

# Oplossingsgerichte therapie

F. P. Bannink MDR

Oplossingsgerichte therapie (OT) is doelgerichte therapie. Er zijn twee duidelijke verschillen aan te wijzen met probleemgerichte therapieën. De focus is niet op het exploreren en analyseren van het probleem, op wat de cliënt niet wil, maar op wat de cliënt wel wil in de toekomst. Het behandeldoel wordt niet gedefinieerd in termen van afname van problemen of klachten, maar in termen van toename van wat de cliënt voor de problemen of klachten in de plaats wil. In plaats van het geven van adviezen stelt de therapeut vragen: 'Waar hoopt u op? Welk verschil zou dat maken? Wat werkt al in de goede richting?' en 'Wat zou een volgend teken van vooruitgang zijn?' De cliënt wordt in staat geacht zijn doel te formuleren, oplossingen te bedenken en uit te voeren. In dit artikel worden de korte historie, tien uitgangspunten, praktijk, theorie, empirische evidentie en (contra)indicaties van OT besproken. Er worden drie oplossingsgerichte oefeningen beschreven, geschikt voor zowel de therapeut als de cliënt. Onderzoek wijst uit dat oplossingsgerichte therapie even werkzaam is als andere vormen van psychotherapie, met een kortere therapieduur en betere waarborgen voor de autonomie van de cliënt.

Trefwoorden: oplossingsgerichte therapie, oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie, positieve psychologie.

*U hebt honger en gaat naar een restaurant. Nadat u een tijdje heeft gewacht, komt de gerant naar u toe en stelt vragen over uw honger: hoeveel honger heeft u, wat is de oorzaak, hoe lang heeft u het al, had u vroeger ook al honger, welke nadelen en misschien voordelen heeft het voor u? Als u, nog hongeriger geworden, vraagt te kunnen eten, wil de gerant dat u eerst vragenlijsten invult over honger (en wellicht over andere zaken die de gerant belangrijk vindt). Dan krijgt u een menu voorgeschoteld waarvan de gerant 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?*

Cliënten willen in toenemende mate inspraak hebben bij hun behandeling, ook in de GGZ. Cliëntparticipatie wordt tegenwoordig dan ook als essentieel gezien voor het slagen van een therapie. Hierbij past een andere en meer bescheiden houding van de therapeut, gericht op competenties en de sterke kanten van de cliënt in plaats van op diens problemen. Hij<sup>1</sup> coacht de cliënt 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.

## Korte historie

OT werd in de jaren tachtig ontwikkeld door De Shazer en collega's van het Brief Family Therapy Center in de VS. Zij bouwden voort op bevindingen van Einstein (Klein et al., 1983), Watzlawick et al. (1974) en Bateson (1979). Zo gingen Watzlawick en collega's ervan uit 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.

De Shazer (1985) formuleerde enkele stellingen ten aanzien van OT:

- De klasse van de problemen behoort niet tot de klasse van de oplossingen (stelling van Einstein). Analyse van het probleem is niet nodig om tot oplossingen te komen; analyse van oplossingen van de cliënt is dat juist wel.
- De cliënt is expert. Deze is het die zijn doel bepaalt en de wegen om dat doel te bereiken. Problemen zijn een soort perronkaartjes. Ze helpen de cliënt door de ingang, maar bepalen niet welke trein hij neemt of waar hij uitstapt. Waar iemand naar toe wil, wordt dus niet bepaald door het vertrekpunt.
- Wat niet stuk is, moet je niet maken. Handen af van wat in de beleving van de cliënt goed gaat.
- Als iets werkt, doe er meer van.
- 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 onmiddellijk de akkers in brand. Hierdoor kwamen de dorpsbewoners aanhollen om hun gewassen te beschermen. Daarmee werden ze gered van de verdrinkingsdood (Japanse legende).*

Psychiater Erickson (Rossi, 1980) droeg eveneens bij aan de ontwikkeling van OT. Hij gebruikte de techniek *pseudo-oriëntatie in de tijd*. Hij liet zijn patiënten zich voorstellen dat ze hem over zes maanden weer zouden tegenkomen en hem dan zouden vertellen dat hun probleem was opgelost. Ook stelden ze zich voor dat ze hem vertelden hoe ze dat voor elkaar gekregen hadden, welke obstakels ze hadden overwonnen. Vaak rappor-

<sup>1</sup> overal waar hij staat kan zij worden ingevuld

terden zijn patiënten na enige tijd na deze interventie dat het beter met hen ging. Zo begint OT ook bij het eind: het doel van de cliënt. Erickson benadrukte de competenties van de cliënt en meende dat de behandeling niet moet worden aangepast aan een diagnostische classificatie, maar aan de mogelijkheden van de cliënt zelf om iets (anders) te doen.

Frankl (1978) wordt vaak aangehaald als voorbeeld 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 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 (2002), 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 cliënt 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 cliënt al bezit (Bannink, 2009a). Uit onderzoek blijkt dat het loont om niet alleen aan klachten te werken, maar ook aan krachten (Bos & Appelo, 2009). Er bestaan grote raakvlakken tussen OT en positieve psychologie (Bannink, 2009b).

### Tien uitgangspunten

Selekman (1993) formuleerde tien praktische uitgangspunten die de therapeut een nieuwe 'bril' geven om naar de cliënt te kijken.

#### 1. Weerstand is geen bruikbaar begrip

Het begrip weerstand suggereert dat de cliënt niet zou willen veranderen en dat de therapeut losstaat van het systeem dat hij behandelt. De therapeut kan de cliënt het beste 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 cliënt (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 óf maar wanneer er verandering zal optreden. De therapeut helpt de cliënt positieve self-fulfilling prophecies te maken. Er bestaat een direct verband tussen het praten over verandering en het resultaat van de therapie. Praten over successen in verleden, heden en toekomst helpt; praten over mislukkingen in het heden

en het verleden leidt eerder tot negatieve therapieresultaten. Wanneer de cliënt 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 cliënt wordt aangespoord kleine veranderingen (uitzonderingen) op te merken en te waarderen, merkt hij vaak ook andere veranderingen eerder op en ontstaat er een sneeuwbal-effect. Cliënten 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 cliënt het graag anders wil, *stel dat* zijn problemen zijn opgelost. Het antwoord indiceert in welke richting de oplossingen gezocht kunnen worden.

#### 5. Cliënten beschikken al over de benodigde hulpbronnen om te veranderen

Oplossingsgerichte therapeuten hebben een niet-pathologische kijk op cliënten: zij kampen met moeilijkheden in hun leven. Die moeilijkheden zijn al dan niet chronisch geworden, afhankelijk van de manier waarop de cliënt zelf of zijn omgeving (inclusief hulpverleners) erop reageert. De cliënt heeft echter ook hulpbronnen en competenties. Deze kunnen in therapie aangesproken worden; ze kunnen zijn hoop en zelfvertrouwen (weer) helpen opbouwen.

#### 6. Problemen zijn niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen

Er zijn drie manieren waarop de cliënt verkeerd met zijn problemen kan omgaan:

- Er is actie nodig, maar de cliënt doet niets (ontkennen van het probleem);
- Er wordt wel actie ondernomen, maar dat zou nu juist niet of minder moeten gebeuren (de cliënt gaat zo rigouros op dieet dat hij het niet kan volhouden);
- Er wordt actie ondernomen op het verkeerde logische niveau. Een voorbeeld van het laatste is de 'wees-spontaan-paradox': de cliënt 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 is niet nodig om tot oplossingen te komen: exploratie en analyse van het doel en de oplossingen van de cliënt is dat juist wel. Geen enkel probleem is er altijd in dezelfde mate. De therapeut kan onderzoeken wat de cliënt anders denkt en doet op momenten dat het probleem er (even) niet of minder is. Een aanzienlijk deel van de cliënten heeft bovendien zelf al actie ondernomen in de tijd tussen de aanmelding en het intakegesprek. In OT wordt alleen naar het verleden gekeken om eerdere successen van de cliënt aan het licht te brengen: Wat heeft u tot nu toe geprobeerd om van uw klachten af te komen en wat hielp daarvan, ook al was het maar een beetje?

**Oefening 1**

Kijk eens rond in de ruimte waar je nu bent en zoek vijf beige dingen. Voordat je ze gaat opnoemen, wil ik weten hoeveel blauwe dingen je net hebt gezien. Waarschijnlijk kan je er geen of maar een enkele noemen. Om blauwe dingen te zien moet je namelijk focussen op blauw en niet op beige. Cliënten 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 uit zien (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 cliënt dan nu? Wat werkt al in de goede richting? En tenslotte: wat moet je eigenlijk weten over beige om je cliënt te helpen bij het bereiken van een blauw leven?

**8. De cliënt definieert het behandelgoal**

De taak van de oplossingsgerichte therapeut is samen met de cliënt te zoeken naar diens doel. Het is belangrijk dat hij van de cliënt 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 geen theorie hebben. De oplossingsgerichte therapeut neemt deel aan het scheppen van de werkelijkheid van het systeem waarmee hij werkt en is medeauteur die de cliënt 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 dat het enige idee is dat je hebt.

**De praktijk**

De Shazer (1988) stelt de volgende *oplossingsgerichte beslisboom* voor:

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 stel dat het probleem (voldoende) was opgelost?

Veel cliënten blijken na aanmelding al stappen in de goede richting te hebben gezet (stap 1). Daarop kan tijdens de intake worden voortgebouwd. Of zij slagen er in uitzonderingen te vinden (stap 2). Als de uitzonderingen 'opzettelijk' zijn, kan de cliënt ze opnieuw teweegbrengen. Als het gaat om

'spontane' uitzonderingen, kan de cliënt er meer over ontdekken. Uitzonderingen liggen aan de oppervlakte, maar de cliënt ziet ze (nog) over het hoofd. De taak van de therapeut is deze verborgen successen op te merken en de cliënt uit te nodigen deze als waardevol te zien.

Het stellen van oplossingsgerichte vragen is als een *tap on the shoulder* (De Shazer, 1985). De therapeut duwt of trekt niet, maar staat steeds één stapje achter de cliënt en kijkt in dezelfde richting: de gewenste toekomst van de cliënt (stap 3). Deze houding wordt ook wel *leading from one step behind* genoemd. Oplossingsgerichte vragen (Bannink, 2009ac, 2010) zijn dat tikje op de schouder.

Hieronder staan zes belangrijke soorten vragen, met daarbij steeds enkele voorbeelden.

**1. De vraag naar verandering vóór het eerste gesprek**

'Wat is er veranderd sinds u de afspraak maakte? Hoe is u dat gelukt? Wat is er voor nodig om dat vaker te laten gebeuren?' Alles verandert: het gaat erom niet te kijken óf er verandering plaats vindt, maar wanneer en hoe er verandering plaatsvindt. Uit onderzoek blijkt dat tweederde van de cliënten al verandering kan rapporteren voorafgaand aan het eerste gesprek (Weiner-Davis et al., 1987).

**2. De vraag naar het doel van de cliënt**

Er zijn veel mogelijkheden om naar het doel van de cliënt te vragen. 'Waar hoopt u op? Welk verschil zou dat maken? Of: 'Wat moet er aan het eind van dit gesprek/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 het probleem waarvoor u komt (voldoende) is opgelost. U weet dat niet, want u slaapt. Waaraan zou u morgenochtend het eerste 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?'

**3. De vraag: 'En wat nog meer?'**

'Wat is er voor nodig om dat te laten gebeuren? En wat nog meer?' Of: 'Welk verschil zou dat maken? En wat nog meer?' De vraag impliceert dat er nog meer is en dat de cliënt alleen nog hoeft te ontdekken wat het is.

**4. 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?' Wittgenstein (1968) stelde al dat er voor het vinden van uitzonderingen niet diep gegraven hoeft te worden: ze liggen aan de oppervlakte, maar de cliënt kijkt er over heen of ziet de uitzondering (nog) niet als 'een verschil dat een verschil maakt' (Bateson, 1979).

### 5. Schaalvragen

‘Wat werkt al in de goede richting? En wat nog meer?’ Schaalvragen zijn bedoeld om vooruitgang, motivatie of vertrouwen te meten. ‘Als het wonder (uw doel) = 10 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 eruit zien bij een cijfer hoger? Hoe zou uw partner merken dat u een punt hoger zit? Wat is er voor nodig om een punt hoger op de schaal te komen? Bij welk cijfer zou u tevreden zijn en kan de therapie gestopt worden?’

### 6. 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?’

#### Oefening 2

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

Samenvattend kan met de volgende vier basisvragen goed een eerste of volgende oplossingsgericht gesprek gevoerd worden (Bannink, 2009a):

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

### Theorie: Sociaal constructivisme

OT werd in de praktijk vormgegeven en is niet gebaseerd op een theorie. De medewerkers van het Brief Family Therapy Center ontdekten dat drie specifieke gedragingen van de therapeut ervoor zorgden dat cliënten viermaal zo vaak spraken over oplossingen, verandering en hulpbronnen:

- Het stellen van uitlokkende vragen zoals: Wat wilt u voor het probleem in de plaats? Waar hoopt u op? Welk verschil zou dat maken?
- Het stellen van vragen naar details zoals: Hoe deed u dat precies?
- Het geven van verbale ‘beloningen’ zoals het geven van complimenten en het stellen van competentievragen zoals: Hoe is u dat gelukt? Hoe kwam u op dat goede idee?

OT heeft raakvlakken met het sociaal constructivisme. Deze 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 cliënt om te veranderen houdt verband met zijn vermogen om dingen anders te

gaan zien. Deze verschuivingen in waarneming en definitie van de werkelijkheid vinden plaats in het oplossingsgerichte gesprek over de gewenste toekomst en uitzonderingen op het probleem. De therapeut is niet de expert die het weet, maar laat zich informeren door de cliënt, 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 gesprekken over wat de cliënt wél wil en negatieve straf – onthouden van aandacht – van gesprekken over wat de cliënt niet wil).

De therapeut schat al bij het eerste gesprek de samenwerkingsrelatie met de cliënt. In een *bezoekertypische relatie* is de cliënt gestuurd en heeft zelf geen hulpvraag. Anderen hebben een probleem met hem of maken zich zorgen. In een *klaagtypische relatie* heeft de cliënt 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. In een *klanttypische relatie* ziet de cliënt zichzelf wel als deel van het probleem en/of de oplossing en is bereid tot verandering van het eigen gedrag (Bannink, 2009a). De therapeut past vervolgens zijn interventies en suggesties voor huiswerk aan de samenwerkingsrelatie met de cliënt aan, waardoor er altijd samenwerking is.

De cliënt in een bezoekertypische relatie krijgt veel erkenning voor het feit dat hij onvrijwillig aanwezig is. De therapeut vraagt: Wat moet er als gevolg van de gesprekken hier veranderd zijn om niet meer terug te hoeven komen? Wat denkt u dat de verwijzer wil dat er beter gaat na onze gesprekken? In hoeverre bent u bereid daar iets voor te doen? De cliënt krijgt geen huiswerksuggesties mee.

De cliënt in een klaagtypische relatie krijgt veel erkenning voor de lijdensdruk van het probleem. De therapeut vraagt: Hoe houdt u het vol? Wat maakt dat het niet erger is dan het is? Hoe lukt u dat?

Verder stelt de therapeut vragen als: stel dat de andere persoon (of datgene dat u graag anders wilt) in de door u gewenste richting verandert, wat voor verschil zou dat maken? Wat zou u dan anders doen? Of in een ongunstiger geval: stel dat de andere persoon (of datgene dat u graag anders wilt) niet in de door u gewenste richting verandert, wat kan u dan toch zelf doen om ervoor te zorgen dat het beter gaat? De cliënt krijgt alleen observatietaken mee: Let op wat er goed gaat in uw leven en niet hoeft te veranderen. Of: Let op wanneer u niet op een 2 maar even op een 3 zit op een schaal van 10-0 en wat er anders is aan die momenten.

De cliënt in de klanttypische relatie kan wel gedragstaken krijgen: doe meer van wat werkt of als iets niet werkt: doe iets anders. Voor uitgebreidere informatie zie Bannink (2009a).

### Empirische evidentie

In een meta-analyse van 21 internationale effectstudies (Stams et al, 2006) bleek dat het effect van OT niet groter is dan van gebruikelijke behandeling, maar wel een positief effect in minder tijd heeft en de cliënt centraal stelt, waardoor de autonomie van de

cliënt beter gewaarborgd is. Macdonald (2007) publiceerde een overzicht van 15 effectstudies. Hij 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'* (p. 113). Zo blijkt OT beter dan andere vormen van psychotherapie te werken met cliënten uit lagere sociaal economische milieus en blijkt OT tevens burn-outklachten van hulpverleners te voorkomen.

### Indicaties en contra-indicaties

Er zijn veel successen beschreven van OT met cliënten met alcoholmisbruik, depressie en angststoornissen, waaronder posttraumatische stressstoornissen (Bannink, 2008), persoonlijkheidsstoornissen en psychoses. Er is geschreven over OT met 'therapieveteranen', met kinderen en adolescenten, in gezins- en groepstherapie, met cliënten met een verstandelijke beperking, in management & coaching, in organisaties, in het onderwijs en in mediation.

Bakker en Bannink (2008) stellen dat OT mogelijk is als monotherapie of als toevoeging aan een probleemgerichte behandeling. De aard van de problematiek kan maken dat gekozen wordt voor een primair probleemgerichte benadering (bijvoorbeeld farmacotherapie) en daarbij is OT als toevoeging vaak waardevol. Het is een misverstand dat OT alleen toegepast kan worden bij lichtere problematiek: ook bij chronische en ernstige psychiatrische aandoeningen zoals psychotische stoornissen en borderline persoonlijkheidsproblematiek wordt OT succesvol toegepast (O'Hanlon & Rowan, 2003). De therapeutische houding blijkt een belangrijk verschil te maken, net als aandacht voor doelformulering van de cliënt en het aanboren van het vaak verrassend grote arsenaal aan competenties van de cliënt en zijn omgeving. Ook is OT geschikt voor de behandeling van verslavingsproblematiek, mede door de ruime aandacht voor de motivatie van cliënten.

Kan OT 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. OT vraagt echter aan de cliënt wat zijn doel is, en in de praktijk is dit vaak een ander, meer haalbaar doel dan de therapeut in gedachten heeft. Psychiater Macdonald (2007): *'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'* (p. 159).

Bakker en Bannink (2008) stellen dat OT een diagnoseoverstijgende manier van behandelen is. Ambulante intakes in de eerste of tweede lijn zijn geschikt voor een oplossingsgerichte insteek. In de loop van een eerste of vervolgesprek wordt vanzelf duidelijk of nadere diagnostiek nodig is, bijvoorbeeld bij verslechtering van het toestandsbeeld of uitblijven van behandelresultaat.

Analoog aan *stepped care* zou men kunnen denken aan *stepped diagnosis*.

Ernstige psychiatrische beelden of een vermoeden hierop rechtvaardigen een keuze voor meer diagnostiek. Het opsporen van 'onderliggende' organische pathologie bijvoorbeeld heeft directe therapeutische consequenties.

Indien er geen sprake is van een klanttypische relatie, zal het werken volgens richtlijnen en protocollen moeizaam verlopen, omdat de cliënt niet gemotiveerd is congruente opdrachten uit te voeren: vergelijk het stadium van (pre)contemplatie (Prochaska et al. 1994), waarin de cliënt wel verandering overweegt, maar nog niet zover is daadwerkelijk iets anders te doen. OT kan bijdragen aan het veranderen van de therapeutische relatie van bezoeker-typisch of klaag-typisch naar klant-typisch door het stellen van oplossingsgerichte vragen (zie eerder). Daarna kunnen therapeut en cliënt samen besluiten of er probleemgerichte interventies volgens de richtlijnen worden toegepast of dat er oplossingsgericht verder behandeld wordt.

Er bestaan ook contra-indicaties. OT is gecontraïndiceerd – evenals overigens probleemgerichte therapie – als de cliënt geen doel heeft of kan vinden, of als er geen gesprekscontact met de cliënt mogelijk is (acute psychose, zware depressie of ernstige verstandelijke beperking). Onderzoek naar psychotherapie (Duncan et al. 2004) wijst uit dat indien een cliënt na drie sessies op de schaalvraag niet is gestegen, ofwel er beter een andere therapeut gezocht kan worden, ofwel de therapie (ook oplossingsgerichte) zal moeten veranderen. Als de therapeut te veel hecht aan zijn houding als deskundige die de diagnose stelt en adviezen geeft, is OT eveneens niet geïndiceerd.

Er zijn verder vraagtekens bij de toepasbaarheid van OT bij cliënten met een autistische stoornis. Verschijnselen die bij autisme voorkomen, zoals focussen op details, een slecht begrip van de toekomst en moeilijkheden met het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid, lijken een contra-indicatie voor OT (Roeden & Bannink, 2007). Verder onderzoek is zeker nodig.

OT wordt wel 'Carl Rogers with a twist' genoemd, omdat de empathische grondhouding van de therapeut (vanuit de client-centered therapie) wordt gecombineerd met een focus op gedragsverandering. Cepeda en Davenport (2006) maken een vergelijking tussen client-centered therapie en OT. Zij stellen een integratie van de twee vormen van therapie voor, waarbij oplossingsgerichte interventies vooral in een later stadium van de therapie zinvol zijn, als de cliënt de gelegenheid heeft gekregen tot zelfactualisatie en groei. Pas dan zou de cliënt gemotiveerd zijn aan zijn concrete doel te werken (zijn ideale zelf).

OT kan ook beschouwd worden als een vorm van cognitieve gedragstherapie, waarbij de focus niet is op reductie of het verdwijnen van ongewenst (probleem)gedrag, maar op toename van gewenst gedrag (Bannink, 2007ab, 2009a). De Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie kent sinds 2006 de sectie Oplossingsgerichte Cognitieve Gedragstherapie. ■

**Oefening 3**

Doe met een collega de volgende oefening. Bespreek 5 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, etc. Voer vervolgens 5 minuten hetzelfde gesprek, maar vraag nu je collega om oplossingsgerichte vragen te stellen (bijvoorbeeld de eerder beschreven vier basisvragen). Let op de verschillen die je beiden merkt tussen het probleemgerichte en het oplossingsgerichte gesprek. Draai vervolgens de rollen om.

**Literatuur**

- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk.
- Tijdschrift voor Psychiatrie, 50, 1, 55-59.
- 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.
- Bannink, F.P. (2008). Posttraumatic success: Solution focused brief therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7, 1-11.
- Bannink, F.P. (2009a, 2e druk). Oplossingsgerichte vragen. *Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2009b). Positieve psychologie in de praktijk. Amsterdam: Hogrefe.
- Bannink, F.P. (2009c). Oplossingsgerichte therapie. In: S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bogels & W. Trijsburg. *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bannink, F.P. (2010). 1001 Solution Focused Questions. New York: Norton.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. Toronto: Bantam.
- Bos, E. & Appelo, M. (2009). De focus van psychotherapie: klachten of krachten? *De Psycholoog*, 44, 6, 318-324.
- Cepeda, L.M. & Davenport, D.S. (2006). Person-centered therapy and solution focused brief therapy: an integration of present and future awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 1, 1-12.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, A. (2004). The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy. New York: Jossey-Bass.
- Frankl, V.E. (1978). *De zin van het bestaan*. Rotterdam: Ad Donker.
- Gingerich, W., de Shazer, S. & Weiner-Davis, M. (1988). Constructing change: A research view of interviewing. In: E. Lipchik (Ed.). *Interviewing*, p. 21-31. Rockville, MD: Aspen.
- Jones, R.A. (1977). *Self-fulfilling prophecies: social, psychological and physiological effects of expectations*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Klein, M.J., Kox, A.J. & Schulmann, R. (1993). *The Collected Papers of Albert Einstein. Vol. 5: The Swiss Years: Correspondence 1902-1914*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Macdonald, A. (2007). *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*. London: Sage.
- O'Hanlon, B. & Rowan, T. (2003). *Solution Oriented Therapy for Chronic and Severe Mental Illness*. New York: Norton.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & Diclemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.
- Roeden, J.M. & Bannink, F.P. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amsterdam: Pearson.
- 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.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Shazer, S. de (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Shazer, S. de (1988). *Clues: Investigating Solutions 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, 2, 81-94.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. & Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 4, 359-363.
- Wittgenstein, L. (1968). *Philosophical Investigations*. New York: Macmillan.

■ **Fredrike Bannink MDR**  
 Klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog specialist NIP  
 Master of Dispute Resolution  
 Praktijk voor therapie, training, coaching en mediation te  
 Amsterdam  
 Schubertstraat 17, 1077 GP Amsterdam  
 Tel/fax: 020-6792239  
[www.fredrikebannink.com](http://www.fredrikebannink.com)  
[solutions@fredrikebannink.com](mailto:solutions@fredrikebannink.com)