

Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk

J. M. BAKKER, F. P. BANNINK

SAMENVATTING Oplossingsgerichte therapie (OT) is een in de psychiatrische praktijk breed inzetbare vorm van kortdurende, autonomieversterkende psychotherapie, waarbij de aandacht wordt gericht op wat de cliënt voor zijn probleem in de plaats wil. OT blijkt in onderzoek werkzaam en kosteneffectief en blijkt in de praktijk het werkplezier te verhogen. OT is inzetbaar als primaire psychotherapie, ook tijdens crisisinterventie, of als toevoeging aan onder andere farmacotherapie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)1, 55-59]

TREFWOORDEN oplossingsgerichte therapie; psychiatrie

De tijd is gunstig voor kortdurend behandelen: diagnose-behandelingcombinaties (DBC'S) en *stepped care* vergen efficiënte en respectvolle therapeutische interventies, en cliënten zelf vragen hier ook om. Vormen van kortdurend behandelen zijn bijvoorbeeld geprotocolleerde probleemgerichte (cognitieve) gedragstherapie en het vijfgesprekkenmodel, waarin het bestrijden van demoralisatie centraal staat (Stoffer 2001).

Oplossingsgerichte therapie (OT) maakt sinds een jaar of twintig opgang in Nederland en België, waarbij efficiëntie en werkplezier belangrijke motiverende factoren blijken. Op diverse plaatsen in de (geestelijke) gezondheidszorg wordt inmiddels oplossingsgericht gewerkt.

In deze bijdrage wordt OT geïntroduceerd als efficiënte aanvulling op de huidige psychiatrische praktijk, waarbij de toepasbaarheid, vooral voor de psychiater, tegen het licht wordt gehouden.

WAT IS OT?

Historie OT werd in de jaren tachtig ontwikkeld door De Shazer, Berg en collega's van het Brief Family Therapy Center in de vs. Zij bouw-

den daarbij voort op bevindingen van Watzlawick, Weakland en Fisch (1974). Dezen gingen ervan uit dat een voorgestelde oplossing een probleem vaak in stand houdt en dat inzicht in het ontstaan van problemen niet (altijd) nodig is.

De Shazer (1985) legde de nadruk op het bouwen van oplossingen, in tegenstelling tot het oplossen van problemen, en plaatste de cliënt in de rol van expert. De cliënt wordt uitgenodigd na te denken over wat hij voor zijn probleem in de plaats wil en wanneer hij de therapie als geslaagd beschouwt.

Doelformulering In het eerste gesprek wordt de cliënt gevraagd zijn doel te formuleren in positieve, concrete en haalbare gedragstermen: 'Wat wilt u aan het eind van deze therapie bereikt hebben? Wat wilt u voor het probleem in de plaats?' Ook kan de *wonder*vraag gesteld worden: 'Stel dat er vannacht, terwijl u slaapt, een wonder gebeurt. Het wonder is dat de problemen, waarvoor u hier zit, (voldoende) zijn opgelost. U weet het zelf niet, want u slaapt immers. Wat zou morgenochtend het eerste zijn waaraan u merkt dat het wonder gebeurd is?'

Uitzonderingen Bij OT gaat men ervan uit dat er (bijna) altijd uitzonderingen op het probleem te vinden zijn. Deze uitzonderingen worden door de cliënt over het hoofd gezien of als triviaal afgedaan omdat zijn aandacht uitgaat naar zijn probleem. De oplossingsgerichte therapeut benadrukt juist de uitzonderingen en vraagt: 'Wanneer zijn er momenten waarop het probleem er niet of minder is, en wat doet u anders op die momenten?'

Schaalvragen en competentievragen De cliënt wordt uitgenodigd aan te geven in hoeverre het doel al bereikt is op een schaal van 10 tot 0: 10 is het wonder of het doel is bereikt, 0 is het ergste moment dat hij kent. 'Hoe lukt het u om (al) op dat cijfer te zitten? Hoe zou één cijfer hoger eruit zien? Wat zou u dan anders doen? Welk getal wilt u bereiken om te kunnen zeggen: ik ben tevreden, de therapie kan worden afgesloten?'

Therapeutische relatie In OT schenkt de therapeut veel aandacht aan motivatie tot gedragsverandering. Er worden drie typen relaties tussen de cliënt en de therapeut onderscheiden: de bezoekerstypische, de klaagtypische en de klanttypische relatie. De 'bezoeker' is gestuurd en ervaart geen probleem, behalve hooguit de druk van degene die hem stuurde. De 'klager' ervaart lijdensdruk, maar ziet zichzelf niet als deel van het probleem en/of de oplossing: de ander of de wereld moet veranderen. De 'klant' ziet zichzelf wel als deel van het probleem en/of de oplossing en is bereid tot gedragsverandering. De oplossingsgerichte therapeut heeft de expertise om bij 'bezoekers' en 'klagers' die interventies toe te passen, die uitnodigen om 'klant' te worden.

Feedback Aan het eind van elk gesprek geeft de oplossingsgerichte therapeut complimenten en geeft afhankelijk van de samenwerkingsrelatie een suggestie voor huiswerk. Een 'klant' krijgt de suggestie voor een gedragstaak, bijvoorbeeld om meer te doen van wat werkt of te doen alsof het wonder is geschied. Een 'klager'

krijgt de suggestie voor een observatietaak, bijvoorbeeld om op te letten wat er goed gaat en niet hoeft te veranderen. Een 'bezoeker' krijgt geen suggesties mee, daar deze (nog) niet gemotiveerd is iets te ondernemen.

Therapeutische houding De houding van de oplossingsgerichte therapeut is er één van niet-weten. Hij laat zich informeren door de cliënt, wiens referentiekader bepalend is voor de wijze waarop oplossingen worden ontworpen. Een ander aspect van de therapeutische houding is *leading from one step behind*. Bij dit laatste staat de therapeut figuurlijk gesproken achter de cliënt, tikt met het stellen van oplossingsgerichte vragen op diens schouder, nodigt hem uit zijn doel te bepalen en vooruit te kijken naar een zo breed mogelijke eigen horizon aan mogelijkheden om dit doel te bereiken.

Vervolggesprekken In vervolggesprekken wordt geëxploreerd wat er beter is. De positieve uitzonderingen worden in detail uitgevraagd, waarbij complimenten worden gegeven en het eigen aandeel in de oplossingen wordt benadrukt. Aan het einde van elk gesprek wordt aan de cliënt gevraagd of hij het nog nodig vindt om terug te komen, en zo ja, wanneer. Verrassenderwijs blijkt dit vaak ofwel niet nodig ofwel verder in de toekomst te liggen dan de standaardintervallen van therapie.

EVIDENTIE

Stams e.a. (2006) geven een meta-analyse van 21 effectstudies. De resultaten laten een bescheiden en positief effect van OT zien, even groot als dat van andere vormen van therapie. De auteurs concluderen dat deze effectiviteit van OT bereikt wordt in een kortere behandelduur en met meer garanties voor de autonomie van de cliënt. In deze meta-analyse blijken interventies in recenter uitgevoerde effectonderzoeken het effectiefst te zijn; waarschijnlijk, aldus de auteurs, door een betere uitvoering van de techniek.

Macdonald (2007) geeft eveneens een overzicht van effectstudies, met een vrijwel gelijke conclusie. Eén van de uitkomsten is dat OT in verhouding tot andere vormen van psychotherapie betere resultaten geeft bij cliënten uit lagere sociaaleconomische milieus.

DE PSYCHIATER EN OT

Indicaties en contra-indicaties OT is als ‘monotherapie’ of als toevoeging aan een probleemgerichte behandeling geschikt voor vrijwel alle werkomgevingen. 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 te menen dat OT alleen toegepast kan worden bij ‘lichtere’ problemen. O’Hanlon en Rowan (2003) beschrijven hoe OT wordt toegepast bij chronische en ernstige psychiatrische aandoeningen zoals psychotische stoornissen. De therapeutische houding, aandacht voor doelformulering van de cliënt en het ‘aanboren’ van het vaak verrassend grote arsenaal aan competenties van de cliënt en omgeving blijken een belangrijk verschil te kunnen maken.

Ook is OT geschikt voor de behandeling van verslavingsproblematiek, mede vanwege de ruime aandacht voor de motivatie van cliënten voor gedragsverandering (Berg & Miller, 1992).

Kan OT worden toegepast bij as-II-problematiek? Het antwoord is ja, of eigenlijk: de vraag is niet juist gesteld. De vraag impliceert namelijk 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.

Contra-indicaties voor OT bestaan als er geen gesprek met de cliënt mogelijk is, als een goed uitgevoerde oplossingsgerichte therapie onvoldoende resultaat heeft gehad of als de therapeut teveel hecht aan de rol van expert.

Diagnostiek OT is een diagnoseoverstijgende manier van behandelen. Er kan gekozen worden eerst te behandelen en zo nodig later aandacht te besteden aan diagnostiek. Ernstige psychiatrische beelden of een vermoeden hiervan rechtvaardigen een keuze voor meer diagnostiek. Het opsporen van een ‘onderliggende’ organische aandoening bijvoorbeeld heeft immers directe therapeutische consequenties.

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

Richtlijnen In diagnosegeoriënteerde richtlijnen wordt OT nog niet genoemd. Indien geen sprake is van een klanttypische relatie zal het werken volgens richtlijnen moeizaam verlopen, omdat de cliënt niet gemotiveerd is om congruente opdrachten uit te voeren. OT kan bijdragen aan het veranderen van de therapeutische relatie van klaagtypisch naar klanttypisch, waarna men probleemgerichte interventies volgens de richtlijnen kan overwegen of waarna men oplossingsgericht verder kan behandelen. OT wordt overigens als een vorm van gedragstherapie beschouwd, waarbij niet het probleemgedrag, maar het gewenste gedrag uitgangspunt is (Bannink 2005; 2006ab). De Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT) kent inmiddels een sectie Oplossingsgerichte Cognitieve Gedragstherapie.

Medicatieaspecten De biologische behandelingen die de psychiater uitvoert, lijken strikt probleemgericht. Toch maakt het verschil of de cliënt het idee heeft dat ‘de depressie zal verdwijnen’ of dat hij (in positieve termen gesteld) energiek, actief of ontspannen zal zijn. Een oplossingsgerichte manier van farmacologisch behandelen kan bestaan uit het gedetailleerd laten

beschrijven door de cliënt hoe de eerste tekenen van herstel eruit zullen zien, gesteld dat de medicatie 'aanslaat', en hoe het herstel verder zal verlopen. De cliënt wordt gevraagd wat hij zelf kan toevoegen aan het effect van de medicatie of welke omstandigheden hij kan scheppen waarin de medicatie maximaal ruimte krijgt om hem erbovenop te helpen.

Crisisgesprekken OT blijkt vaak geschikt voor crisisgesprekken. De beschikbare tijd leent zich meestal niet voor uitgebreide diagnostiek en een cliënt in crisis is a fortiori gebaat bij herstel van vertrouwen in eigen competentie en een toekomstgerichte aanpak. Een aanwezige valkuil van het overdragen van competentie door de cliënt aan de crisisdienstmedewerker ('zegt u maar wat ik moet doen') kan met OT worden omzeild.

Werkplezier De nieuwsgierige therapeutische houding van niet-weten nodigt de cliënt uit zelf aan het werk te gaan. Daardoor houdt de therapeut aan het einde van de dag energie over. Frustratie bij therapeut ('de cliënt vertoont weerstand') en bij cliënt ('de therapeut begrijpt mij niet') wordt voorkomen wanneer de therapeut aansluit bij de aanwezige motivatie van de cliënt en ervoor waakt een 'bezoeker' of 'klager' gedragstaken mee te geven.

Cliënten en therapeuten ervaren OT meestal als een prettige vorm van therapie. De uitnodiging tot het beschrijven van de gewenste situatie in de toekomst en het ervaren door de cliënt van eigen competentie maken de sfeer in de gesprekken 'lichter' dan tijdens probleemgerichte gesprekken.

CONCLUSIE

OT is een diagnoseoverstijgende wijze van behandelen die tegemoetkomt aan maatschappelijke eisen van efficiëntie, die de competentie en autonomie van de cliënt bevordert en het werkplezier bij behandelaren verhoogt. Door toevoeging van OT aan de 'klassieke' probleemgerichte bena-

dering is deze breed inzetbaar in de psychiatrische praktijk.

LITERATUUR

- Bannink, F.P. (2005). De kracht van oplossingsgerichte therapie: een vorm van gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 38, 5-16.
- Bannink, F.P. (2006a). De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 39, 171-184.
- Bannink, F.P. (2006b). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Harcourt.
- Berg, I.K., & Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution focused approach*. New York: Norton.
- Macdonald, A.J. (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.
- Shazer, S. de (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., e.a. (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie* 39, 2, 81-94.
- Stoffer, R. (2001). *Het vijf-gesprekkenmodel. Een handleiding*. Delft: Eburon.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

AUTEURS

J.M. BAKKER is psychiater, werkzaam bij polikliniek en crisisdienst van Stichting Buitenamstel Geestgronden, locatie Haarlem, gebouw Zuiderpoort.

F.P. BANNINK is klinisch psycholoog en heeft een eigen praktijk voor therapie, training, coaching en mediation te Amsterdam (www.fpbannink.com).

Correspondentieadres: J.M. Bakker, De Geestgronden, gebouw Zuiderpoort, Amerikaweg 2, 2035 RA Haarlem.

E-mail: jm.bakker@geestgronden.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-8-2007.

SUMMARY

Solution focused brief therapy in psychiatric practice – J.M. Bakker, F.P. Bannink -
Solution focused brief therapy (SFBT) is a form of psychotherapy that reinforces clients' strengths and focuses on what clients want to replace their problems with. Research shows that SFBT is beneficial and cost-effective and makes the psychiatrist's work more satisfying. It can be used as primary psychotherapy, for instance during crisis intervention, or even as an addition to pharmacotherapy.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)1, 55-59]

KEY WORDS psychiatry, solution focused brief therapy, SFBT