

BACK TO THE ROOTS

De kern van oplossingsgerichte therapie



Eindwerk ter afronding van de vierjarige opleiding in de
oplossingsgerichte cognitieve en systemische psychotherapie aan het
Korzybski-instituut



Academiejaar 2023-2024

Olivia De Smet

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
VOORWOORD.....	4
INHOUD	5
Erickson als stamvader	5
Van Erickson naar oplossingsgerichte therapie en het Brugs model	6
Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie	7
Oplossingsgerichte principes: algemeen.....	7
Analyse van problemen is niet nodig om tot oplossingen te komen, analyse van oplossingen is dat wel.	7
Wat niet stuk is, moet je niet maken.	8
Als iets werkt, doe er meer van	8
Als iets niet werkt, stop en doe iets anders	8
Verandering vindt voortdurend plaats en is onvermijdelijk	8
Geen enkel probleem is er altijd: uitzonderingen zijn een deur tot potentiële oplossingen	8
Kleine stapjes kunnen tot grote veranderingen leiden	9
De toekomst is maakbaar en onderhandelbaar	9
Weerstand is nuttige informatie	9
De taal om oplossingen te beschrijven is anders dan de taal om problemen te beschrijven	9
Iedereen heeft zelfhelende, autopoëtische capaciteiten.	9
De cliënt is de expert van zijn therapie	9
Problemen zijn niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen	10
Oplossingsgerichte principes: Brugse accenten	10
Therapie is cliënten helpen hun vrijheid van keuze te heroveren.	10
Therapie is cliënten hun zelfvertrouwen opbouwen door positieve commentaren en complimenten.	11
Therapie is cliënten helpen nieuwe gewoontes te ontwikkelen die meer in lijn zijn met hun existentiële keuzes.....	12
Therapie vergt therapeuten met gepaste attitudes en eigenschappen	13
Therapie bestrijkt 4 interventieniveaus waarvan de therapeut zich bewust is	13
Therapie vergt een therapeut die zelf ook het hoofd boven water kan houden	14
Therapie betekent het ontwikkelen van een therapeutische alliantie met een zo hoog mogelijk niveau van betrokkenheid	15
Vrijblijvende relatie	16
Zoekende relatie.....	17
Consulerende relatie.....	18
Expertrelatie	19
Typische oplossingsgerichte vragen	20
Introductievragen	20
Ondersteunende reacties/competentievragen	20
Nuttigheidsvragen.....	20
Vragen naar verandering	20
3 vragen van een tevreden leven.....	21
Doelvragen	21
Vragen naar uitzonderingen	21
Schaalvragen	21
Behoudsvraag.....	22

Voortgangsvragen	22
Mirakelvraag	22
Vragen naar hulpbronnen	22
Copingvragen	22
‘Wat nog meer’ vragen	22
Typische oplossingsgerichte opdrachten	23
Behoudsopdracht.....	23
Voortgangsoopdracht	23
Observatieopdracht	23
Mirakelopdracht.....	24
Toekomstopdrachten.....	24
Doe-eens-iets-anders-opdracht.....	24
Paradoxaal opdrachten	24
Aandachtspunten bij opdrachten	25
Oplossingsgerichte therapie tot slot in een notendop	26
De 10 principes van oplossingsgericht werk.....	26
De 10 geboden van respect	26
 BESLUIT.....	 28
 BRONNEN.....	 29

Voorwoord

Dit werkstuk is een symbolische afsluiting van 4 boeiende leerjaren in het Korzybski instituut. Met een jaartje tussenpauze, heb ik nu in totaal 5 jaar het oplossingsgericht kader in mijn achterhoofd tijdens mijn gesprekken met cliënten. We hebben oneindig veel materiaal aangeboden gekregen: een algemene vorming van 2 jaar gevolgd door nog 2 jaar verdieping in specifieke methodieken (bvb. hypnose, genogrammen), pathologieën (bvb. alcoholverslaving, angst, trauma, depressie) en doelgroepen (bvb. ouderen, chronisch zieken). De keuze voor het onderwerp van een werkstuk was dan ook niet evident.

Bovendien werk ik in het CGG en een privé groepspraktijk waar leeftijd (-18j) en derdelijnsproblematiek zowat de enige exclusiecriteria vormen bij het opstarten van een behandeltraject. Het werken met een divers publiek en uiteenlopende ziektebeelden is boeiend en uitdagend, al maakte het het kiezen van een topic voor dit eindwerk nog iets gecompliceerder voor mij.

Onder een lichte keuzestress, kwam ik terug uit bij de basis. Ik voelde de nood om terug te keren naar de *roots* en basis van het oplossingsgericht werken. Een basis die efficiënt, wetenschappelijk onderbouwd en gebruiksvriendelijk is, alsook breed inzetbaar bij diverse doelgroepen en type klachten. Naast een herhaal- en opfrisbeurt, leek het me ook nuttig hier een bondig overzicht te maken van de oplossingsgerichte epistemologie, ofwel theoretische principes, en unieke oplossingsgerichte vragen en opdrachten. Een bondig overzicht kan dienen om lopende begeleidingen aan af te toetsen of verder mee te stofferen. Daarnaast beschrijf ik in wat volgt ook (kort) de ontstaansgeschiedenis van het Brugs model en heb ik aandacht voor de specifieke bijdrage van de Brugse groep aan de oplossingsgerichte therapie vandaag de dag.

Rest me nog de Brugse groep van harte te danken voor de nieuwe gewoonten, hersensporen, nieuwe *maps* (die uiteraard niet *the territory* zijn),... waarmee ze mij hebben verrijkt. Ik kan zeker nog niet zeggen dat ik mijn gewenste toekomst (i.e., een top SF psychotherapeut worden) al bereikt hebt. Ik heb zeker nog een eindje te gaan en nog veel te leren, wetende dat ik misschien nooit het punt zal bereiken waarop ik me volleerd zal voelen. Maar we genieten van de reis, aanvaarden de beperkingen onderweg, en proberen tevreden te zijn met wat *wel* al is.

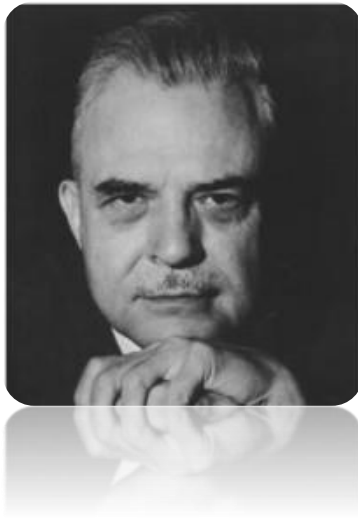
Dank, Brugse groep. Beschouw onderstaande als een ode van mij aan jullie mooie werk, jullie grote inzet en jullie positieve krachten.

26/5/2024,

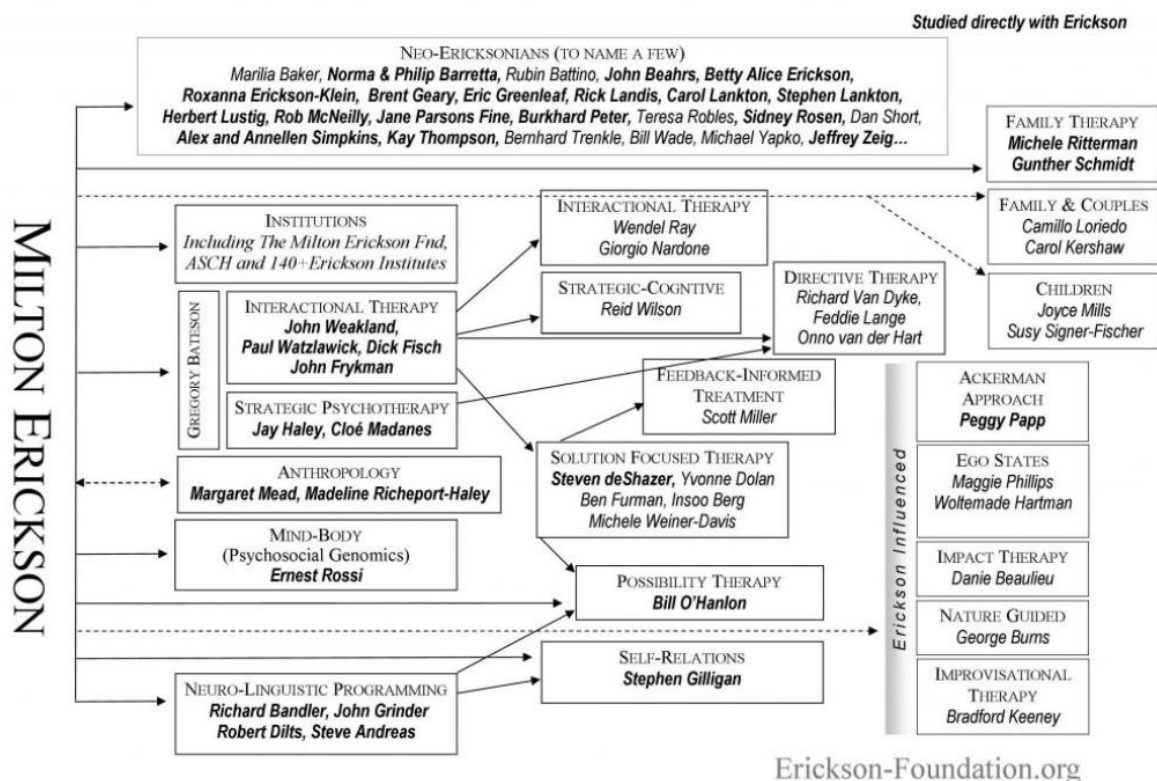
Olivia De Smet

Inhoud

Erickson als stamvader



Milton H. Erickson (1901-1980) was een Amerikaanse psychiater en psychotherapeut die een verreikende invloed heeft gehad op de systeemtherapie en hypnotherapie. Zoals te zien in onderstaande figuur, beïnvloedde hij -- via Gregory Bateson en de *Interactional Therapy* (van het *Mental Research Institute*, Palo Alto) -- ook de *Solution Focused Therapy*. Daarnaast wordt hij ook beschouwd als vader van de moderne hypnotherapie. Mede door zijn ernstige en bijna lethale ziektegeschiedenis (polio op zijn 17e, post-polio rond zijn 50e ...) verdiepte hij zich in het veld van hypnose en ontwikkelde hij innovatieve ideeën voor het psychotherapeutische werkveld. Hij ontwikkelde niet alleen zijn versie van klinische Ericksoniaanse hypnose, maar lag ook aan de basis van diverse baanbrekende ideeën voor het psychotherapeutische werkveld destijds. Enkele van zijn innovaties zijn (a) het beschouwen van de cliënten hun symptomen en weerstand als nuttige informatie voor het ontwikkelen van interventies op maat, (b) het idee dat weerstand niet bestaat, (c) paradoxale interventies zoals het voorschrijven van het symptoom, (d) het loskoppelen van problemen met oplossingen, (e) het werken met families / systemen, (f) het geloof in de auto-poëtische, zelfhelende capaciteiten van cliënten, en (g) het geloof dat het onbewuste, nog meer dan het bewuste, weet hoe te genezen (Gonzalez, 2017).



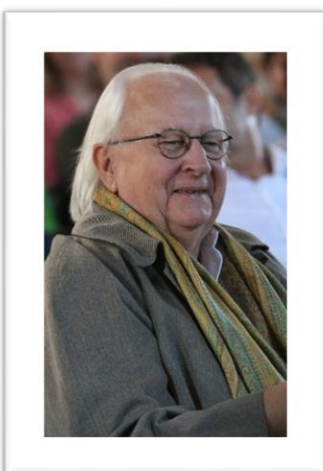
Om zijn indrukwekkende gedachtegoed blijvend te verspreiden werd de *Erickson foundation* opgericht (<https://www.erickson-foundation.org/>), alsook een internetpagina over Erickson's biografie (<https://www.ericksonbiography.com/about/>).

Van Erickson naar oplossingsgerichte therapie en het Brugs model

Oplossingsgerichte therapie, internationaal gekend als *Solution Focused (Brief) Therapy*, is een wereldwijde therapie-stroming ontwikkeld in de jaren '80 door de grondleggers Steve de Shazer en Insoo Kim Berg. Beide waren opgeleid in het *Mental Research Institute* en startten later, omwille van visieverschillen, hun eigen *Brief Family Therapy Centre* in Milwaukee. Zij waren net als de Brugse studiegroep van dr.



Luc Isebaert, dr. Myriam Le Fevere de Ten Hove en Erwin De Bisscop op zoek naar wat werkt in therapie en haalden inspiraties uit het systemische en Ericksoniaanse gedachtegoed. Van invloed op het werk van de Brugse studiegroep was ook Alfred Habdank Korzybski, die het belang van de taal voor het begrip van de realiteit aantoonde. Begin jaren '80 richtte deze groep de eerste Korzybski Instituten op in België (Brugge) en in Frankrijk (Parijs, dr. Marie-Christine Cabié, dr. Marika Moisseeff en Michael Houseman). Kort daarna ontstond ook een instituut in Nederland (Amsterdam). Deze Korzybski Instituten waren opleidingscentra in systemische en Ericksoniaanse psychotherapie (Korzybski, 2023-2024; podcast Le Fevere de Ten Hove, 2020 van Philippart; https://nl.wikipedia.org/wiki/Korzybski_instituut).



In 1990 volgde het eerste contact tussen de Brugse groep en Steve De Shazer. Doordat zijn ontwikkelde oplossingsgerichte model zoveel gelijkenis vertoonde met de Brugse visie sloten beiden bij elkaar aan en volgden er jaren van intensieve samenwerking. Het Brugs model bevatte toen niet alleen systemische en Ericksoniaanse invloeden maar ook Shazeriaanse inspiraties waarnaast men ook nog eigen modellen en principes ontwikkelde. Zo vereenvoudigde de Brugse groep het *visitor-complainant-customer* schema over de cliënt-

therapeut relatie tot de Brugse flow chart (zie verder). Ook ontwikkelde de Brugse groep hun theorie der gewoontes (zie verder) die nauw aansluit bij het gedachtegoed van de cognitieve gedragstherapie. Latere samenwerkingen met onderzoekers (zoals Barry Duncan, Scott Miller en Bruce Wampold) naar de algemene factoren werkzaam in psychotherapie maken dat het Brugs model vandaag de dag ook een metamodel is waarin cliëntenfeedback een centrale plaats inneemt (cf. Duncan's *Outcome Rating Scale en Session Rating Scale*; Miller, Duncan & Johnson, 2002).

Kortom is het Brugs model een Ericksoniaans model, systemisch en existentieel model, cognitief-gedragstherapeutisch model én een metamodel dat zich richt op oplossingen. Het Korzybski instituut in Brugge geeft vandaag de dag dan ook psychotherapieopleidingen (in Brugge zelf, maar ook in Antwerpen) onder de naam *Oplossingsgerichte cognitieve en systemische psychotherapie* (Isebaert & Lefevere, 2022; Korzybski, 2023-2024).

Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie

Hieronder geef ik graag een samenvatting van de voornaamste principes van het oplossingsgericht model in het algemeen en het Brugs model in het bijzonder en, nog meer verderop, van typisch oplossingsgerichte vragen en opdrachten.

Oplossingsgerichte principes: algemeen



Analyse van problemen is niet nodig om tot oplossingen te komen, analyse van oplossingen is dat wel. Wat in de meeste therapiestromingen gebeurt, is dat men problemen uitvoerig gaat verkennen (wie, wat, waar, wanneer, waarom...) vanuit de assumptie dat als we het probleem in al zijn facetten kennen, we het makkelijker kunnen oplossen. Echter, hoeft de oplossing niet persé in het verband te staan met het probleem. Psychologische problemen zijn geen lineaire gegevens en het oplossen ervan is vaak meer dan of iets anders dan het aanpakken van de oorzaken. Daarbij komt dat de meeste mensen in therapie komen om, liefst zo snel mogelijk, iets op te lossen en/of een draaglijker leven te lijden. In die zin oordelen oplossingsgerichte denkers dat het nuttiger is om directer te praten over oplossingen (hoe-vragen) als men verandering wil, in plaats van over de problemen (waarom-vragen) die wel veel info geven over de problemen maar nog niet over de gewenste toekomst waar de cliënt naartoe wil. De voordelen hiervan zijn aanzienlijk; oplossingsgerichte therapie werpt sneller

vruchten af (vandaar ook *brief therapy*), het probleem wordt niet onnodig groter gemaakt en de sfeer in therapie is luchtiger en minder zwaar voor zowel cliënten als hulpverleners. Natuurlijk komen cliënten in eerste instantie wel aandragen met hun probleemverhaal. De oplossingsgerichte therapeut gaat dat probleemverhaal niet mijden. Het wordt beluisterd in functie van het opbouwen van een therapeutische relatie: om erkenning te geven, respect te uiten en aan te sluiten bij de handleiding van de cliënt. Verder wordt het selectief beluisterd en behandeld met de focus op oplossingen (doelen en hulpbronnen). Bijvoorbeeld gaat men vragen naar details in het probleem om er zo variaties en uitzonderingen in te kunnen ontdekken die hulpbronnen aanwijzen. Kortom maakt het oplossingsgerichte denken de switch van *problem talk* naar *solution talk* en *solution building* (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Wat niet stuk is, moet je niet maken. Of, blijf af van dingen die goed lopen en die in de ogen van de cliënt geen probleem zijn. Werk alleen met wat de cliënt anders wil of wil bereiken (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Als iets werkt, doe er meer van. Beoordeel een oplossing niet op haar waarheid maar op haar werkbaarheid. Mensen zoeken spontaan naar oplossingen. Zaken die werken, gaat men proberen te behouden en te versterken door er meer van te doen (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Als iets niet werkt, stop en doe iets anders. Vaak zitten cliënten vast in oplossingspogingen of patronen die niet (meer) werken en te veel nadelen hebben. Dan gaat men de cliënt helpen om deze te vervangen door iets anders. Simpelweg kiezen voor iets anders – eender wat – impliceert vaak al een hele verandering. Men gaat de cliënt stimuleren om oplossingen uit te proberen. Immers; men weet niet of het beter wordt als het anders wordt, maar het moet anders worden om beter te worden. Cliënten worden dus gestimuleerd om alternatieven te proberen, want doorgaan met iets dat niet werkt, leidt toch tot niets (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Verandering vindt voortdurend plaats en is onvermijdelijk. Dus ook moeilijkheden en problemen blijven nooit gelijk. In oplossingsgerichte therapie speurt men naar variaties en kleine veranderingen en naar de hulpbronnen die daarmee samengaan. Bijvoorbeeld na het maken van een eerste afspraak voor therapie, verandert er vaak al iets en gaan mensen zich spontaan al meer in de richting van een oplossing gedragen. Iets waar De Shazer naar peilde met zijn *pre-session change questions* (zie verder; Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Geen enkel probleem is er altijd: uitzonderingen zijn een deur tot potentiële oplossingen. Net als in de vorige stelling, is men ervan overtuigd dat problemen niet altijd in dezelfde mate aanwezig zijn. Momenten waarop het probleem er niet was of minder was dan verwacht, noemt men uitzonderingsmomenten. De taak van de therapeut is naar die momenten te speuren en ze grondig te analyseren op hulpbronnen. Variaties in het hier en nu zijn een punt van interesse, net alsook info uit het verleden (de periode vóór het probleem). Men is geïnteresseerd in wat toen anders was, wat men toen anders deed, hoe anders de

omstandigheden toen waren..., alweer om zicht te krijgen op hulpbronnen die bijdragen aan het oplossen van de moeilijkheden (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Kleine stapjes kunnen tot grote veranderingen leiden. Een klein verschil kan veel nuttige informatie bevatten over wat werkt en dus veel verschil maken. Slechts een kleine verandering is nodig om grotere veranderingen te bekomen op termijn. De therapeut betrapt cliënten op hun kleine stapjes in de goede richting waar zij zich zelf vaak niet bewust van zijn. Deze stapjes voorwaarts gaat men bewustmaken en stimuleren opdat een sneeuwbaaleffect uiteindelijk voor grotere verschillen kan zorgen. Een regel in het werken met stapjes is ook: hoe groter het probleem, hoe kleiner de stapjes om succeservaringen mogelijk te kunnen maken (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

De toekomst is maakbaar en onderhandelbaar. Het verleden is geweest en niet meer te veranderen. De toekomst daarentegen ligt nog niet vast en kunnen we nog vormgeven. We hebben de toekomst (deels) in eigen handen en kunnen deze beter maken. Dit besef geeft cliënten terug meer controle en hoop (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Weerstand is nuttige informatie. Weerstand is een geschenk voor de therapeut. Weerstand toont aan dat de cliënt therapie belangrijk vindt, maar de inhoud ervan op dat moment (nog) niet aangepast is aan de mogelijkheden van de cliënt. Weerstand helpt de therapeut nog beter op de cliënt af te stemmen en zo de kans op het welslagen van de therapie te vergroten (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

De taal om oplossingen te beschrijven is anders dan de taal om problemen te beschrijven. Oplossingen ontwikkelen stelt andere eisen aan taal dan problemen beschrijven. De therapeut gebruikt *solution talk*: hij hanteert positieve bewoordingen, praat in toekomstgerichte termen, gebruikt meer hoopgevende taal, hoe-vragen eerder dan waarom vragen, ... (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Iedereen heeft zelfhelende, autopoëtische capaciteiten. Zoals Erickson eerder al stelde, beschikken cliënten en hun omgeving over alle hulpbronnen die nodig zijn om tot oplossingen te komen. Gezonde krachten belichten en mobiliseren geeft cliënten een groter gevoel van zelfeffectiviteit (*self-efficacy*; vertrouwen in het eigen vermogen om bepaalde taken succesvol uit te voeren of doelen te halen). Men gaat dus liever aansluiten bij de handleiding van de cliënten en de oplossingspogingen die zij al hebben ondernomen, eerder dan dat er adviezen worden opgelegd. De taak van de therapeut is te geloven dat cliënten de sleutel tot de oplossing in zich hebben en te speuren naar hun zelfhelende capaciteiten (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

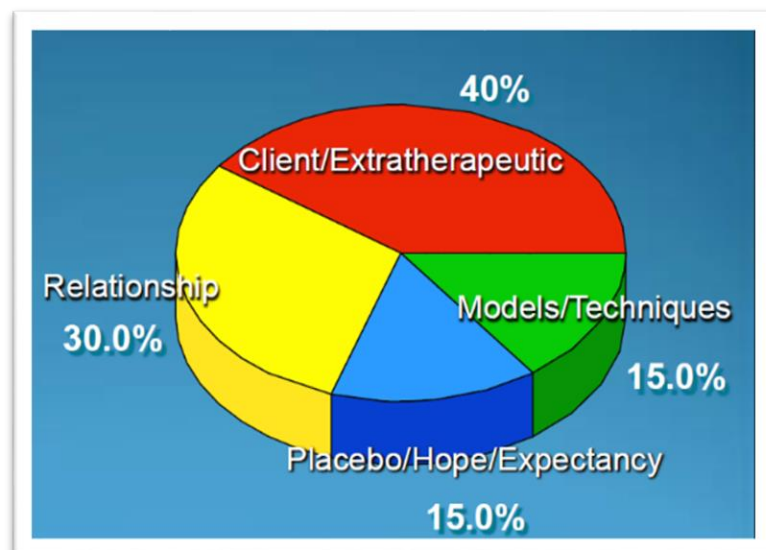
De cliënt is de expert van zijn therapie. De cliënt kent zijn probleem het best, definieert het doel van de therapie in lijn met zijn existentiële waarden, en bezit de hulpbronnen om de doelen te bereiken. De therapeut neemt hiertegenover een niet-wetende houding aan. De therapeut beschikt wel over objectieve info over psychische problemen en mogelijke oplossingen, over veelgemaakte fouten in het denken/voelen/doen van mensen, over hoe mensen bejegend kunnen worden,... Anders gezegd, is de cliënt verantwoordelijk voor de inhoud van de therapie, de therapeut voor het proces. Uitgedrukt in een metafoor; therapie

is als in een taxi stappen, waarbij de klant (cliënt) de bestemming kiest en de chauffeur (therapeut) de cliënt daar naar best vermogen naartoe brengt. De therapeut volgt de keuzes van de cliënt (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Problemen zijn niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen. Dit laatste maar zeker niet minst belangrijke principe getuigt van een groot respect voor symptomen. Symptomen worden beschouwd als nuttige overlevingsstrategieën en beste antwoord dat een cliënt op dat ogenblik te bieden heeft. Hoe lastig ze ook zijn, zijn symptomen ook nuttig, helpend, of beschermend op een bepaalde manier en dragen ze in die zin al een deel van de oplossing in zich. Een belangrijk taak is uit te zoeken waarvoor het symptoom helpt, en te zoeken naar alternatieven met hetzelfde nut en minder nadelen. Dit verklaart het gebruik van paradoxale interventies waar het symptoom wordt toegelaten of zelfs voorgeschreven zolang er nog geen alternatieven zijn, wat een onvermijdelijke win-win creëert waarin de cliënt niet meer kan falen. Het kaderen van symptomen als beschermende bodyguards eerder dan de vijand die moet worden uitgeschakeld heeft een ontlastend effect. Nog meer, is het bestrijden van symptomen (gedachten of gevoelens) een *mission impossible* waar ook andere therapiestromingen, zoals ACT, op zijn gestoeld (Bannink, 2019; De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Oplossingsgerichte principes: Brugse accenten

In hun boek *De therapeutische alliantie: Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie* beschrijven Luc Isebaert en Geert Lefevere (2022) hun Brugse axioma's. De klemtoon op therapeutische alliantie verwijst naar de gemeenschappelijke factoren die samen 85% van de werkzaamheid van therapie uitmaken: therapeut(ische relatie) factoren (gele stuk),



cliëntfactoren (rode stuk) en placebofactoren (blauwe stuk). Belangrijker dan de technieken (groene stuk – verantwoordelijk voor slechts 15% van therapiesucces), beoogt het Brugs model handvatten aan te reiken om deze andere factoren zo optimaal mogelijk te benutten. Deze handvatten vat ik hieronder samen.

Therapie is cliënten helpen hun vrijheid van keuze te heroveren. Vaak hebben cliënten het gevoel dat ze geen keuze hebben; de symptomen zijn sterker dan henzelf en ze lijden eronder. Bijvoorbeeld, een partner ziet enkel nog het alcoholgebruik van haar man. Of, iemand die stemmen hoort, kan niets anders dan naar ernaar luisteren. In oplossingsgerichte therapie wil men de cliënt terug bewust maken van het feit dat ze kunnen kiezen. Men helpt

cliënten kiezen om te kiezen. Kiezen welk soort leven ze willen of wie ze zouden willen zijn (existentiële keuzes). Ook, kiezen welke betekenis ze geven aan feiten (semantische keuzes). Deze keuzes vormen dan weer de basis voor een ruimer pallet aan manieren van doen (pragmatische keuzes) waartussen men kan kiezen; bij de ongewenste gewoonte blijven, al dan niet. Succes in therapie is dan ook de keuzevrijheid van mensen herstellen door hen op al die opties te wijzen waartussen zij dan de beste voor zichzelf kunnen kiezen. Verruiming en verbreding staan centraal in therapie want verenging (zgn. opzitten met een paardenbril) is de weg naar pathologie en symptomen. Bijvoorbeeld, de partner bewust maken van andere aspecten van haar partner dan zijn alcoholgebruik, van uitzonderingen op het drinken, van wat ze wenst in het leven. En, in het andere voorbeeld, iemand die stemmen hoort, opties geven: luisteren naar de stemmen, de betekenis ervan letterlijk nemen of omzetten naar een meer bruikbare boodschap, het geluid van de stemmen stiller zetten of zelfs uitzetten. Omdat het kunnen maken van keuzes het psychisch welzijn bevordert, leggen oplossingsgerichte therapeuten dus liefst ook geen oplossingen of adviezen op. Als cliënten toch advies vragen, vraagt de therapeut graag wat ze zelf al probeerden en een beetje lukte en/of geeft hij meerdere adviezen of opdrachten waaruit cliënten zelf kunnen kiezen. Ook in het spreken, geeft de therapeut voorkeur aan tegensprekelijk werken bij het stellen van vragen en teruggeven van observaties (*Ik heb de indruk dat... klopt dat?*); ook dat zijn manieren van cliënten terug keuze geven (Isebaert & Lefevere, 2022).

Therapie is cliënten hun zelfvertrouwen opbouwen door positieve commentaren en complimenten. Als cliënten in therapie komen, staat hun zelfvertrouwen vaak op een laag pitje omdat ze er niet in geslaagd zijn hun problemen onder controle te brengen. Soms zijn ze er zo van overtuigd dat er geen verandering mogelijk is dat ze niet eens een hulpvraag formuleren. Omdat alle therapie zelftherapie is, is het van groot belang cliënten hun zelfvertrouwen op te krikken en terug hoop te installeren door positieve commentaar en complimenten te geven. Met complimenten (bvb. *Hoe slaagt u erin ondanks alles het hoofd nog koel te houden, het is prachtig om te zien hoe u uw best doet een goede moeder te zijn ondanks alles...*) drukken we waardering uit voor de cliënt, erkennen we hun existentiële keuzes, tonen we vertrouwen in hun vaardigheden en in beterschap, bevorderen we de werkrelatie, tonen we cliënten wat ze nu al goed doen en wat helpend is, bevorderen we cliënten hun motivatie en creativiteit om iets aan hun problemen te doen, en dragen we bij aan een beter gevoel van de cliënt over zichzelf en van de therapeut over de cliënt.

Positieve commentaar kan gegeven worden als positieve herkadering van het probleem: dus de goede bedoelingen en inzet van de cliënt zien in het probleemgedrag. Van belang is ook belangrijke derden te complimenteren voor hun inzet, bijdrage, betrokkenheid,... Een goed compliment wordt best indirect gegeven (bvb. *Hoe kreeg je dat voor elkaar?*), authentiek vanuit empathie voor de moeilijkheden van de cliënt, concreet en gericht op acties eerder dan op eigenschappen van de cliënt. Bij oplossingen die toevallig tot stand zijn gekomen of op initiatief van derden kunnen we de cliënten complimenteren over hoe ze eraan meegewerkt hebben, goed op gereageerd hebben of handig gebruik van gemaakt hebben. Bij mensen die moeilijk complimenten kunnen aanvaarden, werkt het complimenten met wat humor voor te schotelen (Isebaert & Lefevere, 2022).

Therapie is cliënten helpen nieuwe gewoontes te ontwikkelen die meer in lijn zijn met hun existentiële keuzes. In het Brugs model ziet met pathologie als uit de hand gelopen gewoonten die ongewenst zijn omdat ze niet (meer) overeenstemmen met de existentiële keuzes van de cliënt en diens omgeving. Het is belangrijk te kunnen zijn wie we willen zijn en te kunnen leven volgens wat we belangrijk en waardenvol vinden om ons goed te kunnen voelen. Ook al hebben we allemaal bepaalde ongewenste gewoontes, focussen we ons in therapie vooral op pathologische gewoonten die moeilijk te dragen zijn voor de cliënt en hun dagelijks functioneren hinderen. In therapie beogen we cliënten te helpen nieuwe gewoonten te ontwikkelen die meer in lijn zijn met zijn existentiële keuzes.

Om de cliënten te bewegen naar nieuwe gewoonten is het van belang de structuur van gewoonten te kennen. Gewoonten bestaan uit de triade van *logos* (cognitie), *pathos* (gevoel) en *ethos* (gedrag)/*èthos* (moraal of existentiële keuzes). Deze triade voltrekt zich deels op bewust vlak, op onbewust vlak, en interactioneel vlak, in dialoog om de ons omringende realiteit en medemensen. De triade is ook ingebed in de *oikos*: de omgeving, situatie, externe context (realiteit) of innerlijke context (fantasie of herinnering). Ondanks dit artificiële onderscheid, zijn gewoonten een eenheid en treedt er zelden maar één element op de voorgrond. Gewoonten variëren ook meestal; die variaties of uitzonderingen zijn een aanknopingspunt voor therapie. Ook is het zinvol in therapie elk van de elementen van de triade te verkennen en manipuleren. Gezien de elementen met elkaar samenhangen, kan het volstaan op één of enkele elementen in te werken. De rest verandert dan mee. Dat geeft ook de ruimte dat element te selecteren dat best te bewerken valt of waar de lijdensdruk het grootst is.



De therapeut schept context waarin de cliënt gewenste gewoonten kan ontwikkelen die verkozen kunnen worden boven de ongewenste. De cliënt zelf is verantwoordelijk voor de uitvoering; immers elke verandering is zelfverandering en elke therapie is zelftherapie. Omdat de overgangperiode van oude naar nieuwe gewoontes een periode van onevenwicht met zich meebrengt, zal de therapeut de cliënt ondersteunen tot de cliënt vrij kan kiezen tussen (oude en nieuwe) gewoonten.

Omdat gewoonten, neuro-anatomisch gezien, hersencircuits zijn die niet uitgewist kunnen worden, is het niet de bedoeling de ongewenste gewoonten af te leren maar nieuwe

te creëren naast de ongewenste. De nieuwe gewoonte veelvuldig herhalen totdat ze geautomatiseerde autostrades worden in ons brein die de ongewenste hersenverbindingen kunnen evenaren, is wat men beoogt. Herval in oude gewoonten maakt ook deel uit van het veranderingsproces. Het risico daarop vergroot aanzienlijk als men dicht in de buurt komt van de oude gewoonte. Men heeft er dan ook alle belang bij dat de nieuwe gewoonte zich voldoende van de oude onderscheidt zodat de kans verkleint dat de hersenen ze met elkaar gaan verwarren. Verder is een terugval ook altijd een leerkans: door er een gedetailleerde anamnese van te maken en aandacht te hebben voor de oplossingen die de cliënt hanteerde om de schade beperkt te houden (Isebaert & Lefevre, 2022).

Therapie vergt therapeuten met gepaste attitudes en eigenschappen. Hij/zij is:

- a) geïnteresseerd (= doet inspanning om de cliënt te begrijpen)
- b) nieuwsgierig (naar doelen en wensen, hulpbronnen en uitzonderingen vanuit een niet-weten-houding)
- c) aanvaardend en respecterend (naar de cliënt met al zijn goede en minder goede kanten en naar de symptomen die ondanks hun nadelen ook altijd ergens goed voor zijn)
- d) empathisch (getuigt van cognitief en affectief inlevingsvermogen dat niet louter meevoelend is – zgn. victimiserende empathie - maar ook oplossingsgericht ingezet wordt om de cliënt dichterbij zijn gewenste situatie)
- e) intelligent (emotioneel intelligent waarbij de emotionele reactie strategisch ingezet wordt in het helpen van cliënten - logisch intelligent waardoor de therapeut de cliënt kan wijzen op logische denkfouten - *mètis* intelligent waardoor de therapeut cliënten indirect in de richting van oplossingen stuurt en kansen grijpt die men in het verdere verloop voorziet)
- f) authentiek (in zijn motivatie om cliënten te helpen, in het uitdrukken van emoties, in het geven van complimenten, in het vertellen van analoge verhalen om cliënten mee te inspireren)
- g) humoristisch (weet humor te gebruiken om een negatieve houding van de cliënt in perspectief te plaatsen, om wat luchtigheid in te brengen in het gesprek, om de alliantie te versterken,...) (Isebaert & Lefevre, 2022).

Therapie bestrijkt 4 interventieniveaus waarvan de therapeut zich bewust is. Het 1^e epistemologische niveau betreft de ziekte-theorie van de cliënt waar we zo dicht mogelijk bij aansluiten. De principes van het oplossingsgerichte denken zijn *een* epistemologie naast andere gezond-verstand-theorieën, biologische-intrapsychische-interpersoonlijke theorieën over psychische problemen en religieuze opvattingen die cliënten en anderen erop nahouden.

Het 2^e niveau van het mandaat betreft de macht en verantwoordelijkheid die cliënten aan therapeuten geven, en omgekeerd. Dit mandaat is een circulair gegeven waar cliënt én therapeut samen vorm aan geven. De machtsverhouding kan symmetrisch of complementair zijn. In het Brugs model gebruikt de therapeut zijn *one-up* positie om zichzelf in *one-down* te plaatsen tegenover de inhoud van het therapeutisch proces (doelen, hulpbronnen van de cliënt waar hij keuzevrijheid in heeft). In de woorden van Insoo Kim Berg: *leading from behind*,

gaat de therapeut door actief te luisteren, vragen te stellen en te parafraseren de cliënt helpen duidelijker zicht te krijgen op zijn doelen en oplossingen. De therapeut moet zich bewust zijn van meerdere mandaten die spelen: het mandaat dat de cliënt geeft (legt hij alles in de schoot van de therapeut of is hij bereid mee te werken aan zijn behandeling?), het mandaat van het systeem rond de cliënt (wat is hun hulpvraag en hoe kunnen we tot compromissen komen?), van de verwijzer en de ruimere samenleving, de instelling en het team waarin de therapeut werkt en het mandaat dat de therapeut zelf wil vervullen (welke verwachtingen heeft hij persoonlijk?).

Het 3^e strategische niveau betreft hoe de therapeut zich positioneert (oplossingsgericht, toekomstgericht, gericht op verandering maar ook continuïteit). En, het 4^e tactische niveau betreft de concrete interventies van de therapeut: de vragen die hij stelt en opdrachten of technieken die hij geeft. Het oplossingsgerichte denken bevat veel interessante technieken (zie verder). De kunst bestaat erin ze met de juiste attitude op het juiste moment, aangepast aan de cliënt, in te brengen in het gesprek (Isebaert & Lefevere, 2022).

Therapie vergt een therapeut die zelf ook het hoofd boven water kan houden. Het Brugs model bespreekt de reddingskit voor drenkelingen. Die houdt in dat als we vastzitten in therapie, we best een stap terugzetten naar onze interventieniveaus: is onze epistemologie zuiver? Schatten we het mandaat van de cliënt niet verkeerd in? Zijn de doelen die we beogen duidelijk en werkbaar? Hanteren we zinvolle interventies? Werken we aan nieuwe gewoontes middels eenvoudige veranderingen in logos, pathos, oikos of ethos? Ook zinvol is stil te staan bij de emoties die de cliënt oproept bij de therapeut:

- Is de therapeut *verward* en weet hij niet waar te beginnen? Dan kunnen schaalvragen of een observatieopdracht of de 3 vragen van een tevreden leven helpen om mee te geven met de cliënt.
- Geraakt de therapeut *ontmoedigd of vertwijfeld* omdat de therapie niet echt aanslaat? Dan kan de therapeut zijn gevoel delen en er een gemeenschappelijk probleem van maken om samen op te lossen, werken met een hoopschaal, of zichzelf de 3 vragen van een tevreden leven stellen omtrent de begeleiding van de cliënt.
- Is de therapeut *bezorgd* op een manier die verlamrend is? Dan lijkt het aangewezen wat terughoudender te zijn en minder hard te werken voor de cliënt die het échte werk zelf moet doen. De therapeut kan natuurlijk ook uitdrukking geven aan zijn bezorgdheid en zo de therapeutische relatie terug voeden. Belangrijk om te beseffen is ook dat er een verschil is tussen therapeutisch en caritatief/helpend werken. Bij therapeutisch werken gaat de therapeut rusten en de cliënt werken. Bij helpend werken gaat de therapeut werken, en de cliënt rusten. Doel is therapeutisch te blijven werken.
- Ervaart de therapeut *verdriet*? Dan kan hij dat gevoel op een empathische manier delen met de cliënt en verder goed voor zichzelf zorgen.
- Bij *ergernis*, neemt de therapeut best een break om tot rust te kunnen komen en zich af te vragen wat hij wél aan de cliënt kan waarderen. Lukt dit niet, kan hij ook de cliënt humoristisch confronteren of, eventueel, doorverwijzen als de ergernis blijft.

- Is de therapeut *angstig* over het welzijn van de cliënt, dan wordt er best een beschermend mandaat opgenomen (liefst door een andere persoon omdat dit de therapeutische relatie onherstelbaar kan schaden).
- Bij *verveling*, gaat de therapeut best zo snel mogelijk iets ondernemen: doelen opfrissen, een ingewikkelde opdracht geven ter afwisseling, tevreden zijn met kleine resultaten of zich proberen inleven in de cliënt en teruggeven welk gevoel je bij hem meent te bespeuren.

Als laatste, als de therapeut vastloopt, dan moet hij ook niet altijd iets doen. Uiteindelijk is een groot deel van de verandering te wijten aan extra-therapeutische factoren en aan veranderingen buiten de sessies. Tegen de volgende sessie kan er iets in de omgeving van de cliënt gebeurd zijn, dat het proces weer op gang kan brengen (Isebaert & Lefevere, 2022).

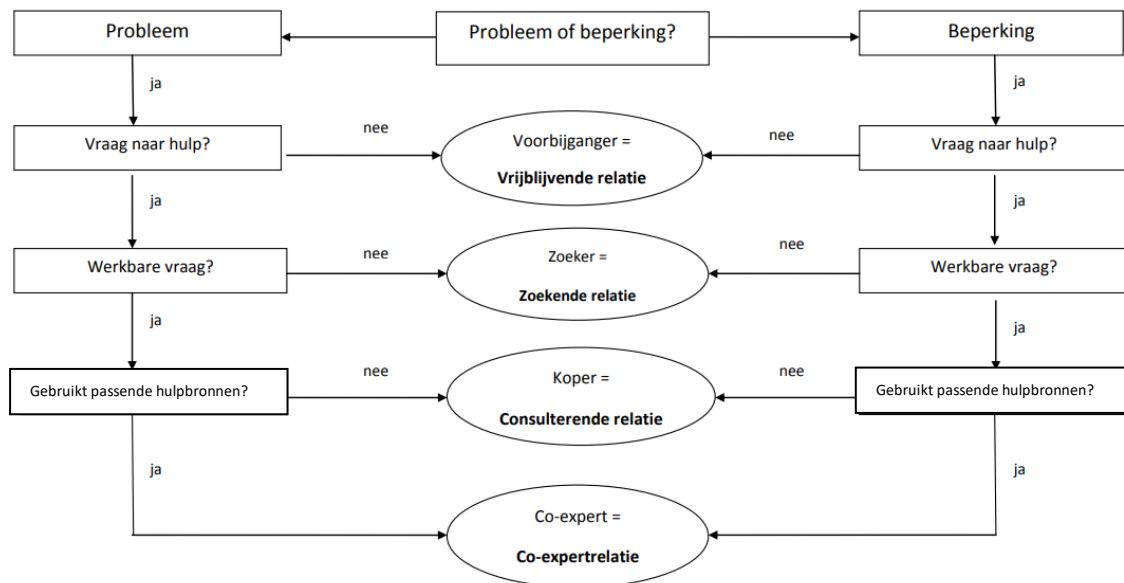
Therapie betekent het ontwikkelen van een therapeutische alliantie met een zo hoog mogelijk niveau van betrokkenheid. Met niveau van betrokkenheid wordt het mandaat bedoeld: hoeveel de therapeut kan en mag doen met de cliënt. Onderstaande Brugse flowchart (een verfijning van het *visitor-complainant-customer* model van De Shazer) beschrijft 4 soorten relaties tussen cliënt en therapeut met een verschillende mate van veranderingsbereidheid: de vrijblijvende, zoekende, consulterende en co-expertenrelatie. Belangrijk om op te merken is dat het mandaat geen beschrijving is van de cliënt alleen maar van de dynamische relatie tussen de therapeut en de cliënt en een bepaald wordt door de mate waarin de therapeut aansluit bij de cliënt.

De kracht van de Brugse flowchart bestaat erin dat de therapeut zich afvraagt in welk soort relatie hij zit met de cliënt en zijn interventies daarop afstemt om zo de cliënt te begeleiden naar meer motivatie tot verandering richting de gewenste toekomst. Op die manier worden enkele belangrijke valkuilen in therapie voorkomen: de valkuil dat de therapeut weerstand of afhankelijkheid opwekt omdat hij te snel wil gaan, het proces overneemt van de cliënt, oplossingen aandraagt die niet passen bij de cliënt of waar de cliënt nog niet klaar voor is of verwacht dat de cliënt van bij het begin al intrinsiek gemotiveerd is en een werkbare hulpvraag formuleert (De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008).

Een andere meerwaarde van het Brugs model is dat het een onderscheid maakt tussen problemen, die oplosbaar zijn, en beperkingen, die onoplosbaar zijn. Hier wordt een andere valkuil in therapie mee voorkomen: problemen beschouwen als onoplosbare beperkingen, beperkingen benaderen als oplosbare problemen, het niet aanvaarden van beperkingen. Het onderscheid tussen problemen en beperkingen is niet altijd eenvoudig. De meeste moeilijkheden zijn complex; een deel ervan zijn problemen, een deel zijn beperkingen. Het leven in het algemeen bestaat uit problemen die we moeten oplossen en beperkingen of lotsbeschikkingen waar we moeten mee leren leven. Beperkingen kunnen naargelang hun aard onderverdeeld worden in 3 groepen: biologische beperkingen (bv. mannen kunnen geen kinderen krijgen, we worden allemaal ouder, ongeneeslijke aandoeningen), sociale/culturele beperkingen (bv. de tijd waarin we leven, de familie waarin we zijn geboren) en andere beperkingen (bv. vroegere keuzes of trauma's die ons gevormd hebben).

Hieronder de Brugse flowchart die is opgebouwd uit 4 vragen: a) *Gaat het om een probleem of beperking?* B) *Is er een hulpvraag?* C) *Is er een werkbare hulpvraag?* en D) *Gebruikt de cliënt zijn hulpbronnen?* Bij ieder van de 4 types mandaat horen technieken ter inspiratie. Er bestaan er nog veel meer; elke school heeft er ontwikkeld en elke therapeut kan diegene kiezen die hem het beste liggen (Isebaert & Lefevere, 2022).

Flowchart – Brugs model



Vrijblijvende relatie

In deze relatie formuleren cliënten geen hulpvraag. Ze presenteren problemen maar vragen ons niet om te helpen. Vaak zijn ze niet op eigen initiatief gekomen en willen ze geen hulp, of toch niet van ons. Dit wordt vaak gezien bij mensen met een verslavingsproblematiek die door hun omgeving gestuurd worden, mensen die door justitie verwezen worden, psychosomatische cliënten die geen voeling hebben met de psychische etiologie van hun symptomen en door een medicus worden verwezen. Deze cliënten kunnen therapeuten frustreren. Belangrijk is de motieven van deze cliënten hun gedrag te zien. Vaak hebben ze alle hoop opgegeven, geloven ze niet meer in verandering, vinden ze zichzelf onbekwaam, kunnen ze zich niet voorstellen hoe onze hulp iets voor hen zou kunnen betekenen, vertrouwen ze ons niet, hebben ze schrik voor een diagnose of oordeel, hebben ze ter zelfbescherming een muur van ontkenning opgetrokken,... Overwegen we deze cliënt te helpen en (nog) niet door te verwijzen, hoe kunnen we dan best reageren om deze mensen toch tot een hulpvraag te bewegen (zie Isebaert & Lefevere, 2022)?

- Verbondenheid creëren: een therapeutische vertrouwensrelatie opbouwen door erkenning te geven voor hun lijden en inzet en zo weinig mogelijk weerstand bieden.
- Competentiegevoel bevorderen:
 - o Interesse tonen in het leven van de cliënt
 - o Het stellen van geïnteresseerde introductievragen (zie verder)
 - o Bekrachtigende en ondersteunende reacties geven (zie verder)

- Complimenteren met zijn de komst naar de therapeut
- Respect tonen – tonen dat we de cliënt appreciëren en in zijn waarde laten
- Analoge verhalen vertellen waar de cliënt beter uitkomt in de vergelijking
- Niet van meet af aan praten over de moeilijkheden, eerder over competenties
- Autonomiegevoel bevorderen:
 - Keuzemogelijkheden scheppen zoals onderhandelen over een objectief (*Nu je hier toch bent, hoe het hier nu zo nuttig mogelijk maken?*)
 - Nuttigheidsvragen (zie verder)
 - Psycho-educatie geven over therapie en de problematiek. Mogelijkheden voorzichtig etaleren zonder iets van de cliënt te verwachten
- Werken met de verwijzer: de positieve intenties van de verwijzer in de verf zetten, de verwijzer begeleiden en superviseren in hoe hij zich anders kan gedragen zodat de cliënt ook iets zal veranderen in zijn ongewenste gewoonte, de druk van de verwijzer benutten (*Wat zou er moeten gebeuren zodat de verwijzer gerustgesteld kan zijn?*).

Zoekende relatie

Mensen in de zoekende relatie hebben wel een hulpvraag maar zien zichzelf niet in staat aan het werk te gaan. Ze kenmerken zich door het hebben van een onduidelijke hulpvraag of een zelf-verlammende houding of ze vinden dat anderen moeten veranderen en niet zichzelf. Als therapeut is het van belang niet in de valkuil te trappen de problemen voor de cliënt op te lossen of oplossingen te zoeken buiten de cliënt. Therapie werkt alleen als ze, in alliantie met de therapeut, voor en door de cliënt zelf geschiedt. De cliënt laten inzien dat ze zelf weldegelijk iets aan het problemen kunnen doen en hun zelfvertrouwen bevorderen is hier belangrijk. Een werkbare hulpvraag is idealiter door de cliënt zelf geformuleerd, aantrekkelijk, relevant en zinvol voor de cliënt, de aanwezigheid van iets (een wel-doel i.p.v. niet-doel), vertaalbaar naar kleine concrete tussenstappen, die door de cliënt zelf uitvoerbaar zijn, en realistisch aangepast zijn aan de mogelijkheden van de cliënt. Wat kunnen we best doen om deze zoekende mensen te bewegen naar een werkbare hulpvraag (zie Isebaert & Lefevere, 2022)?

- Alle interventies uit de vrijblijvende relatie
- Vragen en opdrachten ter reflectie of observatie met oriëntatie op het hier en nu:
 - 3 vragen van een tevreden leven (zie verder)
 - Uitzonderingsvragen (zie verder)
 - Schaalvragen (zie verder)
 - Behoudsvragen (zie verder)
 - Behoudsopdracht (zie verder)
 - Voortgangsvragen (zie verder)
 - Voortgangsoopdracht (zie verder)
 - Observatieopdracht (zie verder)
- Vragen en opdrachten ter reflectie of observatie met oriëntatie op de toekomst:
 - Doelvragen (zie verder)
 - Mirakelvraag (zie verder)
 - Mirakelopdracht (zie verder)

- Toekomstopdracht (zie verder)

Consulterende relatie

In de consulterende relatie wilt men geholpen worden én ziet men ook in dat men zijn problemen zelf moet aanpakken. Ze kunnen een werkbare hulpvraag formuleren maar missen de kennis en vaardigheid om passende resources, die ze in zich hebben, te benutten. Ze zijn bereid de expertise van de therapeut te 'kopen'. In dit type relatie kan de therapeut de cliënt technieken (doe-opdrachten of adviezen) aanbieden; niet dat deze dé oplossing zijn voor het probleem, wel zijn ze hulpmiddelen om de cliënt te laten ervaren dat hij in staat is zijn problemen op te lossen. Door technieken kunnen cliënten nieuwe mogelijkheden ontdekken, nieuwe competenties ontwikkelen en nieuwe keuzes maken. Naderhand kan de cliënt zijn eigen methodes ontwikkelen. Uiteindelijk is therapie cliënten helpen zichzelf te helpen. Oplossingen, net als problemen, horen de cliënt toe. Technieken worden bij voorkeur enkel gegeven als cliënten ernaar vragen en liefst worden er meerdere gegeven waartussen cliënten kunnen kiezen (keuzevrijheid!). Welke interventies zijn mogelijk bij een consulterend mandaat?

- Alle interventies uit de vrijblijvende en zoekende relatie
- Complimenten over de bereidheid tot verandering, over wat men al gedaan heeft, over hun inzet en geduld
- Enkele technieken of doe-opdrachten hieronder uit Isebaert en Lefevere (2022, pg. 189 – 219):
 - Logos: methoden om ongewenste piekergedachten te onderbreken:
 - De gedachtestop
 - De laatste vijf minuten (gedachten begrenzen in tijd)
 - De piekerstoel (gedachten begrenzen in ruimte)
 - Het piekerkwartier
 - De piekerwandeling
 - Logos: methoden om ongewenste piekergedachten af te leiden door een alternatieve inhoud te bieden aan het bewustzijn:
 - De paradoxale beloning (zie verder)
 - Mindfulness: aandacht voor de wereld rondom – het bewustzijn vullen met andere inhouden zodat ongewenste gedachten naar de achtergrond verdwijnen
 - De blijde boodschap met de linkerhand schrijven
 - De 54321 oefening, 54321 plus, 54321 met aanvaarding, vreugde en dankbaarheid
 - Meditatie-, ontspannings-, ademhalingsoefeningen
 - De brief voor regendagen
 - Eerste hulp in nood en het schatkistje
 - Éthos: methoden rond waarden en existentiële keuze:
 - Ergens niet aan denken (wat een paradoxaal effect heeft)
 - De engelbewaarder waarbij men op zoek gaat naar een goede eigenschap, deze in hypnose verankerd en meeneemt naar de verwerking van de probleemsituatie

- Ethos: methoden om gedrag te veranderen:
 - Doe iets anders opdracht (zie verder)
- Pathos: methoden die aansluiten bij het gevoelsniveau:
 - Paradoxe opdrachten met symptoomvoorschrijving (zie verder)
 - Paniek-op-het-toilet (exposure oefening) voor meer controle over de symptomen
 - Oplossingsgerichte progressieve desensitisering
 - Het kleine geluk
 - Bilaterale stimulatie
 - Schrijf, lees en verbrand
 - De drie beelden
- Oikos: de externe omgeving veranderen en zo uitlokkende stimuli voor de symptomen vermijden. De plaats, tijd of sociale context waarin de symptomen voorkomen veranderen, kan een begin zijn van het ontstaan van nieuwe gewoonten. Als veranderingen in de eigen omgeving van de cliënt niet volstaan, kan een ziekenhuisopname efficiënt zijn omdat in die beschermende context symptomen minder voorkomen en nieuwe gewoontes makkelijker uitgevoerd worden. De overgang naar de thuisomgeving wordt best ook goed voorbereid en begeleid.
- Bovenstaande technieken zijn niet limitatief. In diverse therapierichtingen en voor specifieke problematieken zijn er nog vele andere werkzame technieken ontwikkeld. Bijvoorbeeld, gedragsactivatie en het positief herkaderen van negatieve cognities en gevoelens bij depressie. Exposure therapie bij stress, angst of spanning. Stabilisatie-, confrontatie- en integratieoefeningen bij trauma,...

Expertenrelatie

In de experten relatie weet de cliënt welke resources hij kan inzetten om zijn problemen te lijf te gaan. De therapeut interesseert zich in de oplossingen en veranderingen die de cliënt tot stand heeft gebracht en neemt een doe-zo-voort-houding aan. De deskundigheid van de therapeut wordt nu geminimaliseerd om de zelfwerkzaamheid van de cliënt zo veel mogelijk te stimuleren. De therapeut gaat achter de cliënt gaan staan en houdt zich in om de cliënt niet voor de voeten te lopen. De therapeut vraagt wat er nu nog moet veranderen opdat de cliënt de therapie niet meer nodig heeft. Ook al ziet de therapeut nog problemen, stelt hij zich terughoudend op als de cliënt zich voldoende geholpen voelt. De ideale duur van therapie is immers zo weinig sessies als nodig zijn in de ogen van de cliënt. Om het resultaat nog even te bestendigen zijn één tot drie sessies aangewezen (Isebaert & Lefevere, 2022). Een andere parameter om af te ronden zijn de ORS scores van Barry Duncan (een platte lijn van symptoomscores in de groene zone). Bij mensen die moeilijk afscheid kunnen nemen en problemen blijven genereren, kunnen we zeggen dat ze ook nog mogen komen naar therapie als het goed gaat met hen. De therapie is best wel nog nuttig op één of andere manier. We willen immers vermijden dat cliënten afhankelijk worden.

Typische oplossingsgerichte vragen



Oplossingsgerichte vragen stellen is op zich al interveniëren omdat we ermee de focus verleggen van het probleem naar de oplossing. *The map is not the territory* (Alfred Korzybski): er zijn veel manieren om mee naar dezelfde werkelijkheid te kijken en al die visies zijn even juist. Er is niet 1 waarheid of werkelijkheid; iedereen heeft zijn eigen perceptie ervan. In oplossingsgerichte therapie gaan we door het stellen van oplossingsgerichte vragen een perceptiewijziging of herkadering maken van het probleemverhaal naar een verhaal van wensen, mogelijkheden, veranderbaarheid, sterktes,... Het probleem gesatureerd verhaal dat in begin van therapie aan bod komt, wordt oplossingsgericht beluisterd en uitgevraagd met volgende typische vragen (Bannink, 2019; De Bisscop, 2018, 2019).

Introductievragen. Bij de kennismaking gaat men naast vragen over de problemen vooral ook vragen stellen die peilen naar sterktes, positieve eigenschappen, eerdere successen, interesses, bezigheden, competenties, ...

Ondersteunende reacties/competentievragen zijn vragen naar kleine positieve details waarmee de cliënt uitgenodigd wordt om een succesverhaal over zichzelf te vertellen. Het betreffen ook allerlei bekrachtigingsreacties; *wow, super gedaan, dat zou ik niet kunnen,....* Bekrachtiging van cliënten hun inspanningen en voortgang is hen positief coachen en motiveren in hun toch wel moeilijke proces van gewoonteverandering.

Nuttigheidsvragen gaan over de vraag naar het nut van therapie? Zoals; *Wat zou nuttig zijn te bespreken opdat je tevreden naar huis zou kunnen gaan? In welke mate wordt er gepraat over dingen waarover je wil praten? Hoe past de manier van werken in de sessies bij jou?*

Vragen naar verandering. Verandering gebeurt altijd en daar is de oplossingsgericht therapeut nieuwsgierig naar. Deze type vragen betreffen allerlei vragen die peilen naar verandering, tussen sessies door, nog voor er sprake was van therapie en veranderingen die hun intrede deden sinds het maken van een afspraak voor therapie. Voorbeeldvragen zijn:

Wat gaat beter sinds het maken van de (eerste) afspraak? Wat heeft men al geleerd rond zijn klacht nog voor men in therapie kwam? Op welke resources heeft men al zicht?

3 vragen van een tevreden leven (hulpbronnen intern en extern in omgeving). Deze vragen klinken als volgt: *Wat heb ik vandaag gedaan dat maakt dat ik over mezelf tevreden ben? Wat heeft iemand anders gedaan waarover ik tevreden ben? Was mijn reactie zo, dat die persoon misschien nog wel eens zoiets doet? Wat heb ik vandaag nog opgemerkt waarmee ik tevreden kan zijn.* Deze vragen worden soms aangepast naargelang de aard van de problematiek. Bijvoorbeeld in relatietherapie luidt de 2e vraag: *Wat heeft mijn partner vandaag gedaan waarover ik tevreden ben?* Of bij depressieve cliënten: *Mocht ik tevreden kunnen zijn, wat heb ik vandaag gedaan waarover ik tevreden ben?*

Doelvragen. Dit zijn vragen naar de uitkomst van therapie; de gewenste situatie die de cliënt wilt bereiken. Komen tot een werkbare hulpvraag is cruciaal, zeker als cliënten nog in de zoekende relatie zitten. Bij doelvragen gaat het niet om wat men niet meer wil, maar om wat men wenst in de plaats van het probleem. Doelen zijn best ook klein, realistisch en concreet. Doelvragen zijn allesbehalve evident omdat ze ongewoon zijn voor de meeste mensen. De verwachting is dat die vragen initieel een niet-weten conversatie op gang brengen waar de therapeut de cliënt bijstaat in zijn zoektocht.

Vragen naar uitzonderingen. De focus ligt hier op momenten waarop het probleem werd verwacht maar niet of minder optrad. De therapeut gaat dergelijke uitzonderingsmomenten pitbullgewijs tot in de diepte exploreren om hulpbronnen te ontdekken die daarmee te maken hadden. Er kan ook gekeken worden naar hoe de uitzondering zich manifesteerde: zomaar? Dan kan verdere observatie nuttig zijn. Of onder bepaalde omstandigheden? Dan kan het nuttig zijn de omstandigheden vaker te creëren. Of werd de uitzondering bewust opgewekt? Dan kan er gevraagd worden deze bewuster in zijn gewoonte in te brengen. Enkele voorbeeld uitzonderingsvragen: *Wanneer is het probleem minder aanwezig? Wanneer heeft de gewenste situatie zich al eens beetje voorgedaan? Wanneer gaat het wat beter? Hoe krijg je het voor mekaar dat het soms beter gaat? Wat doe of denk je dan anders? Wat helpt nog meer?* Deze vragen zijn erg belangrijk omdat ze verwijzen naar oplossingen die reeds bestaan. Ze leveren ook het bewijs dat de cliënt nog altijd kan kiezen, ook al is men zich daar niet van bewust.

Schaalvragen zijn van belang om zwart-wit denken te doorbreken en meer differentiatie aan te brengen in het denken van cliënten. Schaalvragen maken cliënten bewust dat verandering iets gradueel is en gaat om het zetten van kleine stapjes. Schalen gaan meestal van 0 tot 10, soms ook van -10 tot 0 om beter te joinen met sombere cliënten. Schaalvragen kunnen worden gehanteerd om voortgang te meten inzake doelbereiking (*Waar staan we nu, hoeveel van de weg al afgelegd, en hoeveel nog te gaan?*), om hulpbronnen te identificeren (*U bent nu op punt x, hoe daar al geraakt? Wie/wat hielp al? Hoe voorkom je erger? Wat zie je je doen als je een punt hoger bent?*), om de haalbaarheid van het doel te concretiseren (*Tot waar kan je geraken?*), om de motivatie van de cliënt te verkennen (*Hoe gemotiveerd bent u om het probleem op te lossen of de beperking te aanvaarden?*), om de mate van geloof, hoop en vertrouwen van cliënten in te schatten (*Hoeveel hoop hebt u in beterschap?*). Schaalvragen kunnen ook circulair gesteld worden (bvb. *Hoe gemotiveerd bent*

u volgens uw man?, Hoeveel hoop heeft uw man in het vinden van een oplossing? Hoeveel vooruitgang is er volgens hem?).

Behoudsvraag zijn vragen als: *Wat gaat goed en wilt men behouden? Welke goede gewoonten bestaan er nu al? Welke vaardigheden en hulpbronnen zijn er al? Welke beslissingen heeft men reeds genomen om erger te voorkomen? Wat zijn de goede aspecten in de ongewenste gewoontes?*

Voortgangsvragen peilen naar veranderingen tussen de sessies door. Iedere volgende sessie kan starten met de vraag wat er intussen al een beetje beter gegaan is. Deze vragen consequent stellen, helpt cliënten hun aandacht te verschuiven naar werkzame factoren.

Mirakelvraag. Dit is zowat de bekendste vraag in het oplossingsgerichte werken met als doel concreet zicht te krijgen op de gewenste toekomst of uitkomst van therapie. Met deze vraag gaat men het leven omschrijven van de dag dat het probleem voldoende is opgelost. Na een goed opgebouwde *yes-set* wordt de cliënt in een lichte trance gebracht, waarna de therapeut de eigenlijke vraag stelt: *Laat ons aannemen dat er mirakels bestaan. En, terwijl u vannacht gaat slapen gebeurt er zo'n mirakel, zonder dat jullie het weten, waardoor het probleem waarvoor jullie komen voldoende is opgelost. Waaraan zullen jullie dat merken morgenvroeg? Wat doen jullie dan? Waaraan zullen je ouders, kinderen, partner, vrienden het merken?* Deze vraag wordt heel gedetailleerd uitgewerkt, de gewenste scène wordt zo concreet mogelijk geschetst. Nadien keert de therapeut met de cliënt terug naar de werkelijkheid door bijvoorbeeld door een schaalvraag te stellen: *Op een schaal van 0-10 waarbij 10 de situatie is nadat het wonder is opgetreden, waar sta je nu en wat zit er in die score?* Terugkeer naar de realiteit kan ook door te vragen of er de laatste tijd reeds deeltjes van het mirakel aanwezig waren of te vragen de komende tijd elke dag eens te observeren of er deeltjes van het mirakel zichtbaar worden. Ook hier ligt de focus weer op kleine stapjes, ter bevordering van de motivatie.

Vragen naar hulpbronnen waarbij hulpbronnen zowat alles betreffen dat de cliënt dichterbij de gewenste toestand kan brengen (*Hoe doe je dat? Wie helpt je nog meer? Wat helpt je nog meer?*). We vinden hulpbronnen in uitzonderingsmomenten of variaties in het probleem maar ook het probleemgedrag zelf dat sleutels tot oplossingen bevat. Hulpbronnen kunnen van alles zijn: sterktes, talenten, uitzonderingen, ervaringen, gedachten, gevoelens, vaardigheden, begaafdheden, wetens, gewoontes, instellingen, wensen, verwachtingen, hoop, intenties, contacten, relaties, hechtingen, invloeden, loyaliteiten,....

Copingvragen stelt men voornamelijk bij beperkingen en gaan over hoe men het redt of volhoudt ondanks de moeilijkheden die weinig of niet veranderbaar zijn. Ingeval van beperkingen, gaat men dus niet zoeken naar oplossingen maar naar manieren om er beter mee te leren omgaan: *Hoe ga je om met je beperking? Hoe slaag je erin elke dag op te staan en zelfs naar therapie te komen? Hoe slaag je erin met zo'n situatie om te gaan? Hoe krijg je het voor elkaar dat je er soms beter mee om kan?* Copingvragen onthullen sterktes en hulpbronnen en vergroten de ego-sterkte van cliënten.

'Wat nog meer' vragen zijn vragen waarbij men gaat doorvragen naar alles wat lijkt op een succes, hulpbron of iets dat de cliënt van zichzelf waardeert.

Typische oplossingsgerichte opdrachten



Kenmerkend aan oplossingsgerichte therapie is het werken met opdrachten van zodra er meer dan een vrijblijvend mandaat is in therapie (zie eerder). Hieronder enkele typische opdrachten die gesuggereerd kunnen worden aan cliënten op het einde van de sessie. Middels thuisopdrachten kunnen cliënten tussen de sessies door ook met therapie bezig zijn (De Bisscop, 2018, 2019; Isebaert & Lefever, 2022).

Behoudsopdracht. Ook gekend als de *first formula task*: *Observeer wat er in je leven nu speelt, dat goed gaat en je wilt blijven behouden*. Het effect van deze opdracht is dat het cliënten geruststelt dat niet alles moet veranderen. Zeker mensen in de zoekende relatie kunnen verandering van ongewenste gewoonten nog te bedreigend vinden. De behoudsopdracht is nuttig in het bewustmaken en versterken van dingen die al goed lopen.

Voortgangsoopdracht. Hier ligt de focus niet zozeer op wat mag blijven als in de behoudsopdracht, maar veeleer op wat nieuw is. Is geschikt voor mensen in de zoekende relatie die toch al gericht zijn op vooruitgang. Hier vraagt de therapeut de cliënt om naast het observeren van wat ze zeker willen behouden, ook eens na te gaan of ze nieuwe dingen kunnen ontdekken die hen aanstaan en die ze willen behouden. Ook hier wordt nog geen actieve vraag naar verandering gesteld, maar wel wordt de aandacht zacht verschoven naar het positieve wat de *self-efficacy* van de cliënt vergroot.

Observatieopdracht. Hier geeft men de opdracht aan de cliënt zijn probleem te observeren. Men kan vragen het verloop te observeren: in welke omstandigheden treedt het op, hoe verloopt het, hoe eindigt het, welke varianten zijn er, wat doe je al om het onder controle te krijgen,... Er kan ook gevraagd worden, volgend op een schaalvraag, elke dag eens te overlopen of er momenten waren dat men een punt hoger stond op de schaal en wat toen anders was, of – als men afgleed naar een lagere score – hoe men terug wat hoger is kunnen komen. Ook kunnen invulformulieren gebruikt worden waar cliënten voor elke dag van de week kunnen aangeven hoezeer ze last hadden van hun symptoom, bij wie, waar, en wat maakte dat het er was en hoe het is gestopt. Observatieopdrachten veronderstellen geen actieve verandering en zijn dus weinig bedreigend. Wel zijn ze uitermate nuttig om cliënten

een beter zicht te geven op hun probleemverloop en op differentiatie erin. Ook krijgen ze zicht op uitzonderingsmomenten waarbij ze andere dingen doen dan het probleem stellen. Ze merken stukjes oplossingen op, worden geïnspireerd door alternatief gedrag, en krijgen terug het gevoel van (partiële) controle over hun probleem.

Mirakelopdracht. Betreft de opdracht op bepaalde tijdstippen te doen alsof het mirakel gebeurd is. De cliënt wordt gevraagd de volgende sessie te vertellen wat hij precies gedaan heeft, welk gevoel en welke gedachten hij daarbij had en hoe de omgeving erop reageerde. Dergelijke doe-alsof-opdrachten bieden een veilige context om nieuw gedrag te verkennen.

Toekomstopdrachten. Bij deze oefeningen wordt de toekomst als hulpbron gebruikt. Bvb. *Schrijf een brief uit de gewenste toekomst naar iemand die je dierbaar is en breng onder woorden hoe het met je gaat, hoe je zover bent kunnen komen, hoe je leven eruit ziet,... Laat je oudere en wijzere versie van jezelf een brief schrijven naar je huidige zelf met goede raad... Morgen ontvang je een brief van je oudere, wijzere ik uit de toekomst, welke ideeën lees je daarin om je leven en problemen nu aan te pakken?... Stel je 1 dag voor in je leven 1 jaar nadat je die beslissing nam of het probleem is opgelost; hoe ziet die dag eruit?... Bedenk hoe je herinnerd wilt worden als je komt te overlijden... Bedenk wat je wilt dat mensen over je zeggen de dag van je begrafenis... Wat wil je dat er op je gedenksteen zal staan?... Hoe ziet een 5 jarenplan eruit om je gewenste toekomst werkelijkheid te laten worden?*

Doe-eens-iets-anders-opdracht is een opdracht waarbij men iets kleins gaat veranderen in de symptoomsequens. Het veranderen van een schijnbaar onbenullig iets kan een cascade effect hebben. Deze opdracht is zeker interessant bij zeer rigide of sterk geautomatiseerde gewoonten (zoals verslaving, dwang, eetstoornissen) waarbij kleine veranderingen geen weerstand opwekken. Zoals, men mag blijven roken, maar het pakje sigaretten moet men op zolder leggen en de aansteker in de kelder. Of, als men niet kan slapen, opstaan om iets te doen dat moet gebeuren maar men niet leuk vindt om te doen. Langs deze weg komt de cliënt tot inzicht dat hij iets kan veranderen en uiteindelijk kunnen verschillende kleine stapjes samen een groot verschil maken.

Paradoxe opdrachten betreffen een therapeutische double bind, d.w.z. het creëren van een win-win situatie i.p.v. een verlies-verlies situatie zoals bij de oorspronkelijke double bind communicatietheorie waarbij men altijd verliest eender hoe men reageert. Met paradoxale opdrachten beoogt men een onontkoombare win-win te installeren. Bij symptoomvoorschrijvingen schrijft men het symptoom voor uit respect voor het symptoom, wat immers de beste oplossing is die de cliënt op dat moment voorhanden heeft. Door symptoomvoorschrijving geeft men ook erkenning aan het helpende aspect van het symptoom; het symptoom helpt uiteindelijk ergens voor en we zoeken hoe diezelfde hulp kan op een comfortabelere manier (= een nieuwe keuze). Het symptoom wordt dus niet zomaar weggegooid en men probeert te komen tot verandering door geen verandering voor te schrijven. Bij de paradoxale beloning beloont men zichzelf als men niet aan het symptoom heeft kunnen weerstaan. Hierdoor kan men niet anders dan het goed doen: als men het symptoom niet produceert is het goed, en als men het wel toont, is het ook goed. De alternatieve visie die wordt aangeleverd en het vrolijke aan de opdracht die de symptomen

relatieveert zijn de werkzame mechanismen ervan. Het paradoxale effect ontstaat dan wanneer de cliënt begint uit te kijken naar het symptoom om de beloning te verwerven.

Aandachtspunten bij opdrachten. Om het succes van een opdracht te vergroten, hier nog enkele aandachtspunten in verband met het opstellen, formuleren en evalueren ervan.

Opstelling van een opdracht:

- Best afgestemd op het mandaat in therapie en de hulpvraag van de cliënt zelf.
- Best ecologisch valide, d.w.z. aangepast aan de cliënt/het leven van de cliënt.
- Kan iemand (uit het systeem) de cliënt helpen in de uitvoering van de opdracht?
- Moet misschien niet nieuws te zijn. Het meer gaan doen van dingen die reeds werkten of die men nu al een beetje doet, is even zinvol (bvb. vroegere ademhalingsoefeningen terug dagelijks toepassen).
- Hoe kleiner en eenvoudiger, hoe meer kans op slagen.

Formulering van de opdracht:

- Best op het einde van het gesprek, al dan niet na een korte pauze voor de therapeut.
- Nadat de therapeut eerst een yes-set heeft gecreëerd,
- wordt de opdracht traag geformuleerd en de rationale ervan kort toegelicht.
- Daarna wordt de sessie best meteen afgerond.

Evaluatie:

- De eerstvolgende sessie.
- De cliënt wordt sowieso gecompimenteerd voor de uitvoering, zelfs als hij de opdracht niet gedaan heeft of op een andere, meer eigen manier.
- Werkte de opdracht? Doe er dan meer van!
- Werkte de opdracht niet? Dan de inzet complimenteren, het resultaat normaliseren, erkenning geven aan de last van de hardnekkige gewoonte en differentiëren (wat in de opdracht lukte wel een beetje?).

Oplossingsgerichte therapie tot slot in een notendop



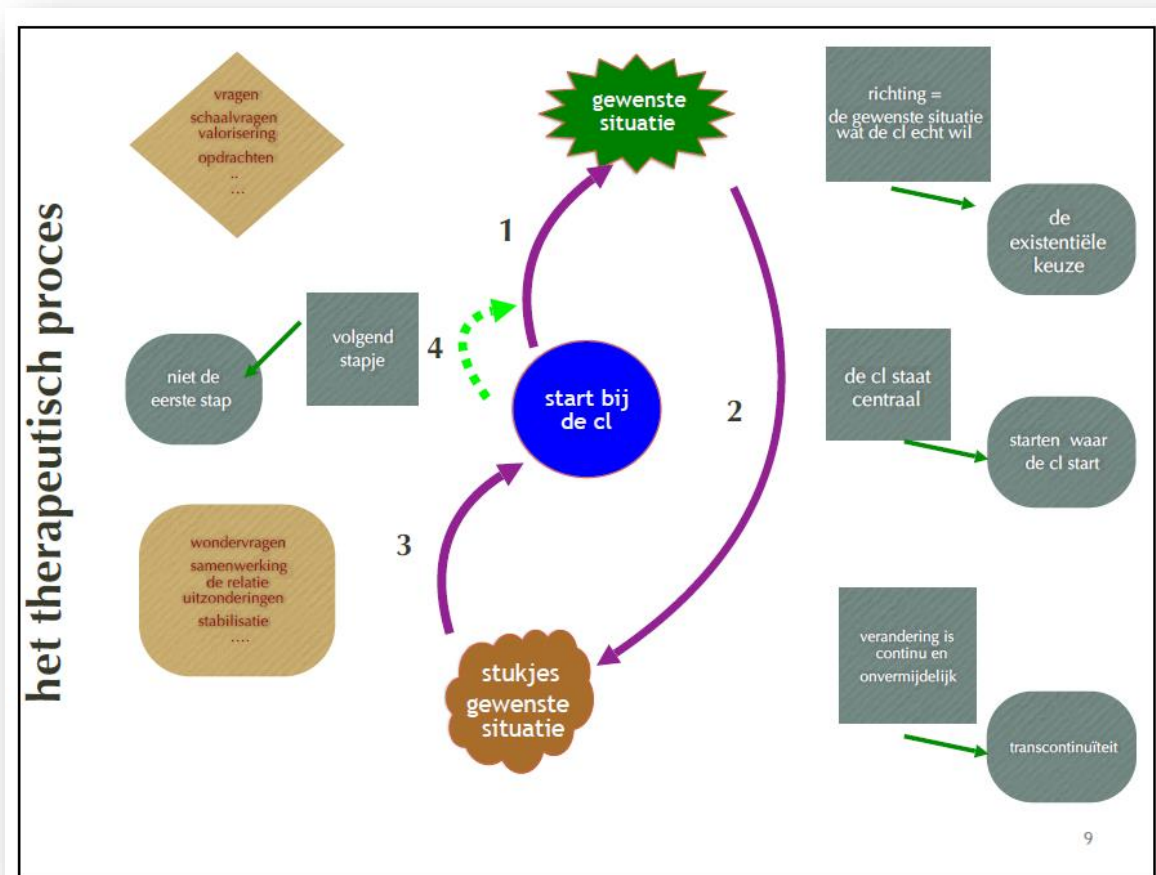
Naast Isebaert en Lefevere (2022) heeft Erwin de Bisscop (2018, 2019) van de Brugse groep, bij wijze van samenvatting, zijn 10 principes van oplossingsgericht werk en 10 geboden van respect omschreven als volgt:

De 10 principes van oplossingsgericht werk

1. Gerichtheid op gezondheid (sterktes, talenten, kwaliteiten,...)
2. Utilisatie: zoveel mogelijk van de cliënten(systemen) laten komen
3. Verandering is onvermijdelijk en uitzonderingen bestaan altijd
4. Toekomstgericht werken
5. Werken naar duidelijke doelstellingen
6. Coöperatie is van primordiaal belang
7. Cliënten hebben autopoëtische mechanismen
8. Keuzes: cliënten kiezen het doel van therapie, het tempo, en het einde van therapie
9. Mandaat: waar positioneren we ons in de flowchart?
10. Focus op oplossingen in plaats van problemen

De 10 geboden van respect

1. De cliënt is de expert
2. Zijn objectieven zijn de objectieven
3. De cliënt komt om coöperatief te zijn
4. Hij bepaalt het ritme van de sessies
5. Hij bepaalt het begin en het einde van therapie
6. De therapeut zoekt de resources
7. Weerstand is nuttige info
8. De therapeut valoriseert inspanningen
9. De therapeut valoriseert de creativiteit
10. Het symptoom wordt gerespecteerd



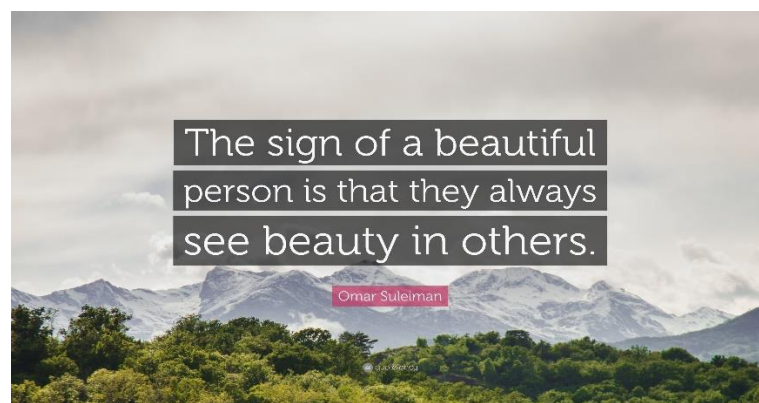
Bovenstaande figuur drukt, als laatste, nog eens de ultieme kern uit het van oplossingsgericht therapieproces. Met ‘oplossing’ verwijst men niet naar een oplossing voor de problemen of een middel dat de symptomen oplost maar naar de *state of being solved*: de gewenste situatie van de cliënt oftewel zijn existentiële keuze en de persoon die men wilt zijn (identiteit). De gesprekken gaan over wat men wenst in de plaats van het probleem en het opbouwen van een context waarin het probleem geen probleem meer is of er niet meer is. Oplossingsgerichte gespreksvoering beoogt verandering te faciliteren in de richting van de gewenste toekomst van de cliënt. Daartoe gaat men op zoek naar uitzonderingsmomenten (of hypothetische oplossingen) waarop de gewenste situatie soms al een beetje aanwezig is. Die momenten worden in de diepte geanalyseerd op hulpbronnen: welke ingrediënten waren toen aanwezig in de cliënt of diens context die vaker kunnen worden ingezet? Wat reeds helpt, meer gaan doen én samen nadenken wat een volgend klein stapje kan zijn richting de gewenste toekomst, is wat centraal staat. De progressie wordt veelal bijgehouden en gemeten met schaalvragen. Het ultieme doel is naast de ongewenste gewoonten nieuwe gewoonten te ontwikkelen en automatiseren die minder lijden veroorzaken en waartussen men kan kiezen. Kleine aanpassingen aan een gewoonte kunnen al volstaan om een nieuwe gewoonte te ontwikkelen (De Wolf & Le Fevere de Ten Hove, 2008; Lefevere, 2019).

Volgende slotspreuk drukt m.i. ook mooi de kern van het oplossingsgerichte denken uit:

*“We helpen de cliënt te veranderen wat hij wil veranderen,
te aanvaarden wat hij niet kan veranderen,
tevreden te zijn met zijn bestaan (als hij leeft zoals hij dat wil).
Dit betekent onder meer dat hij gewoontes waar hij voor kiest inoefent”*
(Isebaert & Lefevere, 2022).

Besluit

Ik herinner me nog de allereerste opleidingsdag en de allereerste slide die toen werd geprojecteerd op het scherm: *The sign of a beautiful person is that they always see beauty in others*. Ik voelde in mijn hele zijn; hier ben ik op mijn plaats! De gehele opleiding doorheen de 4 studie jaren bevestigde mijn existentiële keuzes rond hoe ik in het leven wil staan en hoe ik mensen wil bejegenen: geloven in het goede van eenieder, respect hebben voor ieders inzet, geloven in de krachten van mensen, ieders goede bedoelingen zien, mensen motiveren op een positieve manier,... Het is fijn mensen te doen groeien en er na ieder gesprek voor te zorgen dat ze wat lichter en sterker terug huiswaarts keren. Dat ze zich gesteund voelen en positieve energie meekrijgen om de resources die ze in zich hebben nog meer te benutten. Voor mezelf maakt deze therapiestroming de zwaarte van onze job ook draaglijker. Evenzo geven cliënten geregeld terug er ‘deugd’ van te hebben en ‘lichter’ en ‘hoopvoller’ te worden doorheen onze gesprekken. Bovendien is het aangenaam op korte tijd vooruitgang te zien. Uiteindelijk verkiezen ook de meeste cliënten sneller verandering te zien zonder langdurige therapie die kosten- en tijdrovend is. De cliëntgerichtheid ervaar ik ook als een must: werken met hulpvraag van de cliënt, de cliënt terug keuze geven. Het oplossingsgericht werken is bovendien flexibel en breed toepasbaar op een breed scala aan problemen. Tot slot geloof ik ook erg in het oplossingsgerichte model omdat het tegemoet komt aan de diepmenselijk psychologische basisbehoeften van verbondenheid (therapeutische alliantie), autonomie (eigen keuze) en competentie (ondersteuning van zelfvertrouwen). Deze behoeften, stelt de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2017), zorgen, bij vervulling ervan, voor een optimaal functioneren, welbevinden en groei van een persoon. Kortom, ik ben tevreden en wens het oplossingsgerichte denken nog lang levendig te houden in mijn werk, leven en mens-zijn. Bedankt voor de leerschool!



Bronnen

Bannink, F. (2019). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Pearson Benelux B.V.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. Toronto: Bantam

De Bisscop, E. (2018). *Een alcoholprobleem? Wat nu?* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

De Bisscop, E. (2019). *Een relatieprobleem? Wat nu?* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

De Wolf, E. & Le Fevere de Ten Hove, M. (2008). Oplossingsgericht perspectief. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek Systeemtherapie* (pp. 325-339). Amsterdam: Boom.

Gonzalez, C. (2017). Erickson, Milton. In J. Lebow, A. Chambers, D. Breunlin (eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_908-1

Isebaert, L & Lefevere, G. (2022). *De therapeutische alliantie: Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie*. Gent: Academia Press.

Korzybski instituut (2023). Infobrochure academiejaar 2023-2024. <https://cdn.webdoos.io/korzybski/Informatiebrochure%202023-2024.pdf>

Miller, S.D., Duncan, B.L. & Johnson, L. (2002). SRS en ORS (Nederlandse vertaling A. Hafkenscheid, i.s.m. D. Been, S. de Boer, A. Boon, P. Breukers, M. Crouzen & P. Teune).

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Publishing.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

<https://podcasts.apple.com/be/podcast/psychiater-myriam-lefevere-de-ten-hove/id1530735132?i=1000490505619>

https://nl.wikipedia.org/wiki/Korzybski_instituut