

40.4

Oplossingsgerichte therapie

Fredrike Bannink

- 1 Inleiding – theoretische achtergrond
 - 2 Kernconcepten
 - 3 Evidentie
 - 4 Universele therapiefactoren
 - 5 Centrale interventies
 - 6 Tijdspectief
 - 7 Indicaties en contra-indicaties
 - 8 Oefeningen en opdrachten
- Literatuur voor verdere verdieping

1 Inleiding – theoretische achtergrond

U hebt trek en gaat naar een restaurant. Nadat u een tijdje hebt gewacht, komt de ober naar u toe en hij stelt vragen over uw trek: hoeveel trek hebt u, wat is de oorzaak, hoe lang hebt u al trek, had u vroeger ook al zo'n trek, welke nadelen en misschien voordelen heeft eetlust voor u? Als u, nog hongeriger geworden, vraagt te kunnen eten, wil de ober dat u eerst vragenlijsten invult over trek (en wellicht over andere zaken die de ober belangrijk vindt). Dan krijgt u een menu voorgeschoteld waarvan de ober zegt dat het goed voor u is en eerder hongerige mensen heeft geholpen. Hoe groot acht u de kans dat u tevreden uit het restaurant vertrekt?

Patiënten (in oplossingsgerichte therapie spreekt men liever van cliënten) willen in toenemende mate inspraak hebben bij hun behandeling, ook in de ggz. Patiëntparticipatie wordt tegenwoordig dan ook als essentieel gezien voor het slagen van een therapie. Hierbij past een andere en bescheidener houding van de therapeut, gericht op de competenties en de sterke kanten van de patiënt in plaats van op diens problemen. Hij coacht de patiënt om zijn eigen weg te vinden bij het bereiken van de door hem gewenste toekomst. Daarnaast zien we een verschuiving van langdurige naar kortere vormen van behandeling. Oplossingsgerichte therapie (ot) sluit aan bij deze ontwikkelingen.

Oplossingsgerichte therapie is doelgerichte therapie. De aandacht is niet gericht op het exploreren en analyseren van het probleem, op wat de patiënt niet wil, maar op wat de patiënt wél wil in de toekomst. In plaats van het geven van adviezen stelt de therapeut vragen: 'Wat wilt u voor het probleem in de plaats? Wat werkt al in de goede richting?' en 'Wat zou de volgende stap zijn?' De patiënt wordt als competent gezien zijn doel te formuleren, oplossingen te bedenken en uit te voeren.

In dit hoofdstuk worden de korte historie, tien uitgangspunten, praktijk, theorie, empirische evidentie en (contra-)indicaties van oplossingsgerichte therapie besproken. Onderzoek wijst uit dat oplossingsgerichte therapie even werkzaam is als andere vormen van psychotherapie, met een kortere therapieduur en goede waarborgen voor de autonomie van de patiënt.

Oplossingsgerichte therapie werd in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld door De Shazer en collega's van het Brief Family Therapy Center in de Verenigde Staten. Zij bouwden voort op bevindingen van Watzlawick e.a. (1974) die ervan uitgaan dat de geprobeerde oplossing het probleem soms in stand houdt of zelfs verergert, en dat inzicht in het ontstaan van het probleem niet (altijd) nodig is om te kunnen veranderen.

De Shazer (1985) formuleerde enkele stellingen, die de basis vormen van de oplossingsgerichte therapie.

- De klasse van de problemen behoort niet tot de klasse van de oplossingen. Analyse van het probleem is niet nodig om tot oplossingen te komen; analyse van oplossingen van de patiënt is dat juist wel.
- De patiënt is de deskundige. Deze is het die zijn doel bepaalt en de wegen om dat doel te bereiken.
- Vroeger had je perronkaartjes nodig om op het perron te komen en in de trein te stappen. Problemen zijn een soort perronkaartjes. Ze helpen de patiënt door de ingang, maar bepalen niet welke trein hij neemt of waar hij uitstapt. Waar iemand naartoe wil, wordt dus niet bepaald door het vertrekpunt.
- Wat niet stuk is, moet je niet maken (*if it ain't broke, don't fix it*). Handen af van wat in de beleving van de patiënt goed gaat.
- Als iets werkt, ga ermee door.
- Als iets niet werkt, doe iets anders.

Een Japans kustdorpje werd bedreigd door een tsunami. Een boer die op de rijstvelden boven het dorp aan het werk was, zag de vloedgolf van verre aankomen. Omdat er geen tijd was om terug te lopen naar het dorp en hij te ver weg was om gehoord te worden, stopte hij met schreeuwen en stak hij onmiddellijk de akkers in brand. Hierdoor kwamen de dorpsbewoners aanhollen om hun gewassen te beschermen. Daarmee werden ze gered van de verdrinkingsdood.
(Japanse legende)

Voorlopers van de oplossingsgerichte therapie

Erickson droeg bij tot de ontwikkeling van de oplossingsgerichte therapie. Hij gaf zijn studenten de opdracht de laatste pagina van een boek te lezen en dan te speculeren over wat eraan voorafging. Zo begint de oplossingsgerichte therapie ook bij het eind: het doel van de patiënt. Erickson benadrukte de competenties van de patiënt en meende dat de behandeling niet moet worden aangepast aan een diagnostische classificatie, maar aan de mogelijkheden van de patiënt zelf om iets (anders) te doen.

Frankl wordt vaak aangehaald als voorbeeld van hoe toekomstgericht denken een verschil kan maken. Hij beschrijft een ervaring tijdens de Tweede Wereldoorlog, waarbij hij op weg was van het concentratiekamp naar een werkterrein, in de kou en zonder eten. Hij dwong zichzelf aan iets anders te denken. Plotseling zag hij zichzelf op het podium staan van een collegezaal waar hij een lezing hield over de psychologie van het concentratiekamp. Het lukte hem zich boven zijn huidige situatie, boven de kwellingen van het moment te verheffen, en hij beschouwde ze alsof ze al tot het verleden behoorden. Zijn focus op dit toekomstbeeld redde op dat moment zijn leven.

Seligman, grondlegger van de *Positive Psychology*, werd in de jaren zeventig bekend door zijn onderzoek naar *learned helplessness* (aangeleerde hulpeloosheid: de stellige overtuiging dat men de eigen problemen niet kan oplossen). Nu onderzoekt hij *learned optimism*. De positieve psychologie gaat uit van de sterke kanten van de patiënt en de veronderstelling dat geluk niet het gevolg is van alleen de juiste genen of toeval, maar te vinden is door het identificeren en gebruikmaken van de sterke kanten die de patiënt al bezit (Bannink, 2007b).

Oplossingsgerichte therapie heeft raakvlakken met de positieve psychologie en met het sociaal-constructionisme. Deze laatste theorie stelt dat het gevoel van het individu over wat echt is – inclusief het idee over de aard van zijn problemen, competenties en mogelijke oplossingen – geconstrueerd wordt in de communicatie met anderen. Het vermogen van de patiënt om te veranderen houdt verband met zijn vermogen dingen anders te gaan zien. Deze verschuivingen in waarneming en in de definitie van de werkelijkheid vinden plaats in het oplossingsgerichte gesprek over de gewenste toekomst en uitzonderingen op het probleem.

In de oplossingsgerichte therapie is de therapeut niet de deskundige die het weet; hij laat zich informeren door de patiënt, die zijn eigen doel en oplossingen construeert. De expertise van de oplossingsgerichte therapeut ligt in het stellen van vragen, het motiveren tot gedragsverandering en in het toepassen van operante leertheoretische principes tijdens het gesprek (positieve bekrachtiging van gespreksdelen over wat de patiënt wél wil en negatieve bekrachtiging – onthouden van aandacht – van gespreksdelen over wat de patiënt niet wil). Dit laatste betekent dat er in de oplossingsgerichte therapie wel wordt geluisterd naar het probleemverhaal van de patiënt, maar dat het probleem niet wordt geanalyseerd en geëxploreerd: er worden geen vragen gesteld en geen details uitgevraagd (*problem talk*). Analyse en exploratie vindt daaren-

tegen wel plaats over wat de patiënt voor het probleem in de plaats wil. Hierover worden wel vragen gesteld en wel details uitgevraagd (*solution talk*).

2 Kernconcepten

Hieronder volgen tien praktische oplossingsgerichte uitgangspunten die de therapeut een nieuwe 'bril' geven om naar de patiënt te kijken (Bannink, 2007a).

- 1 *Weerstand is geen bruikbaar begrip.* Het begrip weerstand suggereert dat de patiënt niet zou willen veranderen en dat de therapeut losstaat van het systeem dat hij behandelt. De therapeut kan de patiënt het best benaderen vanuit een samenwerkingspositie en niet vanuit een positie van weerstand, macht en controle.
- 2 *Er is altijd sprake van samenwerking.* De oplossingsgerichte therapeut dient zich aan te passen aan de manier van samenwerken van de patiënt (en niet andersom). Hij gebruikt diens sterke kanten en hulpbronnen, diens woorden en opvattingen, en lokt complimenten uit door het stellen van competentievragen.
- 3 *Er is altijd verandering.* Veranderen is een continu proces, stabiliteit is een illusie. De vraag is niet of maar wannéér verandering zal optreden. De therapeut helpt de patiënt positieve selffulfilling prophecy's te maken. Er bestaat een direct verband tussen het praten over verandering en het resultaat van de therapie. Praten over successen in het verleden, het heden en de toekomst helpt; praten over mislukkingen in het heden en het verleden leidt eerder tot negatieve therapieresultaten. Wanneer de patiënt zelf ziet dat hij het goed doet, gaat hij verdere verbetering verwachten en is de therapie vaak succesvoller.
- 4 *Slechts een kleine verandering is nodig.* Zodra de patiënt wordt aangespoord kleine veranderingen (uitzonderingen) op te merken en te waarderen, merkt hij vaak ook andere veranderingen eerder op en ontstaat een sneeuwbal-effect. Patiënten hebben het begin van oplossingen meestal ongemerkt al in huis. Dit zijn de uitzonderingen op het probleem (verborgen successen). De therapeut kan ook vragen naar hypothetische oplossingen, naar hoe de patiënt het graag anders wil, *in het geval dat* zijn problemen zijn opgelost. Het antwoord indiceert in welke richting de oplossingen kunnen worden gezocht.
- 5 *Patiënten beschikken al over de benodigde hulpbronnen om te veranderen.* Oplossingsgerichte therapeuten hebben een niet-pathologische kijk op patiënten. Patiënten kampen met moeilijkheden in hun leven. Die moeilijkheden zijn al dan niet chronisch geworden, afhankelijk van de manier waarop de patiënt zelf of zijn omgeving (inclusief hulpverleners) erop reageert. De patiënt heeft echter ook hulpbronnen en competenties. Deze kunnen in therapie worden aangesproken; ze kunnen zijn hoop en zelfvertrouwen (weer) helpen opbouwen.
- 6 *Problemen zijn niet-succesvolle pogingen moeilijkheden op te lossen.* Er zijn drie manieren waarop de patiënt verkeerd met zijn problemen kan omgaan:
 - a) er is actie nodig, maar de patiënt doet niets (ontkennen van het probleem);
 - b) er wordt wel actie ondernomen, maar dat zou nu juist niet of minder moeten gebeuren (de patiënt gaat zo rigoreus op dieet dat hij het niet kan volhouden);
 - c) er wordt actie ondernomen op het verkeerde logische niveau.
 Een voorbeeld van het laatste is de 'wees-spontaan-paradox': de patiënt draagt de ander op zich spontaan te gedragen. Dat is voor de ander een onmogelijke opgave, want als hij gehoorzaamt, is hij niet meer spontaan.

- 7 *Het is niet nodig veel over het probleem te weten om het te kunnen oplossen.* Exploratie en analyse van het probleem zijn niet nodig tot oplossingen te komen; exploratie en analyse van het doel en de oplossingen van de patiënt zijn dat juist wel. Geen enkel probleem is er altijd in dezelfde mate. De therapeut kan onderzoeken wat de patiënt anders denkt en doet op de momenten dat het probleem er (even) niet of minder is. Een aanzienlijk deel van de patiënten heeft bovendien zelf al actie ondernomen in de tijd tussen de aanmelding en het intakegesprek. Bij de oplossingsgerichte therapie wordt alleen naar het verleden gekeken om eerdere successen van de patiënt aan het licht te brengen ('Wat hebt u tot nu toe geprobeerd om van uw klachten af te komen en wat hielp daarvan, ook al was het maar een beetje?').
- 8 *De patiënt definieert het behandelgoal.* De taak van de oplossingsgerichte therapeut is samen met de patiënt te zoeken naar diens doel. Het is belangrijk dat hij van de patiënt een beschrijving in positieve, concrete en realistische termen krijgt van hoe het leven eruitziet als zijn doel (voldoende) is bereikt.
- 9 *De werkelijkheid wordt door de observator bepaald.* Wat je wilt zien, is wat je krijgt. Een psychoanalytische therapeut zal waarschijnlijk onopgeloste conflicten zien en psychische tekortkomingen. Therapeuten kunnen onmogelijk géén theorie hebben. De oplossingsgerichte therapeut neemt deel aan het scheppen van de werkelijkheid van het systeem waarmee hij werkt en is de medeauteur die de patiënt helpt zijn probleemverhaal te herschrijven.
- 10 *Er zijn veel manieren om naar een situatie te kijken, alle even juist.* Er bestaan geen definitieve verklaringen en omschrijvingen van de realiteit. Ook oplossingsgerichte therapeuten moeten niet te veel hangen aan hun eigen voorkeursmodel. Er is niets gevaarlijker dan een idee, als deze de enige idee is die je hebt.

3 Evidentie

Macdonald (2007) publiceerde een overzicht van alle effectstudies. In een overzicht van vijftien effectstudies werd aangetoond dat oplossingsgerichte therapie een effect heeft dat vergelijkbaar is met dat van interpersoonlijke psychotherapie bij depressie. Uit een meta-analyse van Stams e.a. (2006) van eenentwintig internationale effectstudies blijkt dat het effect van oplossingsgerichte therapie niet groter is dan van *treatment as usual*, maar wel een positief effect in minder tijd heeft en de patiënt centraal stelt, waardoor de autonomie van de patiënt goed gewaarborgd is. Macdonald concludeert:

'Thus solution focused therapy can claim to be the equal of other psychotherapies, while also taking less time and resources for treatment, reducing the strain placed on therapists and providing help for a number of groups and clients who previously found it hard to obtain useful help from psychological therapies.'

(Macdonald, 2007, p. 113)

Zo blijkt oplossingsgerichte therapie beter dan andere vormen van psychotherapie te werken bij patiënten uit lagere sociaaleconomische milieus. Er zijn ook successen beschreven bij patiënten met alcoholmisbruik, depressie en angststoornissen, waaronder posttraumatische stressstoornissen (Bannink, 2008), alsook successen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en psychosen, bij 'therapieveteranen', bij kinderen en adolescenten, in gezins- en groepstherapie, bij patiënten met een verstandelijke beperking, in management en coaching, in organisaties, in het onderwijs en in mediation (Bannink, 2006b).

4 Universele therapiefactoren

De therapeut schat al bij het eerste gesprek de samenwerkingsrelatie met de patiënt in en diens motivatie tot gedragsverandering. In een *bezoekertypische relatie* is de patiënt gestuurd en heeft deze zelf geen hulpvraag. Anderen hebben een probleem met hem of maken zich zorgen. Vaak is dan het enige doel van de patiënt de relatie met de verwijzer te verbeteren of in stand te houden. Erkenning geven voor het feit dat de patiënt gestuurd is en toch gekomen is, is dan belangrijk. Vragen als 'Wat denkt u dat de verwijzer veranderd wil zien als gevolg van onze gesprekken hier?' zijn dan op hun plaats, evenals de vraag wat de patiënt daarvan vindt en wat hij bereid is daar minimaal voor te doen.

In een *klaagtypische relatie* heeft de patiënt wel een probleem en een hulpvraag, maar hij ziet zichzelf (nog) niet als deel van dat probleem en/of de oplossing. Hij vindt dat iemand anders of iets anders moet veranderen. Het is belangrijk de patiënt erkenning te geven voor de lijdensdruk met bijvoorbeeld de vraag: 'Hoe houdt u het vol?' Er dienen vooral geen congruente huiswerkopdrachten gegeven te worden, aangezien de patiënt die niet zal uitvoeren. Observatietaken of nadenktaken kunnen vaak wel worden gegeven: 'Zou u tussen nu en de volgende keer dat we elkaar zien eens willen opletten wat er allemaal goed gaat in uw leven en wat u niet veranderd wilt zien?'

In een *klanttypische relatie* ziet de patiënt zichzelf wel als deel van het probleem en/of de oplossing en is hij bereid tot verandering van het eigen gedrag (Bannink, 2007b). Alleen aan een patiënt in een klanttypische relatie kunnen congruente gedragstaken worden gegeven ('Doe meer van wat werkt', of 'Doe alsof het wonder is gebeurd').

De therapeut past steeds zijn interventies en suggesties voor huiswerk aan de samenwerkingsrelatie met de patiënt aan, waardoor er altijd samenwerking is.

5 Centrale interventies

De *oplossingsgerichte beslisboom* is als volgt.

- 1 Is er al verbetering opgetreden tussen de aanmelding en het eerste gesprek? Zo ja, vraag daar meer over. Zo nee, ga naar 2.
- 2 Zijn er al uitzonderingen op het probleem te vinden: situaties waarin het probleem zich niet voordeed of minder erg was? Zo ja, vraag daar meer over. Zo nee, ga naar 3.
- 3 Is er al een hypothetische oplossing te formuleren: kan men al beschrijven wat er anders zou zijn in het geval dat het probleem (voldoende) was opgelost?

Veel patiënten blijken na aanmelding al stappen in de goede richting te hebben gezet (stap 1). Daarop kan tijdens de intake worden voortgebouwd. Of zij slagen erin uitzonderingen te vinden (stap 2). Als de uitzonderingen 'opzettelijk' zijn, kan de patiënt ze opnieuw teweegbrengen. Als het gaat om 'spontane' uitzonderingen, kan de patiënt er meer over ontdekken. Uitzonderingen liggen aan de oppervlakte, maar de patiënt ziet ze (nog) over het hoofd. De taak van de therapeut is deze verborgen successen op te merken en de patiënt uit te nodigen deze als waardevol te zien.

Het stellen van oplossingsgerichte vragen is als een schouderklopje, een *tap on the shoulder* (De Shazer, 1985). De therapeut duwt of trekt niet, maar staat steeds één stapje achter de patiënt en kijkt in dezelfde richting: de gewenste toekomst van de patiënt (stap 3). Deze houding wordt

ook wel *leading from one step behind* genoemd. Oplossingsgerichte vragen (Bannink, 2009) zijn dat schouderklopje. Hiernavolgend staan zes soorten vragen die bij de oplossingsgerichte therapie veel worden gesteld, met daarbij steeds enkele voorbeelden.

De vraag naar de verandering vóór het eerste gesprek

‘Wat is er veranderd sinds u de afspraak maakte? Hoe is u dat gelukt? Wat is ervoor nodig dat vaker te laten gebeuren?’ Alles verandert. Het gaat erom niet te kijken óf verandering plaatsvindt, maar wannéér en hóé verandering plaatsvindt.

De vraag naar het doel van de patiënt

Er zijn veel mogelijkheden naar het doel van de patiënt te vragen. ‘Waar hoopt u op? Welk verschil zou dat maken?’ Of: ‘Wat moet er aan het eind van dit gesprek of deze therapie bereikt zijn om te zeggen dat het zinvol is geweest?’ Of: ‘Waarom zou u merken dat u niet meer terug hoeft te komen?’ Of: ‘Wat wilt u voor het probleem in de plaats?’

De *wondervraag* is een andere mogelijkheid: ‘Stel dat u vannacht ligt te slapen en er gebeurt een wonder. Het wonder is dat de problemen waarvoor u komt (voldoende) zijn opgelost. U weet dat niet, want u sliep. Waaraan zou u de volgende ochtend het eerst merken dat het probleem is opgelost? Wat is er dan anders? Wat doet u dan anders? En hoe zou u gedurende de dag merken dat het wonder is gebeurd? Waaraan zouden anderen merken dat het wonder is gebeurd? Hoe zouden zij reageren?’

De vraag: ‘En wat nog meer?’

‘Wat is ervoor nodig dat te laten gebeuren? En wat nog meer?’ Of: ‘Welk verschil zou dat maken? En wat nog meer?’ De vraag impliceert dát er nog meer is en dat de patiënt alleen nog hoeft te ontdekken wat hét is.

De vraag naar uitzonderingen

‘Wanneer is er al even iets van het wonder aanwezig? Wat is er dan anders?’ Of: ‘Wanneer is het probleem er minder (ook al is het maar een heel klein beetje)?’ Of: ‘Wanneer is het probleem zelfs even geen probleem?’

Schaalvragen

‘Wat werkt al in de goede richting? En wat nog meer?’ Schaalvragen zijn bedoeld om de vooruitgang, de motivatie of het vertrouwen te meten. ‘Als het wonder (uw doel) “10” is en het slechtste moment “0”, waar zit u dan nu? Wat zou de volgende stap zijn? Wat zou het volgende teken van vooruitgang zijn? Hoe zou uw leven eruitzien bij een cijfer hoger? Hoe zou uw partner merken dat u een punt hoger zit? Wat is ervoor nodig een punt hoger op de schaal te komen? Bij welk cijfer zou u tevreden zijn en kan de therapie worden gestopt?’

De vraag naar vaardigheden (competenties) en sterke kanten

‘Hoe doet u dat? Hoe lukte u dat? Hoe besloot u dat te doen? Hoe kwam u op dat goede idee? Hoe krijgt u het voor elkaar om...? Hoe houdt u het vol? Hoe komt het dat het niet erger is?’ En: ‘Wat zijn uw sterke kanten? Waar bent u goed in? Hoe zou u dat kunnen gebruiken om uw doel te bereiken?’

Samenvattend kan met de volgende vier basisvragen goed een eerste of een volgend oplossingsgericht gesprek worden gevoerd.

- 1 Waar hoopt u op?
- 2 Welk verschil zou dat maken?
- 3 Wat werkt al in de goede richting?
- 4 Wat zou de volgende stap/het volgende teken van vooruitgang zijn?

6 Tijdspectief

Oplossingsgerichte therapie is een meestal kortdurende therapievorm (gemiddeld drie à vier gesprekken), waarbij de blik vanaf het begin is gericht op de door de patiënt gewenste toekomst. Naast het geven van erkenning voor het feit dat de patiënt gestuurd is of lijdensdruk heeft, wordt direct al over het eind van de therapie gesproken en wordt het doel van de patiënt geformuleerd: 'Hoe zullen we weten dat de therapie geslaagd is en u niet meer terug hoeft te komen? Wat gaat er dan beter in uw leven, wat doet u dan anders?' En: 'Wat werkt al in de goede richting? En wat nog meer? Wat zou een volgend stapje zijn dat u zou kunnen zetten?' Het geven van complimenten en het stellen van competentievragen zijn belangrijke oplossingsgerichte technieken om een positieve samenwerkingsrelatie met de patiënt op gang te brengen en in stand te houden.

Indien de patiënt aangeeft aandacht aan terugvalpreventie te willen geven, kan de oplossingsgerichte therapeut vragen: 'Wat moet u vooral veel en vaak doen om ervoor te zorgen dat het slecht met u gaat?'

De samenwerkingsrelatie blijft tijdens de therapie een belangrijk aandachtspunt: een patiënt in een klanttypische relatie kan (weer) een 'bezoeker' of 'klager' worden. Aan het eind van elk gesprek vraagt de oplossingsgerichte therapeut bovendien aan de patiënt of het nog nodig is terug te komen. Indien de patiënt wil terugkomen, is de volgende vraag: 'Wanneer wilt u terugkomen?' Hiermee wordt de therapieduur vaak korter, omdat blijkt dat cliënten ofwel het soms niet meer nodig vinden om terug te komen, ofwel soms de afspraak verder in tijd willen plannen dan de therapeut. Ook wordt de motivatie van de patiënt verhoogd door deze vraag expliciet te stellen.

7 Indicaties en contra-indicaties

Bakker en Bannink (2008) stellen dat oplossingsgerichte therapie mogelijk is als monotherapie of als toevoeging aan een probleemgerichte behandeling. De aard van de problematiek kan ervoor zorgen dat voor een primair probleemgerichte benadering (bijvoorbeeld farmacotherapie) wordt gekozen, en daarbij is oplossingsgerichte therapie als toevoeging vaak waardevol. Het is een misverstand dat ze alleen bij lichtere problematiek kan worden toegepast: ook bij chronische en ernstige psychiatrische aandoeningen zoals psychotische stoornissen en borderline persoonlijkheidsproblematiek wordt oplossingsgerichte therapie succesvol toegepast. De therapeutische houding blijkt een belangrijk verschil te maken, net als aandacht voor de doelformulering van de patiënt en het aanboren van het vaak verrassend grote arsenaal van competenties van de patiënt en diens omgeving. Ook is deze vorm van therapie geschikt voor

de behandeling van verslavingsproblematiek, mede door de ruime aandacht voor de motivatie van patiënten. Zo stellen Miller en Rollnick (2005) oplossingsgerichte vragen (zij gebruiken de term 'verandertaal') voor het motiveren van patiënten in de verslavingszorg.

Kan oplossingsgerichte therapie worden toegepast bij as-II-problematiek? Het antwoord is ja, of eigenlijk: de vraag is niet juist gesteld. De vraag impliceert dat het doel is de persoonlijkheidsstoornis te laten verdwijnen. Bij de oplossingsgerichte therapie wordt echter aan de patiënt gevraagd wat zijn doel is, en in de praktijk is dit vaak een ander, beter haalbaar doel dan wat de therapeut in gedachten heeft. Macdonald (2007) schrijft daarover:

'Solution-focused therapy has advantages for use within the mental health system. The presence of major psychiatric phenomena does not prevent the use of solution-focused conversation. It can be applied without previous knowledge of the patient and is easy to share with other colleagues when a patient is transferred or discharged. Its brief and collaborative nature helps to reduce length of stay in hospital as well as diminishing conflicts with the patient.'

(Macdonald, 2007, p. 159)

Oplossingsgerichte therapie is een diagnoseoverstijgende manier van behandelen. Steeds vaker wordt ervoor gekozen eerst te behandelen en zo nodig later aandacht te besteden aan de diagnostiek. Ernstige psychiatrische beelden of een vermoeden hiervan rechtvaardigen een keuze voor meer diagnostiek. Het opsporen van 'onderliggende' organische pathologie bijvoorbeeld heeft directe therapeutische consequenties.

Ambulante intakes in de eerste of tweede lijn zijn geschikt voor een oplossingsgerichte insteek. In de loop van een eerste gesprek of een vervolgesprek wordt vanzelf duidelijk of nadere diagnostiek nodig is, bijvoorbeeld bij een verslechtering van het toestandbeeld of het uitblijven van behandelresultaat. Analoog aan *stepped care* zou men kunnen denken aan *stepped diagnosis*.

Indien er (nog) geen sprake is van een klanttypische relatie, zal het werken volgens richtlijnen moeizaam verlopen, omdat de patiënt niet gemotiveerd is congruente opdrachten uit te voeren: vergelijk het stadium van (pre)contemplatie, waarin de patiënt wel verandering overweegt, maar nog niet zover is daadwerkelijk iets anders te doen. Oplossingsgerichte therapie kan bijdragen tot het veranderen van de therapeutische relatie van bezoekertypisch of klaagtypisch naar klanttypisch. Daarna kunnen de patiënt en de therapeut samen besluiten of er probleemgerichte interventies volgens de richtlijnen worden toegepast of dat er oplossingsgericht verder wordt behandeld.

Interessant is verder de onderzoeksbevinding dat oplossingsgericht werkende therapeuten minder verschijnselen van vermoeidheid en uitputting als gevolg van het uitvoeren van behandelingen rapporteren dan hun probleemgericht werkende collega's.

Oplossingsgerichte therapie kan worden beschouwd als een vorm van cognitieve gedragstherapie, waarbij het brandpunt niet ligt op de reductie of het verdwijnen van ongewenst (probleem) gedrag, maar op de toename van gewenst gedrag (Bannink, 2006a, 2006b). De Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie kent sinds 2006 de sectie Oplossingsgerichte Cognitieve Gedragstherapie.

Er bestaan ook contra-indicaties. Deze vorm van therapie heeft geen zin als de patiënt geen doel heeft of kan vinden, of als er geen gesprekscontact met de patiënt mogelijk is (acute psychose,

zware depressie of ernstige verstandelijke beperking). Onderzoek naar psychotherapie wijst uit: indien een patiënt na drie sessies op de schaalvraag niet is gestegen, kan er beter een andere therapeut worden gezocht of zal de therapie (ook de oplossingsgerichte) moeten veranderen. Als de therapeut te veel hecht aan zijn houding als deskundige die de diagnose stelt en adviezen geeft, is oplossingsgerichte therapie evenmin geïndiceerd.

Er zijn verder vraagtekens te plaatsen bij de toepasbaarheid van oplossingsgerichte therapie bij patiënten met een autistische stoornis. Verschijnselen die bij autisme voorkomen, zoals het focussen op details, een slecht begrip van de toekomst en moeilijkheden met het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid, lijken een contra-indicatie voor oplossingsgerichte therapie. Vervolgonderzoek op dit terrein is zeker nodig.

8 Oefeningen en opdrachten

Oefening 1

Kijk eens rond in de ruimte waar je nu bent en zoek vijf beige dingen. Voordat je ze gaat opnemen, wil ik weten hoeveel blauwe dingen je net hebt gezien. Waarschijnlijk kun je er geen of hooguit een paar noemen. Om blauwe dingen te zien moet je je namelijk focussen op blauw en niet op beige.

Patiënten beschrijven hun leven als beige, iets wat ze niet willen. Ze focussen op beige en lijden onder beige. Stel dat ze een blauw in plaats van een beige leven willen, hoe zou een blauw leven er dan uitzien (doel)? Wat denken en doen ze anders in een blauw leven? Wanneer zijn of waren er al stukjes blauw of stukjes die minder beige zijn (uitzonderingen)? Op een schaal waarbij blauw 10 is en beige 0, waar zit de patiënt dan nu? Wat werkt al in de goede richting? En ten slotte: wat moet je eigenlijk weten over beige om de patiënt te helpen bij het bereiken van een blauw leven?

Oefening 2

Ga na welke drie sterke kanten van jezelf jou hebben gebracht tot waar je nu bent in je beroep. Bespreek dit eventueel met een collega en vraag deze welke drie sterke kanten hij van jou zou noemen. Hetzelfde kun je ook omgekeerd bij je collega doen.

Oefening 3

Doe met een collega de volgende oefening. Bespreek vijf minuten een persoonlijk probleem, een zorg of irritatie. Vraag je collega hierop probleemgericht te reageren, bijvoorbeeld: 'Wat is er precies aan de hand?', 'Hoe lang heb je dit al?', 'Hoeveel last heb je ervan?', enzovoort. Voer vervolgens vijf minuten hetzelfde gesprek, maar vraag nu je collega oplossingsgerichte vragen te stellen (bijvoorbeeld de eerder beschreven vier basisvragen). Let op de verschillen die jullie allebei merken tussen het probleemgerichte en het oplossingsgerichte gesprek. Draai vervolgens de rollen om.

Literatuur voor verdere verdieping

- Bakker, J.M., & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte mediation*. Amsterdam: Pearson.
- 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: Pearson.
- Bannink, F.P. (2008). Posttraumatic success: Solution-focused brief therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7, 1-11.
- Bannink, F.P. (2009). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Tweede druk. Amsterdam: Pearson.
- Macdonald, A. (2007). *Solution-Focused Therapy. Theory, research & practice*. Londen: Sage.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Shazer, S. De (1985). *Keys to solution in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39, 81-94.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.