

HELEN VAN EMPEL

SINGLE  
SESSION  
THERAPY

Een flexibele  
methode voor  
psychologen,  
coaches en andere  
professionals

Boom

HELEN VAN EMPEL

**SINGLE  
SESSION  
THERAPY**

Een flexibele methode  
voor psychologen,  
coaches en andere  
professionals

**Boom**

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
	<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
	Wat is Single Session Therapy?	13
	Terminologie	14
	Voor wie is dit boek?	14
	Client empowerment	15
	SST in de praktijk	15
	Beperkingen en mogelijkheden	16
	Opbouw van het boek	16
<b>1</b>	<b>Ontstaan en ontwikkeling van Single Session Therapy</b>	<b>23</b>
	Zelfs Freud kon het kort houden	23
	De fundamenten van SST	29
	Onderzoek naar de effectiviteit van SST	31
	Hoe werkt SST door?	41
	Voor wie is SST?	43
	Effectiviteit van SST bij verschillende soorten klachten	47
	Op welke momenten kun je SST inzetten?	51
	Hoe kun je SST inzetten?	53
<b>2</b>	<b>De SST-mindset</b>	<b>65</b>
	Elementen van de SST-mindset	68

<b>3</b>	<b>Samenwerking en de rol van de professional in SST</b>	<b>73</b>
	Goede samenwerking in één sessie	73
	Rol en kwaliteiten van de professional	80
	Tijd goed gebruiken	83
	Do's-and-don'ts voor je eigen SST	86
<b>4</b>	<b>Onderdelen van de sessie</b>	<b>89</b>
	Voorafgaand aan de sessie: een goed begin	90
	Start van het gesprek	93
	Focus	95
	Naar verandering	104
	Expertise van de cliënt gebruiken	106
	Actie	130
	Afsluiten	136
<b>5</b>	<b>Wat is mentale gezondheid en hoe kun je daarin sturen?</b>	<b>139</b>
	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-raamwerk	140
	Het Model voor duurzame geestelijke gezondheid	141
	Sturen in mentale gezondheid?	147
	Organisatie van ondersteuning	147
	Hoe gaat het met mentale gezondheid & ondersteuning?	149
<b>6</b>	<b>Hoe kan één gesprek genoeg zijn?</b>	<b>155</b>
	Het idee van een onderliggende oorzaak	156
	Netwerken	157
	Implicaties voor interventies	159
	Eén gefocust gesprek genoeg?	160
	Uit balans raken	161
	Voorspelbare verandering?	164
	Mindset	168
	De kracht van een hoopvolle mindset	173
	Voorbeelden: interventies in de werkomgeving	181

<b>7</b>	<b>Twijfels &amp; kritische vragen</b>	<b>193</b>
	Therapie, coaching, quick-fix?	193
	Kun je van een therapeutische relatie spreken in één sessie?	195
	Kun je niet net zo goed met de buurvrouw praten?	197
	Wat voegt de professional toe?	197
	Is dit niet gewoon een pleister?	198
	<b>Conclusie: één sessie, oneindig veel mogelijkheden</b>	<b>201</b>
	<b>Verder lezen</b>	<b>205</b>
	<b>Dank</b>	<b>207</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>209</b>
	<b>Begrippenlijst</b>	<b>231</b>
	<b>Bijlage 1 Voorbeeld vragenlijst: Voorbereiding op de sessie</b>	<b>239</b>
	<b>Bijlage 2 Pre-sessie vragenlijst</b>	<b>240</b>
	<b>Bijlage 3 Voorbeeld vragenlijst: Welke houding/hulp past het best bij het huidige vraagstuk?</b>	<b>241</b>
	<b>Bijlage 4 Voorbeelden van technieken die passen binnen een single session</b>	<b>243</b>
	<b>Bijlage 5 Vragen over de expertise van de cliënt</b>	<b>246</b>
	<b>Bijlage 6 Voorbeeldstappen bij een gedragsexperiment</b>	<b>249</b>
	<b>Bijlage 7 Informatie voor cliënten na de sessie</b>	<b>251</b>
	<b>Bijlage 8 Voorbeeld zelfreflectie-vragenlijst voor SST-professionals</b>	<b>253</b>

# Inleiding

Het idee voor een opzichzelfstaand gesprek kwam bij me op na een toevallige ontmoeting op het strand, tijdens een gesprek van nog geen halfuur. Het was precies zo'n onverwacht inzicht, een keerpunt met grote gevolgen, zoals we dat in Single Session Therapy (SST) willen bereiken. Ik vond het meteen een geweldig idee en het verbaasde mij dat het nog niet bestond. Maar na een korte zoektocht bleek gelukkig dat ik inderdaad bepaald niet de eerste was die dit had bedacht. Hoewel in Nederland nog onbekend, zag ik dat er een schat aan ervaring en onderzoek was. Ik ben gaan lezen, trainen en werken op deze nieuwe manier en was vanaf het begin verrast over de kracht en het plezier van deze werkwijze. Over hoeveel je uit een gesprek kunt halen, en over de veerkracht en vindingrijkheid van mensen. Gelukkig werd mijn enthousiasme gedeeld door zowel cliënten als collega's en daarom wil ik deze mooie manier van werken graag delen met collega-professionals.

## Wat is Single Session Therapy?

Single Session Therapy is onder deze naam ontstaan in de jaren tachtig van de vorige eeuw, en voortgekomen uit een observatie in de praktijk: veel mensen komen maar één keer voor hulp, en verrassend genoeg blijkt een groot deel tevreden met het resultaat van die ene sessie. Deze constatering leidde tot de vraag: als één sessie voor veel mensen voldoende is voor waar ze op dat moment mee zitten, hoe kunnen we onze dienstverlening dan zo inrichten dat we het maximale uit die ene sessie halen? Van daaruit is SST verder onderzocht en ontwikkeld.

## Terminologie

De term Single Session Therapy kan verwarrend zijn omdat het de suggestie wekt dat het alleen om een gesprek met een psychotherapeut kan gaan. Daar ligt wel de oorsprong, maar SST heeft zich ontwikkeld en wordt op allerlei gebied en manieren aangeboden. Van walk-in klinieken waar gezinnen terecht kunnen voor een sessie van een paar uur begeleid door twee ervaren therapeuten tot een digitale zelfhulpinterventie van nog geen tien minuten. SST is op zich geen specifieke therapeutische of coachingsmethode, geen theoretische stroming. Er kunnen allerlei technieken en manieren van aanbieden gebruikt worden, met en zonder protocol.

De kern van SST is dat er laagdrempelige, effectieve, opzichzelfstaande interventies beschikbaar zijn die mensen op eigen initiatief in kunnen zetten op het moment dat ze hulp nodig hebben. Er worden ook andere benamingen gebruikt voor de manier van werken, zoals One-at-a-Time Therapy. Dat benadrukt beter dat het er niet om gaat dat één sessie genoeg zou moeten zijn, maar dat het een opzichzelfstaande sessie is. Een andere veelgebruikte naam is Single Session Interventions die de brede lading beter dekt. Ik heb er toch voor gekozen de oorspronkelijke term Single Session Therapy te gebruiken omdat die wereldwijd het meest gebruikt wordt in onderzoek en de praktijk en daarmee de meest herkenbare naam is.

## Voor wie is dit boek?

Dit boek is bedoeld voor professionals die mensen begeleiden bij persoonlijke en professionele vraagstukken. Of je nu coach, psycholoog of maatschappelijk werker bent, als je ervaring hebt met het begeleiden van mensen op het gebied van emoties, gedrag en gedachten, en openstaat voor een nieuwe aanpak, dan is dit boek voor jou.

We richten ons in het praktische deel op een specifieke vorm van SST: een opzichzelfstaand gesprek. Ik ga hier uit van een-op-eengesprekken, maar er kan in de basis op dezelfde manier gewerkt worden met bijvoorbeeld koppels en gezinnen. Zonder protocol, maar met een structuur om te zorgen dat het gesprek zo effectief mogelijk is. Het maakt daarbij niet uit welke specifieke benadering je gebruikt, als je maar de ervaring, technieken en expertise op jouw gebied hebt om mensen goed vooruit te helpen.

Ik beschrijf de voorbeelden en technieken vanuit mijn opleiding en ervaring als psycholoog, maar dat betekent niet dat andere benaderingen niet passen. Het is een flexibele aanpak die je kunt integreren in je bestaande werkwijze. Je doet wat je doet als professional, je gebruikt je ervaring, kennis, oefeningen en instrumenten die je anders ook gebruikt – alleen met een andere mindset, een andere manier van aanbieden. Om je een eerste idee te geven:\*

*Stel je eens voor dat één gesprek alles is wat jouw cliënt op dit moment wil en nodig heeft om zelf goed verder te kunnen. Of dat nu betekent dat het probleem is opgelost of dat het proces van oplossen voldoende op gang is gebracht om de gewenste verandering zonder verdere professionele hulp te bewerkstelligen. Hoe zou je dat gesprek dan voeren?*

## Client empowerment

SST kan pretentius klinken, alsof je een wonderbaarlijke genezing in één sessie belooft: ‘Andere professionals hebben een heel traject nodig, maar ik verander alles in één sessie.’

Maar de rol van de professional is eerder dienstbaar en bescheiden. Je neemt als professional de verantwoordelijkheid niet over. In plaats van een diagnose te stellen, het traject uit te stippelen en misschien de verwachting van een bepaalde uitkomst te wekken, blijft de regie bij de cliënt. De focus ligt op empowerment van de cliënt en het versterken van diens eigen oplossend vermogen. Je gebruikt als professional het beste uit je gereedschapskist, maar meer nog; je maakt jezelf onderdeel van de gereedschapskist van de cliënt, te gebruiken als nodig.

## SST in de praktijk

Bij SST streef je ernaar laagdrempelig hulp te bieden op het moment dat mensen dit nodig hebben. Je zorgt ervoor dat je snel beschikbaar bent en richt je op de huidige situatie, dat waar de cliënt nu hulp bij wil. SST betekent niet dat je

---

\* Wil je meteen wat uitgebreider bij deze vraag stilstaan? In het begin van hoofdstuk 2 vind je een visualisatie-oefening.



maar één sessie aanbiedt. Je plant geen vervolg, maar de deur blijft open zodat cliënten zelf kunnen bepalen of en wanneer ze willen terugkomen. Je benadert de sessie alsof het de laatste zou kunnen zijn, niet met het idee dat het de enige moet zijn.

## Beperkingen en mogelijkheden

SST is geen wondermiddel dat alle problemen in één keer oplost en geen vervanging van psychotherapie, coaching en andere goed werkende vormen van begeleiding en behandeling. Het is een pragmatische benadering gericht op wat nu speelt en wat de cliënt daar zelf mee kan. Het kan een waardevolle aanvulling zijn op het bestaande aanbod en bijdragen aan een flexibel systeem van ondersteuning waarin de cliënt meer regie heeft.

## Opbouw van het boek

In de volgende hoofdstukken ga ik dieper in op verschillende aspecten van SST. Ik begin met een verkenning van de geschiedenis en ontwikkeling van SST, en de empirische ondersteuning voor deze benadering. Vervolgens kijken we naar op de praktische toepassing van SST. Ik bespreek hoe je vanuit de SST-mindset kunt werken in je eigen praktijk. Als laatste ga ik in op de context van SST, hoe kan het aangeboden worden, hoe zou het kunnen werken en welke twijfels zijn er? Het boek sluit af met een aantal praktische bijlagen en een begrippenlijst waarin basisbegrippen uit de psychologie nader worden toegelicht.

Naast het uitgebreide onderzoek en de jarenlange ervaring die de basis vormen van dit boek, hebben SST-professionals van over de hele wereld, onder wie de pioniers van deze benadering, een bijzondere bijdrage geleverd. Zij hebben vijf persoonlijke vragen beantwoord, die hun inzichten en ervaringen met SST belichten, waaronder:

- Wat is een ‘oneliner’ die je helpt de juiste SST-mindset te behouden?
- Wat is een ‘fout’ in een SST-sessie waarvan je veel hebt geleerd?
- Welk advies zou je geven aan een beginnende SST-professional?

- Wat is een moment, een gesprek, dat je diep raakte, waar je dacht: dit is de kracht van één gesprek?

Hun antwoorden zijn door het boek heen te lezen. Ik begin hier met een korte introductie van de professionals, en met de antwoorden op de eerste vraag die ik ze stelde, wat ook de vraag is waarmee we SST-trainingen beginnen:

**Wat is een keerpunt in je eigen leven; waar één gesprek, één moment, je heeft geholpen?**

Het is ook een goede vraag om zelf bij stil te staan. Bovendien is het een passend begin van dit boek, omdat het benadrukt dat SST aansluit bij iets wat we allemaal kennen uit ons dagelijks leven. Dat één gesprek, een toevallige ontmoeting of iets wat we zien of lezen op het juiste moment een diepgaand inzicht kan geven en een keerpunt kan vormen.

**Michael F. Hoyt, Ph.D.**, psycholoog in Mill Valley, Californië en een van de grondleggers van de SST-benadering. Hij is auteur en redacteur van talrijke publicaties over korte therapie, waaronder *Brief Therapy and Beyond*, *The Handbook of Constructive Therapies*, en zijn meest recente boek: *Single Session Therapy: A Clinical Introduction to Principles and Practices*.

'Als tiener botste ik vaak met mijn ouders. Met tegenzin ging ik één keer mee naar een therapeut. Wat zij zei, veranderde alles. Ze keek me aan, de recalcitrante puber die ik was, en vroeg: "Denk je dat je nog steeds boos zult zijn op je vader als hij dood is?" Die vraag raakte me diep. Het zette alles in perspectief en hielp onze relatie te verbeteren. Dat ene moment liet me de kracht van therapie zien. Het inspireerde me om zelf therapeut te worden.'

**Jeffrey Young, Ph.D.**, emeritus hoogleraar gezinstherapie en systemische praktijk aan La Trobe University in Melbourne, Australië. Hij was jarenlang directeur van The Bouverie Centre en is co-redacteur en auteur van verschillende boeken over SST.

'Het was midden jaren tachtig, ik begon net als psycholoog. Ik had net een sessie geleid met een gezin, en eerlijk gezegd, het was een ramp. Tijdens de nabespreking

met mijn team gebeurde er iets wat mijn hele carrière zou veranderen. Mijn collega John merkte op: "Jeff, ik zag je inzakken toen die vader kritiek gaf op de therapie. Je stem werd zachter, je leek het op te geven." Zijn woorden raakten een gevoelige snaar. Ik realiseerde me dat ik reageerde alsof het mijn eigen vader was die me bekritiseerde.

Maar toen kwam het inzicht: ik kon mezelf los zien van de therapie. Het ging er niet om dat ik als persoon bekritiseerd werd, het was de therapie die niet werkte voor deze familie. Ik kon objectiever kijken naar wat er misging. Ik kon vragen stellen: "Wat werkt er niet? Waarom niet? Hoe kunnen we het beter maken?"

Die simpele verschuiving in perspectief was bevrijdend. Ik nam kritiek niet meer persoonlijk, maar zag het als belangrijke feedback. Het maakte me een betere therapeut en gaf me de vrijheid om echt te luisteren naar mijn cliënten. Dat ene moment, die ene opmerking, veranderde mijn hele benadering van therapie.'

**Suzanne Fuzzard**, gezinstherapeut en pionier in de implementatie van Single Session Therapy voor jongeren. Churchill Fellow met onderzoek naar toegankelijke SST-modellen wereldwijd. Momenteel staat ze aan het hoofd van twee jeugd-ggz-instellingen (Headspace Centres) in Zuid-Australië.

'Ik was een tiener, ergens halverwege de middelbare school. Een leraar keek me aan en zei: "Je kunt alles worden wat je wilt. Je bent slim, vastberaden en een harde werker. Je zou zelfs dokter kunnen worden als je dat wilt." Die woorden waren als een bliksem-inslag. Ik kwam uit een familie waar bijna niemand de middelbare school afmaakte, laat staan naar de universiteit ging. We woonden in een gebied waar weinig mensen weggingen om in de "grote stad" te studeren.

Maar vanaf dat moment wist ik het zeker: ik zou naar Melbourne gaan en studeren aan de universiteit. Wat precies? Geen idee! Maar dat ene moment, die paar woorden van geloof in mijn kunnen, zetten mijn hele leven op een ander spoor.'

**Moshe Talmon, Ph.D.**, mede-grondlegger van SST. Psycholoog, onderzoeker en docent aan de Universiteit van Tel Aviv. Oprichter en directeur van het International Center for SST. Geeft wereldwijd trainingen en supervisie over SST en geeft les over psychotherapiemethoden en positieve psychologie.

'Eén is het advies van mijn grootvader: "Haast je niet of werk niet te hard. Niemand denkt als het einde van zijn leven nadert: had ik maar meer tijd in mijn werk gestopt."

Een ander is het moment dat ik na een zware hartaanval uit de ic werd ontslagen en dacht: je kunt hier weggaan met de gedachte: ik ben ziek met een chronische hartaandoening, en dat zal waar zijn, en je kunt hier vandaag weggaan en denken: ik ben gezond, en dat zal ook waar zijn. Het is jouw keuze.

We zijn in ons leven geneigd gemakkelijk op te merken wat verkeerd, pijnlijk en negatief is. Daarom moeten we zoeken, en altijd harder werken, om te zien en te waarderen wat positief is. En dat in onze gedachten houden tijdens ons kostbare leven.'

**Windy Dryden, Ph.D.**, emeritus hoogleraar Psychotherapie aan Goldsmiths University of London en fellow van de British Psychological Society. Hij heeft talrijke publicaties op zijn naam staan, waaronder verschillende boeken over SST en geïntegreerde cognitieve gedragstherapie.

'Mijn eigen "korte therapeutische ervaring" kwam toen ik als tiener naar een radio-interview met Michael Bentine luisterde, een Britse komiek. Net als ik had Bentine een stotterprobleem. Tijdens het interview werd hem gevraagd hoe hij omging met stotteren. Hij antwoordde dat hij de houding had ontwikkeld van: als ik stotter, dan stotter ik. Jammer dan! Dit hielp hem met zijn angst om in het openbaar te spreken. Ik resoneerde helemaal met deze houding, en pas die nu al bijna 50 jaar toe. Dus een fragment van 30 seconden uit een radio-interview van een halve eeuw geleden heeft een blijvend positief effect op mij gehad.'

**Pam Rycroft, Mpsych**, psycholoog en gezinstherapeut bij The Bouverie Centre in Melbourne, Australië. Ze is co-redacteur en auteur van boeken over SST, heeft talrijke papers gepubliceerd op dit gebied, en honderden professionals opgeleid.

'Tijdens mijn opleiding tot gezinstherapeut, zo'n veertig jaar geleden "beeldde ik mijn familie uit" waarbij klasgenoten de rol van mijn moeder, vader en broer speelden. De toeschouwers merkten op hoe eenzaam mijn moeder was. Ik werd defensief – ik zag haar als de agressor in haar relatie met mijn vader, die ik altijd verdedigde. Niet lang daarna kreeg ik 's avonds laat een telefoontje van mijn moeder. Ze klaagde over hoe lastig mijn vader die dag was geweest. Hij had kort daarvoor een beroerte gehad en was snel verward en angstig. Mijn eerste reactie was er een van boosheid naar mijn moeder; ik vond haar hard, kritisch en ongevoelig tegenover mijn vader. Maar ik stopte, haalde diep adem en dacht aan wat mijn klasgenoten hadden gezegd. Ik probeerde

compassie te voelen voor mijn moeder. Toen besepte ik dat zij de man die ze voor de beroerte kende, had “verloren” en dat ze vocht om hem terug te krijgen – iets wat ik had opgevat als veeleisend zijn. In plaats van de oude “danspassen” te herhalen, waarin ik mijn vader verdedigde, zei ik hoe goed ze het samen hadden gedaan op een moeilijke dag.

Het bleef lang stil en toen hoorde ik een harde snik. Toen ik vroeg of het goed ging, zei ze: “Ik voel me zo schuldig; ik ben zo hard voor hem.” Op dat moment besepte ik hoeveel verdriet mijn moeder had om het verlies van de man die ze kende, en hoe bang ze was dat hij zou opgeven als ze hem niet bleef pushen. Ik zag eindelijk het gedrag dat mijn defensieve reactie uitlokte en realiseerde me dat mijn rol in deze “dans” me dat inzicht had ontnomen. Dit veranderde mijn relatie met haar – niet volledig, maar wel genoeg om haar met oprechte liefde en compassie te verzorgen toen ze kort daarna thuis overleed.’

**Flavio Cannistrà**, psycholoog, medeoprichter en co-directeur van het Italiaanse Centrum voor Single Session Therapy en het ICNOS Instituut. Hij heeft artikelen gepubliceerd over korte therapie in internationale tijdschriften en sprak op conferenties in Europa, de Verenigde Staten, Australië en Japan.

‘Ik was 19 en al een jaar depressief na een relatiebreuk. Alles ging mis: gezakt voor mijn rijexamen, geen tentamens gehaald, slecht eten, geen relaties, zelden uit met vrienden. Tijdens een van die zeldzame avonden zei een vriend simpelweg: “Stop hiermee!” Ik glimlachte bitter, denkend: alsof stop zeggen genoeg is.

Later die nacht, thuis, keek ik in de badkamerspiegel en zei spontaan: “Stop hiermee!” Ik gooide het haarelastiekje van mijn ex dat ik nog had laten liggen weg en ging naar bed, de neiging onderdrukkend om het weer uit de prullenbak te halen.

De volgende dag werd ik wakker en wist: ik ben oké. Binnen een maand haalde ik mijn rijbewijs, bereidde me voor op tentamens, at weer goed en hervatte mijn relatie met het leven. Niet lang daarna ontmoette ik een meisje met wie ik vier jaar samen was. Dat moment voor de spiegel leerde me de kracht van “selftalk” en besluitvaardigheid. Soms is één moment, één beslissing, genoeg om alles te veranderen.’

**Arnold Slive, Ph.D.**, psycholoog, hoogleraar aan Our Lady of the Lake University in San Antonio, Texas, en parttime behandelaar in Austin. Mede-redacteur van boeken over Single Session Therapy, waaronder *When One Hour Is All You Have*.

'Als student luisterde mijn studieadviseur naar mijn interesses en bekeek mijn cijfers. Hij adviseerde me toen om me aan te sluiten bij het honoursprogramma psychologie. Dat was een belangrijke stap richting mijn carrière.'

**Robert Rosenbaum, Ph.D.**, neuropsycholoog en psychotherapeut. Pionier in het eerste onderzoek naar SST bij Kaiser Permanente. Fulbright-scholar en Zen- en Qigong leraar. Gepensioneerd, maar blijft consulteren over SST in eerstelijnszorg en universitaire counseling.

'Mijn vrouw en ik waren vier jaar samen toen we tegen wat problemen in onze relatie aan liepen, en besloten naar relatietherapie te gaan. Mijn vrouw kwam uit een emotioneel terughoudende omgeving: ze had haar ouders nooit liefde horen uiten, en ze hadden ook nooit hun stem verheven of ruzie gemaakt. Ik daarentegen kwam uit een gezin met weinig grenzen en veel emotionele uitbarstingen, waar ze al tegen elkaar schreeuwden als ze vonden dat iemand te veel zout op het eten had gedaan. Als mijn vrouw bijvoorbeeld rustig vroeg mijn sokken in de was te doen in plaats van ze op de slaapkamervloer te laten liggen, "wist" ik dat ik haar kon negeren – ze schreeuwde er toch niet om, dacht ik. Ondertussen dacht mijn vrouw dat ik wilde scheiden als ik mijn stem verhief tijdens een gesprek, ook al hadden we niet eens ruzie.

De therapeut stelde voor dat mijn vrouw, om haar angst te beteugelen, de volgende keer dat ik mijn stem verhief, tegen zichzelf zou zeggen: "Bob heeft gewoon een woedeaanvalletje." Ik was verontwaardigd. "Woedeaanvalletje?" protesteerde ik. "Woedeaanvalletje? Dat is respectloos!" De therapeut antwoordde: "Wat zou je dan liever hebben dat ik het noem? Een driftbui?" Ik kon geen beter woord bedenken. Ik realiseerde me dat mijn zelfingenomen verontwaardiging eigenlijk gewoon een woedeaanvalletje was.

Vanaf dat moment kon ik niet meer boos worden zonder aan dat woord te denken, en tot mijn verrassing verdween de neiging om op te vlammen. Onze ruzies werden veel zeldzamer. En veel beschaafder en productiever.'

**Katy Stephenson, MSc.**, gezins- en systeempsychotherapeut met ruim twintig jaar ervaring in de gezondheids- en sociale zorgsector, voornamelijk gericht op jongeren. Ze zet zich in voor het ondersteunen van jongeren zonder pathologisering en de verbetering van het aanbod daarvoor.

'Mijn vader stierf en na zijn dood had ik één gesprek met een psychotherapeut. Tijdens die ene sessie kwamen zo veel verschillende aspecten van mijn leven aan bod. Ze plantte het zaadje voor mij om mezelf op de eerste plaats te zetten en de wereld te verkennen. Zonder haar was mijn leven heel anders gelopen.'

**Maarten van Balen, deelnemer aan een SST-training en POH-GGZ.**

'Mijn schoonvader overleed toen mijn dochter zes was. Na de begrafenis wilde ik haar de ruimte geven om haar verdriet, misschien verwarring, te delen. Op een rustig moment vroeg ik haar hoe dit allemaal voor haar geweest was. "Ik vond het wel leuk," antwoordde ze, "de volgende keer ga ik weer mee."

Zo mooi, ik realiseerde me dat je niet moet invullen voor anderen hoe iets is, en echt open moet staan voor het perspectief van de ander, dat kan zo onverwacht zijn.'

# 1

## Ontstaan en ontwikkeling van Single Session Therapy

Een ‘therapietraject’ van één sessie bestaat in de praktijk natuurlijk al zo lang als therapie bestaat, maar er is een hele ontwikkeling voor nodig geweest om op zoiets ogenschijnlijk eenvoudigs als geplande Single Session Therapy (SST) uit te komen. Wat ik mooi vind aan die ontwikkeling is de moed van professionals om verder te kijken dan de theorie, hoe het zou moeten zijn, en oog te hebben voor en te vertrouwen op wat er in de praktijk gebeurt. Daarmee komt de cliënt echt centraal te staan. Zoals we in de inleiding zagen, is SST ontstaan uit de observatie dat veel mensen maar één keer voor hulp komen en vaak tevreden zijn met het resultaat van die ene sessie. De essentie van SST ligt in het aanbieden van toegankelijke, effectieve en opzichzelfstaand interventies die mensen zelf kunnen inzetten wanneer ze ondersteuning nodig hebben. Deze pragmatische benadering sluit aan bij hoe mensen in het dagelijks leven omgaan met uitdagingen en verandering, en stelt de autonomie en het initiatief van de cliënt centraal.

Dit hoofdstuk gaat dieper in op hoe SST zich heeft ontwikkeld van deze alledaagse ervaring tot een onderbouwde benadering. We beginnen met een korte geschiedenis, en die start met Freud en andere psychoanalytici. Want zelfs zij, met hun focus op langdurige, intensieve therapie, ervoeren soms de kracht van een enkel, betekenisvol gesprek.

### Zelfs Freud kon het kort houden

Sinds het ontstaan van de psychotherapie in het begin van de twintigste eeuw, zijn er af en toe verhalen te horen over ‘een genezing in één sessie’ (Bloom, 1981; Hoyt et al., 2018). Een mooi voorbeeld van een vroege ‘single session’ is de wande-



ling van Sigmund Freud met de componist Gustav Mahler. Op 26 augustus 1910 ontmoetten ze elkaar in Leiden voor een gesprek dat vier uur duurde. Mahler, die worstelde met een ernstige huwelijks crisis, had deze afspraak al drie keer uitgesteld, mogelijk uit angst dat psychoanalyse zijn creatieve vermogens zou aantasten.

De aanleiding voor Mahlers hulpvraag was complex. Hij had ontdekt dat zijn vrouw Alma overspel pleegde met de architect Walter Gropius. Dit leidde tot een confrontatie waarbij Alma hem verweet alle passie in hun huwelijk te hebben gedood. Mahler werd geconfronteerd met Alma's diepe ongeluk en gevoel van gevangenschap in hun relatie, wat hem emotioneel sterk ontregelde.

Tijdens hun wandeling door Leiden luisterde Freud naar Mahlers levensverhaal. Hij merkte Mahlers bijzondere verhouding tot zijn moeder op en hoe zijn jeugdervaringen zijn muziek en relaties hadden beïnvloed. Mahler lijkt tijdens het gesprek tot het inzicht te zijn gekomen dat zijn neiging om zich terug te trekken in muziek en zijn dominante gedrag tegenover Alma voortkwamen uit onverwerkte jeugdervaringen. Een belangrijk punt dat in deze ene sessie aan bod kwam, was Mahlers angst voor verlaten en zijn onrealistische verwachtingen van Alma. Door het gesprek realiseerde Mahler zich mogelijk dat zijn oudere leeftijd juist aantrekkelijk kon zijn voor Alma, die een vaderfiguur zocht. Dit inzicht lijkt zijn angst om verlaten te worden aanzienlijk verminderd te hebben.

Na de sessie schreef Mahler aan Alma: 'Ben vrolijk. Het onderhoud was interessant. Uit strohalmen zijn balken gegroeid.' Hij maakte een gedicht voor haar en droeg zijn achtste symfonie aan haar op. Deze reactie suggereert dat het gesprek Mahler een nieuw perspectief bood op zijn relatie en zijn eigen gedrag.

Het is een van een paar mooie anekdotes waar verder weinig aandacht aan wordt besteed. Het is de tijd van de psychoanalyse en de overtuiging is dat therapie alleen succesvol kan zijn als die intensief en langdurig is. Freud schrijft erover in *On Beginning the Treatment* (1913). Hij ziet het liefst patiënten die streven naar 'een volledige gezondheid' en die bereid zijn om daar zo veel tijd voor te nemen als nodig. Echte, diepgaande veranderingen komen traag tot stand. De 'dokter' kan dat proces begeleiden en bevorderen, maar eenmaal begonnen gaat het vooral zijn eigen weg en laat zich niet voorschrijven welke kant het opgaat en in welke volgorde. Dat is nog eens iets anders dan een behandelprotocol. Dagelijks sessies, gedurende maanden of jaren en dan maar zien hoe het loopt.

Dat ligt in zekere zin dicht bij de SST-mindset: verandering is niet goed te voorspellen en het is niet de ‘dokter’ die stuurt. De uitwerking is alleen heel anders. In plaats van als professional voortdurend naast de cliënt te blijven zitten, zoals in Freuds aanpak, laat je bij SST de cliënt juist vrij, met de belofte dat er ondersteuning is wanneer dat nodig is.

### **De Koningin van de Afrikaanse viooltjes**

In de jaren vijftig werd psychiater Milton Erickson benaderd door een vriend uit Milwaukee. Deze vriend maakte zich zorgen over zijn oude, rijke tante, die in een diepe depressie was vervallen. Ze woonde alleen in een groot, somber huis en leek haar levenslust volledig kwijt te zijn. Vroeger was ze actief betrokken bij haar kerk en de gemeenschap, maar door haar ziekte en het gebruik van een rolstoel had ze zich steeds verder teruggetrokken. Ze schaamde zich voor haar afhankelijkheid en vermeed sociaal contact zo veel mogelijk, uit angst om een last te zijn voor anderen.

Op aandringen van zijn vriend bracht Erickson een bezoek aan de vrouw. Hij werd rondgeleid door het sombere huis, waar de gordijnen overal dicht waren. Alleen de laatste kamer was anders: licht en vol met Afrikaanse viooltjes die ze met toewijding kweekte. Terwijl ze vertelde over de verzorging van de planten, viel het Erickson op hoe enthousiast en energiek ze opeens was.

Na haar verhaal greep Erickson in met een onverwachte opmerking: ‘Ik denk dat u een probleem heeft,’ zei hij, ‘u bent geen goede christen.’ Voordat ze haar ontsteltenis kon uiten, legde hij uit: ‘U bezit een bijzondere gave voor het kweken van Afrikaanse viooltjes, maar u houdt dit voor uzelf. Hoe deelt u deze zegen met anderen?’

Erickson stelde haar voor om haar kerkbulletin te raadplegen en voor elke belangrijke gebeurtenis – een geboorte, een sterfgeval of een huwelijk – de betrokkenen een van haar Afrikaanse viooltjes te geven. Hij suggereerde dit in de hoop dat ze op deze manier haar liefde voor bloemen zou kunnen gebruiken om weer contact te maken met de mensen om haar heen en betekenis te vinden in het leven.

Erickson sprak de vrouw nooit meer, maar zijn bezoek lijkt een keerpunt te zijn geweest. Jaren later, toen ze overleed, publiceerde de plaatselijke krant haar overlijdensbericht met de kop: ‘De Koningin van de Afrikaanse Viooltjes overlijdt ... duizenden mensen rouwen.’ Toen studenten hem later vroegen waarom hij haar depressie niet direct had behandeld, antwoordde Erickson: ‘Het was makkelijker om het deel van haar leven dat bloeide, te laten groeien, dan de duisternis weg te nemen.’

Tot in de jaren zestig is het psychoanalytische gedachtegoed dominant. Daarna verdwijnt het niet, maar wordt het wel uitgedaagd en aangevuld met andere benaderingen. Denk aan de cliëntgerichte therapie van Rogers, het behaviorisme van Skinner en de cognitieve therapie van Beck. Met nieuwe ideeën en inzichten over wat mensen drijft en hoe mensen kunnen veranderen is de aandacht meer verschoven naar wat te meten, weten en te sturen is. Een belangrijke stap in deze ontwikkeling was de opname van psychische stoornissen in de zesde revisie van de *International Classification of Diseases (ICD-6)* in 1949. Kort daarna, in 1952, publiceerde de American Psychiatric Association de eerste editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Met deze publicaties werd een start gemaakt met het wereldwijd classificeren van psychische stoornissen voor onderzoek en het ontwikkelen van passende, geprotocolleerde behandelingen.

Met een concreter beeld van hoe een traject er volgens professionals uit zou moeten zien, wordt ook duidelijker hoe de realiteit daarvan afwijkt. Vanaf de jaren zestig komt uit onderzoek steeds duidelijker naar voren dat lang niet iedereen het aangeboden traject volgt. Veel cliënten komen zelfs maar één keer, ongeacht de ernst en de duur van de problemen waarmee ze zich melden. Dat kan niet volledig verklaard worden door de kosten: ook mensen die via hun verzekering al voor een heel traject betaald hebben blijven weg.

In de jaren zeventig deden onderzoekers verrassende ontdekkingen over hoe mensen in de praktijk gebruikmaken van therapie. Bloom onderzocht in 1975 hoe vaak mensen maar één sessie bijwoonden, zowel in publieke als private instellingen. De resultaten waren vergelijkbaar: in beide sectoren kwam 20 tot 50 procent van de cliënten slechts één keer (Bloom, 1975). Andere onderzoekers vonden vergelijkbare resultaten bij gezinstherapie en private psychiatrische klinieken (Kogan, 1957abc; Spoerl, 1975; Koss, 1979).

Het gaat hier over *ongeplande* 'single sessions'; waarbij zowel de cliënt als de therapeut het gesprek ingaan met de verwachting dat dit de start van een langer durend traject is. Tenminste, voor zover we weten. Het interessante bij al deze onderzoeken is dat cliënten in de regel wegblijven zonder iets te laten weten. Zouden cliënten aanvoelen dat therapeuten het afkeuren als mensen na één sessie 'afhaken'? Of dat de therapeut er erg onzeker van zou worden? Dat zou niet best zijn natuurlijk, maar het is goed mogelijk. Volgens de heersende gedachte, bezien vanuit het perspectief van de behandelaars, was een 'single session' geen bovenverwachting geslaagd gesprek, maar een mislukte behandeling. Een review over

‘dropping out of treatment’ uit 1975 spreekt bijvoorbeeld over falende, incompetente therapeuten en onwillige, manipulatieve en passief-agressieve cliënten als mogelijke oorzaken (Baekeland & Lundwall, 1975).

De Britse David Malan was voor zover bekend de eerste psychoanalyticus die met andere ogen naar eenmalige sessies keek. In de Londense Tavistock-kliniek waar hij vanaf 1956 werkte, merkte ook hij op dat veel cliënten maar naar één sessie van een afgesproken traject kwamen. Daar wilde hij meer van weten. Hij zocht contact met 45 drop-outs die tussen 1962 en 1966 na hun eerste gesprek niet meer terugkwamen. Het merendeel van de cliënten gaf aan dat het ene gesprek indertijd genoeg was. Bovendien ervaaarde de helft van de cliënten, ook bij follow-up van twee tot negen jaar na dat ene gesprek, nog een verbetering aangaande de klachten waarmee zij zich aanvankelijk meldden (Malan et al., 1968; Malan et al., 1975).

Eind jaren tachtig deed Moshe Talmon iets vergelijkbaars. Terugkijkend zegt hij het volgende over de aanleiding:

‘Ik kwam aan bij Kaiser\* met tien jaar ervaring en een goede opleiding voor het kinderen gezinsteam, na een aantal jaar als klinisch directeur in kinder- en gezinscentra van kibboetsen in Israël. Daar kwamen alle cliënten opdagen voor onze sessies. Zowel het proces van diagnostiek als psychotherapie vond plaats in meerdere sessies met een open einde en de verwachting van een langdurige behandeling. Het duurde een paar maanden voordat ik opmerkte hoeveel mensen niet kwamen opdagen voor de tweede sessie bij Kaiser. Pas nadat ik op de statistieken van de afdeling stuitte over de frequentie van uitvallers bij alle hulpverleners in al onze teams over een periode van tien jaar, vond ik de moed om mijn angst en gevoeligheid voor afwijzing te overwinnen. Ik besloot contact op te nemen met al mijn “uitvallers” om erachter te komen wat er met hen was gebeurd na één intakesessie.’

De statistieken waar Talmon naar verwijst, lieten zien dat tussen 1938-1988 30 procent van de honderdduizend ambulante cliënten van Kaiser maar voor één sessie kwam, terwijl er een langer traject aangeboden werd. Deze data lieten zien dat een enkele sessie bepaald geen uitzondering was. Uit het contact met de ‘uitvallers’

\* De Public Kaiser Permanente-kliniek in Californië.

bleek tot zijn verbazing dat er meestal niets verkeerd ging met zijn gesprekken, integendeel. De meeste cliënten (78 procent) waren na één sessie juist zo tevreden met het resultaat dat ze op dat moment geen behoefte hadden aan een vervolg. Ze gaven aan verbetering of veel verbetering te ervaren met betrekking tot de klachten waarmee ze kwamen.

Dat was een eyeopener voor Talmon en zijn collega's die waren opgeleid met het idee dat effectieve therapie eerder maanden dan weken duurt. Een traject van twintig tot veertig sessies gold al als kort. Talmon zette met collega's Robert Rosenbaum (neuropsycholoog en psychotherapeut) en Michael Hoyt (psycholoog) de eerste prospectieve studie naar wat ze 'Single-Session Therapy' noemden op (Talmon, 1990).

Ze zagen ieder twintig cliënten voor een geplande, opzichzelfstaande sessie. Na het eerste gesprek kregen alle deelnemers vervolgsessies aangeboden en de mogelijkheid om later contact op te nemen. Van de zestig cliënten bleek 58 procent genoeg te hebben aan die ene sessie voor het vraagstuk waarmee ze op dat moment zaten. Bij follow-up na drie tot twaalf maanden gaf 88 procent van de cliënten aan verbetering of veel verbetering te ervaren ten aanzien van de aanmeldingsklacht. 65 procent meldde ook verbeteringen in verwante gebieden, wat geïnterpreteerd wordt als een 'ripple effect'.

De onderzoekers concludeerden dat 'single sessions' een natuurlijk onderdeel van psychotherapie zijn en veel potentie hebben. Als één sessie het meest voorkomende 'therapietraject' is, dan kun je er maar beter voor zorgen dat die ene sessie optimaal wordt benut, is de gedachte. Daar past ook bij dat je mensen de mogelijkheid geeft om bewust voor een enkele sessie te kiezen, met de boodschap dat één sessie genoeg kan zijn om verandering in gang te zetten. Deze verwachting kan de kans vergroten dat dit ook echt gebeurt en de concentratie en focus tijdens die ene sessie versterken.

In 1990 publiceerde Moshe Talmon het eerste boek over SST: *Single-Session Therapy: Maximizing the Effect of the First (and often Only) Therapeutic Encounter*. Hij beschrijft daarin de manier van therapie aanbieden die aansluit bij de bevindingen uit het eerste onderzoek: geplande Single Sessions. Hierbij gaan zowel de cliënt als de therapeut ervan uit dat de eerste sessie ook de laatste zou kunnen zijn. Elke sessie staat op zichzelf en is een afgerond geheel. Zoals Talmon schrijft in zijn inleiding:

'Dit boek gaat niet over hoe je vijf of twintig sessies in één sessie kunt proppen. In plaats daarvan laat het zien hoe je van wat er al is een zinvolle en positieve therapeutische ervaring kunt maken. De eenmalige-sessie-aanpak is bedoeld voor cliënten en therapeuten die er klaar voor zijn en gemotiveerd zijn om nu aan de slag te gaan. Het laat de deur open voor vervolgspraken, op momenten in het leven wanneer dat nodig blijkt.'

## De fundamenten van SST

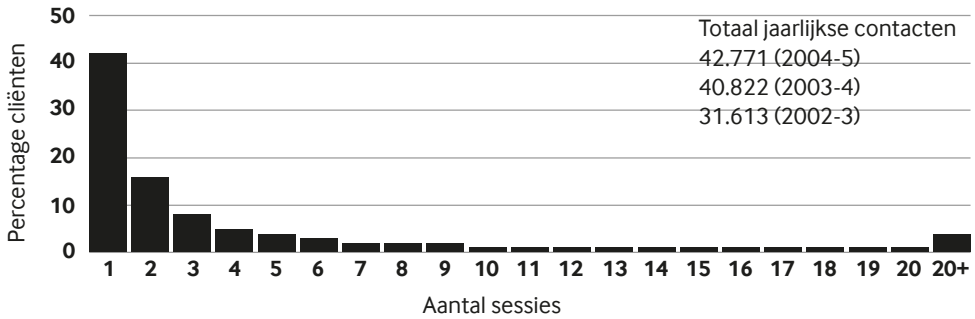
Talmons onderzoek, beschreven in zijn boek en later bevestigd door verdere studies, legde de basis voor een nieuwe manier van aanbieden, met een andere mindset. Dit zijn de drie belangrijkste inzichten die de basis vormen van SST: 1) één sessie is de modus; 2) één sessie is vaak genoeg en 3) de benodigde ondersteuning is onvoorspelbaar. Vanuit deze drie kernbevindingen zijn er wereldwijd allerlei vormen van SST ontwikkeld en onderzocht.

### 1. Eén sessie is de modus

Uit onderzoek blijkt dat wereldwijd de meest voorkomende lengte van een traject één sessie is, gevolgd door 2, 3, 4 en zo verder. Dit is onafhankelijk van de diagnose, de complexiteit of duur van het probleem waarmee mensen zich aanmelden.

Deze bevinding wordt gesteund door tal van bronnen en studies. Weir (2008) analyseerde bijvoorbeeld contactgegevens van diverse Australische organisaties tussen 2002 en 2005. Dit onderzoek, gebaseerd op gegevens van 115.206 cliënten, toonde een opvallende verdeling (zie figuur 1):

- 42 procent van de cliënten had slechts één sessie.
- 18 procent had twee sessies.
- 10 procent had drie sessies.
- Een klein percentage had meer dan twintig sessies.



Figuur 1: Verzamelde staatsbrede cliëntenbezoeken voor victoriaanse gemeenschapsgezondheidszorg en counselingdiensten tussen 2002 en 2005. Bron: Young, Weir, & Rycroft (2012).

Uit een ander onderzoek, onder 1600 Amerikaanse jongeren, bleek dat 23 procent maar naar een of twee van de geboden sessies kwam (Abel et al., 2020). Een overzichtartikel van vijftig jaar onderzoek naar drop-out laat zien dat 20 tot 57 procent van de cliënten die niet het hele aangeboden behandeltraject volgen na de eerste of tweede sessie met de behandeling stopt (Barrett et al., 2008).

## 2. Eén sessie is vaak genoeg

Na Talmons onderzoek zijn er wereldwijd veel nieuwe studies gedaan. Deze keken naar de effecten bij verschillende groepen mensen. Daaruit blijkt dat mensen die maar één sessie bijwonen over het algemeen tevreden zijn over die sessie en dat ze er wat aan hebben, in de zin dat de klachten verminderen en/of het welzijn toeneemt. Hieronder gaan we daar uitgebreid op in.

## 3. De benodigde ondersteuning is onvoorspelbaar

Naast de twee onderzoeksresultaten is er een observatie uit de praktijk die een ander licht werpt op de eerste sessie. Het lijkt onmogelijk om nauwkeurig te voorspellen wie slechts één sessie zal bijwonen en wie er meer zal volgen (Young, 2012).

Mensen met ogenschijnlijk lichte klachten kunnen soms langdurige behandeling nodig hebben, terwijl cliënten met complexe problemen na één sessie voldoende geholpen kunnen zijn om zelf verder te gaan. Bovendien kunnen onverwachte levensgebeurtenissen, zoals een nieuwe relatie of baan, de behoefte aan ondersteuning drastisch veranderen (Talmon, 1990; Hoyt et al., 2014). Toch

zijn veel diensten gebaseerd op de aanname dat complexe problemen altijd langdurige behandeling vereisen.

Een treffend voorbeeld hiervan komt uit Victoria, Australië. Toen daar de jeugd-ggz-diensten (CAMHS) werden opgericht, besteedden ze standaard de eerste vier sessies aan assessment. Hoewel begrijpelijk gezien de vaak complexe klachten en situaties, bleek deze aanpak problematisch. Bij een van de vestigingen haalde bijvoorbeeld een derde van de cliënten de eigenlijke behandelfase niet (Diffey, 2007).

## Onderzoek naar de effectiviteit van SST

Kun je in één gesprek of met één (digitale) interventie de mentale gezondheid verbeteren? Ja, dat lijkt verrassend goed te kunnen werken, op vele manieren en op veel gebieden, zo laat wereldwijd onderzoek zien. Een sessie kan mensen bijvoorbeeld helpen om minder te drinken (Miller, 2000), minder angstig en somber te zijn (Bertuzzi et al., 2021; Bisby et al., 2022). Het kan zelfhaat verminderen (Dobias, 2021), empathie vergroten (Weisz, 2018), mensen helpen beter om te gaan met stress en stressvolle situaties (Crum et al., 2023), en met chronische pijn (Darnall et al., 2021). Onderzoeken laten zien dat SST effectief is in:

- het verminderen van de psychische klachten;
- het verminderen van de ervaren negatieve gevolgen van problemen;
- het vergroten van welzijn met een toename van hoop, ervaren controle en autonomie en bereidheid om te veranderen (Schleider, 2023b).

Deze onderzoeken suggereren dat opzichzelfstaande sessies op het goede moment een positief effect kunnen hebben, soms zelfs vergelijkbaar met het effect van langere trajecten. Daarmee kunnen ze een waardevolle aanvulling zijn op het huidige aanbod en kunnen ze gaten vullen waar nu niets is.

Het uitgangspunt van SST is dat verandering onvoorspelbaar is, en dat één sessie genoeg kan zijn om een verandering in gang te zetten waar iemand, op dat moment, zelf mee verder kan. SST kan mensen helpen om beter met moeilijke emoties, gedachten of omstandigheden om te gaan. Interventies kunnen hoop doen toenemen door doelen, wegen en motivatie te verhelderen en te versterken.



Ze kunnen ook inzichten bieden die mensen helpen om in de toekomst vergelijkbare problemen aan te pakken (Hoyt, 2024). Dat hoeft niet te betekenen dat alle problemen in die sessie zijn opgelost. SST sluit aan bij het idee dat ‘genezing’ bij psychische problemen misleidend is. Een behandeling – kort of lang – kan nooit garanderen dat problemen permanent opgelost zijn, omdat levensomstandigheden blijven veranderen. We blijven altijd uitdagingen tegenkomen, soms kunnen we ons goed aanpassen, soms raken we uit balans.

Als ‘genezing’ niet de maatstaf is om te bepalen of een interventie effectief is, waar kunnen we dan naar kijken om te beoordelen of een interventie ‘werkt’ of niet? In onderzoek wordt in de eerste plaats gekeken naar de vermindering van symptomen van psychisch lijden (‘effectiviteit’). Bijvoorbeeld met een vragenlijst over symptomen van angst of depressie voor en na de behandeling en na een aantal maanden.

Een ander belangrijk criterium is hoe goed de interventie aansluit bij de behoeften van de cliënt. Hierbij draait het om relevantie en gebruiksvriendelijkheid: kunnen en willen mensen de interventie gebruiken? Een interventie kan in onderzoek nog zo effectief zijn, maar als mensen deze in de praktijk niet gebruiken omdat ze te duur, moeilijk toegankelijk, tijdrovend of saai is, heb je er weinig aan.

## Relevantie en gebruiksvriendelijkheid

Voordat we de effectiviteit van SST-interventies bespreken, kijken we eerst welke factoren kunnen bijdragen aan het vinden van passende hulp en de bereidheid van mensen om deze te gebruiken wanneer dat nodig is.

### Nood en motivatie

Motivatie om te veranderen is essentieel voor het succes van elke interventie, en dat geldt des te meer bij SST waarbij de cliënt na de sessie zelf actief aan de slag gaat met de geboden hulp om vooruitgang te boeken.

Zoals in hoofdstuk 5 wordt besproken, lopen veel mensen te lang met klachten rond, vaak omdat ze de signalen niet herkennen of denken dat hulp niet nodig is. Dit komt vaker voor bij milde klachten, maar gebeurt ook bij ernstigere problemen (Andrade, 2014). Dit kan betekenen dat de nood en motivatie hoog zijn wanneer iemand uiteindelijk hulp zoekt. Het is dan belangrijk dat hulp snel beschikbaar is. Als mensen moeten wachten, zelfs als het maar een paar dagen

duurt voordat ze worden teruggebeld voor een afspraak, wordt de kans dat ze afhaken groter, wat ertoe kan leiden dat de problemen verergeren (Barret, 2008; Perreault, 2023).

Omdat motivatie altijd fluctueert, is het belangrijk om hulp te bieden op het moment dat er vraag is. Zo wordt de veranderbereidheid optimaal gebruikt en krijgen mensen hulp op het moment dat ertoe doet. Dit wordt mooi geïllustreerd door het volgende voorbeeld:

### **SST IN WALK-IN CLINICS**

Een studie onder 1260 cliënten die gebruikmaakten van de mogelijkheid om zonder afspraak een SST-sessie te volgen bij een therapeut of counselor, toont aan dat SST niet alleen effectief is voor mensen met 'lichte' problemen. Cliënten konden zonder triage terecht met uiteenlopende klachten zoals rouw, depressie, angst, relatieproblemen en stress. De resultaten suggereren dat juist mensen met complexe problemen veel baat hebben bij deze vorm van hulp. Bovendien bleek dat een hogere motivatie om te veranderen samenhangt met grotere verbeteringen. Dit wijst erop dat de snelle toegang tot hulp, precies op het moment dat de nood en motivatie het hoogst zijn, bijdraagt aan de effectiviteit van de interventie (Riemer et al., 2019).

Tijdige beschikbaarheid maakt SST niet alleen efficiënter, maar ook plezieriger voor zowel cliënten als professionals. De hoge tevredenheidsscores geven een indicatie van de relevantie en gebruiksvriendelijkheid van SST: gemiddeld is meer dan 90 procent van de cliënten tevreden met de geboden hulp (Bobele & Slive, 2018). Deze tevredenheid hangt vermoedelijk deels samen met de directe beschikbaarheid van hulp op het moment dat cliënten er behoefte aan hebben.

### **Informatie en signalen herkennen**

Om mensen te helpen de signalen beter en eerder te herkennen, is het belangrijk dat er duidelijke, goede informatie beschikbaar is over wat die signalen zijn en wat je ermee kunt doen.

Deze informatie moet via een geschikt medium en op een plaats worden aangeboden waar mensen het daadwerkelijk kunnen vinden en gebruiken (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Radunz, Ali & Wade, 2023). Bijvoorbeeld door

informatie over een digitale interventie voor studenten in samenwerking met decanen via de voor hen gebruikelijke kanalen te verspreiden (Wasil et al., 2021).

Daarnaast moet de taal en toon aansluiten bij de doelgroep. Zo kan het helpen om termen als depressie of angst te vermijden, en in plaats daarvan een interventie te omschrijven als een hulpmiddel om je aan te passen aan veranderende levensomstandigheden, of om beter met moeilijke emoties om te gaan en doelen te bereiken. Korte programma's gericht op 'positieve activiteiten' en 'flexibel denken' kunnen meer aanspreken dan interventies voor 'gedragsactivatie' en 'cognitieve herstructurering' (Becker, 2015; Rith-Najarian et al., 2019).

Een andere boodschap kan helpen de drempel naar hulp te verlagen. Door het inschakelen van passende hulp te presenteren als een vorm van zelfzorg in plaats van zwakte, kan de negatieve associatie met hulp zoeken worden verminderd. Daarnaast kan het benadrukken dat uit balans raken vaak het gevolg is van omstandigheden, en dus geen teken dat er iets 'mis' is met de persoon, helpen voorkomen dat het zelfvertrouwen, de zelfredzaamheid en de bereidheid om hulp te zoeken negatief worden beïnvloed (Livingston & Boyd, 2010; Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

### **Vindbaarheid en toegankelijkheid**

Als mensen hulp willen, moeten ze die vervolgens makkelijk kunnen vinden en gebruiken. Het streven is de drempels zo veel mogelijk weg te halen, en de interventies zo veel mogelijk naar cliënten toe te bewegen. Zodat de hulp op de plaats is waar mensen al zijn en waar ze naar hulp zoeken, en dat die wordt aangeboden op een manier die past, zoals in deze twee voorbeelden.

#### **DIGITALE INTERVENTIES VOOR JONGEREN OP TUMBLR**

De meeste jongeren zoeken weleens online naar informatie of hulp voor hun mentale gezondheid (Pretorius, 2019), vaak via sociale platforms om informatie te vinden of ervaringen te delen. Dit maakt deze platforms ideaal om gratis, toegankelijke hulp aan te bieden. In een studie werden drie online single session-interventies van vijf tot acht minuten aangeboden via Tumblr. Deze interventies bleken niet alleen effectief in het verminderen van gevoelens van hopeloosheid en zelfhaat, maar ook in het vergroten van de motivatie om te stoppen met zelfbeschadiging. Daarnaast werden ze als relevant en bruikbaar ervaren. Tussen maart 2021 en februari 2022 werden

de interventies 6179 keer voltooid, kregen ze positieve beoordelingen (>4 uit 5 sterren), en hadden ze een veel hoger voltooiingspercentage (ongeveer 25 procent-57 procent) dan andere digitale zelfhulpinterventies in de praktijk (Dobias, Morris & Schleider, 2022).

### **SST IN DE EERSTELIJNSZORG IN QUEBEC**

Net als in veel andere landen is in Canada de vraag naar geestelijke gezondheidszorg groter dan het beschikbare aanbod. In een universitaire huisartsenpraktijk in Quebec werd daarom onderzocht of SST de toegankelijkheid van psychologische consulten kon verbeteren. Daarnaast werden de effecten van de interventie op zelfgerapporteerde uitkomsten gemeten en de ervaringen van cliënten met de consulten geëvalueerd.

Cliënten konden zonder verwijzing of diagnose snel een afspraak maken met de aanwezige psycholoog. Van de 69 deelnemers kon 91 procent binnen zeven werkdagen een afspraak maken. Het aantal cliënten dat toegang kreeg tot een psychologisch consult was zeven keer hoger dan in voorgaande jaren. Na de SST-sessie voelden de cliënten zich over het algemeen beter en hadden minder last van hun problemen en psychische klachten. Deze positieve veranderingen waren ook vier tot zes weken na de sessie nog te merken. Voor de helft van de deelnemers was één sessie voldoende om hen te helpen met hun probleem. Daarnaast daalde het percentage gemiste afspraken van 22 procent naar 10 procent. De tevredenheid was hoog, met 93 procent van de cliënten die de interventie als zeer nuttig en bevredigend beoordeelden (Perreault, Breton & Berbiche, 2023).

### **ALGEMENE OPMERKINGEN OVER ONDERZOEK NAAR EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES**

De vraag die onderzoek naar interventies voor mentale problemen wil beantwoorden is: hoe goed werkt deze interventie? En dus: voor wie, voor welke problemen?

De vraag op welk moment en in welke context wordt daarbij over het algemeen niet gesteld. Dit is een lastig gebied voor onderzoek. Omdat er altijd veel factoren betrokken zijn bij mentale gezondheid is het lastig (of eerder onmogelijk) om te weten wat je precies meet. We onderzoeken niet alleen een bewegend, constant veranderend onderwerp, maar we kunnen het ook niet objectief meten. Een diag-

nose is subjectief, want symptomen zijn niet direct te meten. Onderzoek kan dus een indruk of een vermoeden van effectiviteit geven, maar zelfs het best uitgevoerde onderzoek meet niet meer dan subjectieve momentopnames die samengeraapt worden. Op dit moment is het waarschijnlijk de beste richtlijn die we hebben om te voorkomen dat we zomaar iets proberen, niet te blijven doen wat niet werkt, om van elkaar te leren en om te kunnen uitleggen aan cliënten wat de opties zijn en waarom we doen wat we doen. Niet waardeloos dus, maar ook geen heilige graal om blind op te varen.

Met een professional praten als je ergens mee zit – op het gebied van denken, voelen en gedrag – heeft vaak zin. Duizenden studies en honderden meta-analyses in de laatste decennia, waarin verschillende klachten en therapieën zijn onderzocht, laten zien dat over het algemeen **een** interventie iets beter is dan **geen** interventie (Lambert, 2013; Van Spronsen & Van Os, 2023). Het effect is niet heel groot. Bij de meeste mensen die psychotherapie krijgen voor diverse problemen, verminderen de klachten niet met minstens 50 procent. Dit betekent dat er vaak verschillende behandelingen en/of medicatie moeten worden geprobeerd om cliënten goed te kunnen helpen. Helaas is er weinig onderzoek gedaan naar deze opeenvolgende behandelingen (Cuijpers et al., 2024).

Onderzoek kan een algemeen idee geven van de effectiviteit en daarmee richting geven aan de interventies die we inzetten en een kader om aan de cliënt voor te leggen.

### **Opzet van onderzoeken**

Om zo betrouwbaar mogelijk vast te stellen of interventies werken, en zo mogelijk ook hoe, voor wie en wanneer, is het belangrijk om onderzoek zo objectief en transparant mogelijk in te richten. Het idee is dat hoe meer factoren je kunt controleren, hoe zuiverder de resultaten zijn. Deze benadering maakt Randomized Controlled Trials (RCT's) over het algemeen tot de meest gewaardeerde onderzoeksopzet.

Niet alle onderzoeken die ik in dit hoofdstuk bespreek zijn RCT's. In die onderzoeken wordt bijvoorbeeld gekeken naar de effecten van een interventie zoals die in de praktijk wordt toegepast, zonder deze te vergelijken met een alternatieve interventie of een controlegroep (zoals een wachtlijst). Je kunt dan misschien zien dat mensen veranderen, maar je kunt niet zeker weten of dat met een andere interventie of zonder interventie ook gebeurd zou zijn.

Voor wie niet thuis is in de gebruikte onderzoeksbegrippen, hier een kort overzicht:

- Een **RCT (gerandomiseerde gecontroleerde trial)** onderzoekt de effectiviteit van een behandeling door deelnemers willekeurig in twee groepen te verdelen: één groep krijgt de behandeling en de andere een alternatieve behandeling, zoals een bewezen bestaande behandeling (actief) of een placebo, of geen behandeling (wachtlIJst). Het doel is om de verschillen tussen de groepen te minimaliseren, zodat de resultaten kunnen worden toegeschreven aan de behandeling. Vaak weten noch de deelnemers (blind), noch de onderzoekers (dubbelblind) wie welke behandeling krijgt, om beïnvloeding te voorkomen.
- Bij een **quasi-RCT** worden deelnemers niet-willekeurig ingedeeld, maar bijvoorbeeld op basis van geboortedatum. Dit verhoogt het risico op selectiebias, maar kan gebruikt worden als volledige randomisatie niet mogelijk is.
- Een **systematische review (SR)** verzamelt en beoordeelt alle relevante onderzoeken over een onderwerp om een overzicht te geven van de huidige stand van zaken.
- Een **meta-analyse** is ook een SR, maar gaat nog een stap verder door de data uit verschillende studies statistisch te analyseren alsof ze uit één studie afkomstig zijn, met als doel om een sterker en preciezer antwoord te krijgen op een onderzoeksvraag.
- Een **umbrella review** bundelt systematische reviews en meta-analyses over een onderwerp om een overzicht te geven van het totale onderzoek.

## Umbrella review door Jessica Schleider en collega's

In het algemeen laat onderzoek in verschillende settings en voor verschillende doelgroepen hoopgevende resultaten zien over de effectiviteit van Single Session Therapy. Een recente umbrella review van onderzoek naar SST-interventies voor mentale gezondheidsproblemen bij kinderen, adolescenten en volwassenen geeft een breed overzicht van de effectiviteit van SST in verschillende leeftijdsgroepen en bij uiteenlopende problemen, zoals angst, depressie, middelengebruik en suïcide-gerelateerde gedachten en gedragingen (Schleider et al., 2025).

### Opzet

In de umbrella review is gekeken naar systematische reviews (SR's) en meta-analyses die de effectiviteit van SST-interventies onderzochten voor psychische pro-

blemen en middelengebruik. Zowel gerandomiseerde als niet-gerandomiseerde studies van SST-interventies werden meegenomen. De interventies konden zowel preventief als behandelingsgericht zijn. SST-interventies werden gedefinieerd als interventies die bewust waren opgezet als één opzichzelfstaand gesprek met een professional, of een opzichzelfstaand (online) programma. SR's gebaseerd op Critical Incident Stress Debriefing (CISD) voor posttraumatische stress zijn niet meegenomen omdat ze bewezen ineffectief en potentieel schadelijk zijn (Pia et al., 2011).

Zestien van de vierentwintig gebruikte reviews bevatten meta-analyses, waarbij 322 gerandomiseerde onderzoeken naar SST zijn geanalyseerd, met in totaal ongeveer 40.629 deelnemers. In dertien van de reviews werden uitsluitend RCT's of quasi-gerandomiseerde onderzoeken gebruikt, terwijl in de andere elf ook niet-gerandomiseerde studies werden meegenomen. De onderzoeken naar SST-interventies bestreken alle leeftijdsgroepen, met deelnemers variërend van 5 tot 90 jaar.

De meeste SST-onderzoeken werden uitgevoerd in Noord-Amerika, West-Europa of Australië, hoewel enkele reviews ook studies uit lage- en middeninkomenslanden (LMIC's) opnamen. Eén review richtte zich specifiek op SST in LMIC's (Ghosh et al., 2022).

Deze umbrella review laat zien hoe de aandacht voor onderzoek naar SST bij onder andere depressie, angst en gerelateerde problemen in de afgelopen tien jaar is toegenomen. Van de 24 reviews die zijn gepubliceerd tussen 2007 en 2024, verscheen bijna twee derde in de afgelopen vijf jaar en 80 procent in het laatste decennium.

## Resultaten

Van de vierentwintig systematische reviews lieten twintig een duidelijk positief effect zien van SST op diverse mentale gezondheidsproblemen. Twee reviews, beide gericht op alcoholgebruik, vonden geen significante effecten (Mdege et al., 2013; Tan et al., 2023). De andere twee reviews konden geen duidelijke conclusies trekken omdat er te weinig informatie was. Bij de een omdat er maar twee onderzoeken naar SST voor autistische volwassenen waren (Adams, 2024), en bij de ander omdat de resultaten uit vier kleine studies naar het effect van een ACT-module gemengd was (Godbee & Kangas, 2020).

In twaalf reviews waarin de effectiviteit van SST meta-analytisch werd onder-

zocht, werd een klein, maar positief effect van SST gevonden, ongeacht het soort problemen en de leeftijdsgroepen, in vergelijking met zowel actieve als niet-actieve controlegroepen.

Ter vergelijking: een recente umbrella review naar langere psychotherapietrajecten voor volwassenen vond een iets groter effect. Bij jongeren werd het effect van langere psychotherapie geschat als middelgroot tot groot, afhankelijk van de controlegroep (Leichsenring et al., 2022; Weisz et al., 2017).

Geen enkel onderzoek rapporteerde een significant negatief effect van SST op mentale gezondheid.

### **SST vergeleken met langere trajecten**

Uit vier systematische reviews die SST vergeleken met langere psychotherapie-trajecten bleek dat langere behandelingen niet effectiever waren voor specifieke fobieën of de preventie van eetstoornissen.

Voor alcoholproblemen waren de resultaten gemengd: een meta-analyse liet zien dat SST effectief was in het verminderen van alcoholgebruik, terwijl langere trajecten niet beter presteerden dan bij de controlegroep (Ghosh et al., 2022). Een andere review vond dat zowel SST's als meerdaagse digitale interventies effectiever waren dan bij de controlegroepen, maar dat de langere programma's beter werkten bij het aanpakken van problematisch alcoholgebruik (Riper et al., 2011).

### **Algemene effecten van SST voor verschillende leeftijdsgroepen**

Systematische reviews laten zien dat SST voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen positief effect heeft op het verminderen van angst, depressie, gedragsproblemen en middelengebruik, waarbij de effecten voor jongere kinderen groter zijn dan voor oudere adolescenten (Ball et al., 2024; Carney & Myers, 2012; Schleider & Weisz, 2017). Chen & Zhu (2024) rapporteerden positieve resultaten van op beweging gebaseerde SST, zoals high-intensity interval training, op ADHD-symptomen bij kinderen en adolescenten.

Van de tien reviews die SST onderzochten bij zowel jongeren als volwassenen, vonden acht significante verbetering op één of meer gebieden, zoals middelengebruik, angst, eetproblemen en het gebruik van intensieve zorg na ontslag uit de psychiatrische spoedeisende hulp. Eén review zag geen significant effect op middelengebruik en bij de andere was er onvoldoende informatie om conclusies uit te trekken.



## Gebruik het beste uit je professionele toolkit om je cliënt in één sessie vooruit te helpen

Soms is één gesprek alles wat iemand wil en nodig heeft om verder te kunnen. *Single Session Therapy* biedt een krachtige methode voor psychologen, coaches en andere professionals in begeleiding om in één gesprek een betekenisvolle verandering in gang te zetten.

Met praktische bouwstenen, inspirerende voorbeelden en inzichten uit internationaal onderzoek biedt dit boek je de handvatten en mindset om vanuit de Single Session Therapy-benadering te werken.

Dit boek is een onmisbare gids voor professionals die hun aanbod willen uitbreiden met een flexibele, cliëntgerichte aanpak die aansluit bij de groeiende behoefte aan toegankelijke en effectieve ondersteuning.



Hellen van Empel is psycholoog en directeur van Yet, aanbieder van Single Sessions in de bedrijfsgezondheidszorg. Ze was eerder medeoprichter van ggz-instelling Kick your Habits en oprichter van One Session. Ze is toezichthouder in de ggz en verzorgt SST-trainingen bij onder andere RINO.

‘Alle lof voor Hellen van Empel, dit uitstekende boek staat vol met waardevolle informatie over de single session mindset en praktijk. Van harte aanbevolen!’

– Michael F. Hoyt, PhD, auteur van *Single Session Therapy: A Clinical Introduction to Principles and Practices*

‘*Single Session Therapy* is een inspirerend en praktisch boek dat een frisse kijk biedt op hulpverlening: hoe één enkel gesprek soms genoeg kan zijn om een verandering in gang te zetten. SST’s bieden vooral waarde als aanvulling en vergroten de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg, met behoud van de rol van intensieve behandelingen.’

– Rutger Engels, hoogleraar Developmental Psychopathology Erasmus Universiteit Rotterdam

