



[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)

# Patiënten motiveren om lopende behandelingen vol te houden

Ger Keijsers, Caroline Vossen en Lam Keijsers\*

---

## Samenvatting

*Dit artikel is een licht gewijzigde bewerking van het voorlaatste hoofdstuk 'De volhardingsfase: motiveren bij lopende behandelingen' uit het boek Motiveringsstrategieën in de ambulante psychotherapie dat in oktober 2007 bij uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum te Houten zal verschijnen. Het hoofdstuk bespreekt verschillende strategieën om cliënten te motiveren en situaties waarin deze toegepast kunnen worden.*

## Inleiding

Binnen de klachtgerichte vormen van psychotherapie geldt de werkwijze dat een therapeut en een patiënt zich verbinden aan een behandelcontract. Het behandelcontract bevat het geformuleerde doel van de behandeling, de beoogde therapeutische procedures, een tijdsplan en een methode om de behandelresultaten vast te stellen. De therapeut is de bewaker van deze koers en dient de behandeling vanuit deze koers vorm te geven. Binnen deze koers is gewoonlijk voldoende ruimte voor ad-hoc zaken die aan de orde komen, maar grote koerswijzigingen zouden pas mogen worden ingezet als er een gewijzigd behandelcontract is opgesteld op basis van bijvoorbeeld nieuwe inzichten en tussenevaluaties. De vastgestelde koers is nodig om het kader van de samenwerking duidelijk te houden en vooral om de focus scherp te houden en het behandelgoal te bereiken.

Van de patiënt worden vaak grote inspanning en volharding gevraagd. Patiënten komen naar het instituut van de therapeut, praten en denken na over hun problemen en vertrekken weer met oefeningen en huiswerkopdrachten. De neiging kan bestaan om tijdens de behandeling van de vastgestelde koers af te wijken. In het vervolg gaan we eerst in op goede en minder goede redenen om van een vastgestelde koers af te wijken. Daarna volgen strategieën om de volharding te bevorderen. Tot slot staan we vanuit een motiveringsperspectief stil bij de afsluiting van de behandeling.

---

\* DR. G.P.J. KEIJSERS, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is als onderzoeker verbonden aan de sectie Klinische Psychologie en als behandelaar aan het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen, beide onderdeel van de Radboud Universiteit Nijmegen. E-mail: g.keijsers@psych.ru.nl.  
DRS. C.J.C. VOSSEN is als klinisch psycholoog/psychotherapeut verbonden aan het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.  
DRS. L.H.A. KEIJSERS werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij de Forta Groep te Rhoon/Rotterdam.

## Redenen om van een vastgestelde koers af te wijken

Welgesteld is er eigenlijk maar één goede manier om te bepalen of de ingezette behandellijn moet worden voortgezet of dat daarvan afgeweken moet worden. Deze bestaat eruit om om de paar sessies een gestandaardiseerd meetinstrument af te nemen, waarmee de beoogde verbetering kan worden vastgesteld. Een nog steeds stijgende lijn betekent dat de uitgezette koers vruchtbaar is, ook als de verbeteringen van keer op keer klein zijn. Een lijn die geleidelijk steeds verder gaat vervlakken, luidt de 'wet van de verminderde opbrengst' in: de inspanningen wegen niet meer op tegen de resultaten. Het is interessant dat in het onderzoek van Howard en collega's precies zo'n curve gevonden werd voor de effecten van psychotherapie bij volwassenen in het algemeen. Tot en met sessie 8 is er sprake van een sterke verbetering. Tussen sessie 9 en sessie 26 is die verbetering er ook, maar al wat meer afgevlakt. Na sessie 26 volgt een sterke vervlakking van de verbeteringscurve (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986).

In de praktijk houdt de wet van de verminderde opbrengst in dat het meestal onnodig is om met een behandeling of met een therapeutische procedure door te gaan totdat de patiënt geheel klachtenvrij is. Veel vaker zal het einde van een behandeling (of de overstap naar een tweede probleem) in zicht komen als een klacht voldoende verminderd is om de patiënt weer een gewoon leven te gunnen. De patiënt durft bijvoorbeeld weer van het openbaar vervoer in de regio gebruik te maken, ook al blijft een treinreis naar Amsterdam een te grote opgave. Daarmee valt echter te leven. Ook is het mogelijk dat er nog dagelijks klachten zijn, maar is de toegepaste techniek inmiddels zo goed geoefend dat de patiënt de oefeningen thuis kan voortzetten zonder verdere hulp van de therapeut.

Bij veel behandelingen wordt niet of te weinig gemeten (Methorst, 1997). Dat betekent dat het oordeel over de bereikte vooruitgang gebaseerd zal zijn op verwachtingen en inschattingen van de therapeut en de patiënt. Opnieuw hebben we dan te maken met contexten. Gezien de enorme inspanningen kan een bereikt behandelresultaat klein gevonden worden. Gezien de lage verwachtingen aan het begin van de behandeling, kunnen soortgelijke resultaten verrassend goed gevonden worden. Een eerste, belangrijke reden om te vroeg met een ingezette behandellijn te stoppen is derhalve dat de verwachtingen vooraf te gunstig gestemd waren.

De tweede reden om te vroeg met een ingezette behandellijn te stoppen betreft de inspanning die van de patiënt gevergd wordt. Een patiënt die erg opziet tegen bijvoorbeeld een exposureopdracht zal niet snel uit zichzelf de opdrachten ter sprake brengen in de sessie. Een onoplettende therapeut kan hiervoor onvoldoende oog hebben en meegaan in het vermijdingsgedrag zonder zich dat te realiseren. In de volgende paragrafen wordt op deze punten verder ingegaan.

## Te hoge verwachtingen bijstellen en volharding bevorderen

Te hoge verwachtingen ten aanzien van het behandelresultaat vergroten de kans dat het behandelresultaat gaat tegenvallen. Sterke behandeffecten aan het begin, maar tegenvallende effecten in het vervolg van de behandeling hebben eenzelfde effect.

### ***Verwachtingen regelmatig bijstellen***

Het is goed om ongunstige ontwikkelingen in de behandeling te voorspellen. Dit geldt ook voor de behandelresultaten. Als op basis van de eerste stappen verwacht mag worden dat de behandeling mogelijk langer gaat duren en dat de stappen klein zijn, dan dient dat aangekondigd en besproken te worden. De patiënt zal mogelijk moeten slikken, maar de boodschap dat hij juist nu niet mag opgeven, wordt in de regel wel begrepen. Verder kan een grafische weergave van de vorderingen in de behandeling behulpzaam zijn om per sessie een indicatie te hebben van de klachtenreductie die bereikt moet zijn om binnen een gestelde behandelperiode van de klachten verlost te zijn.

### ***Schaalverkleining of een limiet aan het aantal sessies***

Het is bij experimenteel onderzoek ongebruikelijk om reactietijden in minuten uit te drukken. Meestal kiest men voor seconden of zelfs milliseconden. Op vergelijkbare wijze moet ook gekeken worden naar de juiste 'schaaleenheid' voor behandelresultaten. Als een depressieve patiënt met ernstige apathie meldt die ochtend uit bed te zijn gekomen om de telefoon te beantwoorden, dan is dat een verheugend resultaat. De patiënt toonde initiatief en ondernam, vanuit het oogpunt van de behandeling, een belangrijke activiteit.

Anderzijds kan het de voorkeur verdienen om het aantal sessies beperkt te houden. In dat geval wordt niet toegewerkt naar een afsluiting van de behandeling wanneer de klachten voldoende verminderd zijn, maar wordt bij aanvang van de behandeling afgesproken dat er gedurende bijvoorbeeld zeven sessies aan een vermindering van klachten gewerkt gaat worden. Daarna wordt het bereikte resultaat geëvalueerd. Indien onvoldoende vooruitgang is bereikt, wordt de behandeling stopgezet.

Het aanbod voor een beperkt aantal sessies is zinnig als op voorhand onduidelijk is of een daadwerkelijke vermindering van de klacht, om welke reden dan ook, wel mogelijk is. De therapeut dient daar open over te zijn. Het aanbod heeft voordelen. Zo kan met het aanbod een mogelijk uitzichtloze behandeling worden voorkomen en de kans op het inslaan van zijpaden wordt verkleind. Van de andere kant kan de verhoogde druk om vorderingen te maken ook onproductief zijn en demotiverend werken als na de eerste sessies de behandeling nog niet goed op gang is gekomen. Het aanbod voor een beperkt aantal sessies is zinnig, maar vereist wel dat er een reële kans van slagen is. Is die kans klein, dan kan wellicht beter geen behandelaanbod worden gedaan.

### ***Respect voor het doorzettingsvermogen***

Juist als volhouden moeilijk is, dient de patiënt verzekerd te zijn van de steun en het respect van de therapeut. De therapeut ziet en prijst de volharding van de patiënt.

---

*THERAPEUT: Ik sta versteld van u! Vorige week zei u dat u met de behandeling wilde stoppen. U was opnieuw bijzonder angstig geweest tijdens het autorijden. Nu vertelt u dat u de afgelopen week zes keer alleen met de auto gereden hebt.*

*PATIËNT: Tsja, ik zat er de vorige keer echt over in. Maar ik dacht als ik nu stop met de behandeling, dan is het echt allemaal voor niets geweest. Dus ben ik in de auto gestapt. THERAPEUT: Dat betekent dat u opnieuw iets gedaan heeft dat twee maanden geleden ondenkbaar was. U was behoorlijk angstig in de auto die keer, maar hebt vervolgens niet opgegeven. Integendeel, u besloot de oefeningen voort te zetten. U levert het bewijs dat u door vol te houden steeds een stukje verder kunt komen. Prachtig.*

### **Motiveren door door te zetten**

Succeservaringen stimuleren patiënten om door te zetten. De keuze om in de behandeling als eerste een probleem aan te pakken waarbij snel een succesje behaald kan worden, is daar een voorbeeld van. Maar juist ook bij hardnekkige problematiek waarbij een goede behandelkoers is uitgezet, kan het van belang zijn de patiënt uit te nodigen nu vol te houden en te blijven letten op de eerste tekenen van verandering.

### **Alle soldaten aan het front en het sneeuwbaaleffect**

Zeker als patiënten zich met grote vastberadenheid voorgenomen hebben om iedere week een stapje voorwaarts te zetten in de behandeling, is uitleg over het verschil tussen een ‘misser’ en een ‘echte behandelmislukking’ op zijn plaats. Eén slechte dag of één slechte week maakt niet dat een gehele behandeling mislukt. Bruikbaar daarbij is een bespreking van het ‘sneeuwbaaleffect’ (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994). In het volgende voorbeeld introduceert een therapeut het ‘sneeuwbaaleffect’ bij een patiënt met trichotillomanie. De patiënt had inmiddels drie weken geen enkele haar meer getrokken.

---

*THERAPEUT: Het gaat fantastisch. Juist daarom is het nodig om u te waarschuwen. Mensen die met grote inzet bezig zijn met het onder controle krijgen van problemen zoals roken of te veel snoepen, zetten wel eens alles op alles om de eerste sigaret of het eerste koekje te voorkomen. Aan de eerste sigaret of het eerste koekje mag niet toegegeven worden. Dat is een prima strategie. Maar die strategie heeft een belangrijk gevaar. Mogelijk is dat gevaar ook voor u van belang.*

*Als zo iemand dan toch een sigaret rookt, bestaat er een kans op het sneeuwbaaleffect. Doordat alle soldaten als het ware naar het front zijn gezonden, is er geen verdedigingslinie meer om de vijand tegen te houden als deze toch door de frontlinie breekt. En zonder een verdedigingslinie treedt dan het sneeuwbaaleffect op. Zo iemand denkt dan dat de hele stoppoging dus mislukt is: ‘Zie je wel. Het gaat me dus niet lukken. Ik heb nu eenmaal geen ruggengraat. Ik kan dit niet.’ En dan geeft hij op. Op dat moment wordt de misser, die slechts een misser had kunnen blijven, een echte behandelmislukking.*

De metaforen, ‘alle soldaten aan het front’ en ‘sneeuwbaaleffect’, zijn bijzonder behulpzaam. Baumeister, Heatherton en Tice maken duidelijk dat het sneeuwbaaleffect geregeld voorkomt bij patiënten die proberen ongewenst gewoontegedrag zoals roken of snoepen te verminderen. De patiënten houden zich te krampachtig vast aan de eerste successen en staan zichzelf een terugval niet toe. In aansluiting op ‘alle soldaten aan het front’ kan vervolgens worden besloten dat er een verdedigingslinie dient te worden opgesteld. Besproken wordt dat missers voor kunnen komen en welke

verzameling aan maatregelen geschikt zijn ervoor te zorgen dat missers niet leiden tot een behandelmislukking.

### ***Een rugzak meegeven***

Juist wanneer volhouden zwaar is, kan gezocht worden naar middelen die helpen de last te dragen. Aan de patiënt kan gereedschap worden meegegeven voor de lange tocht. Het opstellen van een verdedigingslinie uit de vorige subparagraaf kan daarbij helpen. Er volgen afspraken over een aantal maatregelen die getroffen gaan worden als het in de komende weken een keer fout gaat of als de last te zwaar dreigt te worden. We geven ook hiervan een voorbeeld met een trichotillomaniepatiënt.

---

*THERAPEUT: Wat nodig is, is een verdedigingslinie op te stellen.*

*PATIËNT: Ik weet het niet. Ik wil gewoon nooit meer haren trekken.*

*THERAPEUT: Natuurlijk wilt u dat niet. Maar de ervaring leert dat terugvallen plaats kunnen vinden. En dan is het belangrijk dat u weet wat u het beste kunt doen. Stel nu eens dat u op een avond toch weer haren zou trekken, wat zou dat dan voor een avond zijn?*

Vervolgens vraagt de therapeut door op het meest waarschijnlijke scenario.

---

*THERAPEUT: Het kan goed zijn dat u geen terugval gaat meemaken. Maar als dat wel zo is, dan is een terugval het meest waarschijnlijk op een avond waarop u moe bent, alleen thuis bent en voor de tv zit. Ook is het waarschijnlijk dat u dan slechts een paar haren trekt en veel minder waarschijnlijk dat u meteen heel veel haren trekt. Klopt dat?*

*PATIËNT: Ja, ik schrik dan zo dat ik zeker weet dat ik snel stop.*

*THERAPEUT: Juist. Waar het om gaat is het volgende: u schrikt enorm die avond en wat gaat u de volgende dag doen?*

*PATIËNT: Eh?*

*THERAPEUT: Het gaat om de maatregelen die u de volgende dag neemt.*

*PATIËNT: Ik ga alles op alles zetten om de volgende dag niet opnieuw haren te trekken.*

*THERAPEUT: Dat wordt uw verdedigingslinie. U hebt de schrik nog in de benen en wat is nodig om ervoor te zorgen dat u de volgende dag beslist geen haren trekt?*

De verdedigingslinie wordt opgesteld door een aantal stevige maatregelen voor de volgende dag. De kans op succes van deze maatregelen is groot, omdat de misser op de avond ervoor de patiënt tot grote alertheid aanzet.

Bij andere patiënten kan de rugzak bestaan uit afspraken om op moeilijke momenten steun te zoeken, liefst bij familie of vrienden, maar eventueel ook bij de therapeut. In dat laatste geval kan de frequentie van de zittingen tijdelijk worden verhoogd of mag de patiënt de therapeut bellen als de last te zwaar wordt. Als de therapeut gebeld mag worden, is het niet ongewoon dat van tevoren al met de patiënt besproken wordt wat de therapeut in zo'n geval gaat zeggen.

---

*THERAPEUT: We spreken dus af dat u me dan belt. Goed?*

*PATIËNT: Ja.*

*THERAPEUT: Waarschijnlijk weet u wel ongeveer wat ik dan ga zeggen, niet? Ik zal u vragen om eerst rustig te gaan zitten en even op adem te komen. Dan vraag ik u om stapje voor stapje te vertellen wat er gebeurd is. Als u alles verteld heeft wat u vertellen wilde, vraag ik u wat u zelf denkt dat u nu het best kunt doen en daarbij gebruik te maken van de dingen die we in de behandeling besproken hebben.*

Deze informatie voorafgaand aan het mogelijke telefoongesprek voorkomt dat de therapeut ter plekke en via de telefoon een plan van aanpak moet bedenken. In plaats daarvan kondigt de therapeut aan dat hij de patiënt de tijd zal geven om rustig zijn verhaal te doen en dan zelf te bedenken wat het best is in deze situatie.

Een ander hulpmiddel bestaat eruit de patiënt een brief te laten schrijven aan zichzelf. In die brief spreekt de patiënt zichzelf moed in en beschrijft de patiënt de nadelen van het opgeven van de ingeslagen behandellijn. De brief wordt in een enveloppe gedaan en kan worden geopend op moeilijke momenten. Wanneer de patiënt dan in een moeilijk moment verkeert, kan de aan zichzelf geschreven brief hem helpen om de ingeslagen behandellijn vol te houden.

Weer een ander belangrijk hulpmiddel, ten slotte, is met de patiënt te bespreken of inspannende en veeleisende controle op andere terreinen van het dagelijkse leven van de patiënt mogelijk tijdelijk verminderd kunnen worden. Daarbij dienen de belangen uiteraard zorgvuldig te worden afgewogen. Onderzoek laat zien dat de mogelijkheden tot zelfcontrole beperkt zijn. Willen stoppen met roken kan bijvoorbeeld inhouden dat het lastiger wordt om minder te snoepen of regelmatigiger te gaan hardlopen (Baumeister, Muraven, & Tice, 2000; Muraven & Baumeister, 2000). Het kan daarom verstandig zijn om bij moeilijke maar cruciale huiswerkopdrachten te overleggen met de patiënt en mogelijk de partner om tijdelijk moeilijke beslissingen uit te stellen, om moeilijke gespreksonderwerpen van het stel naar een latere datum te verschuiven of om met veranderingen op het werk even te wachten.

### ***Vermijden van sleur***

Lange (1989) merkte op dat langer durende behandelingen ook gewoonweg saai kunnen worden. Datzelfde geldt voor lange sessies waarin de therapeut veel aan het woord is. Hier vestigen we de aandacht op het begrip 'therapeutische kracht' van Lange, omdat dit begrip bruikbaar is bij behandelingen die al een langere tijd lopen en waarin mogelijk een zekere sleur dreigt op te treden. Deze sleur kan ertoe leiden dat de aandacht van de patiënt voor de gespreksonderwerpen in de sessies verslapt. Onder 'vergroten van therapeutische kracht' verstaat Lange een aantal interventies die de actie, spanning en levendigheid van een sessie vergroten en daarmee de kans op therapeutische ervaringen stimuleren.

### **Prikkel de patiënt en versterk de emotionele sfeer**

Humor kan helpen om een aanhoudend ernstige sfeer te doorbreken. Ook kwaad worden kan bruikbaar zijn. De therapeut laat zich bijvoorbeeld boos ontvallen waarom uitgerekend nu de ontslagen gaan vallen, terwijl de patiënt het al zwaar genoeg heeft. Eleganter is waarschijnlijk om aandacht te hebben voor de emoties die de patiënt zelf te berde brengt en deze te accentueren.

### **Maak maximaal gebruik van communicatiemiddelen**

Een zinvolle suggestie van Lange is gebruik te gaan maken van meerdere communicatiemiddelen. De patiënt ontvangt onverwacht een ansichtkaart, een e-mail of een telefoontje van de therapeut. De therapeut vraagt de patiënt om foto's mee te nemen. Bij patiënten met nerveuze gewoonten zoals haartrekken, nagelbijten of huidkrabben kan bijvoorbeeld gevraagd worden om foto's te zoeken uit periodes waarin het slecht ging en om nu een aantal foto's te maken nu het al een poosje goed gaat. De therapeut kan ook aan de patiënt voorstellen om voor de volgende keer een belangrijk onderwerp te agenderen dat tot nog toe onvoldoende besproken is gebleven. Hij verzoekt de patiënt om ter voorbereiding op dat onderwerp muziek te zoeken, die naar het idee van de patiënt een goede uitdrukking aan het onderwerp biedt en die mee te nemen naar de sessie. Weer een andere mogelijkheid is dat de therapeut aankondigt om vandaag een video-opname van het gesprek te willen maken. De patiënt krijgt de video of dvd mee naar huis, opdat het gesprek thuis in alle rust nog eens doorgenomen kan worden.

### **Kies voor iets doen**

Therapeuten zijn echte praters. Een mogelijke sleur in de behandeling kan doorbroken worden door voor de volgende sessie rollenspelen aan te kondigen om het geleerde extra te oefenen. Een andere mogelijkheid is de patiënt een stift te geven en te vragen om op het whiteboard met behulp van een tekening, schema of symbool te visualiseren waar de patiënt nu zit, welke weg nog afgelegd moet worden en wat de hindernissen daarbij zijn. Te denken valt aan een weg met kruispunten, stoplichten, files, enzovoort. De therapeut staat met een tweede stift klaar om eveneens met symbolen of tekens zijn opmerkingen of vragen aan de patiënt te visualiseren.

### **Verstrek reminders**

Een mogelijkheid om de effecten van de in de sessie besproken onderwerpen te vergroten bestaat eruit patiënten reminders te laten maken van deze onderwerpen. Reminders helpen patiënten om buiten de therapie sessies met de besproken onderwerpen bezig te zijn. De reminders kunnen bestaan uit 'geeltjes', papiertjes met een uitgeschreven motto op een spiegel of passende en vervolgens uitgeknipte plaatjes uit tijdschriften op het prikbord, op het computerscherm of in de auto.

### **Hitchcock-plot**

De therapeut kan besluiten om in zijn gesprekstijl meer spanning in te bouwen door meer op intonatie en spreektempo te letten en de patiënt in het gesprek actief te houden. Een extra mogelijkheid om het therapiegesprek spannend te maken bestaat uit Hitchcock-plots (Lange, 1989). Bij een Hitchcock-plot kondigt de therapeut aan dat hij iets buitengewoon belangrijks wil zeggen. Vervolgens echter stelt de therapeut die boodschap met een omhaal van woorden uit. We geven een voorbeeld.

---

*TERAPEUT: Aankondiging: Precies. Dat is nu precies wat ik al langere tijd tegen u wil zeggen. Hier draait het namelijk al de hele tijd om in de behandeling. Uitstel: Door het volle programma van de behandeling komen we er soms onvoldoende toe om op de dingen goed door te praten. Het is immers ook nodig om goed aandacht te besteden aan de huiswerkopdrachten en om het verloop van week tot week bij te houden en dingen bij te sturen als die niet goed dreigen te lopen... Boodschap: Wat ik u wil zeggen is dit: ...*



Hitchcock-plots zorgen ervoor dat de spanning oploopt en de patiënt gretig wordt gemaakt om de boodschap van de therapeut te horen. Uiteraard behoort de therapeut dan ook een boodschap te hebben die de moeite van een aandachtige bespreking waard is.

## **Omgaan met vermijdingsgedrag**

### ***Signalen van behandelvermijding***

Er bestaat een grote variëteit aan signalen voor behandelvermijding. Een patiënt die niet komt opdagen of die regelmatig afspraken afzegt, is een in het oog lopende variant. Een andere veelvoorkomende variant waaraan zowel de patiënt als de therapeut meewerken, is de 'wat-ter-tafel-komt-werkwijze'. Alle inzichten over wat een goede behandeling zou moeten zijn – namelijk gefocust op een probleem, doelgericht, systematisch en in stappen opgebouwd – wordt met een dergelijke werkwijze genegeerd. De therapeut en de patiënt bespreken het verloop van de afgelopen week. Ze staan stil bij de opvallende dingen die gebeurd zijn en proberen daarin diepere betekenissen te ontdekken. Een derde signaal voor behandelvermijding is het telkens flink uitlopen van de sessie. Weer een ander signaal is de therapeut die zich voortdurend hard voor de behandeling moet inspannen. Al deze signalen geven aan dat er door de patiënt en de therapeut niet langer effectief en doelgericht wordt gewerkt.

### ***Niet te snel hulp willen bieden***

Interessant is de vraag waarom juist beginnende therapeuten soms de neiging hebben af te wijken van een uitgestippelde behandelkoers. Een aannemelijke reden is dat de onervaren therapeut te weinig distantie bewaart en graag snel hulp wil bieden. Na twee gesprekken al goochelt de therapeut met goedbedoelde oplossingen en adviezen. Het gevaar daarvan is op de eerste plaats dat de therapeut de plank misslaat en dat het probleem in de sessie erna hardnekkiger en complexer blijkt te zijn dan was gedacht. Een dergelijke gang van zaken is op zichzelf niet erg, maar herhalingen van goedbedoelde maar onbruikbare adviezen gaan de geloofwaardigheid van de therapeut en de behandeling aantasten. Op de tweede plaats bestaat het gevaar dat de behandeling een ad-hoc karakter krijgt en dat er aan te veel onderwerpen te weinig tijd besteed gaat worden. Op de derde plaats kunnen ondoordachte en te snelle adviezen ook bijzonder ongewenste effecten hebben. We geven een voorbeeld.

---

*PATIËNT: Ik heb mijn moeder nu al twee jaar niet meer gesproken, maar zeker de laatste tijd heb ik vaak de neiging om haar te bellen en haar al die shit voor de voeten te gooien, alles wat ik van haar te verduren heb gehad in die jaren. Ik zou het doen als ik het durfde.*

*THERAPEUT: Maar is dat dan toch niet de moeite van het proberen waard?*

In dit voorbeeld lijkt de therapeut zich nogal onbezonnen op een gevaarlijk terrein te begeven. Hij spoort de patiënt aan. De kans is echter groot dat de moeder weinig kan met een telefoontje waarin haar dochter haar gal gaat spuien over de moeilijke jaren thuis. Het toch al broze contact met de moeder kan door zo'n onbezonnen daad zo ernstig beschadigd raken dat herstel niet meer mogelijk is.

### ***Een 'wat-verder-ter-tafel-komt-werkwijze' vermijden***

Alleen bij een goedlopende, heldere behandeling waarin de behandeltechnieken goed zijn ingezet en goed worden uitgevoerd, is er in de latere behandel fase ruimte voor 'wat-er-verder-ter-tafel-komt'. Een valkuil van deze werkwijze is dat de patiënt hiermee vaak wel tevreden is. Soms weet de patiënt niet beter en denkt dat het zo hoort. Soms ook wordt de werkwijze voortgezet, omdat ze comfortabel is. Er worden prikkelende gesprekken gevoerd en de patiënt ervaart steun en begrip van de therapeut. De patiënt verklaart het nodig te hebben iedere week 'even een uurtje bij te tanken'. Ook de therapeut heeft het rustig bij deze werkwijze. Hij hoeft zich op de gesprekken nauwelijks voor te bereiden. De afrekening komt aan het eind. De patiënt heeft veel aan de gesprekken gehad, maar meent duidelijk nog een lange weg te moeten gaan. Er is, kortom, niet zoveel bereikt. Het advies is om een dergelijke behandeling niet voort te zetten en bij een collega te rade te gaan over een nieuwe behandel aanpak.

### **Afsluiten van behandelingen**

Frequente evaluatie van de behandeling met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten vindt vaak niet plaats. Dat betekent dat het oordeel over de bereikte voortgang gebaseerd zal zijn op verwachtingen en inschattingen van de therapeut en de patiënt. Dit gegeven speelt ook een rol bij de afsluitingsfase van een behandeling.

Vanuit het oogpunt van motivering is er om begrijpelijke redenen weinig aandacht voor de afsluiting van behandelingen. Het werk is immers verricht. Toch is dat een onjuiste opvatting. Het werk is zelden verricht: er vindt louter een afsluiting van het behandelcontact plaats. De patiënt gaat verder en heeft dankzij de behandeling goede stappen weten te zetten. Het is zaak – en beslist een onderdeel van motivering – dat het bereikte resultaat ook na de behandeling zo goed mogelijk overeind blijft. De afsluitingsfase van de behandeling is een essentieel hulpmiddel daartoe. Technische aspecten, zoals goede terugvalpreventiestrategieën en adviezen om ook zelfstandig of met behulp van bijvoorbeeld de partner met de werkzame technieken door te gaan, laten we hier achterwege. In plaats daarvan willen we opnieuw stilstaan bij een aantal motiveringsprincipes, te weten bij behulpzame contextwijzigingen, bij activering en bij acceptatie van de patiënt en zijn restklachten.

### ***Behulpzame context***

Of een behandeling behulpzaam is geweest is een kwestie van perspectief. Zoals gezegd kan een behandeling die met hoge verwachtingen was ingezet, uiteindelijk toch hebben geleid tot een wat teleurstellend resultaat. De afsluiting van een behandeling wordt voorafgegaan door een eindfase van de behandeling waarin een aantal kenmerkende contextwijzigingen de overhand gaat krijgen. In zekere zin moet de wenselijkheid tot een afsluiting van de behandeling in de loop van meerdere sessies gecreëerd worden om uiteindelijk op 'natuurlijke wijze' te gaan ontstaan. Therapeuten met langlopende behandelingen zien dit wel eens over het hoofd. Die contextwijzigingen bestaan eruit dat de tevredenheid van de therapeut met de behaalde behandelresultaten steeds duidelijker wordt. Er volgen opmerkingen in de trant van: 'Dat ziet er prima uit' en

‘Het is weer goed gegaan deze week’. Ook de stabiliteit van de resultaten over de afgelopen periode wordt meer en meer beklemtoond.

---

*THERAPEUT: Het is echt mooi om te zien dat u sinds een maand niet meer slecht geslapen heeft.*

*THERAPEUT: Het lijkt erop dat u nu eindelijk in staat bent om met uzelf te leven. Het voortdurende gepieker in uw hoofd is al sinds maanden verdwenen.*

Bij behandelingen met een wat minder goed behandelresultaat wordt de bereikte vooruitgang nadrukkelijker in een perspectief van beperkte mogelijkheden geplaatst.

---

*THERAPEUT: Laten we zeggen, u hebt uw tijd gebruikt om voor de eerste keer in uw leven de brokstukken bij elkaar te leggen. Het uiteindelijk gaan lijmen van die brokstukken zal veel meer tijd vergen.*

*THERAPEUT: U hebt ontzettend hard gewerkt en voor het moment alles eruit gesleept wat mogelijk was.*

*THERAPEUT: Natuurlijk bent u er nog niet. Maar zo erg als het was, wordt het niet meer. Daarvoor heeft u hier te veel geleerd.*

Verwijzingen van de patiënt naar de afgelegde weg en naar de bereikte resultaten worden bovendien opgepakt en benadrukt: ‘Precies, ik herinner me ook nog heel goed hoe uw vrouw u iedere keer bracht, omdat u alleen niet durfde te komen.’

In de loop van de sessies komt uiteindelijk de afsluiting ter sprake die via deze contextwijzigingen feitelijk zijn voorbereid. De therapeut vraagt naar de ideeën van de patiënt hierover en gezamenlijk wordt een plan gemaakt wanneer de afsluiting gaat plaatsvinden, bijvoorbeeld over twee sessies, en hoe de therapeut en de patiënt zich hierop gaan voorbereiden.

### ***De-activering en aandacht voor de zelfstandigheid van de patiënt***

Niet alleen worden de sessies in aanloop naar een afsluiting gekenmerkt door verwijzingen naar de weg die is afgelegd en het resultaat dat is behaald, ook wordt het activiteitsniveau van de patiënt en de therapeut teruggebracht. Het is niet de bedoeling dat de therapeut en de patiënt hollend over de streep gaan komen. In de eindfase worden de huiswerkopdrachten grotendeels onder de regie van de patiënt zelf gebracht. De patiënt weet wat iedere week thuis gedaan moet worden. De huiswerkopdrachten brengen bovendien geen essentiële veranderingen meer teweeg. Veeleer vormen ze een voortzetting op de ingeslagen weg. Er volgen geen inventarisaties van nieuwe problemen meer. Bij plotseling opduikende tegenvallers in deze eindfase wordt de patiënt aangeraden nu goed gebruik te maken van alles wat hij gedurende de behandeling heeft geleerd.

Dit alles betekent dat in de eindfase de therapeut zijn eigen initiatieven en investeringen in de behandeling gaat verminderen. Weer is het zo dat therapeuten met langlopende behandelingen dit wel eens over het hoofd zien en zich iedere sessie opnieuw actief blijven inzetten. Daarmee worden telkens opnieuw ingangen gevonden om de

behandeling te continueren en wordt nog eens opnieuw stilgestaan bij een wat onderbelicht facet van de problematiek van de patiënt.

Op betrekkningsniveau is er in de eindfase van de behandeling ook een verandering. Die verandering hangt samen met de vermindering van de initiatieven van de therapeut. In de eindfase wordt steeds nadrukkelijker de boodschap gegeven dat de therapeut niet langer bereid is de patiënt met nieuwe hulpmiddelen bij te staan.

### ***Een waardig afscheid***

In de afsluitende sessie is het van belang de patiënt waardig te laten vertrekken – ook, en zelfs juist, als een behandeling niet goed is verlopen. Dat is soms verrassend moeilijk. De therapeut kan de neiging hebben zich te verontschuldigen of – wat nog wat ongepast is – een patiënt nog een laatste, dringend advies te geven en juist daarmee de patiënt voor het mislukken van de behandeling verantwoordelijk te houden.

---

*THERAPEUT: Ik zou u nog een laatste keer op het hart willen drukken om in de toekomst minder taken op u te nemen.*

*THERAPEUT: Probeert u ook in de toekomst te blijven werken aan uw zelfvertrouwen, want uw geringe zelfvertrouwen staat u erg in de weg.*

Dergelijke adviezen hebben geen zin. Het is in de behandeling niet gelukt en het lukt na de behandeling ook niet. Bovendien lijken dergelijke adviezen vriendelijk, maar in de grond bevatten ze een verwijt aan het adres van de patiënt: de patiënt kon niet geholpen worden ondanks dat de therapeut dat vreselijk graag gewild had.

Laatste adviezen en terugvalpreventiestrategieën behoren daarom tot de voorlaatste gesprekken en niet tot het laatste gesprek. In het laatste gesprek hoort acceptatie voor de patiënt en voor de restklachten. Evenals aan het begin van de behandeling biedt de therapeut de patiënt de ruimte om te zeggen wat de patiënt over de behandeling wil zeggen, zonder aan de patiënt verdere verandering te vragen. Geen adviezen of tips meer. De patiënt dient te vertrekken met waardigheid.

### **Conclusies**

Te lange of te korte behandelingen bestaan niet zonder meer. We beschikken over te weinig onderzoeksgegevens om te weten hoe lang een behandeling moet zijn. Een blik op het aantal sessies dat aangeraden wordt in evidence based protocollaire behandelingen in de ambulante GGz levert ons een gemiddelde van 11 sessies op. Maar ook dat zegt weinig. De typering ‘te lang’ of ‘te kort’ is niet correct. De correcte typering is of een behandeling doelgericht wordt uitgevoerd of niet. Een doelgerichte behandeling om iemand met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis te behandelen kan soms kort duren. Een doelgerichte behandeling voor een patiënt met een enkelvoudige fobie kan soms lang duren.

Doelgerichtheid en het vasthouden aan een overeengekomen behandellijn om deze doelen te bereiken stonden centraal in dit artikel. Juist wegens de taaierheid van

psychische stoornissen is een grote investering van de patiënten vereist om de gewenste veranderingen te bereiken. De patiënt kan daar tegen opzien en de neiging hebben de voortzetting van de behandeling te vermijden. De therapeut heeft dat niet altijd in de gaten en kan meegaan in persoonlijke en pittige gesprekken, die desondanks afleiden van het werk dat de therapeut en de patiënt zich aan het begin van de behandeling voorgenomen hadden. In die gevallen neemt de therapeut zijn taak onvoldoende waar.

Verder kwam vanuit een motiveringsperspectief de eindfase van de behandeling ter sprake. De afsluiting wordt in de loop van de eindfase voorbereid door contextwijzigingen die van aard veranderen en door het terugbrengen van de initiatieven van de therapeut en het verminderen van de activering van de patiënt. Er worden geen nieuwe behandeladviezen meer gegeven en patiënten worden aangespoord de nog aanwezige moeilijkheden aan te pakken met alles wat ze tot nu toe in de behandeling hebben geleerd. Deze veranderde houding is het duidelijkst in de laatste sessie: de patiënt krijgt de ruimte om de behandeling af te sluiten zonder dat laatste tips of adviezen worden verstrekt.

---

### **Abstract**

*This article is a revision of the penultimate chapter of the Dutch book *Motivating strategies in ambulant psychotherapy which translates as 'The phase of persistence: motivating during treatment'*. The book will be published October 2007 by publishing company Bohn Stafleu van Loghum. The chapter comments on different strategies to motivate clients and the context in which they can effectively be applied.*

### **Referenties**

- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Baumeister, R.F., Muraven, M., & Tice, D.M. (2000). Ego depletion: A resource model of volition, self-regulation, and controlled processing. *Social Cognition*, 18, 130-150.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Lange, A. (1989). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Methorst, G.J. (1997). Wijziging van de behandelstrategie tijdens een kortdurende ambulante behandeling. In: G.J. Methorst, C.A.L. Hoogduin, & K. van der Velden (red.). *Richtlijnen bij kortdurende ambulante behandeling in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 61-74). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Muraven, M. & Baumeister, R.F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources. Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126, 247-259.