

Aan het eind van elk gesprek vraagt de therapeut aan ouders en/of kind hoe tevreden ze zijn over het gesprek: 'Hoe goed begrepen voelde je je vandaag, hoe goed werkten we ook echt aan jouw eigen doelen, hoe goed paste mijn aanpak bij jou (wat we vandaag deden), en hoe goed vond je het vandaag als geheel (ontbrak er niets belangrijks)?' Het cliëntsysteem wordt dus expliciet uitgenodigd effectief therapeutgedrag te *shapen*.

1.5.1 Wanneer oplossingsgericht werken?

De vraag is: gaan we problemen oplossen of oplossingen bouwen, probleemgericht werken of oplossingsgericht? Een oplossingsgerichte manier van werken geeft gemiddeld hetzelfde resultaat in iets minder sessies, leidt tot minder burn-out bij therapeuten en is even effectief voor mensen met een lagere sociaaleconomische status als voor mensen met een hogere sociaaleconomische status. De werkwijze is respectvol en *empowering* en bovendien ook geschikt voor cliënten die nog in een precontemplatie- of contemplatiefase van verandering zijn en nog niet klaar om al tot actie over te gaan. Dit laatste wordt immers voorondersteld door elke protocolaire behandeling, die daardoor dan ook veel drop-outs geeft.

Is de prognose voor een oplossingsgerichte aanpak goed (was er al pretreatment change of waren er al bewuste herhaalbare uitzonderingen, of kon het wonder concreet in videotermen beschreven worden?), dan geven we de voorkeur aan een oplossingsgerichte aanpak boven een probleemgerichte.

1.5.2 Achtergrond van de oplossingsgerichte therapie

In 1966 begon het Mental Research Institute een *brief therapy project*. Watzlawick, Weakland en Fisch meenden dat psychotherapie mogelijk was binnen tien sessies, als men het aangeboden probleem probeerde op te lossen, zonder te streven naar inzicht of reorganisatie van gezin of persoonlijkheid. Dit bleek inderdaad mogelijk. Hun opvatting van psychopathologie was simpel: als een rat in een doolhof tien keer zijn neus stoot, gaat hij een andere route zoeken. Mensen doen dat soms niet omdat ze denken dat een bepaalde oplossing zou *moeten* werken, ook al doet die dat niet, en gaan de niet-werkende oplossing dan vaker of heviger uitvoeren, zodat psychopathologie ontstaat. De taak van de therapeut is dan om mensen tot ander gedrag te bewegen dan hun niet-werkende gedrag. Dat vraagt strategisch denken van de therapeut en soms paradoxale interventies om dat binnen tien sessies voor elkaar te krijgen. De therapeut is de expert die probeert de vicieuze cirkels te doorbreken.

Op het Brief Family Therapy Center in Milwaukee onderging dit model in 1982 vervolgens een significante verandering van probleemgericht naar oplossingsgericht. Men constateerde daar dat cliënten na drie soorten therapeutgedrag viermaal zo vaak spraken over oplossingen, verandering en hulpbronnen. Dat waren uitlokkende vragen (Hoe loste je vroeger zoiets op?, Wat gaat er al beter?), detail-

lerende vragen (Hoe, wat, waar, wanneer, met wie?) en beloningen (Fantastisch, hoe deed je dat?). Het aantal beloningen correleerde niet met het therapieresultaat, maar wel met de tevredenheid over de therapie en met het resultaat bij follow-up. Dat betekent dus dat om de gewenste verbale responsen van de cliënt te krijgen, de therapeut ook de juiste verbale discriminerende stimuli en bekrachtigers moet gebruiken. Achteraf vraagt men zich af, zoals meestal, waarom voor zoiets vanzelfsprekends eigenlijk zo veel onderzoek nodig is. Nu is niet de therapeut de expert, maar de cliënt. Cliënten bleken beter te worden, ook al deden zij hun huiswerk niet. De therapeut schept alleen de context waarin verandering mogelijk wordt: hij zorgt voor een goede samenwerkingsrelatie, biedt hoop en bevordert creativiteit (*brainstorming* in plaats van *blamestorming*).

Deze uitkomst past prima bij de huidige wetenschappelijke opvatting van psychotherapie: de opleiding van de therapeut, het soort therapie en de duur van de behandeling zijn niet van invloed op de uitkomst; de persoon van de therapeut, zijn geloof in zijn methode en de therapeutische relatie zijn dat wel.

De sinds 1982 in Milwaukee ontwikkelde oplossingsgerichte therapie is compleet anders dan de gebruikelijke probleemoplossende therapieën. De therapeut verdiept zich niet in de aard van het probleem, maar in de aard van de oplossing. Psychotherapie wordt opgevat als het helpen van de cliënt om van een faalverhaal tot een succes story te komen en zijn verhaal over zichzelf te veranderen. De therapeut is daarbij verantwoordelijk voor de selectie van de gespreksonderwerpen. Hij bepaalt hoe lang, hoe persoonlijk en hoe emotioneel intens er over onderwerpen gesproken wordt. De conversatie is hiërarchisch, maar opener en meer betrokken zodat het democratisch lijkt. De therapeut zoekt naar wat belangrijk is voor de cliënt en blijft binnen diens referentiekader. Voor het construeren van een nieuw verhaal, de succes story, is het het handigst om aan het eind te beginnen, bij de oplossing. Normaal is een verhaal opgebouwd als: samenvatting, oriënterende context, centrale gebeurtenis of centraal probleem, de evaluatie en betekenis daarvan en de afloop, gevolgd door de moraal of les van het verhaal. Als de succesvolle afloop duidelijk is, verandert dat de eerdere delen van het verhaal.

Bij de oplossingsgerichte werkwijze opent het gesprek met het vragen naar waar de geïdentificeerde cliënt goed in is – waar is hij thuis goed in, waarin buitenshuis, waarin met betrekking tot opleiding of beroep – en naar het vragen wat er uit het gesprek moet komen. ‘Jullie hebben de tijd en moeite genomen om hierheen te komen, dus jullie denken dat het probleem kan veranderen. Wat maakt dat je dat denkt? Wat nog meer? Hoe weet je dat hij dat kan? Heeft je moeder gelijk dat ze zoveel vertrouwen in je heeft? Hoe zou dat helpen, wat voor verschil zou dat maken?’ Als iedereen al wat over de gewenste toekomst heeft nagedacht, wordt het tijd voor de wondervraag om de details in te vullen. Aanvankelijk hebben veel cliënten geen idee van wat ze eigenlijk willen en praten ze over het probleem. De therapeut blijft herformuleren: ‘Dus dat wil je niet, maar wat je wilt is ..., klopt dat?’ Gaan ze toch weer ruzie maken of blijven ze alleen over ellende praten, dan kapt de therapeut dat af door te zeggen ‘daar kom ik nog op terug’, ‘maar laat me eerst iets anders

vragen'. De vragen van de therapeut zijn open vragen: wie, wat, waar, wanneer, hoe (niet waarom want dat is schuldgevend en maakt defensief). De therapeut begint en handhaaft zo veel mogelijk vragen waarop met ja geantwoord kan worden (*yes-set*): u bent 38 jaar, vader van drie kinderen enzovoort. Bij onenigheid verandert de therapeut van onderwerp. Nuttige woorden zijn: 'veronderstel dat' (je man nuchter thuiskomt), 'in plaats van' (het probleemgedrag), details (van kleine succesjes), 'hoe kwam je op dat idee, hoe deed je dat', 'wanneer' (in plaats van 'indien'), 'hoe dat zo' (in plaats van 'waarom'), stilte (na 'ik weet het niet'), 'dus als ik u goed begrijp' (om de aandacht op een ander onderwerp te brengen), relatievragen ('wat zullen je kinderen zeggen als je niet drinkt'), vragen naar het verschil ('hoe zal dat anders zijn'), tentatieve uitspraken waarmee de cliënt twee kanten op kan ('misschien', 'lijkt', 'zou kunnen'), 'poe poe' (om iets te benadrukken) en schaalvragen (om het onderwerp te veranderen of de emotionele temperatuur te verlagen). Als de cliënt 'maar' zegt, herformuleert de therapeut zijn opmerking om weer in een *yes-set* te komen.

Terugval betekent hier niet dat de behandeling mislukt is. Meestal komen mensen pas terug als de terugval alweer enigszins voorbij is en kan daarover gepraat worden. Bespreek details over de tijd vóór de terugval ('hoe wist je de verleiding zolang te weerstaan'), over het niet erger en langer zijn van de terugval en over het hoe van het weer uit het dal klimmen. 'Hoe is de laatste terugval beter dan de vorige? Hoe komt het dat je niet meer dronk? Hoe besloot je weer te stoppen, hoe deed je dat toen?' Niet: 'hoe werd je weer suïcidaal' maar: 'hoe kwam je daar weer uit?'

De motivatie voor wangedrag wordt ondergraven door ervan uit te gaan dat de cliënt wel een goede reden moet hebben voor gedrag dat hem zo veel ellende oplevert. De therapeut vraagt welke redenen er nog meer zijn. Na zes tot zeven redenen gaan cliënten zich herhalen en zichzelf afvragen of het echt wel zulke goede redenen zijn. Het motto voor de therapeut is om nooit te confronteren, maar te leiden 'vanuit de positie van één stap achter de cliënt'. De taak voor de therapeut tijdens de sessie is om te ontdekken wat de cliënt al goed doet, zodat in negentig procent van de gevallen het huiswerk kan worden 'ga door en doe er meer van'. Slechts in tien procent van de gevallen wordt het huiswerk 'doe iets anders' (patrooninterruptie: verandering van 'wat' of 'wanneer' of 'wie' of 'waar' of 'hoe'). Doel van het huiswerk is steeds om de cliënt meer succeservaringen te bezorgen en hem daarover terug te laten vertellen. De complimenten van de therapeut bestaan uit herlabelen – woe-debuiën worden bijvoorbeeld benoemd als teken van zorg of van gevoeligheid – en verder vooral uit het uitlokken van zelfcomplimenten: 'Hoe deed je dat, hoe kwam je op dat idee? Hoe wist je dat dat oude vrouwtje hulp nodig had bij het oversteken? Dus jij bent iemand met oog voor de behoeften van anderen?'

Er wordt dus van uitgegaan dat cliënten het begin van oplossingen – ongemerkt – al hebben, namelijk de uitzonderingen op het probleem (verborgen wondertjes). Het doorvragen over uitzonderingen geeft aanwijzingen van wat er nog meer moet gebeuren. Ook het vragen naar hypothetische oplossingen, naar hoe het anders

moet worden, geeft aanwijzingen. Omdat de cliënt de expert is en zelf de oplossingen vindt, zijn de voorgestelde oplossingen natuurlijk en passend bij de cliënt en diens leefsituatie, worden ze snel gevonden en zijn ze blijvend. Respect voor de cliënt blijkt ook uit het gebruik van de schaalvragen. Dit zijn geen schalen voor pathologie versus normaliteit, maar schalen van eigen probleemfase naar eigen oplossingsfase. De therapeut biedt de context aan waarin de cliënt zijn oplossingen vindt. De boodschap die de cliënt aan het eind van elke sessie krijgt, bestaat uit complimenten, het waarom van de huiswerктаak en de voorgestelde huiswerктаak zelf.

'Weerstand' bestaat in deze therapievorm niet, omdat de therapeut rekening houdt met de fase waarin de relatie met de cliënt zich bevindt; is de cliënt nog een bezoeker, nog een klager of al een klant? De therapeut past zijn gedrag daarbij aan, zodat er geen weerstand wordt opgewekt: bezoekers krijgen alleen complimenten, klagers alleen nadenk- of oplethuiswerk, en alleen echte klanten krijgen doehuiswerk.

Het eerste expertsysteem, *Briefer 1* van Steve de Shazer (1988), geeft voor oplossingsgerichte psychotherapie de volgende beslisboom.

- 1 Is er al verbetering opgetreden tussen aanmelding en intake? Zo ja, vraag daar meer over. Zo nee, ga naar 2.
- 2 Zijn er al uitzonderingen op het probleem te vinden: gevallen waar 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 in gedragstermen beschrijven wat er anders zou zijn als het probleem voldoende was opgelost? Zijn stukjes van dit wonder soms al ergens even een beetje aanwezig geweest? Als dit soort kleine positieve uitzonderingen zich voordeden, vraag daar dan meer over. Als ze zich nog niet voordeden, maar er wel een oplossing te formuleren valt, vraag daar dan meer over. Zo niet, analyseer dan het probleem.

Alleen dus als er nog geen verbetering is opgetreden voor de intake en als er geen uitzonderingen zijn te vinden (momenten waarop het probleem minder erg was of er al iets van de oplossing aanwezig was) en er geen toekomstige oplossing in gedragstermen geformuleerd kan worden, alleen dan is het nodig over te gaan tot een probleemanalyse. In de andere gevallen (de overgrote meerderheid) kan rechtstreeks naar een oplossing toegewerkt worden, zonder dat het probleem eerst uitgebreid in kaart is gebracht.

Oplossingsgerichte therapeuten geloven dus dat het makkelijker en nuttiger is om oplossingen te ontwerpen dan om problemen op te lossen. Zij merken dat zo'n tweederde van de cliënten al stappen in de goede richting had genomen sinds de aanmelding voor therapie en dat daarop in de intake soms op voortgebouwd kon worden. Zij slagen er meestal in uitzonderingen op het probleem te vinden, momenten waarop het probleem zich onverwacht niet voordoet of waarop iets van het doel al bereikt lijkt. Aan zulke uitzonderingen besteden zij veel aandacht. Zij zijn

steeds op zoek naar het verschil dat een verschil maakt. Zijn het 'bewuste' uitzonderingen die de cliënt zelf opnieuw tot stand kan brengen of 'toevallige' gebeurtenissen waarover nog meer ontdekt kan worden, bijvoorbeeld doordat de cliënt gaat proberen ze te voorspellen? Om tot een duidelijk doel te komen, stellen zij al vroeg in het eerste gesprek, al vóór het zoeken naar uitzonderingen, de vraag naar het wonder: 'Stel dat er vannacht terwijl je slaapt een wonder gebeurt, waardoor de problemen waarvoor je hier nu komt voldoende werden opgelost, maar je wist het niet want je sliep. Waaraan zou je morgenochtend dan merken dat het wonder gebeurd was?'

De rol van de therapeut is om te helpen zoeken naar verbeteringen voorafgaand aan de therapie, naar uitzonderingen op het probleem en naar voorstelbare oplossingen. Als dit goed gebeurt, vraagt men zich af of het inderdaad zo simpel zou kunnen zijn. Het is een uiterst minimalistische strategie. Dit zijn de drie belangrijke vuistregels.

- 1 Repareer niets wat niet kapot is (maar maak in dat geval normaliserende opmerkingen).
- 2 Als iets werkt, doe er meer van (gebruik bijvoorbeeld nog een tweede periode de plaswekker als dat de vorige keer ook hielp).
- 3 Als iets niet werkt, doe dan iets anders (geef iemand die zijn huiswerk niet deed niet opnieuw dat soort huiswerk; of als even op de gang niet hielp tegen woede-buien, doe dan iets anders, liefst iets geheel onverwachts en maak bijvoorbeeld een dansje of geef een koekje).

Stadia

De meest gemaakte fout in de intakefase is dat er een lange lijst wordt opgesteld van wat er allemaal mis is en vroeger al mis was met de cliënt en met diens gezinsleden en voorouders. De kunst is om een intake zo te doen dat er een lijst ontstaat van wat cliënt en therapeut moeten gaan doen: het vervangen van de niet-werkende oplossingspogingen door betere, mikkend op kleine stapjes, met aandacht voor wat al goed gaat. Informatie over eerdere behandelingen en de fouten van voorgangers kan laten zien wat niet hielp en wat dus niet opnieuw gedaan moet worden. Nuttige informatie voorafgaand aan het eerste gesprek is de bron en reden van de verwijzing, wat in het verleden wel en niet hielp, wie de gezinsleden zijn en wat iemands beroep is. Uitgenodigd voor het gesprek worden in principe die mensen die iets willen, die ergens voor gemotiveerd zijn en de mensen die kunnen en willen helpen bij het zoeken naar een oplossing. Wie niets wil of niet kan helpen, kan thuisblijven. Vervolgens hangt het stadium van de therapie vooral af van de therapeutische relatie die de therapeut met elk van de betrokkenen heeft: bezoeker of klager of klant.

De relatie

Het is belangrijk om in te schatten welke relatie de cliënt met de therapeut heeft: is de cliënt een bezoeker, een klager of al een klant? Soms verschilt het type relatie dat

de therapeut heeft.

Bezoekers of ben. Ze worden ouders, de re werkgever. H gelijk te beëi aan te werk om een co de therap men en n in wat h de situa therap gespre Soms nek t hulp ma: spr er o J

de therapeut heeft met het kind van het type relatie dat hij met elk van de ouders heeft.

Bezoekers of voorbijgangers zijn mensen die zeggen zelf geen probleem te hebben. Ze worden vaak gestuurd door anderen, bijvoorbeeld de rechter, de school, de werkgever. Het doel van bezoekers is om het contact met de therapeut zo snel mogelijk te beëindigen en met rust gelaten te worden. Omdat er nog geen klacht is om aan te werken, kan de therapie niet beginnen. De therapeut kan alleen proberen om een context te scheppen waarin een hulpvraag mogelijk wordt. De taak van de therapeut is dan om mee te gaan in het wereldbeeld van de cliënt, om problemen en mogelijke oplossingen te helpen vinden en zo veel mogelijk mee te gaan in wat het probleem volgens de cliënt zelf is. Erken hoe vervelend en frustrerend de situatie voor hem is en bevestig zijn sterke kanten en goede bedoelingen. De therapeut is zo aardig en vriendelijk mogelijk, staat altijd aan de kant van zijn gesprekspartner en zoekt naar wat wel werkt in plaats van naar wat niet werkt. Soms is het mogelijk om bezoekers aan te bieden te helpen de verwijzer van hun nek te krijgen – een vorm van hulpvraag. Soms ook heeft een bezoeker een andere hulpvraag dan de verwijzer en kan aan die andere vraag al wel gewerkt worden, maar vaak lukt ook dat nog niet in de eerste sessie. Daarom wordt het eerste gesprek met een bezoeker vaak beëindigd met een reeks complimenten en wordt er geen huiswerk meegegeven. Wel kan er een vervolgspraak worden gemaakt om verder te praten. Regelmatig zegt een cliënt dat dit voor het eerst was dat een professional iets aardigs tegen hem zei.

Een therapeutische relatie begint met een klacht. *Klagers* of zoekers zijn cliënten die wel informatie verschaffen over het probleem, maar die zichzelf nog niet als deel van het probleem of van de oplossing beschouwen. De last van de oplossing plaatsen zij elders. De therapeut dient het lijden van de klager te erkennen en waardering uit te spreken voor het volhouden en voor het hulp zoeken. Een klager is nog niet bereid zelf aan het probleem te werken. Zolang de klager het probleem bij een ander – zijn lichaam, zijn onderbewustzijn of bij de therapeut – plaatst ('doet u maar met mij wat u het beste lijkt'), is het nog te vroeg om al te gaan praten over wat hij zelf anders zou kunnen gaan doen. Suggesties van de therapeut dienen zich dan te beperken tot denken, analyseren en observeren van de klacht. Voor het tweede gesprek worden, als er zowel bezoekers als klagers in het cliëntsysteem zijn, alleen de klagers uitgenodigd. Een mogelijke huiswerkopdracht voor de klagers zou kunnen zijn: 'Observeer tussen nu en de volgende bijeenkomst wat u zo wilt houden en niet veranderd moet worden, zodat u daar de volgende keer meer over kunt vertellen.'

Klanten of kopers zijn het ideaal van elke therapeut. Zij geven aan dat zij iets willen gaan doen aan hun klacht. In de relatie met een klant is diens doel misschien nog niet duidelijk, maar er is in elk geval de bereidheid iets te gaan veranderen. Dan kan de therapeut doehuiswerk gaan geven.

Het eerste gesprek

Het is essentieel om door onderhandeling te komen tot een probleem dat oplosbaar is, gegeven de huidige situatie en hulpbronnen van de cliënt.

Wie is het meest bezorgd over welk probleem? De cliënt (dan individuele of gezinstherapie), diens ouders of onderwijzer (dan mediatietherapie), de verwijzer (dan consultatie) of de therapeut zelf (dan is de cliënt een bezoeker of een klager en nog geen klant en is supervisie misschien nuttig). Met wie kan het best gewerkt gaan worden? Wat zijn de sterke kanten van het gezin? Wat hielp bij eerdere hulpverleningscontacten het best? We willen weten wat de geschiedenis van het gezin is en welke successen daarin verborgen zitten die benadrukt kunnen worden. Wat zijn de huidige allianties, helpers en hulpbronnen? Hoe zien de verschillende betrokkenen het probleem en de oplossing? De vragen van de therapeut zijn essentieel voor het helpen construeren van een bruikbare visie en een oplosbaar probleem.

Onduidelijkheid over wie de echte klant is (de subsidiegever, de verwijzer, de supervisor of zelfs de therapeut zelf) en gebrek aan een duidelijk doel zijn de beste recepten voor een langdurige therapie. Doelen moeten belangrijk en betekenisvol zijn voor de cliënt, te beschrijven als het begin van nieuw gedrag, in interactionele termen, klein simpel en haalbaar zijn, en gezien kunnen worden alsof er hard voor gewerkt moet worden.

Een expertsysteem voor oplossingsgerichte therapie – *Briefer 2* – van Steve de Shazer (1988) geeft de volgende regels voor de eerste sessie.

- 1 Is er een klacht? Zo nee, dan hebben we met een bezoeker te maken. geven we alleen complimenten en zijn we terug bij af. Zo ja, dan hebben we te maken met een klager of zelfs al met een klant (iemand die er ook al iets aan doen wil) en gaan wij zoeken naar uitzonderingen op de klacht.
- 2 Zijn er uitzonderingen (momenten waarop de klacht er niet is of minder erg)? Zo nee, dan gaan wij hypothetische oplossingen construeren door de vraag naar het wonder te stellen en gaan wij op zoek naar de verschillen tussen het wonder en de klacht. Zo ja, dan gaan wij op zoek naar de verschillen tussen de uitzonderingen en de klacht en naar de mate waarin de cliënt het optreden van de uitzonderingen zelf onder controle denkt te hebben.
- 3 Waren er uitzonderingen of was er een hypothetische oplossing, dan kunnen wij doelen gaan stellen en huiswerk gaan geven: doe meer van wat werkt, doe het makkelijkste van wat zou kunnen werken, voorspel de toevallig lijkende uitzonderingen en verklaar het resultaat of ontdek meer over de toevallig lijkende uitzonderingen.
- 4 Kon er geen goede hypothetische oplossing geconstrueerd worden omdat de oplossing vaag of verward was, geef dan als huiswerk om te observeren wat men zo wil houden, wat er dus niet veranderd moet worden. Kon er geen goede oplossing geconstrueerd worden omdat er sprake was van een globaal kader (drie jaar altijd even depressief, maar soms kan ik mijn man voor de gek houden),

deconstrueer dat kader dan, rafel het uit elkaar (probeer hem zo nu en dan voor de gek te houden en kijk wat voor verschil dat maakt).

En ten slotte kunnen we, een mogelijkheid die dit expertsysteem al niet eens meer noemt, ons ook nog gaan verdiepen in de klacht en die toch uitgebreider gaan analyseren (Steve de Shazer, 1985). Wat willen we weten van een klacht ten einde zo veel mogelijk mogelijke oplossingen te kunnen vinden? Welke aspecten kunnen wij zinvol onderscheiden aan een klacht, uit welke bouwstenen wordt een klacht opgebouwd? Bestudeer de volgende elementen:

- 1 de volgorde van gedragingen waarom het gaat;
- 2 de betekenis die aan de situatie wordt gegeven;
- 3 de frequentie waarmee de klacht optreedt;
- 4 de fysieke locatie waar de klacht plaatsvindt;
- 5 de mate waarin de klacht onvrijwillig is;
- 6 welke significante anderen direct of indirect bij de klacht betrokken zijn;
- 7 wie of wat de schuld heeft;
- 8 omgevingsfactoren als werk, financiën, woonruimte;
- 9 de relevante fysiologische of gevoelstoestand;
- 10 het verleden;
- 11 catastrofale toekomstverwachtingen met betrekking tot de klacht;
- 12 utopische verwachtingen met betrekking tot de klacht.

Elk van deze twaalf elementen kan onderwerp van verandering zijn en tot een oplossing leiden, als twaalf verschillende deuren in een gang van het klachtgebied naar de oplossingsruimte. De vraag is niet hoeveel informatie er nodig is, maar welke informatie er nodig is.

Standaardprotocol voor een eerste sessie

Klacht/geschiedenis (Wat brengt u hier, hoe is dit een probleem voor u, wat heeft u al geprobeerd, wat daarvan was nuttig en hielp?)

...

Doelformulering (Wat wilt u anders als gevolg van de therapie? Dialoog rond de vraag naar het wonder.)

...

Uitzonderingen (Zijn er momenten die al een beetje op het wonder lijken, wanneer, hoe gaat dat? Zo niet, zijn er momenten waarop het probleem zich niet voordoet of minder ernstig is, wanneer, hoe gaat dat?)

...

Inschaling van verbetering sinds de aanmelding (Waar nu op een schaal van 1-10? Wat maakt het een x? Hoe heeft u dat gedaan?)

...

Feedback:

- complimenten (wat men al deed dat hielp en positieve karakterduidingen); reden voor de taak (liefst in de woorden van de cliënt);
- de taak (voorgesteld als moeilijk en als experiment; doe taken alleen bij klanten, anders alleen let op- of denk na-taken).

Wanneer wilt u terugkomen?

...

De volgende toelichting op dit eerste sessieprotocol gaat in op de vragen die de therapeut kan stellen om goed geformuleerde doelen op te stellen en uitzonderingen te vinden. Daarnaast gaan we kort in op feedback en huiswerk.

Omdat cliënten dat graag willen en verwachten, dienen zij de gelegenheid te krijgen iets over hun problemen te vertellen. De kunst is om hen niet te onderbreken en geen onnodige details te vragen. 'Wat brengt u hier? Wat mag ik voor u doen? en: Hoe is dat een probleem voor u?', levert een probleembeschrijving op en toont wat daarvan het belangrijkste is. 'Wat heeft u al geprobeerd?' en 'Wat daarvan hielp?', geeft informatie over wat wel en wat niet te gaan doen.

De doelformulering begint met: 'Wat zou er straks anders moeten zijn als gevolg van ons gesprek vandaag (of als gevolg van de therapie) om dat voor u de moeite waard te maken?'

De vraag naar het wonder luidt: 'Stel dat er vannacht een wonder gebeurt, waardoor de problemen waarvoor u nu hier komt voldoende werden opgelost, maar u wist het niet want u sliep. Waaraan zou u morgenochtend dan merken dat het wonder gebeurd was? Wat zou er dan anders zijn, en wat verder?' Het is belangrijk om het probleem hier niet te benoemen en niet te zeggen 'als u van uw paniek of uw depressie af bent'. Om van het antwoord op de wondervraag tot een goed geformuleerd doel te komen, vragen we verder totdat het klein, concreet, in begin- in plaats van eindtermen, als aanwezigheid in plaats van afwezigheid en interactioneel geformuleerd kan worden.

- Klein: 'Wauw, dat klinkt als een heel groot wonder. Wat is de allereerste kleinigheid waaraan je zou merken dat het iets anders of beter was geworden?'
- Concreet: 'Als je je beter voelt, wat denk of doe je dan anders? Hoe merken anderen dat je je beter voelt of hoe zou ik dat zien op een videotape?'
- Begintermen: 'Als het wonder is twintig kilo minder te wegen, wat zal er dan anders zijn in je leven als je de eerste twee kilo verliest? Wat verder?'
- Aanwezigheid: 'Als je na het wonder minder ruzie maakt met de kinderen, wat doe je dan in plaats daarvan? Wat verder?'

- o Interactioneel: 'Waaraan zullen je ouders, onderwijzers, vriendjes, merken dat het wonder gebeurd is? Wie zal dat het eerst merken? Waaraan? Hoe zal die daarop reageren? Hoe is dat voor jou als ze zo reageren?'

Ga bij de antwoorden van de cliënt steeds een stapje verder met doorvragen: 'En als je dan meer wandelt, wat is er dan anders voor jou, wat betekent dat dan voor jou?' Als cliënten niet kunnen vertellen wat er na de therapie of na het wonder anders zal zijn, vraag dan wat maakt dat ze denken dat dit probleem opgelost kan worden. Misschien is er geen sprake van een oplosbaar probleem, maar van een beperking of een handicap waar men hooguit beter mee kan leren leven.

Bij het vragen naar uitzonderingen gaat het om momenten waarop stukjes van het wonder soms al even een beetje aanwezig zijn en momenten waarop de klacht zich niet voordoet of minder erg is – beide zowel vanuit het perspectief van de cliënt als vanuit het perspectief van belangrijke anderen. De volgorde is steeds: zoek de uitzondering, vraag details, geef complimenten, vraag hoe men dat deed en vraag: 'Wat verder, wat nog meer?' Tot slot projecteert de therapeut de uitzonderingen naar de toekomst.

- o Zoeken: 'Dus na het wonder praten jullie meer over hoe de dag was en knuffelen jullie meer. Zijn er soms al momenten waarop jullie dat even een beetje doen? Wat zou de ander zeggen als ik hem dat zou vragen?'
- o Details: 'Wat was de laatste keer dat jullie wat meer praatten en knuffelden? Vertel er eens wat meer over. Hoe was dat voor jou? Wat was er toen verder anders? Wat zou hij zeggen dat er anders was?'
- o Complimenten (leun naar voren, trek je wenkbrauwen op, maak aantekeningen en doe wat je doet als iemand je iets belangrijks vertelt): 'Was dit nieuw voor jullie? Verraste het je dat dit gebeurde? Was dat niet moeilijk voor je, gezien alles wat er gebeurd is in jullie relatie? Was het moeilijk?'
- o Zoek hoe de uitzondering tot stand kwam: 'Wat denk je dat je deed waardoor dit gebeurde? Wat denk je dat je man zou zeggen dat jij deed wat hem hielp om meer over zijn dag te vertellen? Hoe kwam je op het idee om het zo te doen? Dat is hartstikke slim. Ben je vaker in staat geweest om op zulke goede ideeën te komen voor het aanpakken van dit soort moeilijke situaties? Vervolgens kan de therapeut deze vier soorten vragen opnieuw stellen door te vragen naar verdere uitzonderingen: 'En wat verder, wat nog meer?'
- o Ten slotte worden de uitzonderingen naar de toekomst geprojecteerd: 'Hoe groot schat je de kans dat dit de komende week (of maand) opnieuw gebeurt, als 1 betekent geen enkele kans en 10 volstrekte zekerheid? Wat is er nodig om ervoor te zorgen dat het vaker gebeurt? Wie moet dan wat gaan doen? Wat moet je je vooral herinneren om de kans zo groot mogelijk te maken?'

Zijn er nog geen stukjes wonder, vraag dan naar de momenten waarop het probleem er niet was of het minder erg was, met alle vijf hiervoor genoemde stappen.

Zijn er echt geen uitzonderingen te vinden, vraag dan hoe de cliënt het ondanks alles toch nog redt: 'Ik kan me voorstellen dat je je depri voelt na alles wat er anders ging dan je wilde. Wat hielp je om door te gaan? Om op te staan en aan een nieuwe dag te durven beginnen?'

Het gebruik van schalen is niet alleen nuttig bij cliënten met lastig te omschrijven problemen, maar ook voor het ontdekken van verbeteringen tussen aanmelding en intake waarop voortgebouwd kan worden en om de motivatie om aan de slag te gaan in te schatten. Hoe meer motivatie er lijkt te zijn, hoe waarschijnlijker we met een klant te maken hebben en niet met een klager, hoe groter de kans dat we al doehuiswerk zouden kunnen gaan geven.

Om de feedback te kunnen geven moeten we weten of er al een goed geformuleerd doel is en wat dat dan is, of er uitzonderingen zijn en zo ja welke en of die uitzonderingen toevallig lijken of onder controle van de cliënt staan. Ten slotte moeten we inschatten of de relatie die we met elk van de betrokkenen hebben gekregen een bezoekersrelatie is, een klagersrelatie of een klantrelatie. Bij een bezoekersrelatie geven we alleen complimenten en positieve karakterduidingen en bieden we een vervolgspraak aan om samen verder uit te zoeken wat de cliënt het best zou kunnen gaan doen. Bij een klagersrelatie zonder uitzonderingen of doel geven we een observatieopdracht: let op wat er gebeurt dat moet blijven gebeuren of let op wat je het idee geeft dat dit probleem opgelost kan worden. Bij een klager met 'spontane' uitzonderingen, geven we een voorspelopdracht: voorspel 's avonds of de volgende dag een goede wordt of niet en zoek de volgende avond een verklaring voor hoe het was, vóór je een nieuwe voorspelling doet. Of: let op wat er precies gebeurt als de uitzondering zich voordoet, wat er dan anders is en wat iedereen dan doet, zodat je daar meer over vertellen kunt. Bij een klager die de oorzaak aan iemand anders toeschrijft: let op de momenten waarop de ander aardiger doet, wat er dan anders is en wat hij jou dan ziet doen dat hem helpt om aardiger te zijn. Bij een klantrelatie als de klant zeer gemotiveerd lijkt maar geen duidelijk beeld van het wonder heeft en geen uitzonderingen kan vinden: doe iets anders dan tot nu toe, liefst iets geheel onverwachts en kijk wat voor effect dat heeft. Als hij wel een duidelijk beeld van het wonder heeft maar geen uitzonderingen kan vinden: doe de komende week één dag of het wonder gebeurd is en kijk wat voor effect dat heeft. Als de klant een duidelijk beeld van het wonder heeft en zelf gecontroleerde uitzonderingen kan vinden: ga door met wat werkt en let op wat je nog meer doet, wat je nog niet gemerkt had, dat ook nog helpt. Samengevat ziet het er als volgt uit.

Zoeken

- Bij een doel: wanneer doe je al iets van wat je wilt?
- Bij een probleem: wanneer is het probleem er niet of minder?

Contextverschillen

- Wat is er anders aan die momenten?

Specificaties

Vanuit het gezichtspunt van de cliënt:

- Wat doe je dan anders?
- Wat denk je dan anders?

Vanuit het gezichtspunt van de ander:

- Wat zien anderen je dan anders doen?
- Wat doen zij dan anders, als ze dat zien?

Brugbouwen en kaderen

- Als je doorgaat met die dingen, ben je dan goed op weg naar je therapiedoel?

Naar het doel van doorgaande uitzonderingen

- Hoe houd je dit aan de gang?
- Hoe voorspel je dat je hiermee door zult gaan?
- Hoe zullen anderen merken dat je hiermee doorgaat?

Het vervolgesprek

De eerste vraag: wat is er beter sinds de vorige sessie? Zijn er dingen beter, dan vraagt de therapeut door over de verschillen tussen deze momenten en de probleemmomenten. Als de doelen voldoende bereikt zijn volgens de cliënt wordt de therapie afgesloten, zo niet dan is het huiswerk: ga door, doe meer van hetzelfde. Ga door met wat hielp en let op wat verder ook nog helpt. Zijn er echt geen dingen beter in het tweede of latere gesprek, dan moet de klacht of het doel geherconstrueerd worden.

Protocol vervolgsessies

Wat is er beter (sinds je vorige bezoek)?

...

Details (Hoe gaat dat? Hoe doe je dat? Is dat nieuw voor je? Wat voor effect heeft dat op x?
Wat merk je anders tussen jou en x? En thuis? En op school?)

...

Complimenten (Niet iedereen had x kunnen zeggen of doen. Dus jij bent het soort mens dat ...)

En wat is er verder beter?

...

...

Doe er meer van (Wat is er voor nodig om x weer te doen? En vaker?)

...

(Als er echt niets beter is: hoe overleef je dat, hoe komt het dat het niet nog veel erger is?
Hoe doe je dat? Als je dat kunt blijven doen, heb je dan bereikt waarvoor je hier komt?)

...

Inschaling van de vooruitgang

Huidige niveau (Als je toen je de afspraak maakte op een 1 zat en na het wonder zit je op een 10, waar zit je dan nu? Fantastisch: wat maakt dat je er al een x voor geeft?)

...

Waarom zul je merken dat het een punt meer geworden is? Wat zal er dan anders zijn? Wie zal dat het eerst merken? Hoe zal die daarop reageren? En hoe reageer jij daar dan weer op? Wat zou er voor nodig zijn om te doen alsof je daar al zat?

...

...

...

Naar welk cijfer streef je? Waarom zul je merken dat je weer op eigen benen verder kunt en dat je hier niet meer terug hoeft te komen? Wat zal er dan anders zijn?

...

...

Feedback

Complimenten, redenen voor de taak, taak/suggesties.

...

1.5.3 De intake met ouders en kind

In zijn artikel *De cirkeltechniek; oplossingsgerichte gespreksvoering met ouders en kinderen* geeft Huibers (2008) een mooi eenvoudig model voor een competentiegericht intakegesprek. Aanmeldingsklachten worden vertaald in veranderwensen, en de bekwaamheden van het kind die kunnen worden ingebracht om de veranderingen te bewerkstelligen, worden in beeld gebracht. De therapeut stelt zichzelf voor, geeft de context en tijdsduur van het gesprek aan en vraagt de aanwezige gezinsleden wie ze zijn en wat ze doen (werk, studie, vrije tijdsbesteding). Bij voorkeur wordt er in de eerste vijf tot tien minuten ook gelachen.

Na de kennismaking tekent de therapeut twee concentrische cirkels op een flap-over of whiteboard. Tegen het kind zegt hij: 'In de binnencirkel wil ik opschrijven ik op wat je graag zou willen veranderen, thuis of op school of ergens anders.' Hij moedigt alle aanwezigen aan om competenties en veranderdoelen in kaart te brengen. Het gesprek krijgt zo het karakter van een brainstorm waar iedereen aan mee kan doen. De therapeut noteert in steekwoorden: kan goed verhalen schrijven, heeft veel vriendjes. Zonodig moedigt hij aan met: je mag ook iets heel kleins noemen waar je tevreden over bent of: wanneer was je voor het laatst blij dat iets lukte. De klacht 'de kinderen moeten eens stoppen met ruzie maken', wordt in de buitencirkel: 'de kinderen zijn vriendelijker tegen elkaar'. 'Mijn kind is angstig' wordt: 'mijn kind heeft meer zelfvertrouwen'. Boosheid over het kind wordt geherformuleerd als veel zorgen hebben of als het beste voor hebben met het kind. Ook relatievragen werken goed: 'Als ik aan je moeder zou vragen waarover zij trots op je is, wat zou ze dan zeggen? Of: waaraan zou je beste vriend merken dat je zelfvertrouwen is toegenomen?'

Ongeveer een kwartier voor het eind of als er voldoende sleutelwoorden zijn opgeschreven, gaat de therapeut over op schaalvragen. Hij vraagt het kind om één veranderwens uit de buitencirkel te kiezen om mee te starten en als de ouders het daarmee eens zijn, wordt met dit doel begonnen. 'Als 10 staat voor de gewenste situatie en 0 voor het probleem op zijn ergst, waar sta je dan nu?' Vervolgens wordt er eerst ingegaan op wat het mogelijk heeft gemaakt nu op een 4 te komen. Daarna vraagt de therapeut hoe een punt hoger er voor het kind uit zou zien en wat er volgens het kind moet gebeuren om daar te komen.

Aan het eind van het gesprek vraagt de behandelaar of het gesprek nuttig was, of de belangrijkste zaken aan de orde zijn gekomen en of we op de goede weg zijn. Tot slot geeft hij complimenten over inzet of openheid of geeft hij positieve karakterduidingen. Daarna wordt in overleg een vervolgspraak gemaakt.

Literatuur

- Bannink, F. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 38, 1, 5-16.
- Bannink, F. (2006). De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 39(3), 171-183.
- Bannink, F. (2006). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Baskin, T.W. e.a. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 71(6), 973-979.
- Berg, I.K. (2000). *Ik wil mijn kind niet kwijt; samenwerking met ouders onder dwang van de kinderbescherming: praktische richtlijnen voor de hulpverlening*. Haarlem: De Toorts.
- Berg, I.K. & De Jong, P. (2001). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.

- Berg, I.K. & Steiner, T. (2004). *Het spel van oplossingen; oplossingsgerichte psychotherapie voor kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Bertolino, B. (2003). *Change-oriented therapy with adolescents and young adults*. New York/London: Norton.
- Cladder, H. (2005). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Conny, E. & Metcalf, L. (eds.) (2009). *The art of solution focused therapy*. New York: Springer.
- DeShazer, S. (1988). *Clues: investigation solutions in brief therapy*. New York/London: Norton.
- Huibers, A.A.J.M. & Bostel, H.W. van (2005). *Child Competency Inventory CCI-P; vragenlijst voor ouders/opvoeders over vaardigheden van hun kind (6-12 jaar)*. Utrecht: Solutions Centre.
- Huibers, A. (2008). De cirkeltechniek; oplossingsgerichte gespreksvoering met ouders en kinderen. In: *Kinder & jeugd psychotherapie*, 35(3), 40-49.
- Luborsky, L. et al. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9(1), 2-12.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18 (1), 5-14.
- Murphy, J.J. & Duncan, B.L. (2009). *Doelgerichte hulp aan kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Murphy, J.J. & Duncan, B.L. (2007). *Brief intervention for school problems; outcome-informed strategies*. New York/London: The Guilford Press.
- Nelson, T.S. & Thomas, F.N. (eds.) (2007). *Handbook of solution-focused brief therapy; clinical applications*. New York: Haworth.
- Parsons, R.D. (2009). *Thinking and acting like a solution-focused school counselor*. London: Sage.
- Selekman, M.D. (1997). *Solution-focused therapy with children; harnessing family strengths for systemic change*. New York/London: The Guilford Press.
- Selekman, M.D. (2005). *Pathways to change; brief therapy with difficult adolescents*. New York/London: The Guilford Press.
- Stams, G.J., Dekovic, M. Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39(2), 81-94.
- Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien; de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder & Jeugd Psychotherapie, 35e jaargang, nummer 3, 2008, themanummer oplossingsgerichte therapie.
www.talkingcure.com

2 OPERA

2.1 Inleiding

Hermans, Eelen
(het leren van de
functie van conse
van klassieke en
Staats dertig jaar

Bij klassieke c
baar maken. Dor
dat de toon voed
invloed op de co

Operante con
de effecten daar
panisch als hij g
Geblaf betekent
– blootstelling a
te laten uitdoven
tische desensitis

Operante tec
gedrag wordt be
door dat wat era
van het feit dat h
Dit gedrag bein
Operant gedrag
respons. Het ba
van een bepaalk
beloning bijvoo
wenst gedrag. C
wordt uitgevoerd
op het uitvoere
onderscheid tus

Stel we hebb
conditionering
bij de kleuter, n
nu op zichzelf
ter de poes stee
gevolgd door h
(negatieve beki