

## ‘Hoe organiseer ik een etentje?’

### Oplossingsgerichte gedragstherapie met een verstandelijk beperkte vrouw

*John Roeden<sup>1</sup> en Fredrike Bannink<sup>2</sup>*

#### SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft de combinatie van een individuele oplossingsgerichte en probleemgerichte gedragstherapie met een 21-jarige vrouw met een lichte verstandelijke beperking en een dysthyme stoornis.

Het doel van behandeling (vastgesteld met de wondervraag) was om blij en actief te zijn. Cliënte wilde dit bereiken door verbetering van zelfzorg en het oefenen van sociale vaardigheden. Vragen naar uitzonderingen gaven aanwijzingen over oplossingsstrategieën van de cliënt. Schaalvragen peilden de vooruitgang in de therapie. Vragen gericht op competenties (re)activeerden haar veerkracht. De behandeltechnieken shaping en rollenspelen werden gebruikt om nieuw gedrag te oefenen. Het instructieboekje: ‘Hoe organiseer ik een etentje’ was een samenvatting van het oefenproces van de cliënt. Veranderingen in gedrag werden buiten de behandelsetting gegeneraliseerd. Aan het einde van de behandeling voldeed de cliënt niet meer aan de criteria van een dysthyme stoornis. De behandeling illustreert dat oplossingsgerichte interventies een belangrijke aanvulling vormen op probleemgerichte gedragstherapie met cliënten met een verstandelijke beperking.

#### INLEIDING

Oplossingsgerichte therapie (OT) is een vorm van psychotherapie, die zich niet bezighoudt met probleemgedrag in het heden of verleden, maar zich richt op gewenst gedrag in de toekomst. Problemen oplossen via het gangbare medi-

1. Drs. J.M. Roeden, Broekdijk 7, 7695 TB Bruchterveld (correspondentieadres), Tel: 0523-231161  
E-mail: j.roeden@baalderborg.nl

Stichting Baalderborg, instelling voor zorg en advies aan mensen met een verstandelijke handicap

2. Drs. F.P. Bannink, Schubertstraat 17, 1077 GP Amsterdam, Tel/fax: 020-6792239

E-mail: solutions@fpbannink.com, internet: www.fpbannink.com

Praktijk voor therapie, training, coaching en mediation te Amsterdam

sche model is iets anders dan oplossingen bouwen. OT gaat ervan uit dat het richten van de aandacht op het positieve, op de oplossingen en op de door de cliënt gewenste toekomst, verandering in de gewenste richting vergemakkelijkt. Een ander uitgangspunt is dat er voor elk probleem uitzonderingen te vinden zijn, momenten waarop het probleem er niet of minder is of was, die gebruikt kunnen worden om oplossingen te construeren. Niets is immers altijd precies hetzelfde. Ook is een uitgangspunt dat kleine veranderingen, mits opgemerkt en gezien als waardevol, kunnen leiden tot grote veranderingen.

Cliënten werken altijd mee, als de therapeut hun denken begrijpt en daarmee rekening houdt. Als cliënten zelf het behandeldoel bepalen en een aanpak kunnen kiezen is de kans op succes groter. Iedereen die het doel van de cliënt deelt en bereid is daaraan mee te werken, is welkom. De vuistregels van OT zijn: *als iets (beter) werkt, doe er meer van; als iets niet werkt, doe dan wat anders.*

OT kent verschillende stadia (Bannink, 2005, 2006a,b). Het gesprek opent met de *eerste vraag*: *‘Wat wil je aan het eind van dit gesprek/deze therapie bereikt hebben?’* Na een eventuele beschrijving van de problemen volgt de fase van het *ontwikkelen van een duidelijk geformuleerd doel*. Soms wordt de ‘wondervraag’ gesteld: *‘Stel dat er vannacht een wonder gebeurt, waardoor de problemen, waarvoor je komt (voldoende) werden opgelost, maar je wist het niet want je sliep, waaraan zou je morgenochtend het eerste merken dat het wonder was gebeurd, wat zou er dan anders zijn en wat nog meer?’* De wondervraag is een krachtige interventie, omdat het stellen van deze vraag de cliënt toestemming geeft om onbegrensd na te denken over de gewenste toekomst. In de fase van het *vinden van uitzonderingen* wordt gevraagd naar de momenten in het leven van de cliënt waarop de problemen niet voorkomen of minder ernstig zijn of waren en naar wie wat deed om de uitzonderingen te laten plaatsvinden. *Schaalvragen (10-0)* worden gesteld om verbeteringen te ontdekken tussen aanmelding en eerste gesprek, waarop voortgebouwd kan worden, om vooruitgang in de therapie te meten en om motivatie, hoop en vertrouwen te meten en te vergroten. *Aan het einde van elk gesprek* geeft de therapeut feedback na een korte denkpauze. Hij denkt na over het gesprek en feedback, formuleert een boodschap voor de cliënt die complimenten bevat en doet meestal een aantal suggesties voor huiswerk. Voor een uitgebreide uiteenzetting van OT wordt verwezen naar Cladder (1999), De Jong en Berg (2001) en Bannink (2006b). Voor een uiteenzetting hoe OT een vorm is van cognitieve gedragstherapie wordt verwezen naar Bannink (2005, 2006a,b, 2007a).

OT is een noviteit in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking, maar sluit niettemin aan bij een maatschappelijke evolutie binnen die zorg, namelijk *empowerment*. Uitgaande van de definitie van Kieffer (1984) is *empowerment* het leerproces dat tot doel heeft de zelfsturende vermogens van de mens te versterken. Sinds de jaren negentig is dit emancipatieproces op gang gekomen in de hulpverlening aan cliënten met een verstandelijke

beperking. Deze cliënten zijn meer en meer gaan meedenken, meepraten en meebeslissen over hun eigen leven. In plaats van gerichtheid op beperkingen, afhankelijkheid en betutteling is er gerichtheid op mogelijkheden, autonomie en zelfbepaling. Die gedachtegang vinden we terug in OT, waarin de cliënt expert is. Hij is het die zijn doel bepaalt en de weg om dit te bereiken. Anders gezegd: OT stimuleert de *empowerment* van de cliënt. In een meta-analyse van de effectiviteit van OT tonen Stams, Dekovic, Buist en De Vries (2006) aan dat het effect van deze vorm van therapie niet groter is dan van gebruikelijke behandeling, maar dat OT wel een positief effect heeft in minder tijd en dat OT tegemoet komt aan de behoefte van de cliënt aan autonomie. Zij pleiten ervoor om OT te overwegen wanneer deze vorm van behandeling aansluit bij de cliënt en het probleem. Macdonald (2007) deed eveneens een effectonderzoek naar OT en vond dat deze vorm van therapie het beter doet bij cliënten uit lagere sociaal economische milieus dan andere vormen van psychotherapie. Dit is een belangrijke bevinding voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking, aangezien zij merendeels tot dit milieu behoren. De concreetheid van de gesprekken lijkt hierbij van belang. Stoddart, McDonnel, Temple en Mustata (2001) onderzochten de toepassing van OT bij cliënten met een verstandelijke beperking. Zij vonden dat cliënten met een lichte verstandelijke beperking (IQ 55-70) en cliënten met een borderline intelligentie (IQ 70-85) het meest profiteren van een oplossingsgerichte behandeling. Een succesvol therapieresultaat was positief gecorreleerd met de mate van sociale ondersteuning die een cliënt had. Cliënten die zichzelf aanmeldden voor behandeling hadden een beter eindresultaat dan cliënten die waren doorverwezen door anderen.

#### **BEHANDELING VAN DEPRESSIE BIJ CLIËNTEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING**

Cliënte die in dit artikel wordt besproken had een dysthyme stoornis. In een overzichtsartikel over gedragstherapie bij depressie bespreekt Benson (1990) de relatie tussen depressie en sociale vaardigheden bij mensen met een verstandelijke beperking. In verschillende onderzoeken is een significant verband aangetoond tussen het optreden van depressie en gebrekkige sociale vaardigheden. Benson refereert aan de *learned helplessness theory* van Seligman (1975). Gebrekkige vaardigheden leiden tot afhankelijkheid en een gevoel van hulpeloosheid, een belangrijke determinant voor het ontstaan van een reactieve depressie.

Volgens Luring en Stam (1998) geldt bij sociale vaardigheidstraining de *self efficacy theory* van Bandura (1977). De theoretische gedachte is dat het succes van nieuw aangeleerd gedrag (in dit geval sociale vaardigheden) gevolgen heeft voor een positievere wijze van denken over zichzelf. Deze cognitieve veranderingen leiden ertoe dat ook het gevoelsleven positiever wordt.

Het gebrek aan sociale vaardigheden als antecedent voor depressief gedrag

wordt ook beschreven door Albersnagel, Emmelkamp en Hoofdakker (1989). Zij stellen dat veel depressieve mensen klagen over stroef verlopende contacten met anderen in de directe omgeving en dat functieanalyses duidelijk moeten maken op welke wijze vaardigheidstekorten hierbij een rol spelen. Sociale vaardigheden kunnen al in de periode vóór de depressieve episode hebben ontbroken. In dat geval zal het er om gaan deze vaardigheden alsnog aan te leren. Tekortkomingen in sociale vaardigheden zijn vaak inherent aan verstandelijke beperkingen (Van der Zee, Van der Molen & Van der Beek, 1989).

Naast de behandeling van depressie via verbetering van vaardigheidstekorten, worden tegenwoordig alle behandelstrategieën die bekend zijn bij de normaalbegaafde populatie toegepast. Došen (1997) wijst erop dat het noodzakelijk is de stijl en het tempo van de behandeling aan te passen aan het vermogen van cliënten met een verstandelijke beperking. (zie ook Došen, Gennep & Zwanikken, 1990; Došen & Menolascino, 1990; Burger, 1994; Windemuller, Huskens, Grootenboer & Teeuwisse, 1998). Westra en Bannink (2006a, b) en Roeden en Bannink (2007) geven voorbeelden van oplossingsgerichte interventies bij individuele cliënten met een verstandelijke beperking, met groepen cliënten en met een begeleidend team.

#### OPLOSSINGSGERICHTE BEHANDELING VAN DEPRESSIE

In een beschrijving van een oplossingsgerichte behandeling van depressie onderscheidt O'Hanlon (1999) twee principes waarmee de therapeut rekening moet houden. De therapeut luistert respectvol naar het verhaal van de cliënt en geeft erkenning voor de lijdensdruk (*acknowledgement*). Tegelijkertijd zoekt de therapeut naar kleine signalen waarmee de cliënt aangeeft iets anders te willen in plaats van zijn probleem (*possibilities*). De therapeut gidst de cliënt om zijn eigen weg te vinden in het oplossen van zijn probleem en om daarbij zo veel mogelijk de eigen competentie te gebruiken. Deze gedachtegang is terug te vinden in gevalsstudies over succesvolle oplossingsgerichte behandelingen van depressieve stoornissen met kinderen en volwassenen (Cladder, 1999; O'Hanlon, 1999; Cladder, Nijhof-Huysse & Mulder, 2000; Berg & Steiner, 2003; Bannink 2007b). Bij de oplossingsgerichte behandeling van depressie wordt het einde van een depressieve episode geëxploreerd: *'Hoe is het je eerder gelukt de sombere stemming de baas te worden?'* De veerkracht van de cliënt wordt uitvergroot: *'Hoe heb je deze storm doorstaan?'* *'Wat zijn je sterke kanten?'* De unieke oplossingsstijl van de cliënt wordt opgespoord: *'Wat heeft je tot nu toe geholpen?'* *'Wat heb je wel eens overwogen, maar nog niet uitprobeerd?'* Als de cliënt over het probleem praat, zal de therapeut herformuleren: *'Dus dat wil je niet, wat wil je ervoor in de plaats?'* Het doel van de cliënt wordt ingeschaald: *'Als 10 een hele goede stemming is en 0 een hele slechte stemming, waar zit je nu? Hoe is het je gelukt een 6 te bereiken? Hoe ziet een 7 eruit en wat is nodig om het een 7 te laten worden?'* De therapeut zal de sessie beëindigen met het geven van feedback. Hij zal de cliënt complimenteren voor zijn veerkracht tijdens en na een sombere periode. Hij geeft de

cliënt eventueel een oplossingsgerichte taak: *'Doe meer van wat (beter) werkt' of 'Doe meer van wat eerder gewerkt heeft.'*

### CASUS

De cliënte in deze gevalsbeschrijving is Elly, een vrouw van 21 jaar met een lichte verstandelijke beperking. Zij gaf schriftelijk toestemming voor deze publicatie. In 1996 is haar vader overleden, met wie ze een goed contact had. In 1999 is haar moeder hertrouwd. In 1999 liep Elly weg van huis, wegens problemen met haar stiefvader. Vanaf haar 16e jaar tot volwassenheid was er een ondertoezichtstelling van kracht, omdat moeder en stiefvader de opvoeding verwaarloosden. Elly kreeg een relatie en woonde een jaar samen met haar vriend. Nadat de relatie werd verbroken heeft Elly bij verschillende familieleden en kennissen gewoond. Sinds 2004 woont ze zelfstandig. Ze heeft onregelmatig contact met haar moeder, de relatie met haar stiefvader verloopt stroef. Elly heeft een zeer kleine vriendenkring. Ze heeft regelmatig verkering, meestal van korte duur.

Elly heeft een lichte verstandelijke beperking. Ze functioneert op een verbaal IQ van 89 en een perfoormaal IQ van 57. Het totaal IQ is 75. Ze was aangevoerd op bijzonder lager onderwijs en heeft het lager beroepsonderwijs voortijdig verlaten. Er loopt bij aanmelding een traject van bemiddeling en begeleiding van een arbeidstrainer om werk te vinden in het vrije bedrijfsleven. Ze heeft een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor jonggehandicapten, waarvan ze nauwelijks kan rondkomen. Sombereheid bij Elly wordt vaak veroorzaakt door haar uitzichtloze situatie met betrekking tot haar werksituatie en haar voortdurende gebrek aan geld. Ze ziet nauwelijks mensen, omdat iedere leuke activiteit geld kost. Elly is zich bewust van haar tekortschietende vaardigheden in zelfzorg: schoonmaken, opruimen en koken. Ze heeft goede voornemens, maar vervalt vaak in passiviteit bij een huishoudelijke klus en komt zelden tot het koken van een warme maaltijd. Advies, commentaar of kritiek van familieleden of begeleidende coach hebben nogal eens een averechts effect. Ze ervaart het als bemoeizucht en ze reageert met excuses of laat helemaal na om over te gaan tot actie. Haar matige zelfzorg en gebrekkig sociaal inzicht hangt samen met haar verstandelijke beperking. Ze overziet complexe vaardigheden, zoals het schoonhouden van het huis onvoldoende, en mist de finesses bij sociale vaardigheden, zoals het ontvangen van vrienden. Diskwalificaties van haar persoon en haar leefwijze, vroeger en nu, hebben haar zelfvertrouwen geen goed gedaan. Het heeft geresulteerd in een depressief beeld en een passief reactiepatroon.

Elly krijgt begeleiding van een coach, dat wil zeggen dat er vier uur per week ondersteuning is op praktisch vlak (huishouden, geldzaken, administratie, uiterlijke presentatie) en op sociaal-emotioneel terrein. Voor therapeutische behandeling kan een beroep gedaan worden op de sociaal wetenschappelijke dienst van de overkoepelende organisatie, een instelling voor begeleiding en

behandeling van cliënten met een verstandelijke beperking. Een coördinator van de ambulante sector in de stichting meldt Elly voor behandeling aan. Eerstgenoemde maakt zich zorgen over de problematiek die zij heeft gesignaleerd bij haar cliënte: depressiviteit en sociaal isolement. De behandeling van ambulante cliënten is toegewezen aan een gedragstherapeut. Een deel van de werkzaamheden is mediatief, dat wil zeggen het aansturen van behandelingen via andere behandelaars of begeleiders. De hier beschreven therapie bestond uit 22 sessies. Een aantal taken voortkomend uit de therapie voerde cliënte met ondersteuning van de ambulante coach uit (zie verder: behandeling).

### *Meetinstrumenten*

Aan het begin van de therapie worden vragenlijsten afgenomen en observatielijsten ingevuld om zicht te krijgen op de problematiek en mogelijke effecten van de behandeling te meten. De *Temperamentsschaal voor Zwakzinnigen* (TVZ; Blok, Van den Berg & Feij, 1990) is een observatieschaal die het temperament van de onderzochte meet. De subschaal stemming meet of de betrokkene goed/positief gestemd is of juist een sombere, depressieve indruk maakt. Cliënte scoort laag op stemming en maakt een minder gelukkige, depressieve indruk.

De *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen* (SDZ; Roeden, 1989; Roeden, Helbig & Zitman, 1995) signaleert depressie bij cliënten met een verstandelijke beperking. De schaal wordt beoordeeld door mensen uit de omgeving van de verstandelijk gehandicapte. De volgende depressieve verschijnselen worden bij Elly geconstateerd: somberheid, verminderd plezier in dagelijkse activiteiten, verminderde eetlust. Diagnostisch is er sprake van een dysthyme stoornis.

De *Positieve Uitkomsten Lijst* (PUL; Appelo & Harkema-Schouten, 2003) meet autonomie en sociaal optimisme. Autonomie meet vooral het ervaren van draagkracht, regie, controle en onafhankelijkheid. Sociaal optimisme meet de mate van tevredenheid en vertrouwen in bestaande sociale contacten. Afname van de PUL geeft lage scores op de subschalen Autonomie en Sociaal Optimisme.

### *De behandeling*

Het doel van Elly is om blij en actief te zijn. Ze wil dit bereiken door het verbeteren van zelfzorg en het oefenen van sociale vaardigheden. De gedachtegang is als volgt: als de zelfzorg toeneemt en de sociale vaardigheden verbeteren, dan neemt het zelfvertrouwen en de onafhankelijkheid van Elly toe en de bemoeizucht en kritiek van anderen af. Haar zelfvertrouwen neemt verder toe als zij een passieve houding om kan zetten in een actieve houding. Middelen op het doel te bereiken zijn verbetering van sociale vaardigheden en verbetering van zelfzorg en toename in gewicht. Elly wil specifieke sociale vaardigheden uitbreiden zoals: vrienden ontvangen in huis, vrienden te eten vragen in huis en hen onderhouden aan tafel, activiteiten ondernemen met vrienden. Verbetering van zelfzorg wil Elly realiseren door tweemaal per week een warme maaltijd klaar te maken, het huis netjes op te ruimen en door de hond

goed te verzorgen. Elly wil graag toenemen in gewicht: van 41 naar 45 kilogram. Een passieve houding omzetten in een actieve houding wil Elly bereiken door te ontdekken welke unieke oplossingen zij al in huis heeft en hoe zij deze kan uitbreiden. Vanuit theoretisch perspectief is de verwachting dat een succesvolle verbetering van (sociale) vaardigheden leidt tot vermindering van *learned helplessness* en verhoging van *self-efficacy* met blijheid en activiteit (Elly's doel) als resultaat.

Betrokkenen bij de behandeling zijn diegenen die kunnen en willen helpen bij het bereiken van het doel van de cliënt: de coach en de therapeut. Behandeltechnieken zijn afkomstig uit de oplossingsgerichte en de probleemgerichte gedragstherapie. Interventies met een oplossingsgericht karakter zijn de wondervraag en vragen naar vooruitgang, naar competentie en naar uitzonderingen. Als tijdens de behandeling blijkt dat Elly bestaande vaardigheden wil uitbreiden maar niet precies weet hoe, worden door de therapeut voorstellen gedaan voor behandeltechnieken uit de probleemgerichte gedragstherapie. Dit zijn rollenspelen, supervised practice, transfer of change en fading. Positieve bekrachtiging van gewenst gedrag past als procedure in beide benaderingen.

*Doelformulering via de wondervraag.* Voor het ontwikkelen van een duidelijk geformuleerd doel wordt samen met Elly gezocht naar beschrijvingen van wat anders zal zijn in haar leven, wanneer de problemen (voldoende) zijn opgelost. Deze dialoog wordt gestuurd door de wondervraag. Ter illustratie een deel van deze dialoog:

*Therapeut (T): 'Wat zou er na het wonder anders zijn?'*

*Elly (E): 'Ik zou blij en actief zijn.'*

*T: 'Hoe kan ik aan jou zien dat je blij en actief bent?'*

*E: 'Dan lach ik meer, dan doe ik meer.'*

*T: 'Hoe kan ik zien dat je actief bent?'*

*E: 'Dan zou ik kaartjes maken om op sturen.' (laat eigengemaakte kaarten zien).*

*T: 'Nou dat zijn kleine kunstwerken! Wat doe je nog meer anders na het wonder?'*

*E: 'Ik heb waarschijnlijk mijn kamer beter opgeruimd en wél weer eens voor mezelf gekookt.'*

*T: 'Klasse! Hoe gaat je dat lukken?'*

*E: 'Dat wil ik samen met mijn coach oefenen.'*

*T: 'Hoe ga je dat aanpakken?'*

*E: 'Stapje voor stapje.'*

*T: 'Wat is er nog meer aan jou te merken na het wonder?'*

*E: 'Ik zit niet meer alleen maar op de bank naar de tv te kijken.'*

*T: 'Wat doe je in de plaats daarvan?'*

*E: 'Tets leuk met een vriend.'*

In oplossingsgerichte gedragstherapie wordt de probleemkeuze vervangen door de keuze van het gewenste gedrag via de doelformulering (Bannink, 2006a). Een belangrijk onderdeel van gedragstherapie is het maken van functieanalyses. In figuur 1 worden twee functieanalyses gepresenteerd: één van probleemgedrag en één van gewenst gedrag. Ook wordt een voorbeeld gegeven van een betekenisanalyse, één probleemgericht en één oplossingsgericht. Tijdens de eerste fase van behandeling worden klachten geïnventariseerd (ongewenst gedrag, probleemgericht) en via de wondervraag geleid naar het doel voor de toekomst (gewenst gedrag, oplossingsgericht). Elly's aanvankelijk vage klacht ('*ik heb een leeg bestaan*') wordt herleid tot het doel ('*ik heb een blij en actief leven*'). Oplossingsgerichte functieanalyses worden gemaakt van uitzonderingen, momenten waarop al iets van het gewenste gedrag aanwezig is, of momenten waarop het probleemgedrag er niet of minder is. Het gedrag is wat de cliënt in die situaties anders doet of deed. De gevolgen van dat gedrag worden uitgevraagd. Functieanalyses kunnen ook worden gemaakt van een hypothetische toekomst. Het wonder is gebeurd en het probleem waarvoor de cliënt komt is voldoende opgelost. Het gedrag is wat de cliënt 'anders' zal doen, gesteld in positieve, concrete en haalbare gedragstermen. De consequenten zijn de positieve gevolgen van het andere, gewenste gedrag voor de cliënt (zie Figuur 1).

Taaksituaties die sociale vaardigheden vereisen, bijvoorbeeld iemand thuis uitnodigen, roepen bij Elly een gevoel van verlating en afwijzing op. Zij heeft herinneringen aan teleurstellende ervaringen, waarbij uitnodigingen leidden tot afzeggingen (zie Figuur 2).

Cliënten met een verstandelijke beperking missen vaak het abstractievermogen om de uitleg van een functieanalyse te begrijpen. Beter is om te werken met *topografische analyses*. Beschrijving van concrete situaties waarin het gewenste gedrag al een beetje aanwezig is (uitzonderingen en stukjes van het wonder) kunnen worden gebruikt om de cliënt uit te nodigen om een oplossingsgerichte gedragstaak uit te voeren: '*Doe meer van wat werkt*.' Deze congruente taak wordt in oplossingsgerichte therapie gegeven als sprake is van een *klanttypische samenwerkingsrelatie*. Bij een klanttypische relatie ziet de cliënt zichzelf als deel van het probleem en/of de oplossing, en is de cliënt gemotiveerd om het eigen gedrag te veranderen. Elly toont zich een 'klant' in deze behandeling. Zij is bereid om succesvol (gewenst) gedrag, waarvan zij zich bewust is geworden via topografische analyse, te herhalen en uit te breiden (doe meer van wat werkt). In plaats van een abstracte uitleg over de functieanalyse is in deze behandeling gekozen voor oefenen door ervaren, een strategie die bij cliënten met een verstandelijke beperking beter werkt (Riches, 1996).



<i>Functieanalyse van het niet of passief uitvoeren van zelfzorg</i>	<i>Functieanalyse van het actief uitvoeren van zelfzorg</i>
<b>Probleemgericht</b>	<b>Oplossingsgericht</b>
<i>Antecedenten (Sd)</i> Taaksituatie (koken, kamer opruimen, iemand uitnodigen)	<i>Antecedenten (Sd)</i> Taaksituatie (koken, kamer opruimen, iemand uitnodigen)
<i>Gedachten, gevoelens en gedrag</i> COV: 'Ik heb een leeg bestaan' 'Ik voldoe niet' 'Ik heb het weer fout gedaan' 'Als ik me inspan wordt het toch een teleurstelling'	<i>Gedachten, gevoelens en gedrag</i> COV: 'Ik heb een blij en actief bestaan' 'Ik kan het wel' 'Ik doe het goed'
CER: Somberheid	CER: Blijheid, trots
CAR: Niet uitvoeren van zelfzorg, passief reageren	CAR: Goed uitvoeren van zelfzorg, actief reageren
<i>Consequënten</i> (KT / LT = korte en lange termijn)	<i>Consequënten</i> (KT / LT = korte en lange termijn)
+S+ Extra aandacht en bezorgdheid van begeleiders (KT)	+S+ Toename blijheid (KT)
+S+ Vrije tijd om te luieren (KT)	+S+ Toename trots (KT)
+S- Toename somberheid (LT)	+S+ Realiseren mogelijkheden (LT)
-S+ Afname autonomie (LT)	+S+ Toename autonomie (LT)
+S- Toename negatief zelfbeeld (LT)	-S- Afname kritiek van anderen (KT)
+S- Toename afwijzing vanuit omgeving (KT)	-S- Afname bemoeizucht van anderen (KT)
+S- Toename 'bemoeizucht' van anderen (KT)	-S+ Minder tijd om te luieren (KT)
°S+ Niet realiseren van mogelijkheden (LT)	-S+ Afname aandacht en bezorgdheid door begeleiders (LT)
°S+ Uitblijven betere stemming (KT)	
°S- Niet hoeven inspannen (KT)	

**Figuur 1** Probleemgerichte en oplossingsgerichte functieanalyse

<i>Betekenisanalyse zelfbeeld m.b.t. sociale vaardigheden</i>	<i>Betekenisanalyse zelfbeeld m.b.t. sociale vaardigheden</i>
<i>Probleemgericht</i>	<i>Oplossingsgericht</i>
(referentieel)	(referentieel)
CS+ ⇒ UCS/UCR-representatie met als kernthema:	CS- ⇒ UCS/UCR-representatie met als kernthema:
Taaksituatie: Verlaten / afwijzing	Taaksituatie: Zelfvertrouwen / competentie
↓	↓
sociale toenadering CR	sociale toenadering met hulp CR
Somberheid	Blijheid
Passiviteit & klagen	Actie

*Figuur 2* Probleemgerichte en oplossingsgerichte betekenisanalyse

**Vragen naar vooruitgang.** Met een schaalvraag (10-0) wordt iedere twee weken met Elly geëvalueerd hoe ze bezig is met het bereiken van haar doel, een blij en actief leven.

Bij cliënten met een verstandelijke beperking kunnen schaalvragen worden verduidelijkt door te werken met visualisaties, bijvoorbeeld door een lijn of trap te tekenen, door gebruik van pictogrammen (smileys, emoticons) of in een speelse variant, door wijzend of springend een afstand aan te geven, bijvoorbeeld op een hinkelbaan (Roeden & Bannink, 2007). Bij Elly wordt de 10 en de 0 op de schaal geïllustreerd met 10 = een blij kijkend pictogram en 0 = een somber kijkend pictogram. Wordt bijvoorbeeld een score 7 gegeven, dan wordt Elly gecompimenteerd voor een zo hoge score en gevraagd: 'Hoe is het je gelukt om op een 7 te zitten? Hoe zou een 8 eruit zien?' En: 'Wat is er nog voor nodig om een 8 te bereiken?' Op deze wijze geeft Elly op inspirerende wijze te kennen hoe zij haar doel wil bereiken. Ze wil zelfzorg vaardigheden en sociale vaardigheden, stapsgewijs, in diverse situaties oefenen met verschillende mensen (*shaping*, rollenspel, *supervised practice* en *transfer of change*). Ze wil aangemoedigd worden door coach en therapeut (positieve bekrachtiging) en is ervan overtuigd dat behoud van vaardigheden wordt bevorderd als het geleerde wordt vastgelegd in een instructieboekje (zie bij *shaping*).

**Vragen naar uitzonderingen.** Bij het vragen naar uitzonderingen wordt gevraagd naar de momenten in het leven van Elly waarop de problemen niet voorkwamen of minder ernstig waren en naar wie wat deed om de uitzonderingen te laten plaatsvinden. In de beantwoording op deze vragen bewijst Elly over vaardigheden te beschikken om haar alleen zijn op te heffen en een uitnodiging succesvol te laten zijn.

Vragen naar competentie. De beknopte weergave van een dialoog met Elly illustreert deze procedure. Elly heeft de voorafgaande dag lange tijd somber op de bank gelegen en niets gedaan.

*T: 'Hoe is het je gelukt om de draad weer op te pakken?'*

*E: 'De hond moest uitgelaten worden.'*

*T: 'Je voelde je dus verantwoordelijk.'*

*E: 'Ja, ze was heel blij.'*

*T: 'Hoe merkte je dat?'*

*E: 'Ze sprong de hele tijd tegen me op en is altijd vrolijk ook als ik chagrijnig ben.'*

*T: Hoe helpt dat jou?*

*E: 'Uhh ... ze slaapt me erdoor heen.'*

*T: 'Nou dan heb je een goede huisgenoot gekozen. Wat helpt nog meer?'*

*E: 'Ik heb een sms gestuurd naar B.' (vriend van Elly)*

*T: 'En?'*

*E: 'Hij belde meteen terug. Hij had een slecht humeur en ik heb hem opgebeurd.'*

*T: 'Zo, hoe kreeg je dat voor elkaar?'*

*E: 'Ik heb een afspraak met hem gemaakt voor morgen. We kunnen wel goed met elkaar praten.'*

*T: 'En hoe helpt jou dat dan?'*

*E: 'Andere mensen vrolijk zien is wel goed voor mij.'*

*T: 'Dus als ik het goed begrijp word jij weer actief en vrolijk, als je met andere mensen met wie je goed kunt praten, iets afspreekt. Je bent in staat anderen op te beuren en daar word jij ook weer vrolijk van. En dan niet te vergeten je hond die jou opbeurt en in de benen krijgt.'*

Na het geven van feedback en complimenten voor zoveel creativiteit worden oude en nieuwe ideeën vastgelegd op kaartjes. De kaartjes worden gebundeld in een receptenboekje met plastic vakjes onder de noemer 'recepten om vrolijk te worden'. De 'recepten' vormen een weergave van de unieke oplossingsstijl die Elly hanteert om een passieve en sombere stemming te zetten in een actieve en blijde stemming.

Shaping. Elly geeft aan behoefte te hebben aan een persoonlijk instructieboekje. De vaardigheden die Elly wil verbeteren, zelfzorg (huis opruimen en koken) en sociale vaardigheden (bezoek ontvangen), zijn te integreren onder het project: 'Hoe organiseer ik een etentje?' Elly onderscheidt vier stappen: uitnodigen, opruimen en schoonmaken, eten voorbereiden en bezoek ontvangen. Vervolgens wordt iedere stap uitgevraagd: 'Hoe nodig je uit? Welke inkopen doe je? Hoe ruim je op?' Als Elly twijfelt over een tussenstap worden eerdere ervaringen in herinnering geroepen: 'Wanneer heb je voor het laatst je kamer opgeruimd? Wat deed je toen eerst? Wat deed je daarna? En daarna?' Waar nodig worden door de thera-

peut tussenstappen voorgesteld of volgordes aangepast. Tot slot wordt gevraagd: ‘Hoe moet het boekje eruitzien?’ Elly wil een boekje in zakformaat (A5), korte teksten in eenvoudige eigen taal (schriftelijke prompts) en kleurplaatjes (visuele prompts). Het hanteren van visuele prompts en weergeven van een leerproces in de vorm van een stripverhaal bij de populatie verstandelijk gehandicapten wordt aanbevolen door Bisschop & Compennolle (1997). Na samenstelling en vormgeving worden de boekjes te koop aangeboden aan andere cliënten met soortgelijke hulpvragen. De inkomsten zijn Elly zeer welkom. Een voorbeeldpagina van het instructieboekje is opgenomen als bijlage.

Bij het oefenen van complexe vaardigheden wordt met Elly een taakanalyse gemaakt. Deze werkwijze wordt aanbevolen bij het leren van complexe vaardigheden bij cliënten met een verstandelijke beperking (Duker, Didden & Sigafos, 2004). Een taakanalyse is een lijst van te oefenen stappen (*separate responses*), die in de juiste volgorde uitgevoerd, leiden tot voltooiing van een specifieke taak. Volgens Duker moet het proces van aanleren van complexe vaardigheden drie aspecten bevatten: *a natural cue, a chain of responses with prompts, a reinforcing natural consequence*. Bijvoorbeeld bij inkopen doen: Elly maakt een afspraak met haar coach om inkopen te doen (*natural cue*); Elly pint geld (*response 1*); Elly maakt een boodschappenlijstje (*response 2*); Elly verzamelt de boodschappen in de winkel (*response 3*); op aanwijzing van de therapeut wisselt Elly dure artikelen in voor goedkopere (*response 4*); een volle boodschappentas voor weinig geld wordt bekroond met een *high five* (*natural reinforcer*). Op deze wijze worden meerdere vaardigheden bekrachtigd door een natuurlijke beloning: een uitnodiging wordt gevolgd voor een leuke afspraak, opruimen resulteert in een net huis en koken leidt tot een gezellig etentje met iemand anders.

Gedrag dat in de goede richting van het doelgedrag komt (zelfzorg activiteiten) wordt steeds positief bekrachtigd met complimenten door de therapeut. Om verzadiging te voorkomen bij het geven complimenten wordt gevarieerd. OT biedt veel variaties bij het geven complimenten. Naast directe complimenten (*‘Wat goed, dat je al een recept hebt uitgezocht’*) wordt veel gewerkt met competentie vragen (*‘Hoe is het je gelukt om weer zo’n leuk recept te ontdekken?’*) of positieve karakterduidingen (*‘Je voelde je dus verantwoordelijk voor...’*). Gedrag dat afwijkt van het doelgedrag wordt genegeerd (negatieve straf). Als een taaksituatie bij Elly leidt tot passiviteit en klagen, wordt klagen over te weinig tijd hebben of te moe zijn door coach en therapeut genegeerd en wordt de aandacht zo snel mogelijk gericht op wat Elly wel wil.

**Rollenspel.** Rollenspelen zijn gehanteerd om sociale vaardigheden te oefenen. De therapeut is antagonist en speelt bijvoorbeeld een vriend die uitgenodigd wordt. Elly speelt zichzelf en oefent met uitnodigen en met het reageren op een afzegging. De therapeut reageert aanvankelijk prettig en gemakkelijk (ingaan op een uitnodiging) en daarna minder prettig en afwijzender (uitnodiging afwijzen of afzeggen). Na afloop wordt feedback gegeven, beginnend met de positieve aspecten van de vaardigheden van Elly en daarna de verbeterpunten.

Het aanleren van nieuwe vaardigheden valt niet onder OT, want deze gaat ervan uit dat cliënten al beschikken over vaardigheden en dat er niet iets nieuws aangeleerd hoeft te worden. Bij cliënten met een verstandelijke beperking geldt dat de beperkingen niet ongedaan gemaakt kunnen worden. Wel kan men de strategieën bekijken die het mogelijk maken om met deze beperkingen om te gaan. Een rollenspel en *supervised practice* (zie hierna) zijn voorbeelden van dergelijke strategieën.

**Supervised practice.** Supervised practice wordt door Riches (1996) aanbevolen als een geschikte leervorm voor cliënten met een verstandelijke beperking. Leren dient volgens Riches plaats te vinden in natuurlijke omstandigheden (bij Elly thuis) onder supervisie van een trainer (coach en therapeut), met gedetailleerde instructies (instructieboekje), met aanbod van oefensituaties buiten de context van de training en door vaak te herhalen, waardoor er *transfer of change* optreedt.

**Fading.** Onder fading wordt het geleidelijke wijzigen van de stimuluscontrole met handhaving van de handeling bedoeld (Orlemans, Eelen & Hermans, 2004). In het oefentraject van Elly houdt fading in: een geleidelijke afname van het gebruik van rollenspelen en *supervised practice*, ten gunste van een toename van het gebruik van het instructieboek. Daarmee wordt Elly's onafhankelijkheid bevorderd.

**Transfer of change.** Transfer of change wil zeggen dat de cliënt zich de veranderingen die in de behandeling in gang zijn gezet, eigen gaat maken. Met Elly wordt de volgende hiërarchie in oefensituaties opgesteld: uitvoering etentje met coach, uitvoering etentje met therapeut, uitvoering etentje met een familielid, uitvoering etentje met een vriendin, uitvoering verjaardagsfeest met meerdere vrienden. Het afsluitende feest is tevens het eind van de behandeling. De viering van Elly's verjaardag wordt beleefd als een positief slot van de behandeling (een ontmoeting met meerdere vrienden in een positieve stemming) en is tevens een logische uitbreiding van het gedragsrepertoire (meerdere mensen uitnodigen en onderhouden en de noodzakelijke voorbereidingen treffen).

## RESULTATEN

Doel voor Elly is om blij en actief te zijn. Na behandeling is haar stemming verbeterd naar haar eigen oordeel, naar het oordeel van haar coach en van de therapeut. De 'recepten om vrolijk te worden' helpen Elly om sneller een sombere bui achter zich te laten. Dit subjectieve oordeel wordt ondersteund door het resultaat van meetinstrumenten. De verschijnselen somberheid en verminderd plezier in dagelijkse activiteiten werden na 22 zittingen niet meer gesignaleerd op de SDZ. Elly voldeed niet langer aan de criteria voor een dysthyme stoornis. Op de TVZ, subschaal stemming is er een lichte verbetering ten opzichte van de beginmeting. De scores op de subschalen autonomie

en sociaal optimisme zijn beide gestegen: Elly ervaart meer regie, controle en onafhankelijkheid (subschaal Autonomie, PUL), is meer tevreden en heeft vertrouwen in bestaande sociale contacten (subschaal Sociaal Optimisme, PUL). Elly is tevreden over een aantal resultaten. Er is een duidelijke toename opgetreden in het aantal contacten met anderen. Aan het einde van de therapie komen haar moeder, oma en oude en nieuwe vrienden vaker op bezoek: van gemiddeld één visite per week zijn er nu gemiddeld vier visites per week. Elly is tevens trots op de vooruitgang in het aantal malen waarin het haar lukt een warme maaltijd te bereiden: van gemiddeld één keer per week naar gemiddeld vier keer per week. Haar lichaamsgewicht neemt toe met één kilo. Elly oordeelt dat ze na de behandeling onafhankelijker is geworden. De coach is van mening dat Elly's stemming zich kenmerkt door sterke wisselingen, maar constateert gemiddeld genomen wel een verbetering. Ze is tevreden over de resultaten met betrekking tot koken, de gewichtstoename en over de toename van sociale contacten van Elly.

#### DISCUSSIE

Kiezen voor OT biedt voordelen voor de cliënt én voor de therapeut. Een cliënt die een oplossingsgerichte therapeut ontmoet zal merken dat gerichtheid op ongewenst gedrag, passiviteit, falen en somberheid plaats maakt voor gerichtheid op gewenst gedrag, activiteit, zelfvertrouwen en blijheid. Deze positieve doelstelling sluit aan bij een maatschappelijke evolutie binnen de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking: het proces van *empowerment*. Een cliënt met een verstandelijke beperking wordt in een oplossingsgericht gesprek niet herinnerd aan beperkingen, afhankelijkheid of betutteling maar ervaart mogelijkheden, autonomie en zelfbepaling. Deze casus illustreert dit proces. Elly verdreef passiviteit, somberheid en afhankelijkheid en hervond activiteit, blijheid en autonomie.

De therapeut die oplossingsgericht werkt zal mogelijke kritiek van de cliënt niet zien als weerstand maar als een nuttige bondgenoot (Le Fevere & Ten Hove, 2004). Wat hulpverleners neigen te zien als weerstand, is volgens De Shazer (1984) de unieke wijze waarop de cliënt kiest om samen te werken. De Shazer gebruikt de volgende analogie: "*With resistance as a central concept, therapist and client are like opposing tennis players. With cooperating as a central concept, therapist and client are like tennis players on the same side of the net. Cooperating is a necessity in order to defeat your mutual opponent*" (p. 84). In deze casus waren cliënt en therapeut samenwerkende tennisspelers met het probleem als gemeenschappelijke tegenspeler: Elly's passieve reactiepatroon, haar negatieve cognities en haar sombere stemming. Elly's aanvankelijke kritiek ('*Jij bemoeit je met mijn leven*') werd door de therapeut beschouwd als nuttige informatie. Via de vraag: '*Wat wil je anders in onze samenwerking?*' werd de samenwerking weer hersteld.

OT sluit toepassing van probleemgerichte interventies niet uit. In OT wordt ervan uitgegaan dat de cliënt competent is om zelf zijn probleem op te lossen en dat hij de modificatieprocedures in principe al in huis heeft. Volgens Bannink (2006a, b) zal de oplossingsgerichte therapeut in eerste instantie de cliënt uitnodigen uit de eigen 'winkel' modificatieprocedures te openen (successen van de cliënt uit het verleden). Pas in tweede instantie opent de therapeut zijn 'winkel'. Deze casus illustreert dit proces. Er ontstond een natuurlijke match tussen de 'winkelwaar' van de cliënt en die van de therapeut. Elly wilde stap voor stap oefenen (*shaping*), beloond worden (bekrachtiging), vaardigheden uitbreiden (rollenspel en *supervised practice*), onafhankelijker worden van de training (*fading*) en ervaring opdoen de context van de training (transfer of change). OT geldt als een kortdurende behandeling (Stams et al., 2006). Deze therapie (22 zittingen) duurde relatief lang, omdat met cliënten met een verstandelijke beperking meer tijd nodig is voor bespreking en herhaling.

#### SUMMARY

*How to organize a dinner party? Solution focused treatment for a mentally challenged woman.*

This article describes how an individual solution-focused brief therapy and a problem-focused behavior therapy were combined to treat a borderline intellectually functioning, 21-year-old woman with a dysthymic disorder. The treatment goal (arrived at by using the miracle question) was to become happy and active. The client wanted to accomplish this by improving self-help and by practicing social skills. Asking about exceptions gave clues to the client's strategies for successes. Scaling questions determined the therapeutic progress made. Questions focusing on competencies aimed to enhance her resilience. The treatment techniques shaping and role-play were used to practice new behavior. The instruction booklet 'How to organize a dinner party' was a summary of the client's learning process. Behavioral changes were generalized to situations outside the treatment setting. At the end of the treatment the client no longer met the criteria of a dysthymic disorder. The treatment shows that solution-focused interventions are an important supplement to problem-focused behavior therapy in mentally handicapped clients.

*Keywords: solution focused brief therapy; SFBT; solution-focused behavior therapy; mentally handicapped clients.*







## LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, fourth edition, revised. Washington DC: APA.
- Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., & Hoofdakker, R.H. (1989). *Depressie. Theorie, diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Appelo, M., & Harkema-Schouten, P. (2003). Kort instrumenteel: De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). *Gedragstherapie* 36, 310-317.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bannink, F.P. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie* 38, 1, 5-16.
- Bannink, F.P. (2006a). De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie* 39, 3, 171-183.
- Bannink, F.P. (2006b). *Oplossingsgerichte Vragen. Handboek Oplossingsgerichte Gespreksvoering*. Amsterdam: Harcourt.
- Bannink, F.P. (2007a). Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2, 87-94.
- Bannink, F.P. (2007b). *Gelukkig zijn en geluk hebben. Zelf oplossingsgericht werken*. Amsterdam: Harcourt.
- Benson, B.A. (1990). Behavioral treatment of depression. In: *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon.
- Berg, I.K., & Steiner, Th. (2005). *Het spel van oplossingen. Oplossingsgerichte therapie voor kinderen*. Amsterdam: Harcourt.
- Bisschop, M., & Compernelle, T. (1997). *Je kind kan het zelf. Van theorie naar praktijk*. Houten: Van Holkema & Warendorf.
- Blok, J.B., Berg, van den P.Th., & Feij, J.A. (1990). *Handleiding bij de Temperamentschaal voor Zwakzinnigen (TVZ)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Burger, G.T.M. (1994). Psychische problemen bij verstandelijk gehandicapten. *Diagnostiek en begeleidingsstrategieën*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cladder, H. (1999). *Oplossingsgerichte korte therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cladder, J.M., Nijhof-Huyse, M., & Mulder, G. (2000). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Došen, A., & Menolascino, F.J. (1990). *Depression in mentally retarded children and adults*. Leiden: Logon.
- Došen, A., Gennep, A., & Zwanikken, G.J. (1990). *Treatment of Mental Illness and Behavioral Disorder in the Mentally Retarded*. Leiden: Logon Publications.
- Došen, A. (1997). *Psychiatrie en de mens met een verstandelijke handicap*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Duker, P., Didden, R., & Sigafos, J. (2004). *One-to-one training. Instructional procedures for learners with developmental disabilities*. Austin: Pro.ed.
- Jong, P. de, & Berg, I. K. (2001). *De kracht van oplossingen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. In: *Prevention in human services. Studies in empowerment: steps towards understanding and action, Volume 3*, 9-36.
- Le Fevere de Ten Hove, M. (2004). *Korte therapie. Handleiding bij het 'Brugse model voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren'*. Apeldoorn: Garant.
- Luring, G.R., & Stam, N.C.J. (1998). Sociale vaardigheidstraining. In: S. Windemuller, B.E.B.M. Huskens, J. Grootenboer & J.M. Teeuwisse (Eds.). *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- Macdonald (2007). *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*. London: Sage.
- O'Hanlon, B. (1999). *Evolving Possibilities. Selected Papers of Bill O'Hanlon*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P., & Hermans, D. (2004). *Inleiding in de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.



- Riches, V. (1996). *Everyday social interaction; a program for people with disabilities*. Baltimore: Brookes.
- Roeden, J.M. (1989). *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen*. Verkrijgbaar bij Dr. J.B. Blok, Timpaan, Postbus 54, 5076 ZH Haaren.
- Roeden, J., Helbig, G., & Zitman, F. (1995). A new, DSM-IV-compatible, structured interview for the diagnosis of depression in adults with Down syndrome. *European Journal on Mental Disability*, 2, 23-30.
- Roeden, J.M., & Bannink, F.P. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Harcourt.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Shazer S. de (1984) The Death of Resistance. *Family Process*, 23, 79-93.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie* 39, 2, 81-94.
- Stoddart, K.P., McDonnell, J., Temple, V., & Mustata, A. (2001). Is brief better? A modified brief solution-focused therapy approach for adults with a developmental delay. *Journal of Systematic Therapies*, 20, 2, 24-40.
- Westra, J., & Bannink, F.P. (2006a). 'Simpele' oplossingen! Oplossingsgericht werken bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, deel 1. *PsychoPraxis* 8, 4, 158-162.
- Westra J., & Bannink, F.P. (2006b). 'Simpele' oplossingen! Oplossingsgericht werken bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, deel 2. *PsychoPraxis* 8, 5, 213-218.
- Windemuller, S., Huskens, B.E.B.M., Grootenboer, J., & Teeuwisse, J.M. (1998). *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- Zee, S.A.M. van der, Molen, H.T. van der, & Beek, D. van der, (1989). *Sociale vaardigheden voor zwakbegaafde jongeren: praktische Goldsteintraining*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Bijlage: Voorbeeldpagina uit het instructieboekje: 'Hoe organiseer ik een etentje?'

		Gedaan
Afval in de vuilnisbak of prullenbak		
Peuken in de asbak Asbak leegmaken		
Vuile kleren in de wasmand Schone kleren in de klerenkast		
Belangrijke papieren in mappen of op een stapel; oud papier apart		
Kopjes en borden naar keuken		
Losse spullen in kasten of rekken		
Losse spullen in dozen	