

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Kan het korter en simpeler?

De geschiedenis van de oplossingsgerichte korte therapie

HANS CLADDER

Samenvatting

Kan psychotherapie ook binnen tien sessies? Dat was de vraag waarmee het korte therapieproject van het Mental Research Institute in 1966 begon. En dat bleek te kunnen, als men maar niet uitging van een ziektemodel en men zich beperkte tot het verhelpen van het aangeboden probleem, en niet probeerde opvattingen of personen te veranderen. Het recept was: doe iets anders dan wat niet hielp. De oplossingsgerichte therapie ontstond door het gebruik van uitzonderingen op het probleem, waardoor het recept veranderde in: doe meer van wat je doet als het probleem er niet is. In Londen ontdekte men dat kennis van het probleem niet eens nodig was, als de cliënt maar een doel had. Daardoor kon de therapie nog eenvoudiger en korter worden. Dat de cliënt het zelf allemaal het snelste en beste kon, als de therapeut hem maar niet voor de voeten liep, werd recent ontdekt door de Bulgaarse psychiater Panayotov, die zijn *simple therapy* ontwierp. Het streven naar kort en goed blijkt na vijftig jaar nog steeds springlevend.

Trefwoorden: Mental Research Institute, oplossingsgerichte korte therapie, BRIEF, simple therapy

INLEIDING

Het is goed mogelijk dat *evidence-based* behandelingen werken omdat ze goed gebruikmaken van cliëntfactoren, inclusief de visie van cliënten op het therapieproces, en van de therapeutische relatie (Wampold, 2010). De eerste uitgebreid gevalideerde behandeling voor angsten, namelijk systematische desensitisatie, bleek effectief voor alle angsten, in elk geslacht, elke etnische achtergrond, elke religie en in elke cultuur. Dit komt wellicht omdat de constructie van de hiërarchie de mening en het perspectief van de cliënt gebruikt, en het type relaxatie wordt geoefend dat de cliënt het meest effec-

tief vindt. Terwijl hij de ontspanning en de geconstrueerde hiërarchie koppelt, gaat de therapeut uitsluitend verder naar een volgend angstniveau als de cliënt aangeeft dat hij daar klaar voor is (Wolpe, 1958). De door de theorie veronderstelde werkzame factoren bleken bij onderzoek geen van alle enig verschil te maken. Hetzelfde geldt voor de oudste (zogenaamd op Pavlovs desinhibitie gebaseerde) assertiviteitstraining van Salter (1949/2002), die kort en effectief was, ook al bleek er wetenschappelijk-theoretisch helemaal niets van te kloppen (Cladder, 2006).

DE JAREN ZESTIG IN PALO ALTO

.....

Toen Wolpe en Lazarus in 1966 hun boek *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses* publiceerden, begonnen ze hun voorwoord als volgt: 'Hoewel de technieken voor gewoonteverandering die Lazarus in 1958 "gedragstherapie" doopte gedurende een tiental jaren geadopteerd zijn door een steeds groeiende kring van psychotherapeuten, is er nog steeds geen instelling waar dan ook op de wereld waar een systematische scholing in hun theorie en praktijk gekregen kan worden. Zelfs als deze situatie gauw zou veranderen, zou het aantal en de spreiding van faciliteiten duidelijk enige jaren beperkt zijn; zo dat, als in het verleden, het leren van gedragstherapie voor een groot deel een "doe het zelf" karakter zou hebben. De belangrijkste functie van dit kleine boekje moet zijn om het proces van zelf-educatie te vergemakkelijken; maar we hopen dat het ook nuttig zal zijn voor hen die gelukkig genoeg zijn om ook persoonlijke instructie te hebben.' In hetzelfde jaar begon het Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto een *brief therapy project* (Watzlawick, Weakland, & Fish 1974). Daar ging men uit van het idee dat het niet zozeer de levensproblemen zelf zijn waarvoor mensen in therapie gaan, als wel hun niet-effectieve pogingen om die problemen op te lossen. Het doorgaan met falende oplossingspogingen verergerde en verduurzaamde het probleem. Het leek daarom logisch om te veronderstellen dat, als deze oplossingspogingen onderbroken konden worden, het probleem vanzelf zou verdwijnen.

Dit MRI-model bleek effectief voor veel problemen, zowel voor gewone relatie- en gezinsproblemen, als voor acute en chronische problemen, zoals angst, verslaving, delinquentie, seksuele problemen, depressie, eetstoornissen, schoolproblemen, werkproblemen en schizofrenie (Fisch, Weakland, & Segal, 1982). Psychotherapie bleek mogelijk binnen tien sessies, als men het aangeboden probleem probeerde op te lossen zonder te streven naar inzicht of reorganisatie van gezin of persoonlijkheid, en als men maar niet uitging van een ziektemodel. Dit prototype van de groep in Palo Alto werd de afgelopen vijftig jaar verder ontwikkeld tot een reeks theoretische premissen en klinische technieken die de basisoriëntatie vormen voor de meeste huidige benaderingen van gezinstherapie en korte therapie. Eigentijdse boeken

als die van Littrell (1998), Green en Flemons (2004), en Murphy en Duncan (2009) beschrijven zowel het MRI-model (voor het doorbreken van probleemsequenties), als het oplossingsgerichte model (voor het ontwikkelen van een oplossing), als kortdurende interventies. De vraag is: Wat is de rode draad in de niet-werkende oplossingspogingen (ook al denken cliënten zelf meestal al alles geprobeerd te hebben)? En hoe kunnen we ze zover krijgen dat ze, zonder dat we hun cognities over het probleem hoeven te gaan veranderen, toch bereid te zijn iets anders te gaan proberen? We geven een voorbeeld uit Murphy en Duncan (2009).

Maria van tien klaagde over hoofd- en maagpijn. Ze stond erop dat 's morgens haar temperatuur werd gemeten, en was maar met de grootste moeite over te halen in de auto te stappen en naar school te gaan. Moeder vertelde dat Maria haar juf een naar mens vond dat nooit lachte, veel schreeuwde en gemeen deed tegen klasgenoten. Moeder vertelde Maria dat ze vroeger zelf ook wel eens bang was gepest te worden. Vader zei dat er geen reden was om bang te zijn, omdat juf nooit tegen haar schreeuwde.

Maria probeerde de rotopmerkingen van juf te negeren en er niet aan te denken. Deze oplossingspogingen hielpen niet. De therapeut vroeg Maria de komende week te tellen hoe vaak juf tijdens de les gemene dingen deed (observeer het probleem en nodig uit wat je angst inboezemt) en vroeg de ouders om niet op Maria in te praten, maar een observatietask uit te voeren: 'Als u minder over school praat en suggesties geeft, krijgt Maria het gevoel dat u vertrouwen in haar heeft en ervan kan uitgaan dat ze het zelf aankan. Daarmee steunt u haar.'

Na een week had Maria 117 gemene streepjes geturfd, waarop de therapeut zei: 'Wauw, die juf van jou speelt echt in de eredivisie van gemeenschap. Word je niet zenuwachtig van haar?' 'Nee, ze is natuurlijk wel heel gemeen, maar het maakt me niet meer zenuwachtig.' 'Hoe heb je dat voor elkaar gekregen?' 'Ik heb echt geen idee. Het is gewoon gebeurd. Ik kan het niet uitleggen.' De ouders werden gecomplimenteerd, omdat het hen gelukt was zich aan het plan te houden en Maria niet meer de les te lezen of allerlei adviezen te geven.

DE JAREN TACHTIG IN MILWAUKEE

.....

Steve de Shazer en Insoo Kim Berg, die elkaar hadden leren kennen bij het MRI in Palo Alto, begonnen in Milwaukee hun Brief Family Therapy Center (BFTC) als onderzoeks-, trainings- en behandelcentrum. Steve de Shazer ontdekte dat er altijd uitzonderingen waren op het probleem, momenten waarop het probleem zich niet voordeed, of minder ernstig of hinderlijk leek. Door daarop voort te bouwen, veranderde het huiswerk rond 1982 steeds meer van

‘doe iets anders dan wat niet hielp’, naar ‘doe meer van wat je doet als het probleem er even niet is.’

Toen men ging kijken wat het eigenlijk was dat hielp, ontdekte men dat cliënten viermaal zo vaak spraken over oplossingen, verandering en hulpbronnen na vooral drie soorten therapeutgedrag. Dat was (1) na uitlokkende vragen (hoe loste je vroeger zo iets op? wat gaat er al beter?), (2) na detaillerende vragen (hoe, wat, waar, wanneer en met wie?) en (3) na beloningen (fantastisch! hoe deed je dat? was dat niet moeilijk?) Het aantal beloningen correleerde niet met het therapieresultaat, maar wel met de tevredenheid over de therapie en met het resultaat bij follow-up (Cladder, 1999/2010). Als er echt geen uitzonderingen te vinden zijn, wordt een hypothetische oplossing geconstrueerd via de wondervraag: ‘Als er vannacht een wonder gebeurt, waardoor alle problemen waarvoor je nu hier komt voldoende zouden worden opgelost, maar je wist het niet want je sliep, waaraan zou je dan merken, als je morgen wakker wordt, dat er iets veranderd is?’ Na de gevonden uitzonderingen of het geconstrueerde wonder worden schaalvragen gesteld. Als je doel een 10 is en het moment waarop je de afspraak maakte een 0, waar zit je dan nu? Gemiddeld is dat een 3, waarop de therapeut verder vraagt: Wat maakt het nu tot een 3? Wat hielp om van 0 tot 3 te komen? En waaraan zou je merken dat het een 4 geworden is? Als huiswerk kan dan bijvoorbeeld worden voorgesteld om te letten op momenten waarop het al een 4 is, of om de komende week een dag(deel) te doen alsof het wonder al gebeurd is en te zien wat voor verschil dat maakt. In 1992, tien jaar na deze start, schreven John Walter en Jane Peller het eerste goede leerboek over oplossingsgerichte therapie (Walter & Peller 1992). We geven hier weer een voorbeeld uit Murphy en Duncan (2009).

Toen Derek in de vierde klas van de middelbare school zat, volgde hij een speciaal programma voor kinderen met leerproblemen. Docenten omschreven hem als weerspannig, opstandig, dwars en apathisch. Samen met zijn vader stond hij op een wachtlijst voor gezinstherapie. Omdat de problemen op school toenamen, overwoog men hem weer te laten opnemen in een pleeggezin of een intramurale instelling. De therapeut vroeg de school wat hen zo bezorgd maakte: was Derek bijvoorbeeld vaak te laat, praatte hij te hard of maakte hij zijn huiswerk niet? Verder vroeg hij waaraan ze een kleine verbetering zouden merken: hij zou niet meer zo dwars en kwaad moeten zijn. *Alleen bij mevrouw Smits van economie was hij nauwelijks brutaal of grof.* Zij stak soms de draak met hem, wat hij wel leuk leek te vinden. Vervolgens belde de therapeut Dereks vader, die hem verzocht Derek te helpen met zijn schoolproblemen en ervoor te zorgen dat hij niet uit huis geplaatst zou hoeven worden.

In het eerste gesprek met Derek vertelde hij een hekel aan school te hebben, maar dat hij ook niet weggestuurd wilde worden, omdat hij niet terug wou naar een pleeggezin of instelling. Gevraagd naar het verschil tussen

de lessen van mevrouw Smits en die van de andere leraren, zei Derek dat zij altijd 'hoi' zegt als hij binnenkomt, makkelijker opdrachten geeft, en soms langsloopt en vraagt of hij ergens hulp bij nodig heeft. De therapeut vroeg Derek hoe hij ervoor zorgde bij haar op tijd te komen en beter op te letten, en of hij dacht dat dit de kans zou vergroten om niet van school gestuurd te worden en bij zijn vader te mogen blijven. 'Zou je dat ook bij de andere lessen kunnen gaan doen?' Derek stelde voor dat te gaan proberen bij Nederlands en geschiedenis, zijn gesprekken op de gang te beperken en meer aantekeningen te maken. Wel vroeg hij om bij een volgend gesprek niet alleen over school en zijn gedrag te praten, maar ook over vissen, crossmotoren en muziek. Dat beloofde de therapeut. Elke leraar werd gevraagd Derek vriendelijk te begroeten, zijn huiswerk in behapbare stukken te verdelen en na te gaan of hij hulp nodig had. In het vervolgesprek een maand later werd eerst tien minuten gepraat over crossmotoren. Derek vertelde dat hij nu zijn huiswerk deed en andere kinderen meer met rust liet. Verder waren de leraren een stuk aardiger, omdat hij aardiger tegen hen deed, door niet brutaal te zijn en zijn best te doen. Vader was vrolijker, omdat hij zich minder zorgen maakte over het pleeggedoe. Derek maakte het jaar af zonder geschorst te worden, ging over naar de vierde en kon bij zijn vader blijven wonen.

DE JAREN NEGENTIG IN LONDEN

.....

Het minimalistische ideaal van Steve de Shazer – hoe je met zo min mogelijk theorie, tijd en moeite een maximaal effect kunt bereiken – is door niemand beter nagestreefd dan door de groep rond Chris Iveson van BRIEF, het oudste Europese behandelcentrum en opleidingsinstituut voor oplossingsgerichte therapie in Londen. Begonnen met het Milwaukee-model uit 1982 heeft zijn groep sinds 1991 onderzocht wat zonder verlies aan effect uit het behandelmodel weggelaten kan worden, en dat was nogal wat (Shennan & Iveson, 2012). Er hoefde geen rekening meer te worden gehouden met verschillen in motivatie, want iedereen die komt is ergens voor gemotiveerd. Het onderscheid tussen 'bezoekers', 'klagers' en 'klanten' kon vervallen. Ook hoeft de therapeut het probleem niet meer te kennen, want kennis van het doel, van de gewenste toekomst, is voldoende. Er hoeft geen oplosbaar probleem meer gedefinieerd te worden. De therapeut is een soort taxichauffeur geworden: hij hoeft niet te weten waar je vandaan komt, maar kan gaan rijden zodra je hem verteld hebt waar je naartoe wilt. Er hoeft niet meer gezocht te worden naar momenten waarop het probleem er even niet was als er momenten gevonden kunnen worden waarop iets van het doel er al was. Er hoeft geen huiswerk meer gegeven te worden, want het gesprek zelf is de interventie, en er is dus ook geen denkpauze voor de therapeut meer nodig. De aandacht gaat naar de conversatie in plaats van naar het construeren van taken. Cliën-

ten die hun huiswerk niet deden bleken evenveel te verbeteren als zij die dat wel deden. De therapeut hoeft de cliënt niet meer te bewegen tot ander gedrag, maar alleen tot het waarnemen van meer keuzemogelijkheden, tot hij beseft dat hij zelf iets kan doen om te zorgen dat het beter wordt. Hierdoor zakte het gemiddeld aantal benodigde gesprekken van 4 tot 5 naar 3 tot 4, zonder verlies aan effect. Er worden nog maar vier vragen gesteld:

- 1 Wat hoop je dat dit gesprek je oplevert? Waaraan zou je merken dat dit gesprek nuttig is geweest?
- 2 Wat voor verschil zou dat maken?
- 3 Wat werkt al in de goede richting?
- 4 Waaraan zou je merken dat je een stap verder was?

Het krachtigste therapeutische element bleek de beschrijving van de cliënt. De inbreng van ideeën van de therapeut kon nog verder geminimaliseerd worden, overeenkomstig het ideaal van Insoo Kim Berg om *not to impose your own agenda on the client*. De sessies worden niet meer beëindigd met complimenten en een huiswerksuggestie, maar met een samenvatting van de door de cliënt gewenste toekomst en wat hij daar al aan bijdroeg (Ratner, George, & Iveson 2012).

Ben van vijftien werd verwezen door de reclassering, drie weken na een gevangenisstraf van negen weken. Zijn beste hoop was stoppen met zijn aanvallende en beledigende gedrag. Gevraagd wat hij in plaats daarvan wilde gaan doen, zei hij graag te gaan werken als bijvoorbeeld loodgieter. Gevraagd wat voor verschil dat zou maken, zei hij: 'Dan zou ik op het rechte pad komen, voor mijzelf en voor mijn vader.' De therapeut besloot de rest van de sessie te besteden aan Ben laten beschrijven van wat hij al deed dat hielp op het rechte pad te komen en te blijven. Hij vroeg Ben 50 antwoorden op de flip-over te schrijven. Het eerste antwoord was: 'Omgaan met de juiste vrienden.' De therapeut vroeg Ben de overige 35 minuten niets anders dan: 'En wat nog meer?' tot er vijftig antwoorden op de flip-over stonden. Ben kwam niet meer terug. De reclassering had besloten dat Ben het goed genoeg deed om geen verdere therapie meer nodig te hebben.

SINDS 2009 IN BULGARIJE

.....

De Bulgaarse psychiater Plamen Panayotov, eerder opgeleid in de oplossingsgerichte therapie door de Shazer en Kim Berg in Milwaukee, leerde van zijn cliënten dat hun eigen wegen de snelwegen naar oplossingen waren. Hij laat ze in feite 'gewoon' hun eigen therapeut zijn. Hij ontwikkelde de meest radicale vorm van oplossingsgerichte therapie en beschreef zijn werkwijze in een boekje van 52 bladzijden: *Simple therapy* (2010). Hij stelt zo mogelijk

zelfs geen oplossingsgerichte vragen meer, behalve de eerste, en beperkt zich verder tot echoën. Zijn openingsvraag is: ‘Wat denk je dat de nuttigste vraag is, die we het eerst moeten beantwoorden?’ Die herhaalt hij vervolgens letterlijk. Hij volgt de vragen en antwoorden van de cliënt (die door de therapeut alleen worden herhaald en vanzelf steeds nuttiger worden) tot door de cliënt zelf ontworpen huiswerktaken, die hij dan meegeeft op een receptbriefje. Uitgangspunt van zijn therapie is dat het proces van ‘denken, vragen stellen, antwoorden geven, dingen doen, observeren en terugblikken’ helemaal gevolgd moet worden. Er ontstaan problemen als iemand blijft steken (steeds weer hetzelfde doet) of stappen overslaat. Het is de taak van de therapeut de cliënt te helpen de bovengenoemde spiraal te herontdekken en weer te gaan bewandelen. De therapeut moet daarbij niets doen wat de cliënt zelf even goed of beter kan, wat bijna alles is. Hij moet het proces van hardop denken door de cliënt zo min mogelijk storen. Het volgen van de spiraal van vragen en antwoorden van de cliënt is de snelweg naar oplossingen. De therapeut hoeft alleen nieuwsgierig te zijn, en de cliënt te steunen door te observeren en te luisteren. De openingsvraag (‘Wat denk je dat de nuttigste vraag is die we vandaag moeten beantwoorden?’) definieert bij voorbaat alles wat volgt in het gesprek als nuttigst voor de cliënt. De vraag dient als basis voor wat de cliënt zelf van het gesprek wil, alvorens over te gaan naar wat cliënten in hun leven willen veranderen. De vraag impliceert onwetendheid van de therapeut, richt de aandacht op het gesprek zelf, en neemt daardoor een hoop druk op de cliënt weg. De vraag impliceert: het is allemaal jouw tijd, die je kunt organiseren zoals je zelf wilt. Alleen wanneer cliënten van de therapeut eisen dat die zijn professionele training en vragen gebruikt, stelt de therapeut nog vragen naar uitzonderingen, de wondervraag, copingvragen, schaalvragen, relationele vragen, beste-hoop-vragen, competentiezoekende vragen, vragen naar wat er beter is, enzovoort. Maar ook dan houden de vragen van de cliënt zelf de hoogste prioriteit, en wordt elke vraag voorafgegaan door: ‘Wat denk je?’ Als de cliënt vraagt naar het waarom van zijn problemen, vraagt de therapeut: ‘Wanneer begon deze gewoonte?’, of: ‘Wanneer had je deze gewoonte voor het laatst?’ Volgens Panayotov is gewoonte niet onze tweede natuur, maar onze enige natuur: *Everything happens first, and then becomes a habit*.

De volgende vraag van de cliënt is dan meestal: ‘En wat gaan we eraan doen?’ (de *awakening question*). De antwoorden van de cliënt worden op een receptbriefje met één tot vijf zelfbedachte taken geschreven en aan hem meegegeven. De therapeut sluit af met de vraag naar toestemming voor follow-up: ‘Als ik je over zes maanden mag bellen, om te vragen hoe het met je gaat en of ons gesprek nuttig was, wil je dan het telefoonnummer opschrijven waarop ik je het best bereiken kan?’

Om simple therapy goed te begrijpen zijn 52 bladzijden echter niet genoeg, en dient men minstens ook het artikel *The difficulties and benefits of being a simple therapist* op de website van Panayotov (2015) te bestuderen. Dat is

voor iemand die enthousiast geworden is geen probleem meer en *only a smile away*. Therapieën worden korter, levendiger en speelser. Al mag men (he-
laas) geen expert meer zijn, en wordt men snel nutteloos.

Op een zaterdagochtend kwam een vader op consult met zijn zevenjarige dochter, die de afgelopen week op school elke dag gedurende de tweede les had overgegeven. Vader weigerde te praten over iets anders dan de oorzaak van haar conditie, 'omdat we alleen met de situatie kunnen omgaan als we weten waarom dit gebeurt'. Panayotov besloot de cliënt te volgen. Hij stelde de (in oplossingsgerichte therapie meestal vermeden) vraag naar het waarom: 'Oké, wat denkt u dat de oorzaak is van dit probleem?' 'Ik denk dat het aan haar juf ligt. Mijn dochter is nog nooit fysiek gestraft, en deze juf sloeg haar op het hoofd met haar massieve gouden ring, toen ze iets niet wilde doen. Mijn dochter reageert dus op deze agressie door over te geven. Misschien moet ze naar een andere school.' 'Oké, en hoe denkt de juf hierover?' 'Wel, zij zegt dat mijn vrouw mijn dochter te veel antibiotica geeft en dat ze overgeeft als bijeffect van die medicijnen.' 'En wat zegt uw vrouw?' 'Zij is ervan overtuigd dat het aan mijn ouders ligt, omdat die op onze dochter pasten toen wij een paar weken weg waren en het probleem begon meteen nadat we terugkwamen.' 'En wat zeggen uw ouders?' 'Zij denken dat mijn vrouw ons kind eten geeft dat niet bij haar leeftijd past en dat haar maag dat niet accepteert.' Daarop vroeg de therapeut het meisje: 'Je vader denkt dat het belangrijk is om de oorzaak hiervan te weten. Heb je daar zelf een idee over?' De vader leek geschokt bij het idee dat het kleine meisje iets over de zaak te zeggen kon hebben. Heel geïntrigeerd vroeg ook hij: 'Ja, wat denk jij ervan?' Het meisje dacht enige tijd na, en antwoordde: 'Wel, ik denk dat het de eerste keer bij toeval gebeurde...' 'Bij toeval?', zei de vader, 'en de keren daarna?' 'Misschien werd het een gewoonte van mij.' 'Dus, wat gaan we eraan doen?' vroeg de vader. 'Nou, als moeder me een week geen ontbijt geeft, heb ik niets om over te geven, dus zal de gewoonte verdwijnen.' De therapeut stelde de vader gerust: 'Ik garandeer u dat er absoluut niets ergs zal gebeuren met uw dochter als ze een week niet ontbijt, zolang ze maar wel al haar andere dagelijkse maaltijden gebruikt. Denkt u dat uw vrouw het daarmee eens zal zijn?' 'Nou, als u dat zegt wel!', antwoordde de vader. 'Ja, dat zeg ik.'

Na deze sessie kwamen vader en dochter niet meer terug. Toevallig ontmoette Panayotov de vader een paar maanden later op straat. Hij zei dat hij niet meer gebeld had omdat het meisje 'na drie dagen zonder ontbijt' op donderdag weer wilde ontbijten. Het probleem was helemaal over.

DISCUSSIE

De effectiviteit van oplossingsgerichte therapie bleek ongeveer gelijk aan die van andere bonafide therapieën, maar onafhankelijk van de DSM-diagnose en de sociaal-economische klasse, en bij een duidelijk kortere tijdsinvestering en minder burn-out van de therapeut (de Jong & Berg, 2015; Knekt et al., 2008). De oplossingsgerichte pestgroepaanpak van Sue Young had 80% succes na 1 gesprek en 94% binnen 5 gesprekken (Young, 2012). Oplossingsgerichte therapie bleek al te leren in 30 uur training plus 30 uur supervisie (Medina & Beyebach, 2014). Van simple therapy is alvast aangetoond dat toevoeging van 3 à 4 gesprekken aan de gebruikelijke psycho-educatie van chronische schizofrenen hun medicatietrouw verlengt van gemiddeld 244 naar 827 dagen.

Toch blijven er nog genoeg vragen over. Is het onderscheid tussen bezoekers, klagers en klanten echt niet belangrijk? Wanneer is het geven van huiswerk zinvol? Voelen mensen zich bij simple therapy niet met een kluitje in het riet gestuurd als de therapeut alleen maar echoot? En is de effectiviteit van nieuwe therapieën het gevolg van verbeterde procedures en modellen, of van het weer opbloeien van het beginnersenthousiasme van de therapeut?

Hans Cladder is gedragstherapeut en oplossingsgericht therapeut in eigen praktijk, auteur, supervisor van de VGCT en VKJP, en opleider bij onder meer gitp-pao en King nascholing. *Correspondentieadres*: Kruislaan 4, 3721 AM Bilthoven. E-mail: hans.cladder@planet.nl

Summary Psychotherapy within ten sessions proved to be possible, as long as one did not try to change the beliefs of the person, his personality or family structure, but just tried to solve the problem for which he came. The recipe of the Mental Research Institute was: do something different than what you do that did not help. In the eighties in Milwaukee Steve de Shazer and Insoo Kim Berg of the Brief Family Therapy Center noticed that there are always exceptions to the problem. The recipe then became: do more of what you do when the problem is not there. That shortened the therapy and was easier to do. In the nineties in London, Chris Iveson simplified the solution focused model by omitting the problem and the homework, and focussing more on the goals, the conversation, and pure description of the goal. The most radical form of a solution focused approach to date is simple therapy of the Bulgarian psychiatrist Plamen Panayotov, who believes that the patient's own way is the highway to success. He asks only one question: what do you think is the most useful question I could ask you?, and from that point only echoes, until the patient prescribes himself his homework and cure.

Keywords: *Mental Research Institute, solution focused brief therapy, BRIEF, simple therapy*

Literatuur

- Cladder, H. (1999/2010). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Cladder, H. (2006). Boekbespreking: The great psychotherapy debate; models, methods, and findings. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 39, 211-215.
- de Jong, P., & Kim Berg, I. (2001/2015). *De kracht van oplossingen: Handboek oplossingsgericht werken*. Amsterdam: Pearson.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Green, S., & Flemons, D. (Eds.). (2004). *Quickies: The handbook of brief sex therapy*. New York: Norton.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., ... Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.
- Littrell, J. M. (1998). *Brief counseling in action*. New York: Norton.
- Medina, A., & Beyebach, M. (2014). The impact of solution-focused training on professionals' beliefs, practices and burn-out of child protection workers in Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20, 7-36.
- Murphy, J. J., & Duncan, B. L. (2009). *Doelgerichte hulp aan kinderen en jeugdigen: Praktische handreikingen voor oplossingsgericht werken*. Amsterdam: Pearson.
- Panayotov, P. A. (2010). *Simple therapy*. Rouse: Solutions brief therapy and counseling centre. <http://en.solutions-centre-rousse-bulgaria.org>
- Panayotov, P. A., Macdonald, A. & Strahilov, B. (2015). *The difficulties and benefits of being a simple therapist*. Rouse: Solutions Centre. <http://en.solutions-centre-rousse-bulgaria.org>
- Ratner, H., George, E. & Iveson, C. (2012). *Solution focused brief therapy: 100 key points & techniques*. London & New York: Routledge.
- Salter, A. (1949/2002). *Conditioned reflex therapy; the classic book on assertiveness that began behavior therapy*. Gretna: Wellness Institute.
- Shennan, G., & Iveson, C. (2012). From solution to description: Practice and research in tandem. In C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich, & E. E. McCollum (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.
- Walter, J. L. & Peller, J. E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wampold, B. E. (2010). *The basic of psychotherapy: an introduction to theory and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Watzlawick, P., Weakland, R. & Fisch, R. (1974). *Change*. New York: Norton.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques; a guide to the treatment of neuroses*. Oxford: Pergamon Press.
- Young, S. (2012). *Van pesten naar samenwerken: De supportgroep: Oplossingsgerichte aanpak bij pestgedrag in school*. Huizen: Pica.