



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Socratisch Motiveren

*Martin Appelo en Kees Hoogduin\**

---

## Samenvatting

*Dit artikel is een voorpublicatie van het gelijknamige hoofdstuk dat verschijnt in het boek Moeilijke Mensen: naar een professionele aanpak, onder redactie van W.A. Hoogduin, C.A.L. Hoogduin en C.R. Peters van Neijenhof. Het wordt uitgegeven door de Wetenschappelijke uitgeverij Cure en Care Publishers, Nijmegen (ISBN 90 76 75432 2, verschijningsdatum 2 juli 2003, prijs 22 euro).*

## Inleiding

Iemand doet iets waarvan wij vinden dat het schadelijk of niet goed is. Of iemand doet iets niet waarvan de omgeving vindt dat hij het juist wel moet doen. Hoe krijgen we die persoon zover dat hij doet wat wij goed vinden? Het antwoord op deze veelgestelde en nog veel vaker gedachte vraag staat niet in dit artikel. Want die vraag gaat niet over motiveren, maar over bekeren. 'Bekeren' betekent 'tot inkeer brengen' of 'overhalen van het kwade tot het goede'. Het werkwoord impliceert ten onrechte dat 'goed' en 'slecht' objectief en onafhankelijk van personen zijn. In de praktijk resulteert het meestal in geruzie, omdat de boodschap van de goede door de slechte als onplezierig wordt beleefd.

'Motiveren' betekent 'met redenen omkleden', of 'argumenten aanvoeren voor'. Het lijkt lastig, omdat het ten onrechte wordt verward met bekeren. Bekeringsstrategieën zijn ingewikkeld, omdat ze tot doel hebben iemand ervan te overtuigen dat hij oude principes moet opgeven en het voortaan anders moet doen. Ze vragen van degene die het doet om een dikke huid, want het is irritant ermee geconfronteerd te worden. 'Waar bemoei je je mee, ik heb al een geloof', 'Haal je voet weg want ik doe de deur dicht!' Motiveringsstrategieën zijn eenvoudig. Ze hebben tot doel mensen in beweging te brengen met behulp van een zoektocht naar hun argumenten. Motiveringsstrategieën vragen om een naïef belangstellende houding en het is prettig iemand te ontmoeten die motieven zoekt. 'Wat aardig dat je belangstelling toont, nu kan ik eindelijk mijn verhaal vertellen.' Het moeilijke aan motiveren is niet het motiveren, maar weerstand bieden aan calvinistische genen en freudiaanse driften, die aanzetten tot bekeringsdrang.

Als tegenhanger van bekeren, wordt het 'Socratisch Motiveren' geïntroduceerd, uitgelegd, genuanceerd en samengevat in een gemakkelijk toe te passen werkschema.

---

\* DR. M. APPELO is hoofd onderzoek van GGZ Groningen en redacteur van Dth. *Correspondentieadres*: GGZ Groningen, afdeling RinG, Postbus 86, 9700 AB Groningen.  
PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIJN is hoogleraar psychopathologie en persoonlijkheidsleer aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en directeur van de HSK-groep.

## Calvijn en Freud versus Socrates

De meeste hulpverleners hebben geleerd zich te richten op klachten en lijden. Beterschap is voor hen een functie van klachtreductie. Cultuurhistorisch komt dat waarschijnlijk mede door Calvijn en Freud.

Calvijn interpreteert de bijbelse boodschap als een gevecht tegen het kwaad, dat moet plaatsvinden voordat er verlossing kan zijn. Kruisiging, sterven en begraven (af dalen naar de hel en het kwaad overwinnen) zijn nodig om tot opstanding en hemelvaart te komen.

Freud laat mensen op weg naar het goede ook eerst afdalen. 'Wo es war soll ich werden'. De weg naar gezond functionerende gewetensfuncties, loopt via beploeging van het onbewuste.

'Verlos ons' is door Calvijn en Freud gekoppeld geraakt aan 'van den boze'. Daarom richten we ons bij mensen die het moeilijk hebben, op moeilijkheden. En bij mensen die niet willen wat wij goed vinden, op hun zogenaamde verzet, gebrek aan inzicht, of foute argumenten.

Ondanks calvinistische, freudiaanse uitgangspunten, beweren veel vooral cognitief-therapeutisch geschoolde hulpverleners dat ze socratisch te werk gaan. Wat dat precies is, wordt maar zelden uitgelegd. En dat lijkt maar goed ook, want de methode van Socrates is per definitie tegengesteld aan die van Calvijn en Freud en past dus eigenlijk niet in hun referentiekader.

Toen Socrates (in het boek *Theaetetus*; De Win, 1980) een slaaf de oplossing voor een geometrisch probleem liet geven, terwijl deze bij wijze van spreken niet eens kon rekenen, werd hem gevraagd hoe hij dat toch deed. Zijn antwoord: 'Mijn moeder was een vroedvrouw.' Zijn uitleg: Mijn moeder hielp vrouwen het mooie, het levende te openbaren, door de aandacht van de pijn, te verleggen naar het kind. Wat mijn moeder bij vrouwen deed, doe ik bij mannen. Vandaar dat de methode van Socrates ook wel de majeutische methode wordt genoemd. 'Verlossing' is door Socrates gekoppeld aan 'het goede', 'het levende'. Hij leidt mensen naar het antwoord dat ongezien schuilgaat achter het probleem, omdat de aandacht niet goed gericht is. Bij mensen die het moeilijk hebben, richt hij zich op de oplossing. Bij mensen die iets anders willen, richt hij zich op datgene waarover geen meningsverschil bestaat.

## Socratisch motiveren: definitie en uitgangspunten

Motiveren, zo blijkt uit het voorafgaande, is redenen en argumenten zoeken voor dat wat iemand doet of wil. Per definitie is 'motiveren tot' (iets wat er niet is) dus onmogelijk. Het gaat om 'motiveren van' (iets wat er wel is). Verder blijkt de socratische methode te impliceren dat de aandacht wordt gericht op oplossingen en overeenstemming.

Het is de bedoeling van dit artikel strategieën aan te reiken die tot verandering zullen leiden bij mensen die niet direct aangeven dat van plan te zijn. Daarom introduceren we hier het Socratisch Motiveren. Dat wil zeggen: zoeken naar en openbaren van reeds

bij de cliënt aanwezige argumenten die bij het benadrukken ervan mogelijk tot ander gedrag zullen leiden.

Uitgangspunten zijn ten eerste dat moeilijke mensen niet bestaan. Moeilijke interacties wel. En de oorzaak daarvan ligt meestal in de behoefte een ander te bekeren. Het tweede uitgangspunt is dat ongemotiveerde mensen niet bestaan. Er zijn altijd redenen, maar ze zijn niet altijd bekend. Ten derde gaat het Socratisch Motiveren nooit over doelen, maar over middelen. Het is van groot belang middelen en doelen niet te verwarren. Mensen streven in het algemeen dezelfde doelen na: regie en autonomie, betekenisvolle relaties, zinvolle dagbesteding, lichamelijke- en psychische gezondheid (Veenhoven, 1994; 1997). Het zijn de middelen die verschillen. Socratisch Motiveren gaat daarom niet om het onthullen van andere doelen, maar om het identificeren van argumenten voor andere middelen die naar hetzelfde doel leiden. Met andere woorden: samen zoeken of er andere, reeds aanwezige, maar niet (meer) betreden wegen naar Rome zijn.

### ***Voorbeeld***

(T = therapeut; C = cliënt)

Fout:

T: Wat wilt u bereiken met drinken?

C: Dat ik alles even vergeet.

T: Dat denkt u maar.

C: Bij mij helpt het.

T: U komt in een roes, maar daarna komt de kater.

C: Zonder drank is het hele leven kater!

Goed:

T: Wat wilt u bereiken met drinken?

C: Dat ik alles even vergeet.

T: Zijn er nog meer vergeetmanieren?

C: Ja, blowen.

T: Wat deed u vroeger, toen u nog niet dronk en blowde, als u alles even achter u wilde laten?

C: Ik ging er een paar dagen tussenuit.

## Attitude en Self Serving Bias

Niet alleen in literatuur over motiveringstechnieken (zie bijvoorbeeld: Van der Staak, Keijsers, & Hoogduin, 1999), ook in handboeken voor vertegenwoordigers en verkopers (zie bijvoorbeeld: Goldmann, 1990) wordt het belang van de relatie tussen hulpverlener en cliënt, of tussen verkoper en klant benadrukt.

Een geïnteresseerde basishouding, vermijden van strijd en meegaan met weerstanden zijn belangrijke basisprincipes om te voorkomen dat een gespannen sfeer ontstaat. Ze voorkomen dat lastige klanten op inhoudsniveau rigide blijven, omdat ze daarmee hun onvrede over het betrekkingniveau willen uiten. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek bij ontkenkende, therapie weigerende patiënten dat, bij gelijke psychopathologie, patiënten op een gesloten afdeling minder snel toegeven dat er wat met ze aan de hand is dan patiënten op een open afdeling. De verplicht opgenomen patiënten verzetten zich niet tegen het idee dat er iets met ze aan de hand is, maar tegen de als negatief beleefde personen die hen van hun vrijheid beroven (McEvoy, Appelbaum, Geller, & Freter, 1989). Met iemand over argumenten praten, en samen zoeken naar alternatieve middelen gaat dus beter wanneer de ander zich serieus genomen voelt en ervaart dat de regie niet wordt overgenomen.

In relatie tot het regieprobleem speelt ook de *self serving bias* (SSB) een belangrijke rol. Dit is een cognitief mechanisme dat beschermt tegen negatieve gevoelens en een negatief zelfbeeld. Het komt erop neer dat mensen de oorzaak van positieve gebeurtenissen vooral bij zichzelf leggen en van negatieve zaken vooral bij anderen of de omgeving. Bij depressieve mensen blijkt de SSB niet goed te functioneren (Ackermann, & DeRubeis, 1991). Zij schrijven het negatieve toe aan zichzelf, de wereld en de toekomst, en het positieve wordt niet meer ervaren. Wanneer opvattingen over persoonlijke positieve eigenschappen en over de mate waarin controle mogelijk is, sterker zijn dan negatieve opvattingen, of zelfs een beetje worden overdreven, dan komt dit het algemeen welbevinden, het sociaal functioneren, de werkprestaties en de mate waarin met tegenslagen kan worden omgegaan ten goede (Taylor, & Brown, 1988).

De SSB werpt een heel ander licht op moeilijke interacties. Vanuit dit perspectief worden ze meestal niet veroorzaakt door 'de zieke geest' of het slechte karakter van de cliënt, maar doordat beide partijen een gezondheidsbevorderend psychologisch mechanisme gebruiken. Beiden zijn geneigd het goede aan zichzelf toe te schrijven en de ander als fout te betitelen. De kans op irritatie en ruzie is dan groot.

Omgaan met iemand die een hele sterke, of overdreven gezonde SSB heeft, vraagt om een speciale tactiek; het professioneel opheffen van de eigen SSB. Dat betekent: de hulpverlener legt het negatieve bij zichzelf en gaat mee met het idee van de klant dat hij het goed doet en ziet. Dit houdt hij net zolang vol totdat de cliënt met een alternatief komt dat voor iedereen beter uitpakt. Ook hier dient de nadruk niet op doelen, maar op middelen te liggen.

### ***Voorbeeld met een cliënt die te veel drinkt***

(T = therapeut; C = cliënt)

C: U vindt zeker ook dat ik te veel drink.

T: In het algemeen vind ik dat veel drinken niet goed is voor mensen. Dat klopt. Maar dat is algemeen. Het gaat hier om uw leven. Om uw specifieke situatie. Ik vind dat u moet doen waar u gelukkig van wordt.

C: Precies.

T: Bij mij werkt het anders, ik kan niet tegen te veel drinken. Ik word dan opdringerig en vooral de volgende ochtend heb ik een probleem. Maar als u gelukkig wordt van veel drinken...

C: Nou ik vergeet er in elk geval mijn zorgen even door.

T: Even?

C: Daarna begint de ellende opnieuw.

T: Nou ja, dan heeft u in elk geval even geen zorgen gehad. Als u niet drinkt, bent u misschien continu in de stress.

C: Ja, dat is zo.

T: Of wilt u liever iets gebruiken waardoor de stress langer wegblijft?

### ***Voorbeeld met een cliënt die vaak ruziemaakt***

(T = therapeut; C = cliënt)

C: Ik zeg gewoon kort en duidelijk wat ik denk. En mijn collega's kunnen daar niet tegen. Die zijn altijd zo indirect.

T: Het lijkt me een eigenschap waarmee je kunt voorkomen dat spanningen zich opbouwen. Je zegt wat je denkt, en dan ben je het ook kwijt.

C: Zo is het. Maar het wordt niet gewaardeerd.

T: Ik kan er ook moeilijk mee omgaan als mensen zo stellig en direct zeggen wat ze denken. Ik schrik soms ook wel even van de manier waarop u dingen zegt.

C: Hoezo?

T: Tja, ik ben het niet gewend. Ik heb geleerd om dingen voorzichtig te zeggen. En u zegt meteen en met nadruk waar het op staat.

C: Duidelijk zijn, dat is toch geen foute eigenschap?

T: Zeker niet. Maar de meeste mensen hebben die eigenschap niet goed ontwikkeld en zijn gewend om dingen voorzichtig te brengen.

C: Is dat mijn probleem?

T: Nou ja, het lijkt me lastig voor u om met zoveel omslachtigheid geconfronteerd te worden.

C: Dat is het zeker.

T: Maar het is ook lastig voor mij, als ik niet weet hoe ik op iemand moet reageren die zo duidelijk is. Als ik niet weet hoe ik ermee om moet gaan, ga ik zo iemand vermijden.

C: Ja precies, op het werk laten ze me gewoon links liggen.

T: En dat lijkt me ook niet de bedoeling.

C: Nee.

T: Wat adviseert u mij te doen wanneer ik niet weet hoe ik op uw duidelijkheid moet reageren?

C: U kunt zeggen dat u het niet begrijpt.

T: Ja, en dan gaat u het misschien nog duidelijker en nadrukkelijker zeggen, zodat ik me nog meer onzeker ga voelen.

C: Tja. U zou om uitleg kunnen vragen.

T: Maar dat durf ik alleen maar als u me niet zo laat schrikken.

C: Dat is toch de omgekeerde wereld! U kunt niet tegen duidelijkheid en dus moet ik veranderen!

T: Nou ja, u moet natuurlijk wel duidelijk blijven. Maar als u het rustiger zegt dan doet u mij er wel een plezier mee en voel ik me eerder in staat om uitleg aan u te vragen.

C: Dus ik moet u helpen in plaats van u mij!

T: Daar komt het dan wel op neer. De vraag is of u dat wilt.

C: Nou ja. Natuurlijk wel.

T: Kijk dat is duidelijk, maar ook heel vriendelijk van u.

Deze vorm van communiceren is op te vatten als een 'meta-SSB'. Door de fout bij zichzelf te leggen en daardoor de cliënt impliciet uit te nodigen ook aan zijn langetermijndoelen te denken, doet de hulpverlener het nu immers 'extreem goed'. Bovendien voorkomt de hulpverlener met het professioneel opheffen van zijn SSB de uitstraling dat zijn middel het enig juiste is. In de praktijk gaat deze strategie dan ook samen met een open houding ten aanzien van nadelen van alternatieve middelen.

### ***Voorbeeld***

(T = therapeut; C = cliënt)

Fout

C: Drugs maken me rustig, maar uiteindelijk ga ik er misschien aan kapot.

T: Zijn er alternatieven om rustig te worden?

C: In plaats van drugs zou ik medicatie kunnen gebruiken.

T: Dat is een goed idee!

Goed

C: Drugs maken me rustig, maar uiteindelijk ga ik er misschien aan kapot.

T: Zijn er alternatieven om rustig te worden?

C: In plaats van drugs zou ik medicatie kunnen gebruiken.

T: Ja, maar daar kleven meestal ook weer nadelen aan.



## De middel-doelanalyse

De middel-doelanalyse is de centrale techniek van het Socratisch Motiveren. Deze is ontleend aan *motivational interviewing* (MI; Miller, & Rollnick, 1991; Rollnick, & Miller, 1995), een methode van kosten-batenanalyse met betrekking tot middelen en doelen zonder dat gedragsverandering wordt gepropageerd, laat staan opgelegd. Deze methode wordt steeds vaker gebruikt bij ernstig psychisch of gedragsgestoorde mensen (Baker et al., 2002; Rüsck, & Corrigan, 2002). Ontwikkelen van discrepantie en ondersteunen van *self-efficacy* zijn belangrijke technieken van MI. Samengevat houden ze in dat de door de persoon gebruikte middelen worden afgezet tegen zijn eigen korte- en langetermijndoelen. Wanneer een middel volgens de persoon zelf niet eenduidig tot positieve korte- en langetermijndoelen leidt, worden geen suggesties voor andere middelen gedaan, maar geïnformeerd of iemand zelf middelen kan bedenken die beter aan zijn doelen bijdragen:

C: Drugs maken me rustig, maar uiteindelijk ga ik er misschien aan kapot.

T: Dus op korte termijn geeft het een voordeel. Op lange termijn een nadeel.

C: Ja.

T: Zijn er voor u ook manieren die rust geven en zowel op korte als lange termijn voordelen opleveren?

C: Ik zou medicatie kunnen gebruiken.

T: Ja, maar daar kleven meestal ook weer nadelen aan. Zoals bijwerkingen.

C: Tja, wat dan.

T: Tja. Misschien moet u er eens rustig over nadenken.

## Invloed van persoonlijke eigenschappen

In de motiveringsliteratuur wordt vaak benadrukt rekening te houden met de persoonlijke eigenschappen van de cliënt. Veel auteurs plaatsen mensen ergens in het circumplex van Leary (1957). Cognitief-therapeuten gebruiken graag de persoonlijkheidstaxonomie van Beck en Freeman (1990). Directief-therapeuten hanteren vooral beschrijvende definities, zoals 'de vergeetachtige patiënt' en 'de patiënt die door niemand te helpen is' (zie bijvoorbeeld: Schaap, Hoogduin, & Keijsers, 1999). En relatietherapeuten definiëren persoonlijkheidseigenschappen interactief: complementaire, symmetrische, en parallelle relaties gaan samen met respectievelijk interpunctieproblemen, symmetrische escalatie en dwang- en terugtrekgedrag (Mac Gillavry, 2002). Wij reduceren al die mogelijkheden tot vier persoonlijkheidscategorieën: luaards, betweters, twijfelaars en het gecombineerde type.

Luijaards nemen geen initiatief, hopen dat 'het overgaat' of laten anderen de problemen oplossen. Ze stellen zich afhankelijk op of verzetten zich actief of passief tegen verandering. Bij een middel-doelanalyse zullen ze weinig of geen alternatieve middelen genereren. Hoewel voor de hulpverlener de verleiding groot is deze dan maar aan te dragen, moet hij dat vooral niet doen. De kans is namelijk groot dat de cliënt de goedbedoelde suggestie zal afwijzen of na het proberen en mislukken ervan ook de therapeut. Veranderen van middel moet als een optie worden gebracht. 'Het zou kunnen, als de tijd er rijp voor is. Maar het hoeft niet. Zolang de huidige methode niet tot ergere dingen leidt dan nu het geval is, kunt u er ook mee wachten.' Of verandering wordt een kort experiment: 'Ja, u kunt het proberen. Maar dan als test. Doe het een paar keer of een paar dagen. Niet langer. Kijk eerst maar eens of het bevalt.'

C: Ik zou medicatie kunnen gebruiken.

T: Ja, maar daar kleven meestal ook weer nadelen aan. Zoals bijwerkingen.

C: Tja, wat dan.

T: Tja. Misschien moet u er eens rustig over nadenken.

C: U weet toch wel een manier? U heeft er toch voor geleerd?

T: Ik heb geleerd dat mensen zo verschillend zijn dat er nooit één goede manier is. Ik heb geleerd om mensen de tijd te geven hun eigen middelen te ontdekken.

C: Ik zou een warm bad kunnen nemen met een muziekje erbij. Dat deed ik vroeger op vakantie ook.

T: Het zou kunnen. U zou het deze week eens kunnen uitproberen.

Betweters zijn overtuigd van hun eigen gelijk en van hun positieve uitzonderingspositie. Ook kunnen ze moeilijk of niet tegen kritiek, en vinden het prettig geprezen te worden. Ze hebben een hekel aan andere betweters en houden dus erg van hulpverleners die op een professionele manier hun *self serving bias* opheffen, en geen kritiek maar vooral complimenten geven. Als een betweter gelijk krijgt, ontstaat een situatie waarin hij graag aan het woord is en uitlegt hoe de problemen kunnen worden opgelost.

Tijdens de middel-doelanalyse benadrukt de hulpverlener daarom dat gezocht moet worden naar een speciale, uitzonderlijke, geheel nieuwe of slechts door een enkeling uit te voeren alternatief. Bovendien is het van het grootste belang dat de betweter zelf een alternatief bedenkt. Daarbij kan het helpen hem te vragen naar effectieve oplossingen uit het verleden. Die heeft hij misschien niet lang genoeg volgehouden en kunnen nu opnieuw worden uitgeprobeerd. Ook bij de betweter kan een experiment zinvol zijn. Vooral om te bekijken of het wel goed bij zijn bijzondere status past.

C: Ik zou medicatie kunnen gebruiken.

T: Ja, maar daar kleven meestal ook weer nadelen aan. Zoals bijwerkingen.

C: Tja, wat dan.

T: Tja. Misschien moet u er eens rustig over nadenken. De ervaring leert dat u altijd wel een oplossing kunt bedenken. U heeft in het verleden al zoveel moeilijke situaties opgelost.

C: Dat is waar.

T: Feit is natuurlijk wel dat u duidelijk anders in het leven staat dan de meeste mensen. U bent bepaald geen doorsneetype.

C: Nee.

T: Het is daarom een hele kunst iets te bedenken dat echt bij u past.

C: Ik kan een bad nemen en er speciale muziek bij opzetten. Dat deed ik vroeger ook weleens.

T: Het lijkt me dan wel erg belangrijk precies de goede muziek uit te zoeken. Muziek waarvan u echt rustig wordt. Niet gewoon maar een deuntje.

C: Dat ga ik doen.

Wanneer de betweter een alternatief kiest dat voor de therapeut 'te ver' gaat, geeft hij zijn grens aan, zonder het alternatief af te keuren. De cliënt wordt uitgenodigd zijn heil elders te zoeken.

T: Feit is natuurlijk wel dat u duidelijk anders in het leven staat dan de meeste mensen. U bent bepaald geen doorsneetype.

C: Nee, daarom stel ik voor dat u mij een hoge dosering Haldol voorschrijft.

T: Dat is een middel tegen psychosen, niet zozeer tegen spanning.

C: Weet ik, maar ik denk dat het mij zal helpen.

T: Dat zou natuurlijk kunnen, maar ik schrijf het u niet voor. Dan moet u een andere hulpverlener zoeken.

C: Mooie boel is dat. Ik dacht dat u mij wilde helpen.

T: Dat wil ik ook, maar u heeft kennelijk een product nodig dat ik niet verkoop aan mensen zoals u. Ik vind het prima als u die keuze maakt, maar ik hoop dat u het ook prima vindt dat ik ook een eigen mening heb.

Bij zowel de luiaard als de betweter laat de hulpverlener de regie bij de cliënt. Bij de twijfelaar is dat anders. Hij is gespannen, ziet het niet meer zitten, schreeuwt om hulp en wil dat alles heel precies volgens de regels plaatsvindt. Twijfelaars vallen op hulpverleners die autoriteit uitstralen en ervaren en nauwkeurig zijn. Hier mag de hulpverlener tijdens de middel-doelanalyse alternatieven aandragen en precies uiteenzetten hoe die moeten worden uitgevoerd.

C: Ik zou medicatie kunnen gebruiken.

T: Ja, maar daar kleven meestal ook weer nadelen aan. Zoals bijwerkingen.

C: Tja, wat dan.

T: Er zijn twee andere uitstekende middelen die tot rust leiden. Een bad nemen met rustgevend muziek of hardlopen. Dat laatste klinkt misschien gek, maar het is niet raar. Door te joggen loopt u als het ware de spanning van u af. Beide manieren zijn bijzonder effectief. En ik adviseer u om met hardlopen te beginnen.

Het gecombineerde type presenteert zich de ene keer als een luiaard, de andere keer als betweter, en soms als twijfelaar. Per keer past de therapeut zijn strategie aan zoals hierboven beschreven.

## Invloed van de veranderingsfase

Naast persoonlijke eigenschappen van de cliënt is het van belang rekening te houden met de veranderingsfase waarin hij zich bevindt. In de literatuur wordt daarbij vaak verwezen naar het model van Prochaska en DiClemente (1982). In grote lijnen komt dit model erop neer dat iemand:

- geen probleem ervaart en dus ook niet de behoefte heeft te veranderen;
- zich zorgen maakt en twijfelt of verandering nodig is;
- wil veranderen en klaar is voor actie.

De praktijk wijst uit dat mensen met betrekking tot een bepaald probleem niet altijd netjes in een fase zitten en dat een persoon met verschillende problemen zich per probleem in een andere fase kan bevinden. Het is daarom voor de hulpverlener van belang eerst uit te zoeken welke overweging van de cliënt bij welk probleem en welke fase horen. Vertaald naar Socratisch Motiveren hanteert de therapeut per fase de volgende strategie.

Mensen die alleen maar in de eerste fase zitten, komen natuurlijk niet uit zichzelf om hulp vragen. Zij zijn gestuurd of voelen zich gedwongen en verschijnen op de afspraak om de consequenties van wegblijven te voorkomen. De therapeut investeert bij hen vooral in relatieontwikkeling. Het inventariseren van middelen en doelen kan als instrument worden gebruikt, maar blijft beperkt tot vragen om verduidelijking: 'Waar streef je naar en hoe probeer je dat te bereiken?' Vragen naar alternatieve middelen blijven achterwege, maar er kan wel worden gevraagd naar de gevolgen van wat door anderen als een probleem wordt gezien. Aan mensen die bijvoorbeeld veel conflicten meemaken, kan de therapeut vragen of ze er last van hebben dat iedereen altijd zo

onvriendelijk doet. Ook kan worden geïnformeerd of de cliënt last heeft van veelvoorkomende complicaties. Bijvoorbeeld bij een alcoholist informeren of hij ook geheugenproblemen ervaart. In deze fase is het antwoord op dergelijke vragen meestal ontkenkend. De therapeut spreekt daar dan zijn opluchting over uit en benadrukt dat dit probleem bij andere mensen wel vaak voorkomt.

Bij overwegingen die een tweede-fasekarakter hebben, kan voor het betreffende probleem de middel-doelanalyse worden uitgebreid met het onthullen van aanwezige alternatieven. De therapeut checkt of de cliënt voldoende op de hoogte is van de voor- en nadelen ervan. Zo nodig wordt samen naar aanvullende informatie gezocht. Helpen bij het opmaken van de balans, zonder te kiezen, staat centraal.

Zijn er bij een bepaald probleem derde-faseargumenten, dan begeleidt de therapeut het uitproberen van alternatieve middelen. Registratie van voor- en nadelen en het evalueren daarvan is het belangrijkste gereedschap. Bij de evaluatie vraagt de therapeut expliciet naar de reacties van de omgeving. Wanneer bijvoorbeeld een ruziemaker die scheldt om opgelucht te raken, experimenteel gaat sporten, zal de omgeving hier meestal enthousiast op reageren, waardoor de cliënt niet alleen een kortetermijndoel (opluchting) haalt, maar ook een langetermijndoel (vreedzaam samenleven). Bij het opstellen van volgende experimenten kunnen dan, naast de eigen belangstelling, gewenste omgevingsreacties bepalend worden voor de keuze.

## **Integratie: werkschema**

Socratisch Motiveren is het bij de cliënt openbaren en benadrukken van alternatieve middelen die tot de doelen van de cliënt leiden. Met betrekking tot attitude toont de therapeut interesse voor het verhaal van de cliënt en heft op een professionele manier zijn eigen self serving bias op. Met andere woorden, de regie ligt in principe altijd bij de cliënt en de therapeut draagt geen alternatieve middelen aan. De belangrijkste techniek is het maken van een middel-doelanalyse waarbij gebruikte en geopenbaarde alternatieve middelen worden onderzocht op korte- en langetermijnconsequenties, die op zich weer worden vergeleken met de persoonlijke doelen. Nuancering in de werkwijze komt tot stand door rekening te houden met persoonlijke eigenschappen en de veranderingsfase waarin de cliënt zich met betrekking tot een bepaald probleem bevindt. Dit alles leidt tot een werkschema zoals gepresenteerd in figuur 1.

**Figuur I Werkschema Socratisch Motiveren.**

	<b>Luiaard</b>	<b>Betweter</b>	<b>Twijfelaar</b>
Geen probleem	<i>relatie ontwikkelen, inventariseer huidige middelen in relatie tot doelen en korte- en langetermijnconsequenties</i>		
Twijfel	<i>balanceren, openbaar alternatieven, vergaar kennis over korte- en langetermijnconsequenties en zet deze af tegen de doelen</i>		
	<i>- samen zoeken</i>	<i>- laat cliënt zoeken</i>	<i>- geef educatie</i>
Veranderwens	<i>- regie bij cliënt</i>	<i>- regie bij cliënt</i>	<i>- neem regie over</i>
	<i>- stel uit of experimenteer</i>	<i>- houd het bijzonder</i>	<i>- toon autoriteit</i>
	<i>- registreer en evalueer voor- en nadelen</i>	<i>- experimenteer</i>	
		<i>- registreer en evalueer voor- en nadelen</i>	
		<i>- geef grens aan</i>	

\*: Parnassia, Den Haag, n = 14, t1-t2; n = 9, t1-t3; gem. = gemiddeld ben.g. = beneden gemiddeld z.hoog = zeer hoog

Met luiaards, betweters en twijfelaars die geen probleem ervaren, maar bij hun omgeving wel last of lijden veroorzaken, wordt een goede werkrelatie ontwikkeld door vooral open te staan voor hun verhaal. Er wordt een inventarisatie gemaakt van de momenteel gebruikte middelen en de mate waarin deze tot de doelen leiden zonder negatieve korte- en langetermijnconsequenties. Zoeken naar alternatieven is niet aan de orde, wel informeren naar de mening van de cliënt over omgevingsreacties en mogelijke complicaties.

Actief openbaren van alternatieve middelen gebeurt, ongeacht de persoonlijke eigenschappen, bij mensen die met betrekking tot een bepaald probleem twijfelen of verandering nodig is. Wanneer van een alternatief de voor- en nadelen op korte en lange termijn niet helemaal duidelijk zijn, wordt daarover informatie verzameld. Bij de luiaard worden de zoektaken verdeeld. Houdt de cliënt zich niet aan de afspraak, dan is dat een goede indicatie dat overstappen naar een alternatief nog kan wachten. De betweter wordt gevraagd zelf de voor- en nadelen op een rijtje te zetten. Informatie die door de therapeut wordt aangedragen, klopt waarschijnlijk toch niet. Bij de twijfelaar vertelt de therapeut hoe het zit en belooft hij, indien nodig, een en ander snel op te zoeken en de volgende keer duidelijk uiteen te zetten.

Wanneer een luiaard wil veranderen, trapt de therapeut min of meer op de rem. Verandering kan wachten of wordt in de vorm van een experiment gegoten. Ook de betweter kan experimenteren om te onderzoeken of het alternatief echt bij hem past. Wil de cliënt experimenteren, registreer dan de voor- en nadelen van het nieuwe alternatief, betrek de omgevingsreacties erbij en evalueer aan de hand daarvan of het een gewenste doelgerichte optie is.

De therapeut draagt bij de luiaard en de betweter nooit, en bij de twijfelaar alleen als de cliënt niets weet, zelf een alternatief middel aan. De cliënt heeft de regie. Bij de betweter benadrukt de therapeut wel steeds dat het om een bijzonder middel moet gaan dat past bij een bijzonder mens zoals de cliënt. Gaat de cliënt over de grens van de therapeut, dan kan dat, maar niet in de bestaande werkrelatie.

Het enige moment waarop de therapeut Socrates verloochent, is wanneer een twijfelaar om verandering smeekt. Dan neemt de therapeut een autoritaire houding aan, neemt de regie over en laat zien wat het beste is. Er zijn nu eenmaal ook baby's die met de keizersnee geboren worden.

## Referenties

- Ackermann, R., & DeRubeis, R.J. (1991). Is depressive realism real? *Clinical Psychology Review*, 11, 565-584.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., & Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 233-240.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Goldmann, H.M. (1990). *Klanten maken, klanten houden. Het praktijkboek voor succesvol verkopen*. Alphen a.d. Rijn: Samsom Bedrijfsinformatie.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
- Mac Gillavry, D.H.D. (2002). *Scheidingsbemiddeling. Over techniek, strategie en attitude*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- McEvoy, J.P., Appelbaum, P.S., Geller, J.L., & Freter, S. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 13-17.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Rollnick, S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rüsch, N., & Corrigan, P.W. (2002). Motivational Interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 23-32.
- Schaap, C.P.D.R., Hoogduin, C.A.L., & Keijsers, G.P.J. (1999). Motiveringstechnieken uit de directieve therapie. In C.P.F. van der Staak, G.P.J. Keijsers, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Motiveren voor gedragsverandering* (pp. 50-71). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Staak, C.P.F. van der, Keijsers, G.P.J., & Hoogduin, C.A.L. (red) (1999). *Motiveren voor gedragsverandering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Taylor, S.E., & Brown, J.D. (1988). Illusion of well-being. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Veenhoven, R. (1994). Correlates of happiness, 7838 findings from 603 studies in 69 nations 1911-1994. *RISBO, Studies in Social and Cultural Transformation*, 3, 3 volumes. Rotterdam: Erasmus University.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Win, X. de (1980). *Plato, verzameld werk*. Baarn: Ambo.