

Correspondentieadres:

Drs. M. Klaver

Amsta, Verpleeghuis De Poort, afdeling Korsakov

Hugo de Grootkade 18-28

1052 LS Amsterdam

m.klaver@amsta.nl

Oplossingsgerichte therapie bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel

Samenvatting

Oplossingsgerichte therapie (OT) is een toekomstgerichte vorm van psychotherapie die zich richt op wat de patiënt voor zijn probleem in de plaats wil: zijn gewenste toekomst. OT kent daarbij een belangrijke rol toe aan de expertise van de patiënt en de samenwerkingsrelatie tussen therapeut en patiënt.

In dit artikel geven we een korte beschrijving van de oplossingsgerichte therapie in het algemeen en de toepassing van OT bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) in het bijzonder. Daarbij zetten we een aantal verschillen tussen probleemgerichte en oplossingsgerichte therapie op een rij. Er wordt beschreven in hoeverre cognitieve stoornissen een beperking vormen voor de toepassing van OT bij patiënten met NAH en hoe OT toepasbaar blijkt bij een gebrek aan ziekte-inzicht (anosognosie) en geheugenstoornissen. Tot slot bespreken we enkele aanpassingen van het algemene OT-protocol voor patiënten met NAH.

Inleiding

Psychotherapie bij patiënten met NAH mag zich verheugen in een groeiende interesse. Er zijn verschillende artikelen waarin de toepassing en de effectiviteit van een aantal therapiescholen voor patiënten met NAH worden beschreven (Judd & Wilson, 2005; Verbeek, 2009) en de aanpassingen van de behandeling aan de cognitieve stoornissen van een patiënt worden besproken (Langer, 1992).

De beschrijvingen van psychotherapie bij patiënten met NAH betreffen hoofdzakelijk probleemgerichte therapieën, gericht op het analyseren, exploreren en het verminderen van klachten. Oplossingsgerichte therapie (OT) daarentegen kan worden gezien als een vorm van cognitieve gedragstherapie (Bannink, 2009a), waarbij het uitgangspunt niet

het probleem is, maar wat de patiënt voor het probleem in de plaats wil: zijn gewenste toekomst. OT richt zich op krachten en competenties in plaats van klachten. De gerichtheid op krachten blijkt in psychotherapie een waardevolle focus te zijn, welke een bewezen bijdragen levert aan het welzijn van patiënten (Bannink, 2009b; Bos & Appelo, 2009).

De toepasbaarheid en effectiviteit van OT is beschreven bij verschillende patiëntengroepen en diagnoses (Bannink, 2009a). Empirische evidentie voor OT is beschreven in een meta-analyse van Stams e.a. (2006) waarin 21 studies vergeleken werden. Geconcludeerd werd dat het effect van OT even groot is als gebruikelijke behandelingen, maar dat positieve resultaten in minder tijd behaald worden. Grant en O'Connor (2010) vergeleken in een effectstudie oplossingsgerichte vragen met probleemgerichte vragen. Zij vonden dat oplossingsgerichte vragen effectiever bleken te zijn dan probleemgerichte vragen. Oplossingsgerichte vragen leiden tot een toename van positieve gevoelens, een afname van negatieve gevoelens, het vergroot de zelfeffectiviteit en geeft inzicht in de geaardheid van problemen. Probleemgerichte vragen leiden tot een afname van negatieve gevoelens, zij vergroten de zelfeffectiviteit, maar leiden niet tot een toename van positieve gevoelens of een beter inzicht in de geaardheid van de problemen. In de literatuur is weinig bekend over OT met patiënten met NAH. Er zijn een tweetal casestudies bekend over de toepassing van OT bij een echtpaar met een dementerende vrouw (Iveson, 2002) en een systeembehandeling bij een man met een CVA (Fisch e.a. 1982). In deze behandelingen bleek de toepassing van OT een positief resultaat op te leveren in het welbevinden van de patiënt en zijn omgeving.

Daarnaast zijn er een aantal beschrijvingen over psychotherapie bij patiënten met NAH, waarin OT gezien wordt als een potentieel succesvolle vorm van therapie. Goossens e.a. (2008) verwachten dat de gerichtheid op krachten en het gebruikmaken van de 'eigen copingsmechanismen' van de patiënt bruikbare en effectieve ingrediënten zijn in OT bij patiënten met het syndroom van Korsakov. Verbeek (2009) stelt dat door de doelgerichtheid van OT een beperkt ziekte-inzicht omzeild zou kunnen worden. Daarnaast verwacht Verbeek dat als OT een diagnoseoverstijgende therapie is er ook een indicatie is voor patiënten met NAH.

OT kent al langer positieve toepassingen en effecten bij andere complexe doelgroepen, zoals patiënten met chronische en ernstige psychiatrische aandoeningen (O'Hanlon & Rowan, 2003; Bakker & Bannink, 2008) en bij patiënten met een verstandelijke beperking. Empirische evidentie voor het gebruik bij deze laatste groep is beschreven door Roeden e.a. (2009). OT zou goed toepasbaar zijn bij patiënten met een verstandelijke beperking mits er aanpassingen gedaan worden gericht op de verstandelijke vermogens van patiënten door gebruik te maken van tekeningen, symbolen en rollenspel.

Oplossingsgerichte therapie in het algemeen en bij patiënten met NAH in het bijzonder

We bespreken OT en de geschiktheid van OT bij patiënten met NAH aan de hand van de verschillen tussen probleemgerichte en oplossingsgerichte behandelingen (zie Tabel 1). De reden hiervoor is meerledig. In de eerste plaats krijgt de lezer hiermee een kort overzicht van OT. In de tweede plaats wordt hiermee de geschiktheid van OT voor patiënten

met NAH duidelijker. Bovendien hopen we dat behandelaars hierdoor uitgenodigd worden met een ‘oplossingsgerichte bril’ naar hun patiënten te gaan kijken.

TABEL 1 Verschillen tussen probleemgerichte en oplossingsgerichte therapie

PROBLEEMGERICHT	OPLOSSINGSGERICHT
Probleem (ongewenst gedrag)	Gewenste toekomst (gewenst gedrag)
Behandelaar is expert en adviseert	Patiënt is expert, behandelaar stelt vragen
Doe/denk iets anders	Ga door of doe meer van wat werkt
Samenwerkingsrelatie: beperkte rol	Samenwerkingsrelatie: centrale rol
Ziekte-inzicht noodzakelijk	Ziekte-inzicht niet noodzakelijk

Oplossingen versus problemen

Het beginpunt van een probleemgerichte behandeling is de inventarisatie van het probleem waarmee de patiënt bij de therapeut komt. Exploratie en analyse van het probleem en inzicht in het probleem worden noodzakelijk geacht. Behandeling bestaat vervolgens uit het verminderen of opheffen van het probleem. In OT is exploratie en analyse van het probleem niet langer nodig. De aandacht wordt gericht op wat de patiënt voor het probleem in de plaats wil: zijn gewenste toekomst. Exploratie en analyse gaan in OT over het doel van de patiënt en de oplossingen die hij al heeft bedacht en nog kan vinden om dit doel te bereiken. Behandeling bestaat uit het zo dicht mogelijk benaderen van het doel van de patiënt, die zelf zijn doel bepaalt in tegenstelling tot probleemgerichte therapieën, waar de therapeut nog wel eens het doel van de therapie bepaalt.

In OT ligt de focus zo veel mogelijk op ‘solution-talk’ en zo min mogelijk op ‘problem-talk’. Dat wil niet zeggen dat er in OT geen ruimte is voor het vertellen over het probleem. De therapeut zal er respectvol en empathisch naar luisteren, maar het praten over problemen zo min mogelijk bekrachtigen door er geen verdere detailvragen over te stellen.

Bij patiënten met NAH is de problematiek vaak complex en vereist een grote investering wat betreft diagnostiek en expertise van de therapeut (Judd, 1999; Verbeek, 2009). Niet altijd kan een patiënt voldoende informatie geven wegens het falen van het geheugen over de ontwikkeling van problemen. Patiënten met NAH hebben ook niet altijd de cognitieve vermogens om tot het inzicht te komen, dat nodig is om een probleemgerichte behandeling effectief te laten zijn.

Het stilstaan bij oplossingen en krachten van een patiënt biedt nog een aantal andere voordelen. Het zorgt voor positiviteit en *empowerment* van de patiënt en maakt hem zelf actief in het vormgeven van zijn leven. Daarnaast genereert het formuleren van het doel van de behandeling en het stilstaan bij wat er goed gaat hoop en creëert het een positieve verwachting van verandering, waardoor eveneens de motivatie tot gedragsverandering van de patiënt zal toenemen. Het belang en effect van het bieden van hoop zijn beschreven door Bannink (2009ab).

Vragen versus adviezen

Tomori en Bavelas (2007) en Smock e.a. (2009) maakten microanalyses waarbij video-opnames van therapiegesprekken minutieus werden bekeken. OT-gesprekken werden

vergeleken met client-centered en met cognitief gedragstherapeutische gesprekken. Zij vonden dat client-centered en cognitief gedragstherapeuten meer formuleringen gebruiken, minder vragen stellen en meer ingaan op negatieve en neutrale kanten van uitspraken van de patiënt. OT-therapeuten stellen meer vragen en gaan meer in op de positieve kanten van uitspraken, waarop de patiënt weer eerder met positieve uitspraken blijkt te reageren. Dit verklaart mede waarom oplossingsgerichte gesprekken vaak lichter van aard zijn dan probleemgerichte gesprekken en bijdragen aan een goede therapeutische relatie.

Oplossingsgerichte vragen zijn open, kort en concreet: 'Wat zou u aan het eind van de therapie bereikt willen hebben?' (doelformulering), 'Wanneer is het probleem er niet of minder?' (vragen naar uitzonderingen), 'Hoe lukt u dat?', 'Wat werkt al in de goede richting?' (vragen naar competenties), 'Waar zit u op een schaal van 10-0, waarbij 10 betekent dat u uw doel heeft bereikt?' (schaalvragen) (Bannink, 2009a). Dit soort concrete en korte vragen kunnen door patiënten met NAH over het algemeen goed beantwoord worden. In een probleemgerichte behandeling worden er in plaats van vragen vooral adviezen gegeven vanuit het perspectief dat de therapeut de expert is. In OT wordt de patiënt als expert gezien.

Ga door of doe meer van wat werkt versus doe of denk iets anders

In een probleemgerichte behandeling zijn de interventies gericht op het aanleren van andere, nieuwe gedragingen of gedachten: doe of denk iets anders. Het aanleren van nieuwe gedragingen en cognities is bij patiënten met NAH gezien de cognitieve stoornissen vaak een probleem. OT gaat ervan uit dat er altijd uitzonderingen op het probleem zijn: momenten waarop het probleem er (even) niet of minder is, of momenten waarop er al (even) iets van de gewenste situatie is. De patiënt wordt gevraagd hoe hij deze uitzonderingen voor elkaar heeft gekregen (competentievragen) en hoe hij daarmee kan doorgaan of het vaker kan doen. OT maakt dus gebruik van bestaande functionele gedragingen en cognities van de patiënt en is hiermee bij uitstek geschikt voor patiënten met NAH. Bovendien zijn gedragingen die de patiënt al eerder succesvol heeft laten zien, makkelijker te realiseren en zal de patiënt meer gemotiveerd zijn deze gedragingen te herhalen, dan wanneer de therapeut bepaald gedrag adviseert.

OT bij patiënten met NAH richt zich niet direct op de primaire of secundaire gevolgen van hersenletsel. OT richt zich op de gewenste toekomst. De gevolgen van het hersenletsel zijn wel medebepalend voor welke wegen naar de gewenste toekomst toegankelijk zijn. Door de beperkingen en gevolgen van het hersenletsel zullen wegen naar de gewenste toekomst geblokkeerd of gesloten zijn. Het is dan de taak van de therapeut te zoeken naar een manier om de blokkade op te heffen dan wel een alternatieve route te vinden. Een blokkade opheffen betekent dat een patiënt de benodigde vaardigheid weer opnieuw verwerft via training. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die graag meer zelfstandigheid wilde hebben (doel) en van mening was dat huishoudelijke taken zoals koken (middel of weg) hem hierin zouden helpen. Patiënt bleek echter – vanwege zijn cognitieve stoornissen – niet meer in staat om een maaltijd te bereiden. Na een training met de ergotherapeut leerde patiënt weer zelfstandig eenvoudige maaltijden te maken. Stel dat de patiënt koken niet meer opnieuw als vaardigheid had weten te verwerven dan was een alternatieve route geweest om met hem te kijken naar een andere vorm van

voortgang in de richting van zelfstandigheid. De patiënt zou er bijvoorbeeld achter kunnen komen dat het verzorgen van zijn eigen leefruimte een huishoudelijke taak is die wel binnen zijn vaardigheden past en ook een bijdrage aan zijn zelfstandigheid geeft.

De rol van de samenwerkingsrelatie

Het belang van de samenwerkingsrelatie bij een behandeling van patiënten met NAH wordt besproken door Schönberger e.a. (2006), Ownsworth e.a. (2008) en Prigatano (2005). In deze artikelen wordt gesteld dat aandacht voor de samenwerkingsrelatie in de behandeling van patiënten met NAH niet vanzelfsprekend is, terwijl een positieve samenwerkingsrelatie volgens Schönberger e.a. (2006) de basis zou moeten zijn voor elke vorm van behandelen van patiënten met NAH.

Ondanks de bewezen bijdrage van de samenwerkingsrelatie in het succes van een behandeling (Duncan e.a. 2004) hebben probleemgerichte behandelingen meestal een beperkte aandacht voor de samenwerkingsrelatie (Gilbert & Leahy, 2007). Problemen in de samenwerkingsrelatie leiden regelmatig tot stagnaties in het therapieproces: patiënten weigeren deelname aan therapie, stoppen vroegtijdig of doen niets met de geboden inzichten en adviezen.

In OT vormt de samenwerkingsrelatie een geïntegreerd onderdeel van de behandeling. In OT taxeert de therapeut al in het eerste contact de samenwerkingsrelatie (bezoekerstypisch, klaagtypisch, of klanttypisch). In een bezoekerstypische relatie is de patiënt gestuurd en heeft zelf geen hulpvraag of probleem. In een klaagtypische relatie ervaart de patiënt wel een probleem, maar ziet zichzelf niet als deel van dat probleem en/of van de oplossing. In een klanttypische relatie ervaart de patiënt een probleem en ziet zichzelf wel als deel van dat probleem en/of van de oplossing en is veranderingsbereid (Bannink, 2009a). In OT stemt de behandelaar zijn interventies en eventuele suggesties voor huiswerk af op de samenwerkingsrelatie met de patiënt. Zolang de therapeut zich aanpast aan de manier van samenwerken van de patiënt is samenwerking volgens OT altijd mogelijk.

OT en cognitieve stoornissen

Een belangrijke vraag bij de toepassing van psychotherapie bij patiënten met NAH is in hoeverre cognitieve stoornissen een beperking vormen voor de toepasbaarheid ervan.

Net als bij probleemgerichte behandelingen geldt bij OT dat bepaalde cognitieve vermogens aanwezig moeten zijn om tot een succesvolle toepassing te kunnen komen. Contra-indicaties voor de toepassing van OT bij patiënten met NAH zijn – op basis van klinische ervaring – fatische stoornissen (zowel receptief als expressief) en ernstige stoornissen in de alertheid of aandacht en concentratie.

Er zijn een tweetal cognitieve stoornissen die gezien worden als een contra-indicatie bij probleemgerichte behandelingen, maar die voor OT geen belemmering blijken te vormen. Het gaat om een gebrek aan ziekte-inzicht (anosognosie) en geheugenproblemen.

Gebrek aan ziekte-inzicht

Met anosognosie wordt een gebrek aan ziekte-inzicht bedoeld. Het gaat om 'bewustzijn' in de betekenis van 'weet hebben van' (Deelman e.a., 1997) en is het gevolg van hersenschade. Anosognosie wordt in relatie gebracht met een beperkte motivatie voor therapie

(McGlynn & Schachter, 1989), moeilijkheden met het implementeren van compensatiestrategieën en met het stellen van realistische doelen (Lorent e.a. 2004). In de behandeling van patiënten met NAH wordt het vergroten van het ziekte-inzicht dan ook vaak als eerste stap gezien in het behandelproces (Ben-Yishay, 2000).

In OT is exploratie en analyse van het probleem en inzicht in het probleem of de klacht niet per se nodig. Een beperkt of zelfs geen ziekte-inzicht vormen geen beperking voor een succesvolle behandeling, waarbij de focus ligt op wat de patiënt voor zijn probleem in de plaats wil. In OT gaat de therapeut uit van de visie en de competenties van de patiënt om zo dicht mogelijk te komen bij waar hij wil zijn. Hierbij volgt de therapeut de patiënt en hoeft een andere visie geen strijdpunt te zijn. Pogingen om de visie van de patiënt op zijn functioneren te beïnvloeden – vanuit een probleemgerichte visie – zet de samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de therapeut vaak onder druk en versterkt soms zelfs de ‘irreële’ visie van de patiënt. Mocht er een irreële wens worden genoemd door de patiënt, dan vraagt de oplossingsgerichte therapeut: ‘Welk verschil zou het maken als datgene wat je wilt zou lukken?’ of ‘Wat zou het voor je betekenen als je wens in vervulling zou gaan?’ Uit de antwoorden van de patiënt kunnen dan vaak meer realistische doelen worden geformuleerd, bijvoorbeeld waarden als ‘vrijheid’ en ‘zelfstandigheid’.

Geheugenstoornissen

In probleemgerichte behandelingen wordt een grote aanspraak gemaakt op het geheugen. Het is noodzakelijk om verworven inzichten en huiswerk voor verbetering te onthouden om voortgang te kunnen boeken. De ervaring in een oplossingsgerichte behandeling is dat ook al onthouden patiënten niet altijd precies wat er gezegd is, zij wel in de richting van hun gewenste toekomst bewegen (Macdonald, 2008, persoonlijke mededeling). Een andere klinische bevinding is dat de formulering van de gewenste toekomst en van wat patiënten helpt om deze gewenste toekomst dichterbij te brengen tijdens een behandeling redelijk stabiel blijkt te zijn en niet ‘vergeten’ wordt door patiënten.

Geheugenproblemen en een gebrek aan ziekte-inzicht hoeven dus niet een belemmering te vormen voor het toepassen van OT.

Aanpassingen van OT aan patiënten met NAH

In het algemene OT-protocol (Bannink, 2009a) zijn een aantal aanpassingen gemaakt voor de toepassing van OT bij patiënten met NAH:

- De ‘wondervraag’

De wondervraag is een vraag naar doelformulering. ‘Stel er gebeurt vannacht terwijl je slaapt een wonder. Het wonder is dat het probleem waarvoor je hier komt (voldoende) is opgelost, maar je wist het niet want je sliep. Waaraan zou je morgenochtend als je wakker wordt het eerste merken dat het wonder was gebeurd? Wat zou je anders doen? En hoe zou morgen er verder uitzien?’ De wondervraag is vaak te abstract voor patiënten met NAH. De voorkeur wordt gegeven aan korte, concrete en simpele vragen. De vraag naar doelformulering luidt daarom: ‘Waar hoop je op?’ ‘En waar hoop je nog meer op?’ Vervolgens luidt de vraag: ‘Welk verschil zou dat maken?’ ‘En welk verschil nog meer?’ Hieronder volgt een kort gesprekje met een patiënt met NAH (syndroom van Korsakov) over doelformulering.

Th: Waar hoopt u op ?

Pt: Dat die rare medebewoners eens rustiger waren en dat iedereen normaal doet, oh ja en dat het personeel daar beter op let!

Th: Ja, dat zou mooi zijn als dat zou gebeuren ... en waar hoopt u nog meer op?

Pt: Ehh, ja. Dan zou ik de dingen kunnen doen die ik graag wil doen.

Th: Wat zijn dat voor dingen?

Pt: Televisiekijken en tekenen en ... gitaar spelen.

Th: En waar hoopt u nog meer op?

Pt: Ik zou weer meer mezelf willen zijn.

Th: Wat zie ik u doen wanneer u meer uzelf bent?

Pt: Ja, dan doe ik die dingen waar ik het net over had, tekenen en zo.

Th: Ah, oké, dus dat hoort bij elkaar. En waar hoopt u nog meer op?

Pt: Nou, dat is het wel.

Th: Oké, dus u hoopt erop dat u weer meer uzelf kunt zijn en dan zou u tekenen, gitaar spelen en televisiekijken en dan zouden de rare medebewoners rustiger zijn en normaal doen en het personeel zou beter opletten. En wat zou dat voor verschil voor u maken?

Pt: Dan zou ik me rustiger voelen.

Th: Dus het lijkt erop dat u graag zich rustig wilt voelen en meer uzelf zou willen zijn. En u weet al een aantal bezigheden die daarin kunnen helpen. Mooi!

- **Ondersteuning van het geheugen**

Al eerder werd besproken dat het geheugen geen belemmerende rol hoeft te spelen in de toepassing van OT. In de behandeling kan de therapeut de patiënt helpen in het onder de aandacht houden van verbeteringen door hem uit te nodigen een tekening te maken met daarop de weg van de door hem ongewenste situatie naar de door hem gewenste situatie in de toekomst. Elk volgend gesprek kan opnieuw bekeken worden hoever de patiënt zich al op weg naar zijn gewenste toekomst bevindt en hoe hij dat voor elkaar gekregen heeft. Bovendien kunnen zo volgende stappen worden benoemd en bijgeschreven of getekend. Deze tekening kan zo als een rode draad in OT gebruikt worden.

Aan het eind van elk gesprek wordt de patiënt gevraagd of hij huiswerk wil tot aan de volgende afspraak. Indien de patiënt hiervoor voelt, wordt hem expliciet gevraagd of het nodig is iets te doen om de huiswerkafspraken te onthouden. Conform de opstelling van de oplossingsgerichte therapeut volgt deze de visie van de patiënt. Als de patiënt van mening is dat hij ondersteuning nodig heeft om de afspraken te onthouden, wordt samen met hem onderzocht hoe hij dit kan aanpakken. Vaak kiezen patiënten voor het opschrijven van de afspraken in hun agenda of dagboek of via een cue-card (Judd, 1999), kaartjes die de patiënt bij zich draagt en waarop belangrijke informatie staat.

- **Mediatieve ondersteuning**

De oplossingen van de patiënt kunnen mediatief ondersteund worden door het zorgteam en andere belangrijke personen rondom de patiënt (Klaver & A-Tjak, 2006). In een intramurale setting kan het zorgteam een patiënt mediatief ondersteunen door hem te stimuleren/helpen herinneren door te gaan of meer te doen van wat werkt en zijn moti-

vatie om oplossingen te vinden positief te bekrachtigen, bijvoorbeeld door het geven van complimenten of een vorm van token-economy. Hiermee worden de oplossingen en de competenties van de patiënt nog meer ‘verankerd’ in zijn gedragsrepertoire.

Conclusie en aanbevelingen

OT kent een aantal belangrijke voordelen in vergelijking met probleemgerichte therapieën. De aandacht voor de samenwerkingsrelatie waardoor er minder stagnatie en uitval is en de gerichtheid op krachten en competenties van de patiënt waardoor er hoop en empowerment ontstaan, zijn voordelen die voor elke patiëntenpopulatie opgaan, ook voor patiënten met NAH. OT lijkt daarnaast specifieke voordelen te kennen met betrekking tot de toepassing bij patiënten met NAH. Hangt in probleemgerichte therapie de toepasbaarheid mede af van het ziekte-inzicht en het geheugen van de patiënt, voor de toepassing van OT hoeven een gebrek aan ziekte-inzicht en beperkingen in het geheugen geen belemmering te zijn. OT vormt hiermee een hoopvolle en positieve therapievorm in de behandeling van patiënten met NAH.

Literatuur

- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 1, 55-59.
- Bannink, F.P. (2009a). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering (2e druk)*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2009b). *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute neuropsychologische rehabilitatie: A holistic perspective. In: A.L. Christensen & B.P. Uzzell (red.), *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp. 127-135). Londen: Kluwer Academic/Plenum.
- Bos, E. & Appelo, M. (2009). De focus van psychotherapie: Klachten of krachten? *De Psycholoog*, juni 2009, 318-324.
- Deelman, B., Eling, P., De Haan, E., Jennekens-Schinkel, A. & Van Zomeren, E. (1997). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gilbert, P. & Leahy, R.L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Goossens, A., Arts, K. & Beltman, M. (2007). *Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis: 'Mij mankeert niks'*. Korsakov kenniscentrum.
- Grant, M.A. & O'Connor, S.A. (2010). The differential effects of solution-focused and problem-focused coaching questions: A pilot study with implications for practice. *Industrial and commercial training*, 42, 2, 102-111.
- Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and community integration: Brain illness, emotions, and behavior*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Judd, T., & Wilson, S.L. (2005). Psychotherapy with brain injury survivors: An investigation of the challenges encountered by clinicians and their modification tot therapeutic practice. *Brain Injury*, 19, 6, 437-449.
- Klaver, M.G. & A-Tjak, J. (2006). Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: Het gebruik van cognitief gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam. *Gedragstherapie*, 39 (1), 5-21.
- Langer, K.G. (1992). Psychotherapy with the neurological impaired adult. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 4, 620-63.
- Lorent, G., Peeters, L. & Debaenst, T. (2004). The adventure of engaging traumatic brain injured patients in a therapeutic challenge course program. In: S. Bendoroff & S. Newes (red.), *Coming of age: The evolving field of Adventure Therapy*

- (pp. 182-194). Boulder, CO: Association for Experiential Education.
- McGlynn, S.M. & Schachter, D.L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 143-205.
- O'Hanlon, B. & Rowan, T. (2003). *Solution oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York: Norton.
- Owensworth, T.L., Turpin, M., Andrew, B. & Fleming, J. (2008). Participant perspectives on an individualised self-awareness intervention following stroke: A qualitative case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18 (5/6), 692-712.
- Prigatano, G.P. (2005). Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20 (1), 19-29.
- Roeden, J.M., Bannink, F.P., Maaskant, M.A. & Curfs, L.M.G. (2009). Solution-focused brief therapy with persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 (4), 253-259.
- Schönberger, M., Humle, F. & Teadale, T.W. (2006). The development of the therapeutic alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 20, 445-454.
- Smock, S., Froerer, A. & Bavelas, J. (2009). Are solution-focused and cognitive-behavioral therapy the same? A microanalysis of positive and negative content (Persoonlijke mededeling voorafgaand aan de publicatie van hun onderzoek).
- Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta analyse. *Gedragstherapie*, 39, 2, 81-94.
- Tomori, C. & Bavelas, J.B. (2007). Using microanalysis of communication to compare solution-focused and client-centered therapies. *Journal of Family Psychotherapy*, 18 (3), 25-3.
- Verbeek, R. (2009). Psychotherapie bij niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 1, 12-20.

Website

Op de nieuwe website van ons tijdschrift, die Uitgeverij Boom heeft geopend op het adres tvnp.boomtijdschriften.nl, is het tijdschrift toegankelijk en eenvoudig doorzoekbaar voor abonnees. Daarover hebt u intussen al informatie en een inlogcode van Uitgeverij Boom ontvangen.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de abonentenadministratie, per e-mail via boomtijdschriften@uitgeverijboom.nl of telefonisch via 020-0522-237555.