



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

recensie

Over socratisch motiveren

Martin T. Appelo. *Socratisch Motiveren*. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2007, 144 blz., inclusief dvd, € 32,50.

De meeste patiënten die zich aanmelden voor een poliklinische behandeling in de GGz, hebben klachten waarvoor een evidence-based protocollaire behandeling bestaat. Het gaat vooral om behandelingen van angststoornissen, depressieve stoornissen, aanpassingsstoornissen, hypochondrie, relatieproblemen en zelfcontroleproblemen. Wanneer deze patiënten met behulp van deze protocollen worden behandeld, maken zij een grote kans aanmerkelijk te verbeteren of geheel te herstellen. Een relevant probleem is echter dat door allerlei omstandigheden patiënten soms niet profiteren van deze behandeling. De belangrijkste factor is dat veel psychotherapeuten menen dat hun behandeling naar persoonlijke inzichten effectiever is dan de protocollaire behandeling. Dat is helaas niet zo. Een andere omstandigheid is dat de patiënt niet te bewegen is om de adviezen en de stappen van het protocol uit te voeren. Iedere therapeut ervaart dat sommige patiënten afspraken niet nakomen. Deze patiënten moeten dus zo ver worden gebracht dat ze de volgens het protocol noodzakelijke oefeningen en opdrachten ook daadwerkelijk gaan uitvoeren. In de praktijk betekent dit dat therapeuten moeten verleiden en bekeren. Ze proberen patiënten met handen en voeten over te halen om de adviezen uit te voeren. Beker en verleiden, voorspiegelen en informatie geven over de kans dat zij zullen profiteren van de behandeling als zij zich aan gemaakte afspraken gaan houden, kunnen helpen.

Uit een onderzoek eind vorige eeuw bijvoorbeeld kon aannemelijk worden gemaakt dat een systematisch complimenteren van de patiënt niet alleen voor een hechte therapeutische relatie zorgde, maar ook dat het behandelingsresultaat niet minder dan 30% beter was dan wanneer de systematische positieve bejegening achterwege werd gelaten. In het onderzoek zelf werd gesproken over *therapeutic relationship enhancement*, vanzelfsprekend een veel fraaiere term dan therapeutisch slijmen (Arts, Hoogduin, Keijsers, Severeijns, & Schaap, 1994).

De meeste patiënten die de gang naar de therapeut maken, zijn vaak zo gedemoraliseerd dat een positieve therapeutische situatie met

alle algemene therapiefactoren leidt tot een eerste verbetering. Wanneer de therapeut de patiënten vervolgens met bekeren en verleiden zo ver krijgt dat zij zich in gaan zetten de afspraken uit te voeren, is de kans dat een evidence-based behandeling goed verloopt groot.

Helaas, soms gaat het anders. Zelfs in centra waar optimaal volgens de vigerende richtlijnen wordt gewerkt, wordt niet iedereen beter, laat staan in centra waar therapeuten nog zelf mogen bepalen aan welke behandeling ze patiënten blootstellen. Mogelijk denkt u: 'Het valt wel mee.' Gaarne citeren we uit het mooie boek van Braet en Bögels (2008) over protocollaire behandelingen bij kinderen dat de *effect size* van *treatment as usual* voor psychotherapie bij kinderen zich beweegt rond de 0 en voor protocollaire behandelingen tussen 0.5 en 0.8. Dit betekent dat de gehele GGz-afdeling Jeugd, die immers nauwelijks protocollair werkt, vandaag eigenlijk wel kan ophouden met hun gedoe.

Het gaat dus vaak niet goed in de GGz. De patiënt komt in behandeling, gedemoraliseerd en zonder perspectief. Hij wordt verleid en bekeerd om een behandeling te ondergaan en na enige tijd blijkt het soms niet te helpen. De demoralisatie keert terug, samen met het gevoel dat de klachten blijkbaar dusdanig zijn dat zelfs de hulp van de GGz niet heeft kunnen baten. Sommige patiënten vragen elders advies en worden na een *second opinion* alsnog geholpen met een evidence-based behandeling of met een volgende stap, bijvoorbeeld een farmacotherapie. Anderen echter blijven in behandeling, maar vanuit hun teleurstelling en klachten worden sommigen begrijpelijkerwijs minder vriendelijk en dankbaar. Ze gaan klagen tegen de therapeut, en de therapeut die ook al weinig perspectief ziet, begint te twijfelen aan de inzet van de patiënt. Ook meent hij in deze fase van de behandeling nog weleens aanwijzingen te vinden voor de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Vaak ontstaat er een verslechtering van de therapeutische relatie. Het gevaar dreigt dat niet alleen de therapie vastloopt, maar dat de patiënt ook nog als lastig en moeilijk wordt gezien.

Tijd voor iets anders.

Vastgelopen behandelingen, mislukte behandelingen, conflicten tussen patiënt en organisatie zijn bij uitstek geschikt om met behulp van Appelo's socratisch motiveren weer vlot te worden getrokken.

Hoe gaat het socratisch motiveren in zijn werk? Appelo noemt vijf stappen. In stap 1 wordt het probleem gedefinieerd. Ook is van belang, bijvoorbeeld in het geval van gestuurde patiënten, (min of meer onder dwang) opheldering te krijgen of zij zelf wel een probleem ervaren. Zo meldde zich een echtpaar aan van wie de man behandeld

wilde worden voor het roken van sigaretten. Een van de vragen in de assessment-procedure was hoeveel geld hij ervoor over had om van het roken af te komen: één, tien, honderd, duizend, tienduizend euro, zijn gehele bezit (een patiënt met een obsessief-compulsieve stoornis zegt nog weleens zijn hele bezit te willen afstaan voor herstel)? De man antwoordde lachend: 'Als u mij nou eens duizend euro gaf. Later bleek dat hij alleen maar gekomen was door toedoen van zijn vrouw. Zij had door haar astmatische bronchitis veel last van zijn roken.

In stap 2 volgt een onderzoek naar de levensmotieven, -doelen, -wensen en de verlangens van de patiënt. Vervolgens wordt er een werkhypothese geformuleerd.

In stap 3 wordt dan een probleem-doelanalyse gemaakt, waarbij het probleem aan de wensen en doelen van de patiënt gerelateerd wordt. De positieve en negatieve consequenties van het probleemgedrag worden op korte en lange termijn vastgesteld. Tevens wordt globaal het persoonlijkheidstype gewaardeerd: meegaand, dominant of daar tussenin. Bij de laatste categorie gaat het om mensen die weerstand hebben tegen verandering, zoals bij de meeste mensen wordt aangetroffen. Ook wordt vastgesteld hoe het staat met de wens te veranderen: geen, groot, onduidelijk.

In stap 4 worden strategieën uitgewerkt voor de diverse persoonlijkheidstypen en naar de wens om te veranderen. Bijvoorbeeld, als er geen veranderwens is, is het socratisch motiveren afgerond. Maar wel met de deur op een kier: als u wel wilt veranderen, belt u gerust.

In stap 5 wordt de patiënt gefaciliteerd de veranderdoelen te bereiken.

De strategieën van het socratisch motiveren laten zich goed samenvatten in de benadering van de door Haley geformuleerde beheersing van de therapeutische relatie (Haley, 1963). Hierbij bestaat de mogelijkheid van een complementaire relatiebeheersing: 'Ik zeg u wat goed voor u is en dat moet u opvolgen.' Appelo gebruikt deze benadering bij de meegaande patiënten (door hem weinig hoffelijk de 'angsthazen' genoemd). Deze patiënten zullen niet vaak aangemeld worden, omdat zij niet snel aanleiding geven tot conflictueuze therapeutische relaties; wel kunnen zij natuurlijk vastlopen in een behandeling. Ook andere typen kunnen tijdelijk een dergelijke opstelling vertonen.

De symmetrische relatie is die met de door Appelo besproken 'gemiddelde patiënt' (door hem als 'luiwaard' getypeerd). Deze heeft altijd moeite met veranderingen. Schouder aan schouder in goede samenwerking wordt de procedure uitgevoerd. De therapeut is hoffelijk, naïef, geïnteresseerd, maar verleidt noch bekeert. In het geval van de metacomplementaire relatie met de dominante patiënt wordt de

patiënt ertoe gebracht de dienst uit te maken binnen de therapeutische context (Appelo rubriceert deze patiënt als de 'betweterige').

Voor de hier beschreven procedure is essentieel dat de therapeut een geïnteresseerde deskundige is, die op naïeve, belangstellende manier informatie verzamelt en hypothesen voorlegt ter toetsing.

Socrates formuleerde een werkwijze, die zijn moeder als vroedvrouw hanteerde: 'Zij baart niet zelf, maar helpt het baren goed te laten verlopen. Zo helpt hij op dezelfde manier mensen hun eigen waarachtige kennis te baren (blz. 30).'

Van groot belang is dat de therapeut bij vastgelopen situaties niet langer bekeert en verleidt. Er is acceptatie van de problematiek, er volgen analyses en vragen naar verdere behoeften. Centraal staat het niet-trekken aan de patiënt; een patiënt heeft klachten of problemen en samen wordt gezocht naar oplossingen, waarbij de patiënt door de therapeut wordt geholpen om ten slotte tot een keuze te komen om activiteiten te ontwikkelen, die zullen kunnen leiden tot veranderingen of niet. Zodra patiënten dat willen, worden zij geholpen de mogelijkheden te realiseren. Dat houdt ook in dat socratisch motiveren misschien beter niet door de therapeut of intakeers kan worden gedaan, maar liever door een derde.

Wanneer we de stappen nog eens doornemen, kan het niet anders zijn dan dat zich de vraag opdringt: zou niet bij iedere patiënt een dergelijke zorgvuldige, niet-moralistische eerste analyse moeten plaatsvinden? Niet voor niets vinden we overeenkomsten met de kenmerken van de directieve therapie met de therapeutische paradox van Haley als 'prescribing the symptom', of met de gedragstherapie bij het accepteren van symptomen als een 'fact of life' in een zelfcontrole-procedure.

Terug naar het boek

Het is helder en goed geschreven door een werkelijk geïnteresseerde therapeut. Er worden vijf patiënten besproken, die deze procedure doorliepen. Nuttige en interessante besprekingen. Jammer is dat het om nogal typische problematiek gaat. In niet minder dan vier van de vijf gevallen handelt het om impulscontroleproblemen: overgewicht, alcoholmisbruik, drugsgebruik en pedofilie. Interessant zou zijn om de procedure ook bij andersoortige patiënten gedemonstreerd te zien worden.

Appelo gebruikt voor de drie typen patiënten – gemiddeld, dominant, meegaand – echt vervelende termen, namelijk lui aard, betweter en angsthaas. Ik vind dat jammer en het stoort me. Appelo

kennende, met zijn grote belangstelling voor patiënten en hun behandeling, begrijp ik niet goed waarom hij geen neutralere termen koos.

Tot slot

Een gevolg van socratisch motiveren kan zijn, zo blijkt uit de voorbeelden, dat voor sommige patiënten als oplossing wordt gekozen dat zij niet meer behandeld willen worden en dat zij veel blijven eten of aan de drank blijven. Het is even wennen voor hulpverleners dat patiënten er na het socratisch motiveren voor kiezen om met rust gelaten te worden. Goed om ons te realiseren dat na zorgvuldige analyse dit een te respecteren keuze van mensen kan zijn.

Socratisch motiveren is een verrassend interessant boek. De bijgesloten dvd met een drietal nagespeelde zittingen is fascinerend en bijzonder.

Het model om pas over interventies te praten, nadat duidelijk is geworden wat de patiënt wil veranderen, verdient brede navolging. Juist de hoffelijke, vriendelijke en wat naïeve geïnteresseerde houding maakt het toepassen tot een genoegen. Het enige doel van de therapeut is vast te stellen wat de patiënt wil. Rustig vragen stellend en even niks bekeren en verleiden. *Het socratisch motiveren* is ook een zeer geschikt boek om rust, vaardigheid en zorgvuldigheid te onderichten aan beginnende therapeuten.

KEES HOOGDUIN

Referenties

- Arts, W., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Severeijns, R., & Schaap C. (1994). A quasi-experimental study into the effect of enhancing the quality of the patient-therapist relationship in the outpatient treatment of obsessive-compulsive neurosis. In: S. Brogo & L. Sibilis (Eds), *The patient-therapist relationship: Its many dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Braet, C. & Bögels, S. (red.) (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.