

1 INLEIDING

In 1966 begon het Mental Research Institute (MRI) een *brief therapy*-project. Watzlawick, Weakland en Fisch (1974) meenden dat psychotherapie mogelijk was binnen tien sessies, als men het aangeboden probleem probeerde op te lossen, zonder te streven naar inzicht of reorganisatie van gezin of persoonlijkheid. En als men maar niet uitging van een pathologie- of ziektemodel. Dit bleek inderdaad mogelijk. De kernassumptie van dit probleemgerichte kortetherapiemodel was dat juist de geprobeerde oplossing het probleem in stand hield. Voor het ontstaan van een probleem hoeft volgens dit model maar aan twee voorwaarden voldaan te zijn: een probleem is aangepakt met een niet-werkende oplossingsmethode, en toen die niet hielp, is men er toch mee doorgesgaan. Praktische ideeën die uit dit model naar voren kwamen voor de omgang met lastige cliënten, zijn door Fisch en zijn collega's later beschreven in *The tactics of change* (1982). Zij noemden de volgende vier stappen in het therapiemodel van het MRI sinds 1974.

- 1 Een heldere definitie van het probleem in concrete termen.
- 2 Een onderzoek van de tot nu toe geprobeerde oplossingen.
- 3 Een heldere definitie van de concrete veranderingen die bereikt moeten worden.
- 4 Het formuleren en implementeren van een plan om deze verandering te bereiken. Meestal betekent dit het doorbreken van de oude oplossingsmethode.

Dat dit model nog steeds zeer bruikbaar is, kan men onder andere zien in het werk van Murphy en Duncan (2009). Op het *Brief Family Therapy Center* in Milwaukee, van Steve de Shazer en Insoo Kim Berg, onderging dit model vervolgens een significante verandering van probleemgericht naar oplossingsgericht. Aanvankelijk probeerde men ook hier het probleempatroon te bezien in termen van geprobeerde oplossingen, en wilde men de niet-werkende 'oplossingen' die het probleem in stand hielden, onderbreken. Men ontdekte echter *exceptions* – momenten waarop het probleem er al niet was of minder erg. Door daarop voort te bouwen, veranderde het huiswerk steeds meer van 'doe iets anders' (de MRI-benadering) naar 'doe meer van dat wat helpt' (wat je doet als het probleem er niet is).

Toen men ging onderzoeken wat het was dat hielp, constateerde men dat cliënten viermaal zo vaak spraken over oplossingen, verandering en hulpbronnen, na vooral drie soorten therapeutgedrag. Dat waren uitlokkende vragen (hoe loste je vroeger zo iets op, wat gaat er al beter?), detaillerende vragen (hoe, wat, waar, wanneer, met wie?) en beloningen (fantastisch, hoe deed je dat?). Het aantal beloningen correleerde niet met het therapieresultaat, maar wel met de tevredenheid over de therapie en met het resultaat bij follow-up. Dat betekent dus dat, om de gewenste verbale responsen van de cliënt te krijgen, de therapeut ook de juiste verbale discriminerende stimuli en reinforcers moet gebruiken.

Enkele uitgangspunten van dit oplossingsgerichte model zijn dat alle cliënten de hulpbronnen hebben die ze nodig hebben om te veranderen, dat geen enkel probleem altijd optreedt, en dat toekomstfantasieën gebruikt kunnen worden om mogelijke oplossingen te construeren.

De ecosystemische korte therapie, dat wil zeggen de therapie die de sociale context van problemen benadrukt, veranderde in de oplossingsgerichte therapie van De Shazer en Berg en in de narratieve therapie van White en Epston, die problemen beschouwen als manieren van praten over het leven van alledag. Cliënten komen in therapie met stabiele en regressieve (op het verleden gerichte) verhalen, die geleidelijk veranderen in progressieve (op de toekomst) en op verandering gerichte verhalen. In de structuralistische wetenschapsovatting werden de verschijnselen gezien als voortkomend uit een onderliggende structuur, een fundamenteel systeem van betrekkingen. In het poststructuralisme zijn er geen causale verklaringen meer, geen ijsbergtheorieën (je ziet het topje, maar het belangrijkste ligt verborgen), en de therapeut is geen beter wetende expert. Voor zover er oorzaken zijn, zijn dat narratieve constructies, verhalen. De kunst is om het probleem zoals het wordt aangeboden door de cliënt, te accepteren. Naar diens verhaal te luisteren zonder theorie in de oren. Problemen en oplossingen worden in het therapiegesprek geconstrueerd, en omdat het verschillende talen zijn, hoeven ze ook geen verband met elkaar te houden.

Hoewel ecosystemische therapeuten en oplossingsgerichte en narratieve therapeuten soms dezelfde vragen stellen, hebben de vragen een andere bedoeling. De oplossingstherapeuten willen geen informatie over de wereld buiten het therapiegesprek hebben, maar informatie om nieuwe verhalen te construeren over het leven van de cliënt. Het gaat om het bepalen van doelen en het construeren van oplossingen, waarvan verondersteld wordt dat die al aanwezig zijn in het leven van de cliënt. Het idee dat het leven een narratief project is, een verhaal in opbouw, is wellicht het meest ironische aspect van moderne korte therapie. Ironisch, omdat 'feiten' als zodanig niet bestaan. Het gaat in tegen het idee dat we rekening moeten houden met feiten waarover we weinig controle hebben. Oplossingsgerichte therapeuten vinden dat, als de feiten van je leven je niet aanstaan, je maar beter je verhaal kunt veranderen. Niet omdat we problemen weg kunnen wensen, maar omdat onze oriëntatie en beleving verandert door nieuwe definities (Miller, 1997).

De sinds 1982 in Milwaukee ontwikkelde oplossingsgerichte therapie is volstrekt anders dan de gebruikelijke probleemoplossende therapieën. De therapeut verdiept zich niet in de aard van het probleem, maar in de aard van de oplossing. Psychotherapie wordt opgevat als het helpen van de cliënt om van een faalverhaal tot een successtory te komen, dus om hun verhaal over zichzelf te veranderen. De therapeut is daarbij verantwoordelijk voor de selectie van de gespreksonderwerpen. Hij bepaalt hoe lang, hoe persoonlijk en hoe emotioneel intens er waarover gesproken wordt. De conversatie is hiërarchisch gestuurd, maar open en betrok-

ken zodat het democratisch lijkt. De therapeut zoekt naar wat belangrijk is voor de cliënt en blijft binnen diens referentiekader.

Voor het construeren van een nieuw verhaal, een successtory, kan men het best aan het eind beginnen, bij de oplossing. Gewoonlijk is een verhaal opgebouwd in samenvatting, oriënterende context, centrale gebeurtenis of probleem, de evaluatie en betekenis daarvan, en de afloop, gevolgd door de moraal of les van het verhaal. Als de succesvolle afloop duidelijk is, verandert dat de eerdere delen van het verhaal.

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

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

Terugval betekent hier niet dat de behandeling mislukt is en de therapeut boos wordt. Meestal komen mensen pas terug als de terugval alweer enigszins voorbij is en kan daarover gepraat worden; bijvoorbeeld over hoe ze weer uit dat dal zijn gaan klimmen. Details over de tijd vóór de terugval (hoe wist je de verleiding zolang te weerstaan?), over het niet erger en langer zijn van de terugval, en details over het

weer uit het dal klimmen. Hoe is de laatste terugval beter dan de vorige? Hoe komt het dat je niet nog meer dronk? Hoe besloot je weer te stoppen, hoe deed je dat toen? Niet: Hoe werd je weer suïcidaal, maar: Hoe kwam je daar weer uit?

De motivatie voor wangedrag wordt ondergraven door ervan uit te gaan dat de cliënt wel een goede reden moet hebben voor gedrag dat hem zoveel ellende oplevert: En wat voor redenen heb je nog meer? Na zes tot zeven redenen gaan cliënten zich herhalen en zichzelf afvragen of het echt wel zulke goede redenen zijn. Het motto voor de therapeut is om nooit te confronteren, maar te leiden van één stap achter de cliënt. De intenties van een ieder zijn altijd positief.

De taak voor de therapeut tijdens de sessie is te ontdekken wat de cliënt al goed doet, zodat in negentig procent van de gevallen het huiswerk kan worden: Ga door en doe er meer van. Slechts in maximaal tien procent van de gevallen wordt het huiswerk: Doe iets anders (patrooninterruptie: verandering van wat of wanneer of wie of waar of hoe). Het doel van het geven van huiswerk is steeds om de cliënt meer succeservaringen te bezorgen en om hem daarover te laten vertellen. De implicatie van huiswerk is, ongeacht de inhoud, dat hij kennelijk iets kan doen om zijn leven beter te maken.

De complimenten van de therapeut bestaan uit *relabeling*; woedebuien worden bijvoorbeeld benoemd als teken van zorg of van gevoeligheid, en verder vooral uit het uitlokken van zelf-complimenten: Hoe deed je dat, hoe kwam je op dat idee? Hoe wist je dat dat oude vrouwtje hulp nodig had bij het oversteken? Dus jij bent iemand met oog voor de behoeften van anderen?

Er wordt van uitgegaan dat cliënten het begin van oplossingen ongemerkt al hebben, namelijk in de uitzonderingen op het probleem (verborgen wondertjes). Het doorvragen over uitzonderingen geeft aanwijzingen over wat meer moet gebeuren. Ook het vragen naar hypothetische oplossingen, naar hoe het anders moet worden, geeft aanwijzingen. Omdat de cliënt de expert is en zelf de oplossingen vindt, zijn ze ook natuurlijk en passend bij de cliënt en diens leefsituatie, worden ze snel gevonden en zijn ze blijvend. Respect voor de cliënt blijkt ook uit het gebruik van de *scaling questions*. Dit zijn geen schalen voor pathologie versus normaliteit, maar schalen van eigen probleemfase naar eigen oplossingsfase. Bijvoorbeeld: Als 0 de toestand is zoals die was toen u opbelde voor een afspraak, en 10 is de toestand waarin alle problemen waarvoor u komt zijn opgelost, waar zit u dan nu? De therapeut biedt de context aan waarin de cliënt zijn of haar oplossingen vindt. De boodschap die de cliënt aan het eind van elke sessie krijgt, bestaat uit complimenten, het waarom van de huiswerktaak, en de voorgestelde huiswerktaak zelf. Weerstand bestaat in deze therapievorm niet, omdat de therapeut rekening houdt met de fase waarin de relatie met de cliënt zich bevindt; dat wil zeggen of de cliënt nog een bezoeker is, of al een klager of zelfs al een klant. De therapeut past zijn gedrag daarbij aan, zodat er geen weerstand wordt opgewekt. Bezoekers krijgen alleen complimenten, klagers alleen oplet- of nadenkhuiswerk, en alleen echte klanten krijgen doehuiswerk.

Sinds 1982 zijn er in Milwaukee nog enkele ontwikkelingen geweest. Van *Keys to solution in brief therapy* (De Shazer, 1985) naar *Clues: investigating solutions in brief therapy* (De Shazer, 1988), zien we een verschuiving van aandacht voor aspecten van het probleem, naar steeds meer aandacht puur voor aspecten van de oplossing. Het gemiddeld benodigde aantal sessies nam (mede daardoor?) af van zes tot vijf. In *Interviewing for solutions* (De Jong & Berg, 1998) zien we een bijkomende verschuiving van aandacht voor het vinden van een bruikbare huiswerkopdracht, naar nog meer aandacht voor het vinden van een bruikbare gespreksvoering tijdens de sessie zelf. Cliënten die het door de therapeut voorgestelde huiswerk niet deden, hadden vaak zelf wat beters bedacht en gedaan. Tegenwoordig begint men met de wondervraag voordat er naar uitzonderingen wordt gevraagd, om ervoor te zorgen dat de genoemde uitzonderingen ook inderdaad relevant zijn voor dat wat de cliënt bereiken wil. Hierdoor nam het gemiddeld benodigde aantal sessies nog verder af tot nu gemiddeld drie.

In 1999 publiceerde de American Psychological Association *The heart & soul of change; what works in therapy* van Hubble, Duncan en Miller. Over dit boek schreef Allen Bergin: ‘*This one is my nominee for book of the year. It dispatches mechanistic reductionism, drug metaphors for therapy evaluation, and prescriptive matching of diagnosis (DSM-IV) with empirically validated techniques.*’

John Norcross schreef: ‘*The heart and soul of change transcends the therapy wars and advances a mature peace in which effective psychotherapy and suffering clients are the victors.*’

Het medische model van psychotherapie werd definitief vervangen door het contextuele model, als beter passend bij alle wetenschappelijke research van de laatste decennia (Wampold 2001, 2004). De oplossingsgerichte therapie is, net als andere moderne therapiestromingen, succesvol voor zover het een extra goed gebruik weet te maken van deze algemene resultaatbepalende factoren.

2 UITGANGSPUNTEN

In dit hoofdstuk zullen we eerst de tien uitgangspunten van Selekmán (1993) opsommen. Vervolgens vergelijken we op de manier van De Jong en Berg (1998) het oplossingsgerichte model met het medische model. Tot slot vergelijken we het oplossingsgerichte model met een bekende vorm van korte therapie, namelijk de rationele therapie van Ellis (1996).

Selekmán bespreekt tien bruikbare uitgangspunten van het oplossingsgerichte model, die we hier kort op een rijtje zetten.

- 1 Weerstand is geen bruikbaar begrip. Het impliceert dat de cliënt niet zou willen veranderen en dat de therapeut losstaat van het cliëntensysteem dat hij behandelt. De Shazer heeft overtuigend aangetoond dat het beter is elke cliënt te benaderen vanuit een samenwerkingspositie dan vanuit een positie van weerstand, macht en controle. Als de cliënt een pessimistische houding aanneemt, dient de therapeut even pessimistisch te zijn en te vragen hoe de cliënt ervoor heeft gezorgd dat het niet nog erger is.
- 2 Samenwerking is onvermijdelijk. Als de therapeut uitgaat van een Ericksoniaans utilisatiestandpunt, dan gaat het erom hoe hetgeen de cliënt inbrengt het best gebruikt kan worden. De therapeut dient zich aan te passen aan de manier van samenwerken van de cliënt. Hij begint met het opbouwen van een yes-set: U bent mevrouw X, u hebt drie kinderen, u woont in Y? Hij gebruikt de woorden en opvattingen van de cliënt. Hij lokt zelf-complimenten uit: Hoe kwam u op dat idee? Dus u bent iemand die ...

Als cliënten vaag doen, krijgen ze vage opdrachten: Let op, tussen nu en de volgende keer, op wat er gebeurt in uw gezin waarvan u wilt dat het blijft gebeuren. Als de goede dagen onvoorspelbaar lijken, krijgen ze een opdracht om te voorspellen. Als ze geen huiswerk willen, krijgen ze geen huiswerk. Als ze pessimistisch zijn, wordt de therapeut dat ook. Door zich aan te passen aan de stijl van de cliënt en aan het stadium van verandering waarin die zit, wordt samenwerking onvermijdelijk.

- 3 Verandering is onvermijdelijk. Verandering is een continu proces en stabiliteit is een illusie. De vraag is niet *of* maar *wanneer* er verandering zal optreden bij de cliënten. In interviewresearch blijkt er een direct verband te bestaan tussen het praten over verandering en het resultaat van therapie. Het praten over successen in verleden, heden en toekomst helpt. Het verzamelen van informatie over problemen in het heden en het verleden leidt tot negatieve therapie-uitkomsten. De zelf-waarneming dat men het goed doet, verbetert de prestaties (ook bij puzzels en intelligentietests).
- 4 Slechts een kleine verandering is nodig. Zodra cliënten worden aangespoord kleine veranderingen op te merken en te waarderen, gaan zij verdere veranderingen verwachten. Het is mogelijk een gezinssysteem te veranderen via één

gezinslid en het is niet nodig dat iedereen komt om de geïdentificeerde cliënt te veranderen.

- 5 Cliënten hebben de hulpbronnen die zij nodig hebben om te veranderen. Mensen die gestopt zijn met roken, te veel eten en te veel drinken, hebben daarbij in slechts drie procent van de gevallen hulp van een dokter gehad. Het aandeel van psychologen, psychiaters en zelfhulpgroepen was nog kleiner. Familie en vrienden gaven de meeste steun bij deze veranderingen. De belangrijkste motivatie was de wens om te stoppen, een goed gevoel daarover en het besef dat de tijd voor een verandering was aangebroken. Van de kinderen van alcoholisten bleek, bij een onderzoek gedurende twintig jaar, 85% op te groeien tot een gezonde volwassene. Elk eerder succes kan gebruikt worden als een model voor succes in heden en toekomst. Selekman vraagt moeilijke pubers wat voor advies zij de therapeut kunnen geven: Wat moet ik doen, wat moet ik niet doen, waar moet ik het over hebben?
- 6 Problemen zijn niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen. Dit is ook de kernassumptie van de probleemgerichte korte therapie. Drie manieren waarop cliënten verkeerd met moeilijkheden omgaan, zijn: het niet doen wat nodig is (ontkennen van het probleem), het doen van iets wat niet gedaan had moeten worden (uit een streven naar utopische oplossingen) en het doen van iets op het verkeerde logische niveau ('je moet meer van je moeder houden'). In dit verband is het belangrijk voor de therapeut om niet meer van hetzelfde als zijn voorgangers te doen. Vraag wat men prettig en vervelend vond aan eerdere therapeuten, wat wel en niet nuttig was, en wat men zelf al geprobeerd heeft.
- 7 Het is niet nodig veel over het probleem te weten om het te kunnen oplossen. Geen enkel probleem is er altijd. De therapeut moet onderzoeken wat de cliënt anders doet als het probleem er even niet is. Ruim tweederde van de cliënten heeft zelf al positieve actie ondernomen in de tijd tussen de telefonische aanmelding en het intakegesprek. Selekman gaf ooit bij de telefonische aanmelding al de standaard eerstesessie-opdracht: Let op, tussen nu en ons eerste gesprek, op wat er gebeurt in uw gezin waarvan u wilt dat het blijft gebeuren. Het resultaat was dat sommige cliënten de afspraak afbelden omdat zij gemerkt hadden dat het eigenlijk wel meeviel. De meerderheid van de overige gevallen bestond uit therapieën van één, twee of drie sessies. Bij het onderzoeken van de momenten waarop het probleem er niet is, gaat het zowel om wat de cliënt dan anders doet als om wat hij dan anders denkt. Wat denk je dan waardoor je de verleiding weerstaat? Bij andere gevallen kan de kristallen bol gepakt worden: Wat voor verdere veranderingen zie je over twee of drie weken?
- 8 Cliënten definiëren de behandeldoelen. Als je niet weet waar je naartoe gaat, kom je waarschijnlijk ergens anders uit. De taak van de therapeut is om te onderhandelen over oplosbare problemen en haalbare doelen. De therapeut wil een beeldbeschrijving hebben van hoe het eruitziet als het aangeboden probleem is opgelost (alsof hij het op tv zou zien). Als cliënten inspraak hebben in

de therapiedoelen en zelf een aanpak kunnen kiezen uit alternatieve mogelijkheden, is de kans op succes groter.

- 9 De werkelijkheid wordt door de observator bepaald en de therapeut neemt deel aan het scheppen van de werkelijkheid van het therapiesysteem. Onze theorieën bepalen wat we kunnen waarnemen. We zijn deel van het systeem dat we observeren en het is niet mogelijk onze cliënten objectief van buiten te bekijken. We zijn medeauteurs die de cliënt helpen zijn probleemverzadigde verhaal te herschrijven. Onze constructies moeten niet te veel op die van de cliënt lijken en er ook niet te veel van afwijken om tot verandering te kunnen leiden. Met behulp van de woorden en opvattingen van de cliënt, willen we toe naar een door de oplossing bepaald verhaal.
- 10 Er zijn veel manieren om naar een situatie te kijken, waarvan de één niet meer correct is dan andere. Voor elke gebeurtenis in de wereld zijn er minstens twee verklaringen. Als therapeut moeten we niet al te veel getrouwd zijn met de therapiemodellen van onze voorkeur. Niets is gevaarlijker dan een eigen idee dat het horen van het idee van de cliënt hindert. Ook oplossingsgerichte therapie is geen panacee. (Zie hoofdstuk 10 over redenen waarom therapieën mislukken of slagen.)

Problemen oplossen volgens het gangbare medische model is iets heel anders dan oplossingen bouwen. Er wordt verondersteld dat de psychotherapeut eerst moet uitzoeken wat er precies aan de hand is en een goede diagnose moet stellen, omdat verschillende problemen om verschillende oplossingen zouden vragen, zoals bij lichamelijke ziekteprocessen het geval kan zijn.

Volgens het objectivisme van de traditionele wetenschappelijke methode van het begin van de vorige eeuw, zou men zich moeten afvragen wat de oorzaak van het probleem is. Alsof er een specifieke oorzaak voor het probleem zou zijn, alsof die gevonden en beschreven kan worden, en alsof er een relatie zou bestaan tussen het vinden van de oorzaak en het oplossen van het probleem. Volgens de psychoanalytische traditie wordt de oorzaak dan omschreven als een ontwikkelingsstagnatie, een onopgelost conflict, slechte objectrelaties, verdringing en dergelijke. De problemen worden beschreven als symptomen van een bepaalde onderliggende pathologie. In de psychiatrische traditie kan de oorzaak beschreven worden als een chemische onbalans, een organische predispositie of een ziekte. In de gedrags-therapeutische traditie kan de oorzaak bijvoorbeeld beschreven worden als een (vroege) leersituatie met verkeerde contingenties.

Sinds de jaren vijftig – na het ontstaan van de cybernetica en de gedrags- en gezinstherapie – veranderde de vraag naar de oorzaak van het probleem in de vraag naar wat het probleem in stand houdt. Problemen zouden dan bijvoorbeeld als doel hebben het (gezins)systeem in stand te houden, of zouden in stand gehouden worden door de verkeerde oplossingsmethode.

De vooronderstellingen van de oplossingsgerichte therapie zijn anders. De vraag is daar hoe we oplossingen construeren. Er wordt verondersteld dat er oplossingen zijn, dat er meer dan één oplossing is, dat die geconstrueerd of uitgevonden kunnen worden, dat therapeut en cliënt dat samen kunnen, en dat dit een leerbaar en overdraagbaar proces is. Dat betekent dat informatie over het probleem niet meer nodig is en vaak zelfs eerder beperkt dan helpt.

De assumpties van een oplossingsgerichte benadering zijn dat het richten van de aandacht op het positieve, op de oplossing en op de toekomst, verandering in de gewenste richting vergemakkelijkt; en dat er op elk probleem uitzonderingen te vinden zijn die gebruikt kunnen worden om oplossingen te construeren. Niets is immers altijd precies hetzelfde. Alles verandert voortdurend. Kleine veranderingen, mits opgemerkt en gewaardeerd, kunnen leiden tot grote veranderingen. Cliënten werken altijd mee, als we hun denken begrijpen en daarmee rekening houden. Mensen hebben in principe alle hulpbronnen die zij nodig hebben om hun problemen op te lossen. De cliënt is de expert: hij weet wat hij anders wil en waar hij aan wil werken. Het cliëntsysteem omvat al diegenen die een doel delen en bereid zijn daaraan mee te werken.

De vuistregels zijn: als het werkt, repareer het dan niet. Als wat je doet niet werkt, doe dan wat anders. En houd het simpel. Als je korte therapie wilt doen, behandel elke sessie dan alsof het de laatste kan zijn. En zorg voor een haalbaar doel.

Het analyseren van problemen blijkt alleen dan maar nodig en nuttig als het niet simpeler kan. Als we het eerste expertsysteem *Briefer 1* (De Shazer, 1988) bestuderen, zien we voor oplossingsgerichte psychotherapie de volgende beslisboom.

- 1 Is er al verbetering opgetreden tussen aanmelding en intake? Zo ja, vraag daar meer over. Zo nee, ga naar 2.
- 2 Zijn er al uitzonderingen op het probleem te vinden, gevallen waar het probleem zich niet voordeden of minder erg was? Zo ja, vraag daar meer over. Zo nee, ga naar 3.
- 3 Is er al een hypothetische oplossing te formuleren? Kan men al in gedragstermen beschrijven wat er anders zou zijn als het probleem voldoende was opgelost?

Zijn stukjes van dit ‘wonder’ soms al ergens even een beetje aanwezig geweest? Als dit soort kleine positieve uitzonderingen zich voordeden, vraag daar dan meer over. Als ze zich nog niet voordeden, maar er wel een oplossing te formuleren valt, vraag daar dan meer over. Zo niet, analyseer alleen dan, en ook dan pas, het probleem.

Alleen dus als er nog geen verbetering is opgetreden vóór de intake, als er geen uitzonderingen zijn te vinden (momenten waarop het probleem minder erg was, of er al iets van de oplossing aanwezig was) en er geen toekomstige oplossing in gedragstermen geformuleerd kan worden, alleen dan is het nodig over te gaan tot een probleemanalyse. In de andere gevallen – de overgrote meerderheid – kan recht-