'Waar wilt u uitkomen en hoe kunt u dit doel bereiken? En wat zou een eerste stap in die richting zijn?' Voor een overzicht van 1001 oplossingsgerichte vragen verwijst ik naar *Oplossingsgerichte Vragen* (Bannink, 2006).

OCGT kan een belangrijk middel zijn om het doel: een sterke en brede inzetbaarheid van gedragstherapie, dichterbij te brengen. Een eerste stap in die richting is de sectie OCGT van de VGCT en scholing van gedragstherapeuten in beide methodieken, zodat zij én de cliënt de keuze hebben hoe het doel van de cliënt het best bereikt kan worden.

Op grond van het citaat aan het begin van dit artikel zou ik u tot slot nog een persoonlijke vraag willen stellen: Als u die tennisspeler was, zou u dan uw instabiliteit gaan bevechten of liever werken aan het opbouwen van uw stabiliteit?

#### SUMMARY

##### *The birth of solution-focused cognitive behavior therapy*

In psychotherapy – and therefore also in cognitive behavior therapy – the solution-focused model is now being applied in addition to the problem-focused medical model. In the solution-focused model the discussion of the problems no longer takes center stage, the goal moves away from reducing problem behavior. The main focus is on discussing the client's desired future and which solutions will help him reach his target. In this article a comparison is made between problem-focused cognitive behavior therapy and solution-focused brief therapy. The behavioral therapy process is used as a guideline. The article concludes that besides problem-focused cognitive behavior therapy, solution-focused brief therapy is a valid form of cognitive behavior therapy.

**Key words:** Cognitive behavior therapy, solution-focused brief therapy, solution-focused cognitive behavior therapy

#### LITERATUUR

- Bannink, F.P. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 38, 5-16.
- Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte Mediation*. Amsterdam: Harcourt.
- Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte Mediation*. *Tijdschrift Conflicttherapie* 6.
- Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte Vragen*. Amsterdam: Harcourt.
- Berg, I.K., & Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I.K., & Dolan, Y (2002). *De praktijk van oplossingen. Gevalsbeschrijvingen uit de oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Berg, I.K., & Steiner, T. (2004). *Het spel van oplossingen. Oplossingsgerichte psychotherapie voor kinderen*. Amsterdam: Harcourt.
- Burger, A.W. (1994). *Functie-analyse van neurotisch gedrag*. Amsterdam: Van Rossen.
- Cauffman, L. (2003). *Oplossingsgericht management & coaching. Simpel werkt het best*. Utrecht: Lemma.
- Cladder, H. (1999). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dolan, Y. (2005). *Omgaan met seksueel misbruik. Oplossingsgerichte therapie en Ericksoniaanse hypnose voor volwassenen*. Amsterdam: Harcourt.
- Duncan, B.L., Hubble, M.A., & Miller, S.D. (1997). *Psychotherapy with 'Impossible' cases. The Efficient Treatment of Therapy Veterans*. New York: Norton.

- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, A. (2004). *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. New York: Jossey-Bass.
- Duncan, B. (2005). *What's Right With You?* Deerfield Beach Florida: Health Communications.
- Gallway, W.T. (2002). *Het innerlijk spel door tennis*. Rijswijk: Elmar.
- Goei, S.L., & Bannink, F.P. (2005). Oplossingsgericht werken in remedial teaching, deel 1. *Remedial, Tijdschrift voor leer- en gedragsproblemen in het vo/bve*, 5, 19-26
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press
- Jong, P. de & Berg, I.K. (2004). *De kracht van oplossingen*. Lisse: Harcourt.
- Kazdin, A.E. (2006). Arbitrary Metrics: Implications for Identifying Evidence-based Treatments. *American Psychologist*, 61, 42-49
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Metcalfe, L. (1998). *Solution Focused Group Therapy*. New York: The Free Press.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., & Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel, Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. New York: Norton.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Preparing People for Change, 2<sup>nd</sup> edition*. New York: Guilford.
- O'Hanlon, B., & Bertolino, B. (1998). *Even from a Broken Web. Brief, Respectful Solution-Oriented Therapy for Sexual Abuse and Trauma*. New York: Wiley.
- O'Hanlon, B., & Rowan, T. (2003). *Solution Oriented Therapy for Chronic and Severe Mental Illness*. New York: Norton.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Selekman, M.D. (1993). *Pathways to Change: Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents*. New York: Guilford.
- Selekman, M.D. (1997). *Solution-Focused Therapy with Children. Harnessing Family Strengths for Systemic Change*. New York: Guilford.
- Shazer, S. de (1984). The Death of Resistance. *Family Process*, 23, 79-93
- Shazer, S. de (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Stam, G.J., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39, 81-94
- Veen, D.C. van der & Appelo, M.T. (2002). Rationele Rehabilitatie: korte oplossingsgerichte therapie. In: C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (Eds.) (2002). *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten*. Nijmegen: Cure & Care.
- Walter, J.L., & Peller, J.E. (1992). *Becoming Solution-Focused in Brief Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wampold, B.E., & Bhati, K.S. (2004). Attending to the Omissions: A Historical Examination of Evidence-Based Practice Movements. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 563-570
- Westra, J., & Bannink, F.P. (2006). Simpele oplossingen. Oplossingsgericht werken in de zorg aan mensen met een lichte verstandelijke beperking (deel 1). *Psychopraxis* 8,4, 158-162.
- Westra, J., & Bannink, F.P. (2006). Simpele oplossingen. Oplossingsgericht werken aan mensen met een lichte verstandelijke beperking (deel 2). *Psychopraxis* 8, 5.