

De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie

Fredrike Bannink¹

SAMENVATTING

Oplossingsgerichte therapie is een vorm van kortdurende psychotherapie die zich niet bezig houdt met probleemgedrag of klachten in het verleden of heden, maar zich richt op gewenst gedrag in de toekomst en hoe dit doel stap voor stap te bereiken. Dit artikel presenteert een korte inleiding waarin de maatschappelijke context en een korte historie van de oplossingsgerichte therapie, de theoretische achtergronden en de empirische evidentie tot nog toe, worden besproken. De verschillen en overeenkomsten met probleemgerichte therapie worden geschetst, waarbij de auteur beargumenteert dat de oplossingsgerichte therapie te beschouwen is als een vorm van gedragstherapie en afsluit met een voorbeeld van oplossingsgerichte therapie uit de praktijk.

INLEIDING

U hebt honger en besluit in een restaurant te gaan eten. Na een tijd gewacht te hebben, wordt u uitgenodigd te gaan zitten en de gerant stelt zich voor. Hij begint u vragen te stellen over uw honger: 'Hoe erg heeft u honger, hoe lang heeft u het al, had u vroeger ook vaak honger, welke rol speelde honger in uw ouderlijk gezin of familie, welke nadelen en misschien voordelen heeft het voor u?'. Als u daarna, nog hongeriger geworden, vraagt te kunnen eten, wil de gerant dat u eerst vragenlijsten invult over honger (en wellicht over allerlei andere zaken die de gerant belangrijk vindt). Als dat allemaal gebeurd is, krijgt u een menu voorgeschoteld waar u niet om gevraagd heeft, maar waarvan de gerant zegt dat het goed voor u is en vele hongerige mensen heeft geholpen. Hoe groot schat u de kans dat u tevreden uit dit restaurant vertrekt?

Het nieuwe millennium laat een aantal maatschappelijke evoluties zien, ook op het gebied van de psychotherapie. Er is een evolutie van langdurige therapieën naar kortere vormen van behandeling en van behandeling naar preventie. Er is tevens een evolutie van patiënt naar cliënt en van behandelaar naar facilitator. De gedragstherapie verandert mee: we zagen de ontwikkeling van cognitieve therapie en EMDR en er is de laatste jaren aandacht voor *acceptatie* van de problemen (Acceptance and Commitment Therapy: Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) en voor *op versterking van draagkracht* gerichte interventies (Van der Veen & Appelo, 2002). De laatste auteur pleit tevens voor minder langdurig uitdiepen van de klachten en voor minder psychologisch onderzoek met vragenlijsten (Appelo, 2004).

1. Zelfstandig gevestigd klinisch en gezondheidszorgpsycholoog
Schubertstraat 17, 1077 GP Amsterdam
E-mail: fbannink@planet.nl

Ook in het buitenland verschuift de belangstelling van *mental illness* naar *mental health*.

Martin Seligman is de grondlegger van de Positive Psychology. Deze oudvoorzitter van de de American Psychological Association (APA) werd in de jaren zeventig bekend door zijn boeken over *learned helplessness*. Nu schrijft hij boeken over *learned optimism*. (Seligman, 2002). De Positieve Psychologie gaat uit van de sterke kanten van de cliënt en de veronderstelling dat geluk niet het gevolg is van alleen de juiste genen of toeval, maar dat geluk te vinden is door het identificeren en gebruiken van de sterke kanten die de cliënt al heeft, waaronder bijvoorbeeld vriendelijkheid, originaliteit, humor, optimisme en generositeit. In een tijd waarin de emancipatie van de cliënt toeneemt en deze niet langer gezien wordt als een falende die het niet weet, maar als deskundige die het *nog* niet weet, past daarbij een meer bescheiden houding van de therapeut, die de cliënt coacht zijn eigen weg te vinden om het probleem waarvoor hij komt te accepteren en/of op te lossen en daarbij zo veel mogelijk de eigen competentie te gebruiken.

De oplossingsgerichte therapie sluit bij deze maatschappelijke evolutie aan. De methode is toepasbaar voor alle soorten cliënten (Cladder, 1999), waarbij het van groot belang lijkt dat de cliënt een doel heeft (of tijdens de gesprekken een doel kan vinden) waaraan hij wil werken. Als contra-indicatie kan genoemd worden: er is geen gesprekscontact met de cliënt mogelijk of een eerdere oplossingsgerichte therapie heeft onvoldoende resultaat gehad. Diagnostisch onderzoek of een vorm van langer durende therapie kan dan geïndiceerd zijn.

KORTE HISTORIE

De oplossingsgerichte therapie is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld door Steven de Shazer, Insoo Kim Berg en hun collega's van het Brief Family Therapy Center in Milwaukee, USA (de Shazer, 1985). Zij bouwden voort op bevindingen van Watzlawick, Weakland en Fisch, die ervan uitgingen dat de geprobeerde oplossing soms het probleem in stand hield in plaats van het probleem op te lossen en dat inzicht in het ontstaan van de problemen niet altijd nodig was (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974).

Enkele stellingen van de Shazer en Berg ten aanzien van oplossingsgerichte therapie zijn:

- *de klasse van de problemen behoort niet tot de klasse van de oplossingen*. De analyse van de problemen is dus niet nuttig om tot oplossingen te komen, de analyse van oplossingen van de cliënt is dat des te meer
- *de cliënt is de expert van zijn therapie*. Hij is het die zijn doel bepaalt en de weg om dit te bereiken. De Shazer gaat ervan uit dat klachten of problemen een soort perronkaartjes zijn; ze helpen de cliënt door de ingang, maar ze bepalen niet welke trein de cliënt neemt of waar hij uitstapt. Waar iemand naartoe wil wordt dus niet bepaald door het vertrekpunt.
- *wat niet stuk is, moet je niet maken*. Handen af van wat goed gaat in de beleving van de cliënt

- *als iets werkt, ga er mee door.* Ook al is het iets totaal anders dan wat de therapeut verwacht had
- *als iets niet werkt, doe dan iets anders.* Meer van hetzelfde leidt tot niets.

Ook de beroemde psychiater Milton Erickson heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de oplossingsgerichte therapie: hij gaf cursisten de opdracht de laatste bladzijde van een boek te lezen en dan te speculeren wat er aan vooraf ging. Zo begint de oplossingsgerichte therapie ook vanuit het einddoel en werkt dan terug tot aan de huidige situatie van de cliënt. Erickson benadrukte de competentie van de cliënt en meende dat het er niet om ging de therapie aan te passen aan een diagnostische classificatie, maar te zoeken naar welke mogelijkheden de cliënt laat zien om iets (anders) te doen (Rossi, 1980).

In Nederland werd de oplossingsgerichte therapie geïntroduceerd door onder andere Cladder (1999). Inmiddels bestaat er een grote hoeveelheid aan literatuur over de oplossingsgerichte behandeling van volwassenen met een verscheidenheid aan problemen, variërend van alcoholmisbruik (Berg & Miller, 1992), posttraumatische stressstoornissen (O'Hanlon & Bertolino, 1998) tot persoonlijkheidsstoornissen en psychoses (O'Hanlon & Rowan, 1999) en over kinderen en adolescenten (Selekman, 1993 en 1997; Berg, & Steiner, 2003), groepstherapie (Metcalf, 1998) en management en coaching (Cauffman, 2003).

THEORETISCHE ACHTERGROND

De oplossingsgerichte therapie is ontstaan uit het sociaal constructionisme (Cantwell & Holmes, 1994), dat stelt dat het gevoel van het individu over wat echt is – inclusief het idee over de aard van zijn problemen, competenties en mogelijke oplossingen – in het leven geconstrueerd wordt in communicatie over en weer met anderen. Met anderen woorden: mensen verlenen ergens betekenis aan in communicatie over en weer met anderen en hierbij speelt taal een centrale rol. Verschuivingen in cliëntpercepties en definities vinden plaats in contexten, in de maatschappij. Betekenisgeving is dus niet een opzichzelfstaande activiteit. Individuen leven altijd in etnische, familie- nationale, socio-economische en religieuze verbanden. Ze stellen hun betekenisgeving bij onder de invloed van de maatschappij waarin ze leven. De implicatie hiervan is dat de expertise van de oplossingsgerichte therapeut ligt in het doelgericht in gesprek zijn met de expertise van de cliënt. De therapeut is niet de technische expert die het weet, maar laat zich informeren door de cliënt die zijn eigen oplossingen construeert.

Een geheel andere invalshoek biedt het Bio-Informatie-model van Lang (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Veranderen van de emotionele reactie ten aanzien van bepaalde gebeurtenissen en situaties, impliceert volgens Langs theorie het wijzigen van de associatieve netwerken die aan die emotionele reacties ten grondslag liggen. De in het geheugen gecodeerde kennis moet dus worden gewijzigd. Omdat de responscodes de meest bepalende elementen zijn in die netwerken, kan de meeste winst worden geboekt door juist die responsen te

beïnvloeden. In concrete zin komt dat erop neer dat gedragsverandering over het algemeen de beste weg lijkt te zijn om emotionele kennis te wijzigen. Maar omdat kennis niet zomaar ongedaan kan worden gemaakt, moet er nieuwe kennis worden toegevoegd, er moet worden bijgeleerd. Daarom wordt contraconditionering toegepast en leert de cliënt andere gedragsneigingen te koppelen aan de gegeven stimulusconstellaties. In huiswerktaken van de oplossingsgerichte therapie wordt veelvuldig gebruik gemaakt van contraconditionering: de cliënt oefent met (een deel van het) gewenst gedrag of kan 'doen alsof' het gewenste gedrag al voorkomt, zoals dat ook binnen cognitieve therapie toegepast wordt (Beck, 1995).

EMPIRISCHE EVIDENTIE

Er is een groeiend aantal effectstudies over oplossingsgerichte therapie

De Shazer (1991) heeft een follow-up studie gedaan naar het succes van oplossingsgerichte therapie. Eerder was onderzoek gedaan door Watzlawick (1974). De Shazer vond een succespercentage van 80% (Watzlawick 72%), in gemiddeld 4,6 sessies (Watzlawick gemiddeld 7 sessies). Na 18 maanden was het succespercentage gestegen naar 86%, waarbij aangetekend werd dat het hebben van drie (in plaats van één of twee) gesprekken de kans op succes iets groter maakt.

De Jong & Berg (2001) deden een onderzoek naar succespercentages met de vraag of het behandelingsdoel bereikt was: 45% zei dat het behandelingsdoel was bereikt, 32% zei dat ze vooruit gegaan waren (samen dus 77%) en 23% zei dat er geen vooruitgang was. Het gemiddelde aantal sessies was 2,9. Dit is hoger dan de vaak gerapporteerde 66% cliënten die vooruitgang meldden na probleemgerichte therapieën en bovendien is het aantal zittingen nu lager (mediaan is 2 in plaats van 6 sessies). Het betrof zowel cliënten met een stoornis op As I als op As II (DSM IV).

Miller, Hubble & Duncan (1996) vonden dat 40% van de patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis na drie dagen ontslagen konden worden na invoering van de oplossingsgerichte methode tegenover 14% vóór de reorganisatie en dat de kosten per opname enorm verminderden. Ook terugval van de patiënten nam niet toe na de reorganisatie.

De Jong & Berg (2001) gaven cliënten een zelfbeoordelvragenlijst mee met problemen toen ze voor het eerst binnenkwamen. De vermelde problemen waren ondermeer: depressie, zelfmoordgedachten, eetstoornis, werkgerelateerde problemen, ouder-kind probleem, geweld in het gezin, alcohol- en middelenmisbruik, seksueel misbruik, dood van een geliefde, problemen met zelfvertrouwen en multiple gezinsproblemen. Op enkele uitzonderingen na (paniekaanvallen en gezondheidsproblemen) bleek meer dan 70% van de cliënten vooruitgang te hebben geboekt.

Gingerich (2000) gaf een overzicht van 15 effectstudies van oplossingsgerichte therapie, waarbij hij onderscheid maakt tussen statistisch goed gecontroleerd onderzoek en minder goed gecontroleerd onderzoek. Eén van de statistisch goed gecontroleerde onderzoeken toonde aan dat oplossingsgerichte therapie resultaten geeft die vergelijkbaar zijn met interpersoonlijke psychotherapie (IPT) bij

depressieve studenten ($n = 40$). Ander goed gecontroleerd effectonderzoek met een voor oplossingsgerichte therapie positief resultaat betrof oudergroepen met conflicten met hun adolescente kinderen ($n = 42$), de rehabilitatie van orthopedische patiënten ($N = 48$), recidivisme in een gevangenispopulatie ($n = 59$) en verbetering van antisociaal gedrag bij adolescenten in een tehuis ($N = 40$).

Hoewel deze onderzoeken een eerste aanzet geven voor de empirische evidentie van oplossingsgerichte therapie binnen een breed terrein aan toepassingsmogelijkheden, is verder onderzoek beslist nodig.

Een variant van de oplossingsgerichte therapie is *well-being therapy* (Fava et al., 1998), een kortdurende psychotherapeutische strategie, waarbij onder andere persoonlijke groei, doel in het leven, autonomie, zelfacceptatie en positieve relaties met anderen aan bod komen.

In hun studie over de behandeling van affectieve stoornissen (depressie, paniekstoornis met agorafobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis) bleken zowel *well-being therapy* als cognitieve gedragstherapie een significante vermindering van restsymptomen te geven. Observatoren stelden vast dat *well-being therapy* een significant beter resultaat opleverde dan cognitieve gedragstherapie.

Ook zijn er protocollen voor oplossingsgerichte therapie ontwikkeld door De Jong & Berg (2001) die methodiek en verder onderzoek kunnen faciliteren.

OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE EN PROBLEEMGERICHTE THERAPIE: EEN VERGELIJKING

Er bestaan verschillen en overeenkomsten tussen oplossingsgerichte therapie en vormen van probleemgerichte therapie, zoals psychodynamische therapie, gesprekstherapie, probleemoplossende therapie, cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie. De verschillen tussen oplossingsgerichte therapie en andere therapieën kenmerken zich o.a. door een andere fasering:

De fasen van probleemgerichte therapie zijn:

- *beschrijving van problemen en verzamelen van gegevens* in een anamnese
- *probleemanalyse* door de therapeut
- *bedenken van interventies* door de therapeut
- *uitvoeren van interventies*
- *evaluatie* en vervolcontact

De fasen van oplossingsgerichte therapie zijn:

- *De eerste vraag* van de therapeut luidt: 'Wat brengt u hier?' of 'Wat wilt u in dit gesprek/ deze gesprekken bereiken?'. De cliënt reageert hierop soms met een beschrijving van de problemen, waar de therapeut respectvol naar luistert of de cliënt geeft direct al het doel van het gesprek/de gesprekken aan.
- *Ontwikkelen van duidelijk geformuleerde doelen*. Hierbij is er een samenwerking met de cliënt om beschrijvingen aan het licht te brengen van wat anders zal zijn in zijn leven wanneer de problemen zijn opgelost. Soms

wordt de 'wondervraag' gesteld: 'Stel dat er vannacht een wonder gebeurt, waardoor de problemen waarvoor u hier komt (voldoende) werden opgelost, maar u wist het niet, want u sliep, waaraan zou u dan morgenochtend merken dat het wonder was gebeurd? Wat zou er dan anders zijn en wat nog meer?'

- *Schatten van de motivatie van de cliënt.* In het eerste gesprek schenkt de therapeut direct aandacht aan de therapeutische relatie: betreft het een bezoekerstypische, een klaagtypische of een klanttypische relatie?

In een bezoekerstypische relatie wordt de cliënt meestal gestuurd door anderen en heeft zelf geen hulpvraag om aan te werken. De therapeut kan dan alleen proberen een context te scheppen waarin een hulpvraag mogelijk wordt. In een klaagtypische relatie geeft de cliënt wel informatie over het probleem of de klacht, kan er veel lijdensdruk aanwezig zijn, maar ziet de cliënt zichzelf (nog) niet als deel van het probleem en/of de oplossing. De ander/de wereld moet veranderen, niet de cliënt. De therapeut kan erkenning geven voor het lijden van de cliënt en kan suggesties geven over het nadenken over, analyseren en observeren van de klacht of de momenten waarop de klacht er niet of minder is. In een klanttypische relatie ziet de cliënt zichzelf wel als deel van het probleem en/of de oplossing en is gemotiveerd eigen gedrag te veranderen.

- *Exploreren van uitzonderingen.* In deze fase wordt gevraagd naar de momenten in het leven van de cliënt waarop de problemen niet voorkomen of minder ernstig zijn en naar wie wat deed om de uitzonderingen te laten plaatsvinden. Deze stap vervangt het uitdenken van interventies door de therapeut in de probleemgerichte benadering.
- *Gebruiken van schaalvragen (0-10):* om verbeteringen te ontdekken tussen aanmelding en eerste gesprek, waarop voortgebouwd kan worden, om vooruitgang in de therapie te meten en om motivatie en vertrouwen te meten en te vergroten. Ook kunnen schaalvragen toegepast worden bij shaping, differentiële bekrachtiging van successieve approximaties naar een positieve gedragsvorm.
- *Feedback aan het eind van de sessie.* Aan het eind van ieder oplossingsgericht gesprek wordt er na een korte denkpauze, waarin de therapeut nadenkt over het gesprek en mogelijke feedback, een boodschap geformuleerd voor de cliënt, die complimenten bevat en meestal enkele suggesties. De complimenten onderstrepen dat wat hij al voor nuttigs aan het doen is om de problemen op te lossen en zijn positieve bekrachtigers van gewenst gedrag. De suggesties geven aan waar hij op kan letten of wat hij kan doen om de problemen verder op te lossen (huiswerktaken). De feedback richt de aandacht altijd op wat hij meer kan gaan doen en anders kan gaan doen om de kans op succes met betrekking tot het behalen van zijn doelen te vergroten.
- *Evalueren van vooruitgang.* Bij oplossingsgericht werken wordt regelmatig met de cliënt geëvalueerd hoe hij bezig is met het bereiken van zijn doelen. Als de vooruitgang is ingeschaald, gaat het gesprek verder om te onderzoeken wat er nog moet gebeuren voordat hij het idee heeft dat de problemen (voldoende) zijn opgelost en dat hij eraan toe is de hulpverlening te beëindigen.

Samenvattend zijn de belangrijkste punten van oplossingsgerichte therapie:

- probleemgerichte gesprekken worden zo snel mogelijk gesprekken over doelformulering van gewenst gedrag in de toekomst
- de motivatie van de cliënt wordt direct geschat en de therapeut sluit daar bij aan
- de cliënt is expert, de therapeut helpt de cliënt om de gewenste doelen te bereiken

Een vergelijking tussen oplossingsgerichte therapie en constructionele gedragstherapie (Bakker-de Pree, 1987) laat zien dat de constructionele gedragstherapie vraagt naar situaties waarin het probleemgedrag niet voorkomt (s delta) en daarbij het oogmerk heeft (in tegenstelling tot de oplossingsgerichte therapie, waar gezocht wordt naar situaties waarin gewenst gedrag al voorkomt) via de s delta te zoeken naar de –s– of de os– van dit niet-problematische gedrag. Daar zouden de oorzaken liggen van het probleemgedrag, waarmee de cliënt zich aanmeldt en vervolgens vindt behandeling plaats in een langdurige probleemgerichte therapie.

DE OVEREENKOMSTEN TUSSEN GEDRAGSTHERAPIE EN OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE

Orlemans, Eelen en Hermans (1995, p 29) geven als definitie van gedragstherapie: *'Gedragstherapie is de toepassing van methodes en bevindingen uit de experimentele psychologie: met andere woorden: het toepassen van experimenteel geverifieerde leerprincipes.*

In de oplossingsgerichte therapie wordt gebruik gemaakt van operante conditionerings-principes: het spreken over en uitvoeren van gewenst gedrag (zowel binnen als buiten de therapiezitting) wordt positief bekrachtigd (+s+), het spreken over en uitvoeren van ongewenst probleemgedrag wordt uitgedoofd (os+) door het zo veel mogelijk uitblijven van aandacht hiervoor van de therapeut en omgeving van de cliënt. Dit staat in contrast met aandacht geven en daarmee positief bekrachtigen van het gelijk blijven of zelfs toenemen van probleemgedrag ('U mag vaker bij de therapeut komen als het slechter met u gaat').

Orlemans et al. (1995, p. 188) stellen dat de kern van de experimentele methode het toetsen van een hypothese is; vertaald naar de klinische praktijk betekent dit het toetsen van de functieanalyse van gedrag. *'Er leiden vele wegen naar Rome als het gaat om de voorkeur van de therapeut voor een bepaald model, afgeleid uit experimenten. De complexiteit van gedrag is altijd aanwezig, maar hoeft meestal niet bij alle problemen geëxpliciteerd te worden, zo dat al mogelijk zou zijn. Het gaat in de praktijk om het oplossen van problemen.'*

De aandacht bij de oplossingsgerichte therapie is daarbij niet gericht op *probleemgedrag*, maar steeds op *gewenst gedrag*. Oplossingsgerichte therapeuten zullen de cliënt altijd vragen: 'wat wilt u voor de problemen in de plaats' in positieve en concrete termen gedefinieerd.

Vanaf dat moment wordt hetzelfde gedragstherapeutische proces doorlopen als bij een probleemgerichte therapie, waarbij holistische theorie, basismetingen, topografische analyse en functie- en betekenisanalyses nu gaan over *gewenst*

gedrag. Analyses worden gemaakt over uitzonderingen in het verleden of over gewenst gedrag in de toekomst (als het wonder is gebeurd). De modificatieprocedures worden niet door de therapeut aangedragen, de cliënt wordt als competent gezien om zelf zijn doel te bereiken: sommige dingen die werken of werken in het verleden kunnen vaker of opnieuw gedaan worden, ook kan 'gedaan worden alsof'. Mocht de cliënt bepaalde vaardigheden toch niet bezitten, dan kan de therapeut helpen deze te ontwikkelen. Als de cliënt huiswerktafen wil, kan hij oefenen met ander, gewenst gedrag of observeren wat er al goed gaat en niet meer veranderd hoeft te worden.

Evaluatie van vooruitgang in de therapie vindt elke keer plaats door het stellen van schaalvragen en de vraag of het nog nodig is een vervolgesprek te hebben.

Samenvattend kunnen we stellen dat zowel bij de probleemgerichte als bij de oplossingsgerichte therapie hetzelfde gedragstherapeutisch proces wordt doorlopen.

CASUS

Cliënt is een 52-jarige leraar in het voortgezet onderwijs. Hij meldt zich aan via de huisarts met klachten als vroeg wakker worden, hartkloppingen, opgejaagd gevoel, onverwachte huilbuien, (ook in de klas) en verhoogde bloeddruk. Hij zit zes weken thuis en alleen al het denken aan terugkeer naar school geeft nare lichamelijke reacties; hij wordt dan misselijk. De situatie is sinds hij thuis zit eerder verslechterd dan verbeterd: er zijn meer huilbuien en de lichamelijke klachten zijn toegenomen. Hij gebruikt geen medicatie tijdens de behandeling.

Als aanleiding tot de klachten noemt hij de zelfmoord van een collega een jaar eerder. Hij zegt dat dit een grote schok was en dat de schoolleiding geen opvang heeft verzorgd. Hij heeft zich alleen gevoeld met de verwerking ervan en is daar boos over. Daarnaast waren er in de thuissituatie een zieke inwonende vader die veel zorg nodig had en een verbouwing van de woning, die veel van hem vroeg. Ook vertelt hij dat er een andere collega psychisch niet in orde zou zijn en vaak wegens ziekte uitvalt, waardoor hij meer uren moet draaien en er bij hem de bezorgdheid bestaat dat ook deze collega zelfmoord zal plegen. Zij heeft zich wel eens in die bewoordingen uitgelaten. Tussen de collega's op school is de sfeer verslechterd, er is ruzie ontstaan over de aanpak van deze collega en de verdeling van haar lessen.

Doelformulering. Gevraagd naar wat er moet gebeuren om hem aan het eind van de therapie het idee te geven dat de therapie zinvol is geweest, antwoordt hij dat hij dan graag weer les wil geven, goed met zijn collega's wil omgaan en zich meer ontspannen wil voelen op school. Dit houdt in dat hij weer een praatje met zijn collega's wil kunnen maken in de docenten-kamer, dat ze in harmonie een lesrooster kunnen maken en elkaar weer ondersteunen als iemand wegens ziekte uitvalt. Hij wil meer grapjes maken met de leerlingen, meer lachen en achterover zitten tijdens de les. De therapeut *complimenteert* hem met zijn hulp zoeken en de heldere wijze waarop hij zijn klachten verwoordt. Cliënt wordt gevraagd of en zo ja, wanneer hij wil terugkomen.

Het tweede gesprek ruim een week later wordt hem een *schaalvraag* gesteld: op een schaal van 0-10, waarbij 0 staat voor het moment waarop hij zich het slechtst voelde en 10 voor het moment waarop hij zich weer helemaal goed zou voelen, geeft hij een score waar hij nu zit. Zijn antwoord is dat hij nu op een 4 zit en tijdens het eerste gesprek op een 1. Een 4 omdat hij zich wat vrolijker voelt, weer actiever is, zoals een concertbezoek met zijn vrouw, beter slaapt en zich prettiger voelt als hij onder de mensen is. Hij leest weer, voelt zich wat rustiger en kan weer wat meer genieten. Ook zijn vrouw zou hem een 4 geven denkt hij, want ook zij ziet dat het beter met hem gaat en dat hij vrolijker is. Op de vraag *hoe het hem is gelukt zo snel van een 1 naar een 4 te gaan*, zegt hij dat het eerste gesprek met het formuleren van het doel hem geholpen heeft de aandacht te richten op waar hij uit wil komen en dat hij gewoon dingen is gaan doen. Denken aan school wil hij nog niet, hij houdt alle contact af. Wel heeft hij van leerlingen een bos bloemen gehad met een kaartje en dat heeft hem ook geholpen op de 4 te komen.

Na hem *gecomplimenteerd* te hebben met zijn snelle vooruitgang, is de volgende vraag *hoe een 5 eruit zou zien*. Daarop antwoordt hij dat hij dan iets meer contact met collega's zou hebben (hij geeft direct aan dat hij daar nu nog echt niet aan toe is) en dat de lichamelijke klachten wat minder zouden zijn. Als *huiswerk* krijgt hij mee na te denken wat nog meer bij de 5 hoort, eventueel ook aan anderen in zijn omgeving te vragen wat zij zouden zeggen wat bij de 5 hoort en te observeren welke momenten al even een 5 zijn en wat hij op die momenten anders doet en/of wat er anders is. Hij wil graag over twee weken terugkomen.

In het derde gesprek zegt cliënt op de openingsvraag *wat gaat er beter* dat de lichamelijke klachten verder verbeterd zijn, dat hij een e-mail aan één van zijn collega's heeft gestuurd met excuses voor een boze reactie (die mogelijkheid was in het vorige gesprek aan de orde geweest) en dat hij een positieve reactie had teruggekregen. Ook had hij de directeur van de school gebeld en gezegd dat hij weer ingeroosterd wilde worden, om te beginnen met de helft van het gewone aantal lessen.

Op de schaalvraag *hoeveel vertrouwen* hij heeft dat de terugkeer naar school gaat lukken, antwoordt hij een 7-8, want hij voelt zich een stuk meer uitgerust, is blij met de aardige reacties van zijn collega's en heeft er wel weer zin in. Ook heeft hij besloten meer afstand te nemen tot de collega die psychisch niet in orde is. Na *complimenten* voor alles wat hij al bereikt heeft en het grote vertrouwen dat de terugkeer naar school gaat lukken, wordt het gesprek afgesloten.

Op verzoek van cliënt vindt er nog een vierde (follow-up) gesprek plaats na drie maanden.

Op de vraag *wat gaat er beter* is het antwoord: 'Het gaat prima'. Hij is weer op school begonnen en vindt het leuk om terug te zijn. Collega's en leerlingen hebben hem hartelijk ontvangen en dat voelde als een warm bad. De lichamelijke klachten zijn grotendeels verdwenen, hij vertelt zich sterker te voelen, weer zin in alles te hebben en niet meer zo over de dingen in te zitten, zoals de zelfmoord van de collega. Hij voelt zich uitgerust en is weer gaan joggen.

Op de *schaalvraag* hoe hij zich voelt geeft hij nu een 9, de stemming is stabiel en beter.

Gevraagd welk cijfer hij denkt dat zijn vrouw nu zou geven antwoordt hij een 8. De directeur van de school en de leerlingen zouden ook een 8 geven denkt hij, want iedereen kan zien dat hij een stuk vrolijker is en weer kan lachen en grapjes maken.

Terugvalpreventie. Op de vraag wat hij vooral zou moeten doen om weer terug op een 4 of zelfs een 1 te komen, geeft hij aan dat hij dan weer ruzie met collega's zou moeten maken, veel overuren op school zou moeten maken door bij allerlei evenementen aanwezig te zijn en hoge eisen aan zichzelf en aan de leerlingen te stellen. Lachend vertelt hij dat hij er wel voor zal waken dat het weer zover komt (hij zit intussen lekker achterover).

Na uitvoering *complimenten en felicitaties* van de therapeut voor de manier waarop hij zijn leven weer op de rails heeft weten te krijgen, wordt het contact beëindigd. Cliënt zegt blij te zijn met het bereikte resultaat.

SLOTBESCHOUWING

Kortdurend behandelen heeft de wind mee. Hulp voor psychische problemen en wachtlijsten moeten korter en de cliënt wil meer gehoord worden. Lange (2004) stelt dat de politiek zou moeten differentiëren tussen 'zeur' en 'doe' behandelingen. Psychotherapie zou niet langer de zwakke 'zeur en klaag' opstelling van cliënten moeten bekrachtigen, maar cliënten sterker moeten maken en stimuleren iets te ondernemen. De auteur noemt daarbij expliciet de oplossingsgerichte therapie. De vaak korte 'doe' behandelingen zouden volgens Lange juist meer betaald moeten gaan worden in plaats van de lange 'zeurtherapieën'. Daarom zou, naast het grotendeels probleemgerichte vijf-gesprekkenmodel (Stoffer, 2001) de oplossingsgerichte therapie met een gemiddelde van drie zittingen aan de voordeur van onze AGGZ instellingen niet misstaan. Echter ook ná de voordeur lijkt oplossingsgerichte therapie mogelijkheden te bieden.

Elementen uit de oplossingsgerichte therapie zijn toepasbaar in alle situaties waarbij er sprake is van een gesprekscontact tussen een cliënt en hulpverlener, zowel in het contact met individuen (volwassenen en kinderen), groepen, relaties en gezinnen, organisaties en in het onderwijs (Goei en Bannink, 2005). Ook in hulpverlening aan cliënten uit andere culturen is de oplossingsgerichte methode bruikbaar gebleken (Bannink & Tielens, 2004). Verder effectonderzoek is echter zeer gewenst.

Misschien moeten hulpverleners psychotherapie niet langer '*beschouwen als een groep methodes die zoveel mogelijk gebruik maakt van psychologisch gevalideerde kennis om emotionele problematiek te reduceren*' (Korrelboom, 2004, p 227) en is de tijd rijp voor een meer positieve doelstelling. In plaats van het verminderen van iets negatiefs zoals vaak verwoord door cliënten en hun hulpverleners, zou het goed zijn de oplossingsgerichte vraag te stellen: '...en wat wilt u daarvoor in de plaats?'. Het positief geformuleerde antwoord van de meeste cliënten zal zijn: geluk in een bevredigender en productiever leven. Elke cliënt zal zijn eigen definitie van dit geluk kunnen geven met een beschrijving van gedrag, cognities en emoties en samen met de hulpverlener kunnen zoeken welke weg hem het dichtst bij zijn doel kan brengen. De implicaties zijn groot: diagnos-

tiek en training in behandelmethodes voor psychopathologie kunnen korter en worden vervangen door een training in het samen met de cliënt construeren van oplossingen. Er zal veel ten goede kunnen veranderen in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij 'There's nothing as dangerous as an idea when it is the only one you have' (O'Hanlon, 2000, p 53) voor alle methodieken, dus ook de oplossingsgerichte, van kracht blijft.

SUMMARY

The power of solution focused brief therapy: a form of behavior therapy

SFBT is a brief form of psychotherapy, which places its primary focus on achievable goals rather than concentrating on historical or current behavioral problems. This paper briefly introduces the history of SFBT within its social context, its theoretical background and the empirical evidence to date. The author also provides an overview of the differences and similarities with respect to problem-focused therapy and presents an argument to justify consideration of SFBT as a valid form of behavior therapy. The paper ends with a case study, illustrating the application of SFBT.

Keywords:

behavior therapy, solution focused brief therapy

LITERATUUR

- Appelo, M. (2004). Kort en krachtig *Directieve therapie*, 24, 334-337.
- Bakker-de Pree, B.J. (1987). *Constructionele gedragstherapie*. Nijmegen: Dekker & Van der Vegt.
- Bannink, F.P., & Tielens, N. (2004). *Medicins sans Frontieres trainingsrapport Uganda 2004*.
- Beck, J.S. (1995). *Basisboek cognitieve therapie*. Intro: Baarn
- Berg, I.K., & Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution focused approach*. New York: Norton
- Berg, I.K., & Steiner, T. (2003). *Children's Solution Work*. New York: Norton
- Cantwell, P., & Holmes, S. (1994). Social construction: A Paradigm shift for systemic therapy and training *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15, 17-26
- Cauffman, L. (2001). *Oplossingsgericht management & coaching, simpel werkt het best*. Utrecht: Lemma.
- Cladder, H. (1999). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480
- Gingerich, W.J. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: a Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Goei, S.L., & Bannink, F.P. (2005). Oplossingsgericht werken in remedial teaching. *Remedial, tijdschrift voor leer- en gedragsproblemen in het vo/bvo*, 5, (3), 19-26.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experimental approach to behaviour change*. New York: Guilford.
- Jong, P. de & Berg, I.K. (2001). *De kracht van oplossingen*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Korrelboom, K. (2004). Forum. Cognitieve gedragstherapie en 'rare therapieën'. Wat moeten we ermee? *Gedragstherapie*, 37, 225-231.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.

- Lange, F. (2004). Discussie: psychotherapie hoeft niet slecht te zijn, de politiek moet differentiëren tussen 'zeur' en 'doe' behandelingen. *Directieve therapie*, 24, 234-237.
- Metcalf, L. (1998). *Solution Focused Group Therapy, ideas for groups in private practice, schools, agencies and treatment programs*. New York: The Free Press
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (Eds.) (1996). *The Handbook of solution-focused brief therapy: foundations, applications and research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- O'Hanlon, B. (2000). *Do one thing different, ten simple ways to change your life*. New York, Harper Collins.
- 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. (1999). *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.
- Rossi, E.L. (Ed.) (1980). *The nature of hypnosis and suggestion by Milton Erickson (collected papers)*. New York: Irvington.
- 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.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: The Free Press.
- Shazer, S. de (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Shazer, S. de (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Stoffer, R. (2001). *Het vijf-gesprekkenmodel, een handleiding*. Eburon, Delft
- 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 Publishers.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fish, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.