



# Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie?

**Cora Bartelink**

[www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Februari 2013

Oplossingsgerichte therapie is een vorm van hulpverlening die gericht is op het benutten van de sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt. Samen met de hulpverlener onderzoekt de cliënt welke vaardigheden hij al in huis heeft om zijn problemen aan te pakken. Oplossingsgerichte therapie is kortdurend en resultaatgericht. Deze werkwijze spreekt veel cliënten aan. Het lijkt erop dat het ook een effectieve werkwijze is. Diverse overzichtsstudies laten positieve effecten van oplossingsgerichte therapie zien.

In dit document staat wat oplossingsgerichte therapie is en wat er bekend is over de effectiviteit ervan.

Om de laatste stand van zaken in het onderzoek naar de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie weer te geven is een literatuursearch uitgevoerd in een aantal elektronische zoekmachines, namelijk PsychINFO voor onderzoek in de psychologie en aanverwante terreinen; ERIC voor onderzoek op het gebied van onderwijs, onderwijskunde, opvoeding en opvoedkunde; Cochrane Collaboration voor onderzoek gericht op gezondheidszorg; en Campbell Collaboration voor onderzoek naar opvoeding, onderwijs, sociaal welzijn en delinquentie. Daarbij is gezocht met de zoekterm 'solution focused therapy' in combinatie met 'meta-analysis', 'systematic review', 'literature review' of 'treatment outcome/randomized clinical trial'.

In eerste instantie was de search gericht op reviews en meta-analyses. In totaal zijn een boek (met daarin verschillende overzichten van onderzoek bij verschillende doelgroepen), vier meta-analyses en vier reviews meegenomen in het overzicht van onderzoek naar oplossingsgerichte therapie. Omdat de gevonden meta-analyses en reviews maar weinig informatie bieden over de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie bij kinderen en jongeren is vervolgens specifiek gezocht naar onderzoek op dit terrein en zijn ook enkele primaire studies bekeken.

## 1. Wat is oplossingsgerichte therapie?

### 1.1 Algemene uitgangspunten

Oplossingsgerichte therapie is ontwikkeld door De Shazer, Berg en collega's van het Brief Family Therapy Center in de Verenigde Staten.

De oplossingsgerichte therapie is een manier van werken die gericht is op het versterken van de autonomie van cliënten, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de oplossing in plaats van naar het probleem (Bakker & Bannink, 2008). De hulpverlener stimuleert een cliënt om zich een toekomst voor te stellen waarin het probleem zich oplost (Quick & Gizzo, 2007).



Het uitgangspunt is dat het niet altijd nodig is om inzicht te hebben in het ontstaan van problemen om deze te kunnen oplossen. De nadruk van de behandeling ligt daarom op het vinden van oplossingen. De cliënt wordt gezien als expert. Voor de hulpverlener is het referentiekader van de cliënt bepalend voor de manier waarop oplossingen worden vormgegeven. De hulpverlener neemt een houding van *niet-weten* aan zodat de expertrol van de cliënt tot uitdrukking komt. Een ander aspect van de houding van de hulpverlener is *leading from one step behind*. Dat betekent dat de hulpverlener figuurlijk gesproken achter de cliënt staat. Door oplossingsgerichte vragen te stellen kijkt hij over de schouder van de cliënt mee en nodigt hij de cliënt uit om zijn doel te bepalen en de mogelijke oplossingen zo breed mogelijk te verkennen (Bakker & Bannink, 2008; Cauffman, 2007). Over het algemeen duurt oplossingsgerichte therapie kort, hoewel het aantal sessies niet vaststaat.

## 1.2 Typen relaties

Hoe een oplossingsgerichte hulpverlener de relatie met de cliënt vormgeeft hangt af van de motivatie van de cliënt om te veranderen. Binnen de oplossingsgerichte therapie worden drie typen relaties met de cliënt onderscheiden: met 'de bezoeker', 'de klager' en 'de klant'. De bezoeker is vaak iemand die door een ander naar de hulpverlener gestuurd is, maar zelf (nog) geen probleem ervaart. Bij deze cliënt is het belangrijk dat de hulpverlener onderzoekt wat de doelen van de verwijzer zijn en wat de visie van de cliënt daarop is.

De klager ervaart een probleem maar geeft anderen daarvan de schuld. Hij ziet zichzelf niet als deel van het probleem en de oplossing. De taak van de hulpverlener is om de klachten te helpen vertalen in wensen.

De klant ervaart wel een probleem en ziet zichzelf ook als deel van het probleem en de oplossing. Hij is bereid om zelf te veranderen. De hulpverlener helpt hem om de gewenste toekomst te onderzoeken en kleine, haalbare stappen in de goede richting te zetten. Hij helpt ook mogelijke hulpbronnen te identificeren.

Deze relatietypen kunnen gedurende een gesprek of behandeling veranderen. Voor een hulpverlener is het de kunst om technieken in te zetten die een bezoeker of klager uitnodigen om een klant te worden (Cauffman, 2007; Huibers, 2007).

## 1.3 Gesprekstechnieken

In het eerste gesprek formuleert de cliënt zijn doel. Bij voorkeur gebeurt dit in positieve, concrete en haalbare gedragstermen. De hulpverlener helpt de cliënt om inzicht te krijgen in wat er in de plaats van het probleem moet komen. Een hulpmiddel hierbij kan de *wondervraag* zijn. Die luidt: 'Stel dat er vannacht, terwijl u slaapt, een wonder gebeurt. Het wonder is dat de problemen, waarvoor u hier zit, 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?'

De oplossingsgerichte therapie gaat ervan uit dat er vrijwel altijd *uitzonderingen* zijn op het optreden van het probleem. Dat zijn situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel verwacht wordt. Cliënten zien deze situaties vaak over het hoofd of menen dat ze niet ter zake doen. Het is aan de hulpverlener om de uitzonderingen te benadrukken, omdat die aanknopingspunten voor de oplossing bieden. Een vraag die de hulpverlener kan stellen, is: 'Wanneer zijn er momenten waarop het probleem er niet of minder is, en wat doet u op die momenten anders dan anders?' De hulpverlener stelt over uitzonderingen het liefst tot in detail vragen. Hierbij benadrukt hij het aandeel van de cliënt in de oplossing en geeft hij complimenten voor wat er goed gaat.

Ook kenmerkend voor de oplossingsgerichte therapie zijn *schaalvragen* en *competentievragen*. De cliënt wordt gevraagd in hoeverre hij meent dat het doel al bereikt is op een schaal van 1 tot 10. Als

hij een 10 geeft, is zijn doel bereikt. Een 0 geeft het ergste moment aan dat hij kent. De hulpverlener kan hierop doorvragen met vragen als: 'Hoe lukt het u om (al) op dat cijfer te zitten?' of 'Hoe zou één cijfer hoger eruit zien? Wat zou u dan anders doen?' (Bakker & Bannink, 2008; Cauffman, 2007)

## **2. Verschillen met andere hulpverleningsvormen**

### **2.1 Verschillen met traditionele therapieën**

Tussen oplossingsgerichte therapie en meer traditionele vormen van therapie bestaat een aantal verschillen:

1. Oplossingsgerichte therapie gaat ervan uit dat de cliënt over krachten en oplossingen beschikt die in het gesprek opgespoord kunnen worden en waarop voortgebouwd kan worden. De meer traditionele hulpverlening gaat uit van cliënten met psychopathologie die gediagnosticeerd en behandeld moet worden door een deskundige.
2. In oplossingsgerichte therapie worden ideeën over problemen en oplossingen gezamenlijk geconstrueerd in het gesprek. Bruikbare ideeën zijn het resultaat van gezamenlijk zoeken. Dit in tegenstelling tot de traditionele werkwijze waarin de cliënt zijn problemen beschrijft en de deskundige een diagnose stelt en inzicht in de benodigde behandeling heeft.
3. In oplossingsgerichte therapie werken de hulpverlener en de cliënt samen en beïnvloeden ze elkaar wederzijds. Oplossingen creëren ze samen.
4. De oplossingsgerichte therapie gaat ervan uit dat problemen en oplossingen een gezamenlijke schepping of 'cocreatie' van cliënt en hulpverlener zijn. Dit is een sociaal constructivistische benadering.

De oplossingsgerichte therapie richt zich op het vinden van de bekwaamheden van de cliënt en op de doelen en gewenste uitkomsten die de cliënt belangrijk vindt. De oplossingen voor het probleem liggen in wat de cliënt al doet en in de kleine, haalbare stappen die de cliënt kan zetten om het einddoel te behalen (Huibers, 2007).

### **2.2 Verschillen tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie**

In de praktijk blijken er vragen te zijn over het verschil tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie. Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte maar directe methode. Een beschrijving van wat motiverende gespreksvoering is en welke effecten het heeft is te vinden op [www.nji.nl/watwerkt](http://www.nji.nl/watwerkt). Een hulpverlener poogt met motiverende gespreksvoering de intrinsieke motivatie tot verandering te versterken door de ambivalentie van de cliënt te onderzoeken en op te lossen.

Hulpverleners hebben vaak het idee dat de overeenkomsten tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie groot zijn, maar weten niet goed waar het verschil nu precies in zit.

Daarom worden hierna de belangrijkste overeenkomsten en verschillen op een rij gezet.

Lewis en Osborn (2004) hebben een overzicht gemaakt met de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen oplossingsgerichte therapie en motiverende gespreksvoering.

Overeenkomsten tussen deze twee vormen van gespreksvoering zijn:

- dat de focus niet op het probleem gericht is, maar op gezondheidsbevordering, met belangstelling voor de competenties, vaardigheden en sterke kanten van de cliënt; de nadruk ligt op wat werkt voor de cliënt;

- de sociaal constructivistische insteek: de hulpverlener geeft samen met de cliënt mogelijke oplossingen vorm, bijvoorbeeld alternatieve attitudes, verschillende manieren van waarnemen van een probleem;
- de verankering in verandering: in beide gevallen gaat de hulpverlener uit van de overtuiging dat de cliënt in staat is te veranderen en dat een verandering het snelst en gemakkelijkst plaatsvindt als die aansluit bij de mate van betrokkenheid en de wil om te veranderen van de cliënt;
- de andere kijk op weerstand: beide vormen beschouwen weerstand als een fenomeen dat veranderd kan worden door een goede relatie met de hulpverlener en de inzet van specifieke technieken;
- de samenwerking als sleutel tot verandering;
- het gebruik van de sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt.

Toch zijn er ook enkele belangrijke verschillen tussen oplossingsgerichte therapie en motiverende gespreksvoering. Die verschillen zijn:

- De al dan niet gezamenlijke constructie van oplossingen: oplossingsgerichte therapie gaat ervan uit dat de realiteit geconstrueerd kan worden door interactie tussen hulpverlener en cliënt. Bij motiverende gespreksvoering neemt de hulpverlener meer het perspectief van de cliënt over en is het is minder een kwestie van gezamenlijk construeren.
- Het veranderingsmodel: motiverende gespreksvoering maakt gebruik van een expliciet gedefinieerd veranderingsmodel. Hoewel oplossingsgerichte therapie strategieën aanbiedt die nieuwe mogelijkheden en verandering van perspectief ondersteunen, volgt het geen veranderingsmodel.
- Methoden om verandering te bewerkstelligen: motiverende gespreksvoering focust op het motivatiestadium waarin de cliënt verkeert, waar oplossingsgerichte therapie zich richt op het vinden van mogelijke uitzonderingen. Motiverende gespreksvoering zoekt naar verschillen tussen het huidige gedrag en het ideale gedrag, waar oplossingsgerichte therapie zoekt naar uitzonderingen op het probleem om de werkzame factoren voor de cliënt te versterken. Motiverende gespreksvoering is directief in de benodigde verandering en probeert intrinsieke motivatie te versterken, waar oplossingsgerichte therapie meer de nadruk legt op de voorkeur voor verandering van de cliënt en het samen met de cliënt stellen van doelen en bedenken van oplossingen. Oplossingsgerichte therapie is meer gericht op hoe een cliënt kan veranderen, welke stappen hij daarvoor kan ondernemen, terwijl motiverende gespreksvoering meer gericht is op de motivatie, het 'waarom' van veranderen.
- De focus op heden of toekomst: motiverende gespreksvoering is gericht op het heden, terwijl oplossingsgerichte therapie zowel op het heden als de toekomst georiënteerd is.
- Het gebruik van reflectie: oplossingsgerichte therapie maakt gebruik van reflectie, zonder een van tevoren bepaald doel, bestemming of eindresultaat in gedachten. De hulpverlener fungeert daarbij als model voor de cliënt om hem te stimuleren zelf ook te reflecteren. Bij motiverende gespreksvoering ligt de verantwoordelijkheid voor reflectie bij de hulpverlener. In de oplossingsgerichte therapie is reflectie een doel op zich, terwijl dit bij motiverende gespreksvoering niet het geval is (Lewis & Osborn, 2004).

Atkinson en Amesu (2007) laten zien hoe oplossingsgerichte technieken geïntegreerd kunnen worden in het model van veranderstadia (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992) waarop motiverende gespreksvoering gebaseerd is.

In de voorbeschouwingsfase, waarin een persoon zich nog niet bewust is van een probleem, kan het nuttig zijn om het perspectief van een derde persoon aan te halen en te vragen wat de cliënt vindt van diens mening over het probleem.

In de overpeinzingsfase, wanneer iemand de voor- en nadelen van veranderen afweegt, zijn het zoeken naar uitzonderingen en het stellen van de wondervraag bruikbare hulpmiddelen.

In de voorbereidingsfase, wanneer iemand besloten heeft te veranderen en de eerste stappen zet, is het belangrijk dat de hulpverlener en de cliënt samen zoeken naar de competenties, vaardigheden en hulpbronnen van de cliënt die een mogelijk aanknopingspunt bieden voor de gewenste verandering.

In de actiefase helpt de hulpverlener door te kijken naar wat er verbeterd is sinds het vorige gesprek. Dat biedt vervolgens aanknopingspunten voor het uitbouwen van vaardigheden en hulpbronnen.

Om ervoor te zorgen dat een cliënt in staat is de verandering vast te houden, kan de hulpverlener gebruik maken van reflectie op de verandering en schaalvragen om na te gaan wat een cliënt doet om terugval te voorkomen of welke stappen hij tijdens een terugval onderneemt om er weer bovenop te komen.

### **3. Theoretische onderbouwing**

Oplossingsgerichte therapie is ontwikkeld vanuit een pragmatisch oogpunt. De bedenkers, De Shazer, Berg en collega's van het Brief Family Therapy Center, hebben al experimenterend de oplossingsgerichte manier van werken ontwikkeld uit onvrede over traditionele hulpverleningsstrategieën die sterk probleemgericht werken. Al werkend kwamen zij tot de ontdekking dat:

- als iets niet werkt, een hulpverlener of cliënt beter iets anders kan proberen, en als iets werkt, daar dan meer mee te doen;
- elke cliënt sterke kanten en hulpbronnen heeft om te veranderen;
- problemen beschouwd kunnen worden als wegversperringen als gevolg van beperkte herkenning van alternatieven en niet als symptomen van onderliggende pathologie;
- een kleine verandering in een aspect van een probleem het begin kan zijn van een oplossing;
- samenwerking en de focus op toekomstige mogelijkheden en oplossingen verandering versterken (Cepeda & Davenport, 2006).

Kenmerkend voor oplossingsgerichte therapie is het vertrouwen van de hulpverlener in de mogelijkheden van de cliënt om zelf positieve veranderingen te realiseren. De basis van de oplossingsgerichte therapie ligt in het werk van Milton Erickson, de gezinssysteemtheorie en poststructurele, postmoderne of constructivistische ideologie (De Shazer, 1991, 1994; De Shazer & Berg, 1992 in Lewis & Osborn, 2004). Oplossingen worden geconstrueerd door uitzonderingen op het probleem of situaties waarin het probleem verwacht wordt maar zich niet voordoet, te identificeren en uit te spitten. De competenties en sterke kanten worden benadrukt en vervolgens gericht ingezet om nieuw gedrag aan te leren (Lewis & Osborn, 2004). Door de vraag te stellen waar en wanneer zich uitzonderingen voordoen, wie daarbij betrokken zijn en wat diegenen doen, kunnen de hulpverlener en de cliënt praktisch uitvoerbare oplossingen vinden die aansluiten bij het referentiekader van de cliënt. Een uitzondering kan zo een (deel)oplossing van het probleem zijn en daarmee een startpunt voor een grotere verandering. Door te zoeken naar uitzonderingen wordt een kettingreactie in gang gezet die leidt tot de oplossing van een groter probleem.

Het uitgangspunt van oplossingsgerichte therapie is dat individuen de capaciteiten hebben om zelf oplossingen voor hun problemen te bedenken. De belangrijkste taak van de hulpverlener is om de cliënt dit intrinsieke potentieel te helpen ontdekken en de cliënt in een positieve richting te leiden die de cliënt samen met de hulpverlener definieert. Het is voor de oplossing niet nodig om het probleem tot op de bodem uit te diepen (Cepeda & Davenport, 2006).

Oplossingsgerichte therapie richt zich op de sterke kanten van een cliënt, omdat verondersteld wordt dat dit constructiever is dan werken aan zijn tekorten en problemen. De verwachting is dat de behandeling tot betere resultaten leidt wanneer een hulpverlener de sterke kanten benadrukt, hoe klein de signalen voor verbetering ook zijn. Een hulpverlener en een cliënt die samen zoeken naar de sterke kanten en hulpbronnen, zoals ondersteuning door familie of vrienden, van een cliënt, krijgen gemakkelijker een constructieve samenwerkingsrelatie. Het helpt hen zich samen te richten op de bestaande competenties van de cliënt om de doelen van de behandeling te bereiken. Een dergelijke samenwerking zorgt er ook voor dat de cliënt vertrouwen in en respect voor de hulpverlener krijgt (Cepeda & Davenport, 2006).

## **4. Effecten van oplossingsgerichte therapie**

### **4.1 Effecten in het algemeen**

Er zijn diverse meta-analyses en reviews die een overzicht geven van de effecten van oplossingsgerichte therapie. Dit onderzoek is op een heel breed terrein gedaan: ambulante versus residentieel behandelde cliënten, cliënten met internaliserende, externaliserende, relatie- en gezinsproblemen, en individuele versus groepstherapie. Het onderzoek in deze paragraaf is vooral bij volwassenen uitgevoerd. In paragraaf 4.3 komt onderzoek naar oplossingsgerichte therapie bij jeugdigen aan bod. Veel onderzoekers concluderen dat oplossingsgerichte therapie positieve effecten heeft (Corcoran & Pillai, 2009; Gingerich & Eisengart, 2000; Gingerich, Kim, Stams & MacDonald, 2012; Kim, 2008; Quick & Gizzo, 2007; Stams, Dekovic, Buist, & de Vries, 2006). Oplossingsgerichte therapie werkt beter dan helemaal geen behandeling (Gingerich & Eisengart, 2000; Gingerich et al., 2012).

Soms is het even effectief of zelfs effectiever dan de gebruikelijke behandeling, zoals interpersoonlijke therapie bij depressieve studenten (Stams et al., 2006; Kim & Franklin, 2009). Oplossingsgerichte therapie bereikt zijn resultaten vaak in kortere tijd dan andere behandelingen. Een Fins onderzoek laat echter zien dat oplossingsgerichte therapie weliswaar sneller resultaat boekt dan langdurige psychotherapie, maar dat van deze laatste therapie op lange termijn de effecten groter zijn. Knekt en collega's (2008) kwamen tot die conclusie toen zij kortdurende oplossingsgerichte therapie met kortdurende en langdurige psychotherapie vergeleken. 326 cliënten met een angststoornis of een depressie werden willekeurig aan een van de behandelvormen toegewezen. Beide kortdurende therapievormen boekten sneller resultaat dan de langdurige therapie. Deze effecten verdwenen niet op de lange termijn, maar werden na afloop van de behandeling ook niet meer sterker. Op de lange termijn – bij de laatste meting na drie jaar – bleek echter een aanzienlijk groter effect van de langdurige psychotherapie dan van beide kortdurende therapieën (Knekt et al., 2008).

Volgens Stams en collega's (2006) lijkt het erop dat oplossingsgerichte therapie effectiever is bij cliënten in een residentiële instelling dan bij ambulante behandeling. Residentiële behandeling werd vaak in groepen aangeboden en aan cliënten met ernstige gedragsproblemen. Daarom gingen zij tevens na of de ernst van de problemen van cliënten en de behandelvorm – individueel of in een groep – een rol speelde in de effectiviteit. Los van het effect op gedragsproblematiek en van

groepsbehandeling bleek de oplossingsgerichte therapie in een residentiële instelling een groter effect te hebben. Stams en collega's (2006) menen dat een verklaring hiervoor is dat de behandelintegriteit in residentiële instellingen groter is.

Een meta-analyse van Corcoran en Pillai (2009) van tien studies die een experimentele groep en controlegroep en een voormeting en nameting hadden, laat zien dat met oplossingsgerichte therapie bij diverse doelgroepen, waaronder ouders met problemen in de opvoeding van hun kind, positieve resultaten te behalen zijn. Bij vijf van de tien effectstudies is de effectgrootte (Cohen's d) groter dan 0.2. Omdat de doelgroepen en de problemen waarvoor oplossingsgerichte therapie wordt ingezet sterk uiteenlopen is het moeilijk meer specifieke uitspraken te doen over de effectiviteit. In hun overzicht is onder meer onderzoek opgenomen naar kinderen met gedragsproblemen, mantelzorgers voor personen met schizofrenie, personen met delinquent gedrag, tieners met schoolproblemen en ouders die veel conflicten met hun tiener hebben. Ook zijn verschillende vormen van oplossingsgerichte therapie met elkaar vergeleken, waaronder individuele, groeps-, gezins- en relatietherapie.

Kim (2008) heeft met een meta-analyse een overzicht van de effectiviteit van 22 onderzoeken naar oplossingsgerichte therapie gemaakt. De doelgroep in de meta-analyse varieerde: zowel onderzoek naar volwassenen als naar jeugdigen is erin meegenomen. Kim (2008) komt tot de conclusie dat er kleine, positieve effecten zijn op internaliserende en externaliserende problemen en op gezins- en relatieproblemen. Alleen voor internaliserende problemen, zoals depressie, angst en gebrek aan zelfwaardering, bleken de effecten significant te zijn.

McDonald (2007, in Visser & Schlundt Bodien, 2008) komt tot de conclusie dat oplossingsgericht werken ook effectief is bij moeilijk te behandelen cliënten. Bovendien lijkt sociaal-economische status geen rol te spelen in de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie, terwijl dit bij andere therapievormen soms wel het geval is.

#### **4.2 Mogelijk werkzame elementen**

Quick en Gizzo (2007) voerden een kwalitatieve analyse uit om na te gaan welke specifieke aspecten bijdragen aan de positieve resultaten van oplossingsgerichte therapie. Zij onderzochten bij 108 volwassenen in een psychiatrische kliniek of de mate van controle over hun problemen toenam en aan welke factoren zij dit toeschreven. Het lijkt erop dat de ingrediënten voor verandering zijn: de focus op kleine en specifieke gedragingen, het proces van gezamenlijk zoeken naar oplossingen - socialisatie en communicatie -, en de hoop en focus op positieve oplossingen in plaats van op problemen. Dat de hulpverlener zich richt op de mening en de aanwezige capaciteiten van de cliënt en zijn gevoelens, persoonlijke stijl, ambivalentie en verwarring accepteert, lijkt ook een belangrijke bijdrage aan de verandering te leveren (Quick & Gizzo, 2007).

Stams en collega's (2006) menen dat oplossingsgerichte therapie ook positieve resultaten heeft omdat deze aanpak tegemoetkomt aan de behoefte aan autonomie van de cliënt die samen met de hulpverlener naar oplossingen voor het probleem zoekt.

Meest recent is een overzicht van McKeel (2012), die onderzoek naar afzonderlijke elementen van oplossingsgerichte therapie beschrijft. Hij komt tot de conclusie dat de volgende elementen lijken bij te dragen aan de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie:

- vragen naar verandering voorafgaand aan de start van de behandeling;
- de wondervraag en aan de hand daarvan verhelderen van doelen, creëren van hoop op verandering en zoeken naar manieren om die verandering te realiseren;
- huiswerkopdracht na de eerste sessie om te observeren wat de cliënt nu al ziet gebeuren in zijn leven, relatie of gezin dat hij wil blijven zien gebeuren (met als doel uitzonderingen of

verbeteringen op te merken en cliënten te stimuleren nieuwe dingen te proberen om hun doel te bereiken);

- de vraag naar wat beter gaat sinds de vorige sessie;
- schaalvragen;
- praten over oplossingen die de cliënt ziet.

Oplossingsgerichte therapie blijkt optimisme bij cliënten te creëren over de mate waarin zij met succes hun doelen kunnen bereiken (McKeel, 2012).

### **4.3 Behandeling van kinderen en jongeren**

Naar het effect van oplossingsgerichte therapie bij kinderen en jongeren of bij gezinnen is nog weinig onderzoek gedaan. Vijf onderzoeken van goede tot vrij goede kwaliteit, twee reviews en een meta-analyse laten overwegend positieve effecten van oplossingsgericht werken met jeugdigen en/of hun ouders zien.

Oplossingsgerichte therapie wordt voor steeds meer problemen bij jeugd en opvoeding ingezet, onder andere in gezinnen waar kindermishandeling speelt (Signs of Safety), bij tienerouders, jeugdigen met gedragsproblemen in de school en jongeren die vanwege problemen van huis weglopen. Het wordt onder meer gebruikt in de jeugdzorg, jeugdbescherming, het onderwijs en de pleegzorg. Niet in alle sectoren en voor alle typen problemen is al onderzoek gedaan.

#### ***Oplossingsgerichte therapie in het onderwijs***

Een meta-analyse van Kim en Franklin (2009) van zeven effectstudies naar oplossingsgerichte therapie in het onderwijs levert deels positieve resultaten op. In deze setting gebruiken hulpverleners oplossingsgerichte therapie onder meer om emotionele problemen, gedragsproblemen en sociale problemen te verhelpen. Het lijkt erop dat met oplossingsgerichte therapie positieve resultaten te behalen zijn als het gaat om veranderingen in problematisch gedrag. Echter, op zelfwaardering had deze therapie geen of nauwelijks effect. Mogelijk is zelfwaardering ook geen geschikte effectmaat als het eigenlijke doel het verminderen van risicovol gedrag en het verbeteren van prestaties op school is. Kim en Franklin (2009) concluderen dat door het beperkte aantal onderzoeken nog geen definitieve conclusies over het gebruik van oplossingsgerichte therapie in het onderwijs getrokken kunnen worden.

Kvarme en collega's (2010) onderzochten de effecten van een oplossingsgerichte interventie voor sociaal teruggetrokken kinderen. Zij vergeleken daarvoor kinderen die zes sessies met oplossingsgerichte therapie kregen met kinderen die geen interventie ontvingen. De interventie werd aangeboden op school en beoogde sociale vaardigheid te vergroten. Gemeten werd in welke mate algemene self-efficacy, sociale redzaamheid en assertiviteit toenamen. Bij de nameting bleek alleen bij meisjes de algemene self-efficacy te verbeteren (Cohen's  $d$  0.60), voor jongens was hierin geen verbetering te zien. Bij de follow-upmeting na drie maanden bleken de interventiegroep en de controlegroep een hogere self-efficacy te hebben, maar de verbetering bij de kinderen met interventie was groter dan in de controlegroep. Sociale redzaamheid en assertiviteit bleken bij zowel de nameting als de follow-upmeting niet te verbeteren.

Daki en Savage (2010) onderzochten de effecten van oplossingsgerichte therapie bij kinderen van zeven tot vijftien jaar met leesproblemen. Zij vergeleken daarvoor kinderen die vijf sessies met oplossingsgerichte therapie kregen met kinderen die huiswerkbegeleiding kregen. Zij onderzochten in hoeverre leesvaardigheid en motivatie voor lezen, zelfwaardering, emotionele en



gedragsproblemen, en leesstrategieën verbeterden. Kinderen die oplossingsgerichte therapie kregen, hadden op meer uitkomstmaten een positieve verandering dan kinderen die huiswerkbegeleiding kregen, hoewel het voor sommige uitkomstmaten omgekeerd was. Kinderen in de oplossingsgerichte groep hadden betere luistervaardigheden en vloeiendheid in het lezen, een beter beeld van hun algemene intelligentie en lees- en schrijfvaardigheden, een positievere houding ten aanzien van school en docenten en waren minder angstig dan kinderen die huiswerkbegeleiding kregen. Daki en Savage (2010) concluderen dat het onderzoek zeker een eerste inzicht in de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie voor leerlingen met leesproblemen geven, maar dat verder onderzoek (met vooral een grotere onderzoeksgroep) nodig is.

### ***Psychische en gedragsproblemen***

Corcoran (2006) ging het effect van oplossingsgerichte therapie na bij kinderen tussen vijf en zeventien jaar met gedragsproblemen. Kinderen die door hun school vanwege gedragsproblemen verwezen werden, kregen oplossingsgerichte therapie van vier tot zes sessies of de gebruikelijke behandeling van oudertraining met cognitief gedragstherapeutische elementen in een kliniek voor geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek had een quasi-experimenteel design met een voor- en nameting. Tegen de verwachtingen in leidde oplossingsgerichte therapie niet tot betere resultaten dan de gebruikelijke behandeling. Beide behandelvormen hadden positieve resultaten. Aangezien oudertraining een effectieve behandeling is, was het waarschijnlijk niet realistisch te verwachten dat oplossingsgerichte therapie een nog sterker effect zou hebben. Bemoedigend is dat met beide behandelmethoden in korte tijd - vier tot zes sessies - een verandering in gedragsproblemen van het kind te bereiken is. De uitval was bij beide behandelingen groot, maar bij de oplossingsgerichte therapie significant kleiner dan bij de gebruikelijke behandeling. De onderzoekster geeft hiervoor een aantal verklaringen. In de eerste plaats is oplossingsgerichte therapie gericht op sterke kanten en hulpbronnen van het gezin, waardoor ouders meer hoop krijgen en dus ook meer gemotiveerd zijn om door te gaan met de ingezette behandeling. Een andere verklaring is dat oplossingsgerichte therapie beter aansluit bij de verwachting van de ouders dat de behandeling zich richt op de gedragsproblemen van het kind, het doel dat zij zelf stellen. De gebruikelijke behandeling richt zich op de opvoedingsvaardigheden van de ouders, waarmee het gedrag van het kind te beïnvloeden is.

Perkins (2006) onderzocht het effect van een eenmalige sessie oplossingsgerichte therapie in een kliniek voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren die met psychische problemen te kampen hadden. Zij voerde een Randomized Controlled Trial (RCT) uit. Aan het onderzoek deden 216 kinderen tussen vijf en vijftien jaar mee. De helft daarvan maakte deel uit van de experimentele groep; de andere helft stond zes weken op een wachtlijst. Voorafgaand aan de behandeling, na de behandeling en bij de follow-up na een maand nam de onderzoekster vragenlijsten af bij de ouders, de leerkracht en de behandelaar. De oplossingsgerichte therapie bestond uit één semigestructureerde sessie van twee uur met het hele gezin waarin onderzocht werd wat de problemen waren en welke oplossingen al geprobeerd waren. Vervolgens bekeek het gezin welke stappen het kon ondernemen om grip te krijgen op het probleem.

In de experimentele groep verminderden de psychische problemen, zowel internaliserend als externaliserend, sterker dan in de controlegroep. Een effectgrootte van 0.76 duidt op een groot effect van de oplossingsgerichte therapie op de ernst van de problemen. Ook de frequentie waarmee de problemen zich voordeden nam in de experimentele groep sterker af (effectgrootte = 0.58, middelgroot effect). Cliënten die oplossingsgerichte therapie kregen waren tevreden over de behandeling.

Corcoran (2012) ging in een review na wat er bekend is over de effecten van oplossingsgerichte therapie bij kinderen met externaliserende gedragsproblemen. Vanwege een gebrek aan goed onderzoek komt de onderzoekster tot de conclusie dat het niet mogelijk is om iets te zeggen over de effectiviteit bij externaliserende problemen. Op basis van een theoretisch analyse van oplossingsgerichte therapie en kenmerkend gedrag van kinderen met externaliserende problemen meent zij dat het wel een geschikt middel kan zijn.

### ***Signs of Safety: oplossingsgericht werken in de jeugdbescherming***

Turnell en Edwards (1999) ontwikkelden Signs of Safety als oplossingsgerichte benadering voor het werken met gezinnen waar kindermishandeling speelt. Wheeler en Hogg (2012) geven een overzicht van onderzoek hiernaar. De kwaliteit van het onderzoek dat naar Signs of Safety is gedaan, is beperkt. Professionals rapporteren dat zij beter in staat zijn om een positieve samenwerkingsrelatie met gezinnen aan te gaan en gezinnen direct te betrekken bij het verbeteren van de veiligheid, en dat zij zich tevredener voelen over hun werk. Hoewel de kwaliteit beperkt is, wordt in twee Amerikaanse studies geconcludeerd dat Signs of Safety tot een aanzienlijke afname van het aantal uithuisplaatsingen leidt.

Het is te vroeg om al conclusies te trekken over de effectiviteit van Signs of Safety.

### ***Begeleiding bij uithuisplaatsing***

In een kleinschalig onderzoek bij jongeren in de pleegzorg hebben Koob en Love (2010) onderzocht of oplossingsgerichte therapie voor minder overplaatsingen zorgde. Jongeren kregen gezinsgerichte oplossingsgerichte begeleiding – waarbij ouders of pleegouders betrokken waren – in plaats van cognitieve gedragstherapie. Het aantal mislukte plaatsingen nam af. Echter, gezien de kleinschaligheid van het onderzoek, is het nog te vroeg om te concluderen dat oplossingsgerichte therapie effectief hiervoor is. Het is de moeite waard om daar verder onderzoek naar te doen.

## **4.4 Effect op hulpverleners**

Lafountain en Garner (1996 in Visser & Schlundt Bodien, 2008) onderzochten het effect van oplossingsgericht werken op de professional. Zij vergeleken oplossingsgerichte therapeuten met traditioneel werkende hulpverleners. Oplossingsgerichte hulpverleners hadden minder last van emotionele uitputting en hadden het gevoel dat ze meer konden betekenen voor hun cliënten. Ook meenden oplossingsgerichte hulpverleners dat ze meer in overeenstemming met hun eigen waarden en opvattingen konden werken.

## **5. Conclusie**

De oplossingsgerichte therapie is gericht op het versterken van de autonomie van cliënten door te onderzoeken welke sterke kanten en hulpbronnen deze in huis heeft die hem kunnen helpen bij het aanpakken van zijn problemen. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar de oplossing in plaats van naar het probleem (Bakker & Bannink, 2008). De hulpverlener stimuleert de cliënt om zich een toekomst voor te stellen waarin het probleem zich oplost (Quick & Gizzo, 2007).

Het onderzoek naar oplossingsgerichte therapie staat nog in de kinderschoenen. Hoewel er diverse meta-analyses en reviews zijn, gaan deze overzichtstudies maar over een vrij klein aantal primaire

studies. Het aantal onderzoeken naar oplossingsgerichte therapie bij kinderen, jongeren en gezinnen is nog beperkter. Hierdoor is het nog moeilijk te zeggen bij wie en bij welke problemen oplossingsgerichte therapie werkt.

Toch valt er voorlopig een aantal – voorzichtige – conclusies te trekken:

- oplossingsgerichte therapie is effectiever dan geen therapie;
- oplossingsgerichte therapie lijkt minstens even effectief als andere psychosociale behandelingen;
- in de meeste gevallen zijn significant minder sessies met oplossingsgerichte therapie nodig om hetzelfde resultaat als bij andere psychosociale behandelingen te bereiken (Gingerich & Eisengart, 2000; Kim, 2008; Stams et al., 2006; Visser & Schlundt Bodien, 2008);
- op lange termijn kan een langdurige psychotherapie meer effect hebben dan kortdurende oplossingsgerichte therapie (Knekt et al., 2008).

Door de grote diversiteit aan onderzochte doelgroepen – met vaak beperkte onderzoeksdesigns – is het nog niet te zeggen bij welke problemen en doelgroepen oplossingsgerichte therapie effect heeft.

Diverse onderzoekers plaatsen kanttekeningen bij hun eigen conclusies over de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie. Een belangrijk probleem is dat in het onderzoek niet altijd duidelijk omschreven is welke technieken de hulpverlener toegepast heeft (Visser & Schlundt Bodien, 2008). Een andere kanttekening die diverse keren gemaakt wordt, heeft te maken met de kwaliteit van het onderzoek. In veel onderzoeken was de onderzoeksgroep maar klein, waardoor het moeilijk is de resultaten te generaliseren naar andere doelgroepen en klinieken. Ook geven lang niet alle onderzoeken informatie over de behandelintegriteit, dat wil zeggen: de mate waarin hulpverleners de therapie hebben uitgevoerd zoals bedoeld (Corcoran & Pillai, 2009; Kim, 2008).

Opvallend is dat in de meeste meta-analyses en reviews niet gespecificeerd is welke behandeling de controlegroep heeft gekregen. In de meeste overzichten is vermeld dat de gebruikelijke behandeling wordt geboden, maar is het onduidelijk welke kenmerken die heeft.

Een ander belangrijk aandachtspunt dat genoemd moet worden, is dat de uiteenlopende onderzoeken en overzichtsstudies weinig inzicht bieden in de ernst van de problemen van de behandelde groep. Dit roept de vraag op of oplossingsgerichte therapie geschikt is voor elk probleem en elke stoornis, ongeacht de ernst of de mate van beperking. Een eerste indicatie geeft het onderzoek van Knekt en collega's (2008) waaruit blijkt dat langdurige therapie op de lange termijn effectiever is dan kortdurende oplossingsgerichte therapie.

Een andere vraag die in de literatuur over oplossingsgerichte therapie nauwelijks naar voren komt is of die geschikt is om bij kinderen toe te passen. En zo ja, vanaf welke leeftijd kinderen hiermee kunnen werken. Enkele onderzoeken die we in dit artikel hebben beschreven, laten positieve resultaten bij kinderen zien. Turnell en Essex (2006) beschrijven hoe het oplossingsgericht werken bij kinderen ingezet kan worden in situaties waarin - vermoedelijk - sprake is van kindermishandeling. Om kinderen bijvoorbeeld de vermoedens van kindermishandeling in het gezin of gebeurtenissen rond een uithuisplaatsing uit te leggen maken zij gebruik van plaatjes, die de hulpverlener samen met de ouders en eventueel met andere mensen rondom het gezin tekent. De tekeningen helpen om voor kinderen te verduidelijken wat er aan de hand is. Ze zijn onderdeel van een proces waarin gezocht wordt naar oplossingen waarvoor onder andere het sociale netwerk rondom het gezin geactiveerd wordt. Ook gebruiken Turnell en Essex (2006) tekeningen om voor kinderen de afspraken en oplossingen toe te lichten.

Oplossingsgerichte therapie lijkt vrij sterk op motiverende gespreksvoering door de nadruk op de samenwerking tussen hulpverlener en cliënt en de focus op oplossingen en mogelijkheden van

cliënten in plaats van een focus op problemen. Het grootste verschil is dat oplossingsgerichte therapie meer gericht is op het 'hoe' van veranderen en motiverende gespreksvoering meer op het 'waarom'. Door dit verschil zouden ze elkaar mogelijk goed kunnen aanvullen.

Het is duidelijk dat oplossingsgerichte therapie positieve effecten kan hebben, maar er is meer onderzoek nodig om na te gaan in hoeverre het ook bij allerlei gedrags- en ontwikkelingsproblemen van kinderen en opvoedingsproblemen effectief kan zijn. De vraag hoe en waarom oplossingsgerichte therapie zo goed werkt is ook nauwelijks beantwoord beantwoord.

## Literatuur

Atkinson, C. & Amesu, M. (2007). Using solution-focused approaches in motivational interviewing with young people. *Pastoral Care, juni 2007*, 31-37.

Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*, 55-59.

Cauffman, L. (2007). *Oplossingsgericht management en coaching*. Amsterdam: Boom.

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.

Corcoran, J. (2012). Review of outcomes with children and adolescents with externalizing behavior problems. In C. Franklin, T.S. Trepper, W.J.Gingerich, & E.E. McCollum (Eds). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford: Oxford University Press (p.121-129).

Corcoran, J. (2006). A comparison group study of solution-focused therapy versus "treatment-as-usual" for behavior problems in children. *Journal of Social Service Research, 33*(1), 69-81.

Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work, 39*(2), 234-242.

Daki, J., & Savage, R.S. (2010). Solution-focused brief therapy: Impacts on academic and emotional difficulties. *Journal of Educational Research, 103*, 309-326.

Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process, 39*(4), 477-498.

Gingerich, W.J., Kim, J.S., Stams, G.J.J.M., & MacDonald, A.J. (2012). Solution-focused brief therapy outcome research. In C. Franklin, T.S. Trepper, W.J.Gingerich, & E.E. McCollum (Eds). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford: Oxford University Press (p.95-111).

Huibers, A.A.J.M. (2007). Het oplossingsgerichte paradigma. Gedownload op 12 februari 2010, [www.solutions-centre.org](http://www.solutions-centre.org).

Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 18*(2), 107-116.

Kim, J. S., & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review, 31*(4), 464-470.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., et al. (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.

Koob, J.J. & Love, S.M. (2010). The implementation of solution-focused therapy to increase foster care placement stability. *Children & Youth Services Review, 32*, 1346-1350.

Kvarme, L.G., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G.K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized trial. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 1389-1396.

Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 38-48.

Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(2), 215-227.

Prochaska, J.O., DiClemente & Norcross (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.

Quick, E. K., & Gizzo, D. P. (2007). The "doing what works" group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy, 18*(3), 65-84.

Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., & de Vries, L. (2006). Efficacy of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. [Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta-analyse.] *Gedragstherapie, 39*(2), 81-94.

Turnell, A. & Essex, S. (2006). Working with 'denied' child abuse: The resolutions approach. Maidenhead (Berkshire): Open University Press.

Visser, C., & Schlundt Bodien, G. (2008). *Paden naar oplossingen: De kracht van oplossingsgericht werken*. Schiedam: JustInTime Books.

Wheeler, J., & Hogg, V. (2012). Signs of Safety and the child protection movement. In C. Franklin, T.S. Trepper, W.J. Gingerich, & E.E. McCollum (Eds). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford: Oxford University Press (p.203-215).