

*Je hebt honger en besluit in een restaurant te gaan eten. Nadat je een tijdje hebt gewacht kun je gaan zitten. De ober begint je vragen te stellen over je honger: hoe erg is het, waarom heb je honger, hoe lang heb je het al, had je vroeger ook wel eens honger, welke rol speelde honger in je ouderlijk gezin, welke nadelen en misschien voordelen heeft honger voor je?*

*Als je daarna, nog hongeriger geworden, vraagt eindelijk te kunnen eten, wil de ober dat je eerst vragenlijsten invult over honger (en wellicht over andere zaken die hij belangrijk vindt). Als dat allemaal is gebeurd, krijg je een menu voorgeschoteld dat je niet zelf gekozen hebt, maar waarvan de ober zegt dat het goed voor je is en eerder hongerige mensen heeft geholpen.*

*Hoe groot schat je de kans dat je tevreden uit dit restaurant vertrekt?*

**Bouwen aan oplossingen of problemen oplossen** In de traditionele (g)gz, in het onderwijs en in organisaties wordt meestal het analytische *medische model* gebruikt, ook wel het *oorzaak-gevolgmodel* genoemd. Er wordt uitgezocht wat er precies aan de hand is om een ‘diagnose’ te kunnen stellen (wat is er mis?), voordat reparatie kan plaatsvinden. Het model is nuttig als het gaat om relatief eenvoudige problemen, die kunnen worden teruggebracht tot eenvoudige en eenduidige oorzaken, zoals bij een aantal medische of mechanische problemen het geval is. Het medische model bestaat uit:

Onderzoek → diagnose → voorgeschreven behandeling = symptoomreductie

Als het om gespreksvoering gaat heeft dit model echter een groot nadeel, namelijk dat het sterk probleemgericht is. Als het probleem en mogelijke oorzaken worden uitgediept, kan er een vicieuze cirkel ontstaan met steeds groter wordende problemen. De sfeer raakt beladen met problemen, waardoor het gevaar dreigt dat de oplossing steeds verder uit het zicht raakt en de hoop op verbetering afneemt. Het uitdiepen van het probleem leidt niet zelden tot voortijdige beëindiging van de gesprekken, omdat er niets verandert en de cliënt de hoop op verbetering verliest.

Andere nadelen zijn:

- In complexe, interactieve situaties zijn oorzaken vaak niet op te sporen.
- Het gevaar bestaat dat we ons te snel vastleggen op een bepaalde oorzaak, omdat die makkelijk aan te wijzen is, terwijl we de rest van de situatie en mogelijke andere oorzaken negeren.
- We kunnen soms wel de oorzaak ontdekken, maar deze niet verwijderen.
- Meestal is het niet zo dat als de oorzaak verdwenen is ook het probleem is opgelost en alles weer normaal is.

Het oplossingsgerichte model brengt hierin verandering. Cliënten en professionals krijgen weer hoop, omdat cliënten uitgenodigd worden de gewenste toekomst en oplossingen voor het bereiken van hun doel te ontwerpen. Meer over het belang van hoop, de *hooptheorie* en hoe het bieden van hoop tot succes kan leiden vind je in hoofdstuk drie en zes). Tabel één aan het eind van dit hoofdstuk geeft een overzicht van verschillen tussen het probleemgerichte en oplossingsgerichte model. Onderzoek heeft aangetoond dat oplossingsgericht werken in het kader van psychotherapie minder tijd kost dan probleemgericht werken (Franklin, Trepper, Gingerich & McCollum, 2012) – en daarmee meer kosteneffectief is; dat de autonomie van cliënten goed is gewaarborgd (Stams, Dekovic, Buist & de Vries, 2006) en dat er minder burn-out bij behandelaars voorkomt (Medina & Beyebach, 2014). Grant en O'Connor (2010) hebben de verschillen onderzocht tussen probleemgerichte en oplossingsgerichte vragen in het kader van coaching. Zij vonden dat probleemgerichte vragen weliswaar zorgden voor afname van negatieve emoties, maar niet voor toename van positieve emoties, terwijl oplossingsgerichte vragen voor beide zorgden. Bijzonder was verder dat oplossingsgerichte vragen voor meer inzicht in de problematiek zorgden dan probleemgerichte vragen.

Huisarts: *'Het consult is echt veel lichter en leuker. Het is minder zwaar allemaal. En daar kan je heel vrolijk van worden. Patiënten komen vaak ook verder. Het is dikwijls effectief.'*

De rol van oplossingsgerichte professionals is ook anders: zij zijn niet de experts die diagnoses stellen en adviezen geven, maar beschouwen hun cliënten als co-experts. Omdat de gewenste uitkomst niets te maken hoeft te hebben met het probleem of de klacht kan oplossingsgericht werken gezien worden als een diagnose-overstijgende vorm van gespreksvoering. Bij diagnostiek wordt uitgegaan van het model van *stepped diagnosis*, analoog aan het model in de (g)gz van *stepped care* (Bakker & Bannink, 2008). Een collega noemde probleemgerichte gespreksvoering 'probleemzoekende gespreksvoering'. Sigmund, de stripfiguur voorin het boek, gaat nog een stapje verder: hij spreekt over 'probleemverhevigende' psychotherapie.

**Paradigma van de analyse en synthese** In de wetenschapsfilosofie zijn er twee wegen om de wereld begrijpelijk te maken. Het *paradigma van de analyse* maakt gebruik van *reductionisme* als werkvorm. Hierbij pro-

beren we een systeem te begrijpen door het op te delen in de samenstellende elementen. Die worden geïsoleerd onderzocht en het systeem wordt vervolgens gezien als een optelsom van de elementen. Een voorwaarde hiervoor is lineariteit. Zuivere lineariteit bestaat echter alleen als theoretisch model. De letterlijk ontelbare interacties tussen alle elementen in onze werkelijkheid maken deze tot een niet-lineaire aangelegenheid. In een bepaalde omgeving kunnen interacties relatief stabiel en voorspelbaar zijn, bijvoorbeeld bij eenvoudige, mechanische vraagstukken. Reductionisme is dan een aantrekkelijke aanpak. Veel vraagstukken zijn echter complex en onregelmatig.

*Emergentie* is een mooi begrip om het effect van de ontelbare interacties duidelijk te maken. Het verschijnen van nieuwe eigenschappen in een systeem door grote hoeveelheden interacties tussen kleinere elementen wordt emergentie genoemd als de kleinere elementen deze eigenschappen niet vertonen. Een voorbeeld van een emergente eigenschap is kleur. Individuele atomen hebben geen kleur. Rangschikking van grote aantallen atomen doet bij absorberen en weerkaatsen van licht een kleur ontstaan. Een mierenkolonie is een ander goed voorbeeld. Aan de hand van het gedrag van één mier kan men niet afleiden hoe het gedrag van een mierenkolonie als geheel georganiseerd is. Ook temperatuur, vloeibaarheid, druk, cultuur, taal en gezondheid zijn emergente eigenschappen. Het begrip *emergentie* onderscheidt zich van *oorzakelijkheid* doordat het niet specifiek van toepassing is op wetenschappelijke experimenten, waarbij meestal maar één oorzaak-gevolgrelatie centraal staat. Bij emergentie is sprake van een oneindige of zeer grote hoeveelheid oorzaken die allemaal samen en tegelijkertijd optreden.

Naast analyse kent de wetenschap het *paradigma van de synthese*. Hierbij ziet men een onderwerp niet als optelsom van componenten, maar kijkt men naar de samenhang van relaties tussen de componenten binnen het geheel. Het concentreert zich op de dynamiek. Het zijn vooral complexe systemen die gekenmerkt worden door deze samenhang van relaties. Het functionele paradigma van de synthese biedt fundamenteel andere mogelijkheden. Oplossingsgericht werken past in dit paradigma. Het is een belangrijk instrument bij vraagstukken waar het reductionisme tekortschiet. Het reductionisme is ontwikkeld tot een zeer hoog niveau, het is succesvol, maar kent ook beperkingen. De combinatie met oplossingsgericht werken geeft aanvullende mogelijkheden. Het gaat niet om het *waarom*, maar om het *hoe*. Je kunt het zien als ‘the best of both worlds’.

Voorbeelden van analyse en synthese in de huisartsenpraktijk (Bannink & Jansen, 2017) zijn:

1. Mijn cliënt is somber.

*Analyse:* mijn cliënt is somber (probleem). Ik neem een anamnese af en doe onderzoek (onderzoek). Er blijkt sprake van een depressie (diagnose). We kiezen voor een protocollaire aanpak (behandeling).

*Synthese:* mijn cliënt is somber en wil weer blij zijn en zich energiek voelen (doel). Hij krijgt erkenning voor de lijdensdruk die de klachten teweegbrengen. Onderzoek en diagnose blijken niet direct nodig. Samen kiezen we voor oplossingsgericht werken en maken gebruik van zijn competenties en omstandigheden (functionele benadering). Hij bouwt aan zijn gewenste toekomst (wat werkt?). Hier kan het doel bereikt worden zonder aan het probleem te werken.

2. Mijn cliënt is chronisch moe.

Er blijkt sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

*Analyse:* mijn cliënt is moe (probleem). Er is veel onderzoek gedaan: er is sprake van een chronisch vermoeidheidssyndroom (diagnose). We kiezen voor een protocollaire aanpak (behandeling).

*Synthese:* mijn cliënt is chronisch moe en wil weer meedoen, genieten en de regie over zijn leven terug hebben (doel). Er is voldoende onderzoek gedaan. Hij krijgt erkenning voor de lijdensdruk die de klachten teweegbrengen. We kiezen voor oplossingsgericht werken, en maken gebruik van zijn competenties en context (functioneel). Hij bouwt aan de gewenste toekomst (wat werkt?). Hier kan het doel bereikt worden terwijl de moeheid misschien niet weg is. De moeheid is dan echter minder een probleem.

## Casus – Bouwen aan succes

---

Een vrouw heeft onbegrepen moeheidsklachten. Ze is moeder van twee jonge kinderen en heeft een baan als ICT'er bij een groot bedrijf. Door haar vermoeidheid is ze het afgelopen jaar vaak en langdurig uitgevallen op haar werk. Het lukt haar niet om haar werkzaamheden uit te breiden naar haar oude niveau. Ze heeft onderzoeken gehad bij een longarts en een internist. Deze hebben geen voldoende verklaring voor haar klachten gevonden.

Ze heeft een afspraak bij de huisarts gemaakt om te bespreken hoe het verder moet. De huisarts vraagt wat het doel van haar komst is. De vrouw wil weten wat er met haar aan de hand is. Heeft ze dan misschien een burn-out? De arts vraagt welk verschil het zal maken als ze dat weet. De vrouw wil daarmee weten of ze weer beter zal worden. 'Wat is uw mening?', vraagt ze de huisarts. Hij zegt dat het misschien niet nodig is om de oorzaak van de vermoeidheid te kennen. Dat haar patiënt veel sterke kanten heeft. Dat je vaak kunt werken aan verbetering zonder het probleem in detail te kennen. 'Dus het moet vanzelf beter gaan?', vraagt de vrouw. Dan volgt er een gesprek over hoe je actief, met kleine stapjes, kunt werken aan verbetering. Een behandelaar kan helpen door samen met de patiënt te zoeken naar mogelijkheden. En te zoeken naar het begin van succes waarvan misschien al stukjes zichtbaar zijn.

De vrouw vertelt dat ze begonnen is met een mindfulnessstraining, in de hoop dat ze rustiger zou worden en dat dit een positief effect heeft. Samen ontdekken ze dat de mindfulnessoefeningen een goed voorbeeld zijn van wat voor haar werkt. En dat ze naar meer dingen kan gaan zoeken. Omdat ze al gesprekken heeft met haar mindfulnesstrainer stelt de vrouw voor om met deze trainer verder te werken aan mogelijkheden voor verbetering. De huisarts complimenteert haar met dit goede idee. In dit consult veranderde bij de patiënt een analytische houding, een behoefte aan het begrijpen van het probleem, naar een constructieve houding van bouwen aan succes.

## Tabel één

### Paradigma van de analyse en synthese

(gebaseerd op Bannink & Jansen, 2017)

#### Analyse

Oorzaak-gevolg \_\_\_\_\_

Medisch model \_\_\_\_\_

Reductionistisch convergent denken \_\_\_\_\_

Focus op het verleden \_\_\_\_\_

Statisch \_\_\_\_\_

Biomedisch onderzoek: RCT's \_\_\_\_\_

Standaarden, richtlijnen, protocollen \_\_\_\_\_  
(ligt vast)

Objectieve werkelijkheid \_\_\_\_\_

#### Synthese

Onvoorspelbaarheid; evolutie

Oplossingsgerichte model

Functioneel divergent denken  
creativiteit, design

Focus op de toekomst

Dynamisch

Informatietheorie

Navigatie door middel van entropie

Werkelijkheid is afhankelijk van observatie  
(onzekerheidsprincipe van Heisenberg)  
(sociologie: sociaal constructivisme)

Oplossingsgericht werken beweert niet dat het problemen kan oplossen of klachten en stoornissen kan genezen. Het beweert wel dat het voor cliënten nuttig kan zijn bij het realiseren van hun gewenste toekomst, en daarbij is het classificeren of diagnosticeren van problemen vaak niet relevant. Wanneer zij hun gewenste toekomst gerealiseerd hebben, zullen hun problemen, klachten en zorgen – al dan niet – verdwenen zijn (Bannink, 2013, 2016abc; Bannink & Kuiper, 2016; Bannink & Jansen, 2017; Bannink & Peeters, 2018)).

Het oplossingsgerichte model is complementair aan het medische model (verminderen of doen verdwijnen van ongewenst(e) gedrag/klacht/probleem). In het oplossingsgerichte model gaat het om het starten met of uitbreiden van gewenst gedrag. Het is doelgericht en toekomstgericht, kortdurend en praktisch, gericht op concreet resultaat, licht en positief van toon en sfeer, en energiebesparend voor professionals.

Enkele aannamen zijn:

- Het is niet nodig de oorzaak of in stand houdende factoren van een klacht of symptoom te kennen om het te kunnen oplossen.
- Snelle verandering of oplossing van het probleem is mogelijk.
- Focus op oplossingen en mogelijkheden in plaats van pathologie.
- Nodig de cliënt uit in actie te komen.
- Zoek naar een kleine positieve verandering en moedig die aan.

*POH-GGZ: ‘Wat moet je met een stoornis en een diagnose? Dan zakt de moed je in de schoenen. En dan? Nog een keer iets inpeperen en dingen nóg zwaarder maken? Nee, je moet kijken naar waar de mogelijkheden liggen.’*

Oplossingsgericht werken is een competentiegerichte benadering, met zo min mogelijk nadruk op falen en problemen in het verleden en heden, en zo veel mogelijk nadruk op competenties, (eerdere) successen en uitzonderingen (momenten waarop het probleem of klacht zich had kunnen voordoen, maar dat op de een of andere manier niet deed). Bij het bouwen aan oplossingen worden cliënten gezien als experts met betrekking tot hun eigen leven. Oplossingsgerichte professionals luisteren steeds naar openingen in de gesprekken, ook al zijn die doordrenkt met problemen. Cliënten vertellen bijna altijd wel genoeg aan zowel de probleem- als oplossingskant, waarna professionals een keuze kunnen maken. Deze openingen kunnen gaan over wat cliënten anders willen, uitzonderingen, competenties en hulpbronnen, en wie of wat nuttig kan zijn bij het zetten van volgende stappen.

De oplossingen hoeven niet eens aan de problemen gerelateerd te zijn. Cliënten worden aangemoedigd uit te zoeken wat (beter) werkt en daarvan meer te doen. Verbetering komt vaak tot stand door het verplaatsen van de aandacht van ontevredenheid over de huidige situatie naar een positief doel en door stappen in die richting te zetten. Dit proces in het verschuiven van aandacht bestaat uit drie stappen:

1. Erkennen van het probleem: ‘Dit is vast moeilijk voor je.’
2. Suggesteren van een veranderwens: ‘Begrijp ik dat je dat graag anders zou willen?’
3. Vragen naar de gewenste toekomst: ‘Hoe zou je het anders willen?’

Van Staveren (2013) stelt dat een aantal gespreksvaardigheden in de psychiatrie ontleend zijn aan de oplossingsgerichte therapie. Ten eerste de oprechte en onbevangen houding van waaruit hulpverleners luisteren en vragen stellen. Zij stellen, naast specifieke vragen zoals copingvragen, context- en relatievragen, en schaalvragen, veel open vragen. Ze trachten de gehele persoon te begrijpen en zijn zelfredzaamheid te vergroten. Ook creëren ze volgens van Staveren een optimistische, hoopvolle stemming door oprecht gemeende complimenten en erkenning te geven, en door samen met de patiënt positieve doelbeschrijvingen te formuleren. Al deze oplossingsgerichte gespreksvaardigheden zijn patiëntgericht, in die zin dat ze zich richten op de wensen, ideeën en behoeften van de patiënt.

Bannink & Peeters (2018) stellen dat het oplossingsgerichte model in de psychiatrie een goede aanvulling geeft op het reguliere medische model. Voor alle duidelijkheid: het komt er dus niet voor in de plaats. Hetzelfde geldt voor de huisartsenpraktijk (Bannink & Jansen, 2017).

De term ‘oplossing’ suggereert dat er een probleem zou zijn. Omdat dit niet altijd het geval is, spreken sommige auteurs liever van ‘voorkeuren’ en ‘mogelijkheden’ (*preferences and possibilities*, Walter & Peller, 2000) of ‘het ontwerpen van een uitkomst’ (*designing an outcome*, De Bono, 1985, p. 42).

Het oplossingsgerichte paradigma gaat over het ontwerpen van een uitkomst die er eerder nog niet was. De Bono, bekend van zijn term ‘thinking outside the box’, stelde over het ontwerpen van een uitkomst: ‘With design there is a sense of purpose and a sense of fit. Problem analysis is always looking back at what is already there; design is always looking forward at what might be created. We need to design outcomes. I do not even like saying

design “solutions” because this implies that there is a problem. Even when we cannot find a cause, or, after finding it, cannot remove it, we can always attempt to design an outcome.’

**Korte historie** Oplossingsgericht werken werd in de jaren tachtig ontwikkeld door De Shazer, Berg en collega’s van het Brief Family Therapy Center in Milwaukee in de VS. Zij bouwden voort op bevindingen van Bateson (1979) en Watzlawick, Weakland en Fisch (1974). Zij gingen ervan uit dat de geprobeerde oplossing het probleem vaak in stand hield en niet oploste, en dat inzicht in het ontstaan van het probleem niet (altijd) nodig was.

De Shazer (1985) formuleerde enkele stellingen ten aanzien van oplossingsgericht werken. Hij baseerde zich daarbij tevens op ideeën van Einstein (Klein et al., 1993).

- *De klasse van problemen behoort niet tot de klasse van oplossingen.* Analyse van problemen is niet nodig om tot oplossingen te komen, analyse van oplossingen is dat wel (bijvoorbeeld: ‘Wat heb je al gedaan dat hielp?’).
- *De cliënt is de expert.* Hij bepaalt zijn doel en de weg om dat te bereiken. De Shazer gaat ervan uit dat problemen ‘perronkaartjes’ zijn (kaartjes die je vroeger nodig had om op een perron te komen). Ze helpen de cliënt door de ingang, maar bepalen niet welke trein hij neemt of waar hij uitstapt. Waar iemand naartoe wil wordt niet bepaald door het vertrekpunt.
- *Wat niet stuk is, moet je niet maken.* Handen af van wat in de beleving van de cliënt goed gaat.
- *Als iets (beter) werkt, doe er meer van.* Ook al is het iets anders dan wat verwacht werd.
- *Als iets niet werkt, stop en doe iets anders.* Meer van hetzelfde leidt tot niets.

*Een Japans kustdorpje werd bedreigd door een tsunami. Een boer die op de rijstvelden boven het dorpje aan het werk was, zag deloedgolf van verre aankomen. Omdat er geen tijd was om terug te lopen naar het dorp en hij merkte dat hij te ver weg was om gehoord te kunnen worden, stopte hij met schreeuwen en stak onmiddellijk de akkers in brand. Hierdoor kwamen de dorpelingen meteen aanhollen om hun gewassen te redden. Daarmee werden ze gered van de verdrinkingsdood. (Japanse legende)*

De medewerkers van het Brief Family Therapy Center ontdekten dat drie gedragingen van de therapeut ervoor zorgden dat cliënten viermaal zo vaak spraken over oplossingen, verandering en hulpbronnen:



1. Het stellen van uitdagende vragen: ‘Wat wil je voor het probleem in de plaats?’ of: ‘Wat is er beter?’
2. Het stellen van detailvragen: ‘Hoe deed je dat precies?’ ‘Wat deed je precies anders waardoor het beter ging?’
3. Het geven van verbale ‘beloningen’; het geven van complimenten en het stellen van competentievragen: ‘Hoe is je dat gelukt?’ ‘Hoe kwam je op dat goede idee?’

## Oefening één

---

Kijk om je heen en zoek vijf beige objecten. Als je er vijf hebt gevonden, wil ik dat je, voor je ze benoemt, eerst vertelt welke blauwe objecten je net zag. Waarschijnlijk kan je er geen of maar weinig noemen en moet je opnieuw kijken om iets blauws te zien. Met deze oefening wordt duidelijk hoe cliënten hun situatie zien. Ze zullen deze als ‘alles is beige’ beschrijven. Ze willen van beige af, ze lijden onder beige of slapen er niet meer van. Door cliënten te vragen een beschrijving te geven van wat ze wél willen (hun lievelingskleur, bijvoorbeeld blauw), wanneer er al iets van blauw in hun leven aanwezig is en wat signalen zijn die erop wijzen dat er meer blauw kan komen, richten ze de aandacht op blauw, en niet meer op beige.

Deze oefening kan je met een cliënt of collega doen als hij zegt dat problemen ‘er altijd zijn’. Ook is dit een aardige oefening als je anderen op een eenvoudige manier duidelijk wil maken hoe probleemgerichte gespreksvoering verschilt van oplossingsgerichte gespreksvoering.

---

De psychiater Erickson (Rossi, 1980) heeft eveneens bijgedragen aan de ontwikkeling van oplossingsgericht werken. Hij gaf cursisten de opdracht de laatste bladzijde van een boek te lezen en dan te speculeren over wat er aan voorafging. Zo begint oplossingsgericht werken ook altijd vanuit het eind. Erickson benadrukte de competentie van de cliënt en meende dat het er niet om ging de behandeling aan te passen aan een diagnostische classificatie, maar te zoeken naar welke mogelijkheden de cliënt laat zien om iets (anders) te doen. Erickson gebruikte de hypnotische techniek *pseudo-oriëntatie in de tijd*. Hij liet zijn patiënten zich in hypnose voorstellen dat ze hem over zes maanden tegenkwamen, en hem vertelden dat hun probleem was opgelost en hoe ze dat voor elkaar hadden gekregen. Daarna beëindigde hij de hypnose en gaf enkele suggesties om wat in hypnose gebeurd was te ‘vergeten’. En hoewel ze niet altijd precies dezelfde oplossingen hadden toegepast als ze tijdens de hypnose hadden geopperd, bleek dat veel van deze patiënten na zes maanden rapporteerden dat het inderdaad beter ging (Bannink, 2017a).

Covey (1989) gaf ook het advies om met het eind te beginnen: ‘To begin with the end in mind means to start with a clear understanding of your destination. It means to know where you’re going so that you better understand where you are now and so that the steps you take are always in the right direction’ (p. 98). In hoofdstuk zeven wordt onder andere zijn techniek van projectie in de toekomst beschreven, waarbij men aanwezig is op de eigen begrafenis.

Frankl (1978, p. 95) wordt vaak aangehaald als voorbeeld van een manier waarop toekomstgericht denken ‘een verschil kan maken’. Hij vertelde een persoonlijke ervaring, waarbij hij in WO II strompelend in een rij gevangenen op weg was van het kamp naar het werkterrein, in de kou en zonder eten. Op een zeker moment merkte hij dat hij aan iets anders dacht: hij zag zichzelf op het podium staan van een grote collegezaal waar hij een lezing hield over de psychologie van het concentratiekamp. ‘Door middel van deze methode gelukte het mij mij boven mijn situatie, boven de kwellingen van het moment, te verheffen en ik beschouwde ze alsof ze al tot het verleden behoorden.’ Dit toekomstbeeld redde op dat moment zijn leven.

De *positieve psychologie*, waarin welbevinden en optimaal functioneren (floreren) centraal staan (Bannink, 2009, 2016d) en oplossingsgericht werken hebben veel met elkaar gemeen, hoewel er ook duidelijke verschillen zijn (Bannink & Jackson, 2011). Wel stellen de auteurs dat ze veel aan elkaar kunnen hebben – oplossingsgerichte gespreksvoering van het wetenschappelijk onderzoek van de positieve psychologie en de positieve psychologie van de taal en de vragen van de oplossingsgerichte gespreksvoering.

In een tijd waarin de emancipatie van de cliënt toeneemt en deze niet langer gezien wordt als iemand die faalt en het niet weet, maar als een deskundige (die het soms nog niet weet), past een meer bescheiden houding van de professional. Deze coacht de cliënt zijn eigen weg te vinden bij het bereiken van zijn doel en daarbij zo veel mogelijk eigen competenties en hulpbronnen in te zetten. Oplossingsgerichte gespreksvoering sluit aan bij deze maatschappelijke ontwikkeling (Bannink, 2007, 2016abc; Bannink & Jansen, 2017; Bannink & Peeters, 2018)