



[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)

## Het motiveren van cliënten in directieve therapie met congruente en judoachtige technieken \*

Alfred Lange

*In veel beschrijvingen van psychotherapieën wordt de nadruk gelegd op de aard van de interventies en de gevolgen daarvan voor de cliënten. Zelden wordt gerapporteerd wat de therapeut allemaal heeft gedaan om te zorgen dat zijn interventies überhaupt kans van slagen konden hebben. Er wordt, met andere woorden, minder vaak geschreven over de manier waarop cliënten worden gemotiveerd zich open te stellen voor verandering en eventuele suggesties van de therapeut over te nemen. Zowel de beschrijvingen van gedragstherapieën als die van directieve therapieën krijgen daardoor allicht iets kunstmatigs, iets trucachtigs. Dat is jammer, want juist de directieve therapie wordt gekenmerkt door een grote mate van aandacht voor het motiveren van cliënten. In dit hoofdstuk wordt getracht een aantal strategieën en technieken ter motivering van cliënten op een rij te zetten.*

De manier van motiveren en de 'timing' dient met zorg aangepast te worden aan de specifieke aard van de cliënten, zelfs als het gaat om geprotocolleerde behandelingen. Over het algemeen zal het motiveren op een congruente manier gebeuren. Dat wil zeggen dat er in de tekst van de behandelaar geen 'addertjes onder het gras' zitten. In speciale gevallen, als het gaat om eigenzinnige ofwel ambivalente cliënten, zal de therapeut niet altijd het achterste van zijn tong laten zien. Deze beide kanten van het motiveren worden besproken. Het laatste deel van het hoofdstuk is gewijd aan de specifieke vraag hoe men cliënten kan bewegen aan gezinsgesprekken deel te nemen.

*\* Dit artikel is een vrijwel ongewijzigde bewerking van een hoofdstuk in het boek *Directieve Therapie* dat eind 2009 bij uitgeverij Boom zal verschijnen onder redactie van Kees van der Velden, Kees Hoogduin en Alfred Lange. Het boek geeft een bewerkte versie van geselecteerde hoofdstukken uit de boeken *Directieve therapie tussen 1977 en 1992*.*

DR. A. LANGE is bijzonder hoogleraar aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, en hoofdredacteur van *Directieve therapie* en *Gezinstherapie Wereldwijd*.

### Congruente motiveringstechnieken

Het gaat – zoals al gesteld – bij congruente motiveringstechnieken om een optreden van de behandelaar waar geen voor de cliënt ondoorzichtige bijbedoelingen aan kleven. Hierna wordt een aantal principes en technieken op een rijtje gezet.

#### *Congruente motiveringstechnieken van algemene aard*

Allereerst richten we ons op algemene motiveringstechnieken; dat wil zeggen technieken waarmee beoogd wordt de inzet van de cliënten voor de therapie in zijn algemeenheid in positieve zin te beïnvloeden.

#### *Acceptatie*

Het lijkt vanzelfsprekend, maar het ontbreekt therapeuten maar al te vaak aan acceptatie van cliënten met name als hun klachten moeilijk invoelbaar zijn en als hun opstelling niet strookt met het waardesysteem van de therapeut. Juist dan is het nodig om te laten zien dat men echt is geïnteresseerd. Dat kan men non-verbaal laten blijken door goed te luisteren, niet te veroordelen en serieus verder te vragen als iets niet helemaal duidelijk is.

#### *Hoop geven*

Rabkin (1977) noemt het principe van 'hoop geven aan de cliënt' als een essentiële basis voor het motiveren van cliënten. Het is motiverend om te merken dat de aanvankelijke somberheid en uitzichtloosheid misschien niet helemaal terecht zijn en dat er mogelijkheden zijn om iets aan de situatie te doen, om te veranderen, om te genezen. Een illustratie daarvan geeft Maria M. in haar nawoord op de door Lange (1986) beschreven behandeling van trichotillomanie. Het feit dat de therapeut vanaf het eerste begin haar klachten, die zijzelf zeer vreemd vindt, 'zeer zeker behandelbaar' heeft genoemd, heeft haar gemotiveerd om zich in te zetten voor de therapie.

#### *Complimenten*

Cliënten komen in therapie omdat er dingen in hun leven niet goed gaan. Vaak hebben zij daar zelf een aandeel in en zal er van hen verandering in gedrag of gedachten worden gevraagd. Vaak is hun zelfvertrouwen niet al te groot.

Veranderen is niet zo gemakkelijk als je weinig vertrouwen in jezelf

hebt. Daarom is het van belang dat de therapeut erop is gericht het zelfvertrouwen van cliënten te vergroten, onder andere door waardering te uiten en te complimenteren. Dat geldt bijvoorbeeld voor een angstige cliënt die toch op vele fronten zijn best doet. Het geldt bijvoorbeeld ook voor ouders die moeite hebben met het opvoeden van een niet goed functionerend kind. Het zal hen helpen om in hun eigen aanpak iets te veranderen als de therapeut aan hun aanpak ook positieve kanten signaleert; bijvoorbeeld hun inzet, hun betrokkenheid, hun integriteit. Meer algemeen geldt: wanneer iemand ergens energie in stopt, dan hoort hij daarover graag iets positiefs van degene die hem hiertoe heeft aangezet.

#### *Positief etiketteren*

Het is bijzonder motiverend als de therapeut erin slaagt om aan probleemgedrag van een cliënt ook een positieve kant bloot te leggen. Een voorbeeld geeft de taxatiezitting met een 45-jarige man, Jaap genaamd. Hij heeft zich aangemeld omdat hij 'volledig is vastgelopen'. Hij werkt halve dagen freelance in een magazijn, voor de andere 50% is hij arbeidsongeschikt verklaard. Hij woont alleen, na een kinderloos huwelijk en een periode van samenwonen met een vriendin. Met geen van beide vrouwen onderhoudt hij nog betrekkingen. Hij voelt zich eenzaam. Tijdens de zitting vertelt hij hierover en over zijn pogingen om tot goede verhoudingen met geliefden en vrienden te komen.

Op een gegeven moment zegt hij: 'Ach, weet je, ik ben eigenlijk ook ontzettend lui. Ik laat het op een gegeven moment altijd weer afweten. Dan stop ik het maar het liefste weg...' De therapeut reageert niet onmiddellijk. Hij staart wat nadenkend voor zich uit en zegt: 'Weet je, ik geloof eigenlijk helemaal niet dat jij lui bent. Je vindt het misschien vreemd, dat ik na een halfuur praten zulke stellige dingen zeg. Meestal is dat ook niet mijn gewoonte. Maar uit de dingen die jij over jezelf vertelt, en de manier waarop, komt bij mij een heel ander beeld naar voren. Uit alles wat je zegt, blijkt dat je juist heel perfectionistisch bent; dat je in je vroegere verhoudingen juist steeds geprobeerd hebt alles heel zuiver te doen, alles goed uit te praten.' De therapeut geeft nog een aantal onderbouwingen van zijn zienswijze en vervolgt: 'Ik kan me wel voorstellen dat je juist door dat perfectionisme in moeilijkheden bent gekomen, dat dit soms voor anderen wat lastig was, en misschien zou je dat ook wel wat kunnen verminderen op den duur, maar lui ben je volgens mij helemaal niet.'

Jaap is een tijdje stil en het taxatiegesprek wordt vervolgd. Aan het einde daarvan komt een voorlopig behandelingscontract ter sprake. Aangezien de therapeut niet onmiddellijk ruimte heeft om Jaap in

behandeling te nemen, maar dat eigenlijk wel nodig acht, stelt hij voor hem naar een goede collega te verwijzen. Jaap wil daar echter niets van weten. Huilend vertelt hij: 'Jij bent de eerste therapeut in al die jaren die iets positiefs tegen me zegt. Dat heb ik ook wel eens nodig.' Besloten wordt dat Jaap wacht tot er ruimte bij deze therapeut vrijkomt.

In dit voorbeeld zien we dat positief etiketteren leidt tot de kracht om problemen aan te pakken en hoop in nieuwe mogelijkheden; een aanzet tot een nieuw zelfbeeld, en tot vertrouwen in de persoon van de therapeut en de aard van de therapie; allemaal elementen die de motivatie voor de behandeling in de beginfase vergroten.

*Vragen naar positieve kwaliteiten en interessegebieden*

Dicht bij het geven van complimenten ligt het vragen naar positieve kwaliteiten, naar sterke kanten van de cliënt, in tegenstelling tot het meer in zwang zijnde concentreren op alles wat cliënten niet kunnen of moeilijk vinden. Bij Jaap gebeurde dit nadat hij had laten doorschemeren artistieke belangstelling te hebben, waarna de therapeut hem vroeg op welke manier hij daaraan uiting gaf. In dit kader is het ook vaak zinvol om te vragen naar de manieren waarop de cliënten zelf in het verleden hebben geprobeerd de problemen aan te pakken. Men komt dan misschien op nieuwe wegen, die aansluiten bij wat de cliënt bij zichzelf als mogelijke oplossing al had vermoed.

Het kan ook van belang zijn om interesse te tonen in zaken die voor de cliënt van belang zijn zonder dat ze direct met de behandlingsklacht te maken hebben, bijvoorbeeld gezondheid, werkzaamheden, hobby's. Dit wordt ook wel 'invoegen' genoemd. Een aardig voorbeeld van dit laatste vindt toevallig plaats in een eerste gezinsgesprek waarbij het moeilijk is geweest de vader te motiveren om mee te komen. Het gaat om zijn zoontje en hij vindt niet dat hij met diens problemen iets te maken heeft. Nadat de vrouw over de telefoon is geadviseerd hoe zij haar man kan bewegen om in ieder geval bij het eerste gesprek aanwezig te zijn, is hij inderdaad gekomen. Nors en dwars stapt hij – duidelijk onder protest – de kamer binnen. In de therapieruimte staat wegens gebrek aan geschikte ruimte elders een nieuwe racefiets. Wat blijkt? De man is oud-wielrenner en raakt flink opgewonden bij het zien van dit aardige fietsje. Nadat er vijf minuten over wielrennen en 'koersen' is gepraat, staan de therapeut en de man op een dermate goede voet, dat de man bereid is over de problemen in het gezin te praten.

Een ander voorbeeld van invoegen betreft Yvonne, een 14-jarig meisje. Haar moeder heeft haar telefonisch aangemeld wegens onhan-

delbaarheid en wil daarover met haar man – zonder Yvonne – komen praten. De therapeut vraagt haar om met het gehele gezin te komen. Zij denkt niet dat Yvonne bereid zal zijn om mee te komen. De therapeut instrueert haar vervolgens hoe zij dit aan Yvonne kan vragen. Enkele dagen later belt mevrouw om de definitieve afspraak te maken. Yvonne zal meekomen, maar heeft aangekondigd ‘geen woord tegen die vent te zullen zeggen’. In de eerste fase van het gezinsgesprek vraagt de therapeut Yvonne op welke scholen zij heeft gezeten. De voorlaatste blijkt dezelfde te zijn als de school waar zijn eigen dochter heen zal gaan, waarna er een geanimeerd gesprek ontstaat over de aard van die school, de verschillende leraren en de rector. Ook aan de rest van het gezinsgesprek neemt Yvonne op een levendige en positieve manier deel.

Dit zijn misschien geen dagelijkse voorbeelden. Maar het ingaan op interesses van cliënten, hun werk en hobby's, en – waar mogelijk – laten blijken er iets van af te weten, vergroot in ieder geval het contact met de cliënten en daarmee de gemotiveerdheid voor de therapie.

#### *Laten ervaren van verandering*

Hoop, positieve verwachtingen en motivatie worden uiteraard in de hand gewerkt wanneer cliënten in de beginfase van een behandeling ervaren dat er iets in hun situatie verandert. Zij merken bijvoorbeeld dat het doorvragen van de therapeut en zijn aandringen op ‘concreet worden’ tot gevolg heeft dat zijzelf meer zicht krijgen op wat het werkelijke probleem is; dat zij in concrete termen formuleren wat hen dwars zit of wat zij van elkaar willen; dat gezinsleden die voorheen niet met elkaar over problemen praatten, dit nu wel doen en dat compromissen bij conflicten niet zijn uitgesloten. Dit alles houdt natuurlijk in dat ook de inhoudelijke kwaliteit van de eerste zittingen van belang is voor de motivatie van cliënten. Wanneer de hulpverlener met zijn vragen en commentaren steeds de plank mislaat, is dat minder motiverend dan wanneer cliënten het gevoel hebben dat de behandelaar belangrijke onderwerpen weet bloot te leggen.

Bij meerdere cliënten aan wie achteraf werd gevraagd wat de belangrijkste elementen in de behandeling waren geweest, bleek dat dit niet de huiswerkopdrachten waren, maar cruciale elementen in de feedback die ze kregen en die tot een aha-erlebnis hadden geleid.

#### *Betrokkenheid creëren*

Beginnende therapeuten zijn soms zo blij dat ze iets hebben uitgelegd, dat ze liever niet checken of de cliënten hun formulering wel goed

begrijpen, en zo ja, of de cliënten het met hen eens zijn. Soms willen ze signalen van onbegrip of niet-eens-zijn liever niet opmerken. Dit is niet verstandig. Men dient, integendeel, juist regelmatig vragen te stellen als: 'ben ik wel duidelijk?', 'kunt u zich hierin vinden?', 'weet u zeker dat u dit kunt gaan doen?' Als cliënten mondeling bevestigend reageren maar hun gelaatsuitdrukking doet anders vermoeden, dan moet men daaraan niet gemakshalve voorbijgaan. Dan dient de therapeut juist expliciet te vragen of de cliënten wel zeker weten dat het klopt wat zij hebben toegezegd.

#### *Zelfvertrouwen van de therapeut*

Hoop en vertrouwen in een mogelijk goede afloop van de behandeling wordt ook vergroot door het vertrouwen dat de therapeut heeft en uitstraalt met betrekking tot zijn eigen mogelijkheden. Dat hoeft bepaald niet op een platte manier met gebruik van statussymbolen of door autoritair optreden. Het kan en behoort veeleer te worden geëtaaleerd op een bescheiden manier, bijvoorbeeld door cliënten rustig tegemoet te treden en deskundig door te vragen als iets te weinig concreet blijft; door de tijd te nemen om na te denken teneinde de beste vragen of commentaren te geven; door niet bang te zijn om commentaar te geven; door zichzelf te corrigeren als daar aanleiding voor kan zijn.

#### *Timing*

De inbreng van de therapeut is optimaal motiverend als hij rekening houdt met het beste moment voor bepaalde interventies. Als er in het begin van de sessie opvallende voorvallen zijn die aanleiding geven voor feedback, kan het verstandig zijn toch met het commentaar te wachten tot later in de sessie, wanneer de therapeut wat meer weet over de kwestie en de cliënt misschien ook meer klaar is voor het commentaar. Dan heeft het meer effect.

#### *Behandelcontract*

Voor cliënten is het plezierig dat zij in het begin van de behandeling een duidelijk beeld krijgen van de inhoud van de behandeling. De therapeut kan hieraan tegemoetkomen door aan het einde van het eerste gesprek te vertellen hoe hij de problematiek inschat, wat een behandeling bij hem ongeveer inhoudt en hoelang deze ongeveer duurt. Wanneer de cliënten hierop positief reageren, is hiermee een *voorlopig behandelcontract* gesloten. Een zekere beperking is echter op

zijn plaats: al te veel droge en technische informatie kan juist demotiverend werken.

*Congruent motiveren voor huiswerk of specifieke interventies tijdens een zitting*

Tot nog toe hebben we ons beziggehouden met algemene motiverings-technieken. Daarnaast zijn er principes die men in acht kan nemen om het effect van specifieke interventies, zoals huiswerk, te maximaliseren.

*Uitleg geven*

Om te beginnen moet de therapeut de cliënten goed uitleggen wat in het algemeen het doel is van huiswerk (verhoging van de zelfwerkzaamheid, minder afhankelijkheid van de therapeut enz.) en van het betreffende huiswerk in het bijzonder.

*Huiswerk presenteren als moeilijk*

Het is een veelvoorkomende misvatting dat het motiverend zou zijn wanneer de therapeut opdrachten als gemakkelijk uitvoerbaar presenteert. Het is juist demotiverend. De cliënten krijgen dan eerder een gevoel van 'dit is iets wat iedereen wel kan'. Daarom is het over het algemeen beter om een opdracht te introduceren met een tekst als: 'Ik ga u nu iets vragen te doen wat nogal moeilijk is, en ik vraag me af of het niet te zwaar is. Denkt u er maar rustig over na of het u haalbaar lijkt.' Daarna volgen de uitleg en een periode van nadenken, die kan variëren van enkele ogenblikken tot een volgende sessie. Een eventuele instemming betekent dan dat cliënten iets gaan ondernemen wat voor hen een uitdaging is en hun zelfrespect vergroot.

*Cliënten laten meedenken*

Het is extra motiverend als men de cliënten laat meedenken over de formulering en die aanpast wanneer zij commentaar hebben. Cliënten kunnen dan ook wijzigingen in de voorstellen van de therapeut aanbrengen of kiezen uit verschillende mogelijkheden. Het wordt dan als het ware een opdracht die zij aan zichzelf verstrekken. En zo hoort het ook!



*Vaststellen of men echt akkoord is*

Bij huiswerk is het van belang de cliënten steeds expliciet te vragen of alles duidelijk is en of zij er werkelijk iets in zien: willen ze het huiswerk werkelijk uitvoeren? Als zij bevestigend reageren maar het huiswerk niet uitvoeren, moet men toch niet snel concluderen dat dit onwil is. Misschien was het toch niet duidelijk. Als er ook maar enige onduidelijkheid was, is het verstandig om hiervoor excuses aan te bieden. Dat is geen zwakte, maar juist sterkte van de therapeut.

*Letten op non-verbale signalen*

Cliënten zeggen soms dat zij begrijpen wat de bedoeling is en dat zij akkoord zijn met de afspraken, terwijl men aan hun gezicht kan zien dat zij twijfelen. Het is belangrijk om op die non-verbale signalen in te gaan en zo nodig de afspraken alsnog te veranderen of zelfs helemaal in te trekken. Beter geen huiswerk dan huiswerk dat 'niet staat'. Dat levert negatieve ervaringen op die kunnen doorwerken in de verdere behandeling.

*Precisie en schriftelijk vastleggen*

De therapeut dient precies te formuleren waar het huiswerk uit bestaat en het verdient aanbeveling de afspraken schriftelijk vast te leggen. Dit voorkomt misverstanden en accentueert ook het belang dat de therapeut aan het huiswerk hecht.

Tot nog toe is in deze paragraaf het motiveren voor huiswerkopdrachten besproken. Soms is het echter nodig om cliënten te motiveren zich open te stellen voor specifieke interventies tijdens een zitting. Bijvoorbeeld een gedragsoefening, specifieke feedback op iets wat tijdens de zitting ter sprake is gekomen of een wijziging in de behandelingsstrategie. Een voorbeeld van dit laatste: Een vrouw is opgenomen met depressieve klachten, waarvoor zij medicatie heeft gekregen. Na zes weken besluit het team om de echtgenoot bij de behandeling te betrekken, aangezien de vrouw de indruk heeft gegeven dat angst voor haar man en onbegrip zijnerzijds belangrijke factoren zijn. Aanvankelijk weigert de man te komen. Na enig aandringen komt hij dan toch, tierend, scheldend en met de vuisten zwaaiend: 'Het is een schandaal om mijn vrouw zo vol pillen te stoppen. Ze moet onmiddellijk mee naar huis. Dan zal alles weer gewoon en goed zijn. Praten heeft totaal geen zin.'

De therapeut laat de man volledig uitrazen en vraagt zelfs door naar diens klachten over de staf van de kliniek. Na ongeveer een kwartier, als er een stilte valt, vraagt hij: 'Wilt u nu iets van mij

horen?' De man mompelt een onverstaanbare instemming. De therapeut zwijgt weer even, waarbij hij de man aankijkt en vervolgt: 'U zult het wel vreemd en verrassend vinden wat ik ga zeggen, maar ik ben heel erg blij met wat u zegt. De meeste echtgenoten van cliënten hier willen juist dat er meer pillen worden verstrekt. Dat vinden ze makkelijk. Van u merk ik dat u enorm betrokken bent bij wat er met uw vrouw gebeurt en dat u bereid bent voor haar herstel te knokken. Ik wil dat helemaal steunen, maar dan zult u mij moeten helpen. Die vermindering van pillen krijg ik er alleen maar door als we iets kunnen doen aan de voorbereiding en de opvang van het naar huis gaan. Bijvoorbeeld door gezamenlijke gesprekken met uw vrouw, uzelf en mij te hebben. Ik zou u willen vragen daaraan mee te werken.'

Het is niet opportuun om hier uit te weiden over de inhoud van deze formulering en ook niet over de uitwerking ervan. Essentieel is dat de therapeut de man eerst volledig laat uitpraten, hem daarna laat verklaren dat hij wel een reactie van de therapeut wil, om hem vervolgens te complimenteren met het feit dat hij zijn vrouw niet vol wil laten stoppen met psychofarmaca. Door lange stiltes, langzaam praten en dramatiek in de stem wordt verder voor een zo groot mogelijke motiverende impact gezorgd, die ervoor zorgt dat de man toch de lijn van het ziekenhuisteam inclusief de farmaca gaat volgen.

#### Judoachtige motiveringstechnieken

Het is een goede gewoonte om cliënten te informeren over wat er met hen aan de hand is, uit te leggen hoe zij zich kunnen laten behandelen, waarom de behandeling geschikt is voor hen en wat ze er zelf aan kunnen bijdragen. Het is in het algemeen ook verstandig om ze te complimenteren met waar ze goed in zijn en ze hoop te geven op een goede afloop van de behandeling. Dit alles werkt voor de meeste mensen motiverend. Voor de meeste mensen, maar niet voor iedereen. Er zijn cliënten die dermate ambivalent zijn over de stap om zich te laten behandelen, dat ze ertoe geneigd zijn om hun behandelaars zo veel mogelijk tegen te spreken. In dat geval moet men natuurlijk wat voorzichtig zijn met complimenten en positieve verwachtingen. Bij die mensen zou het weleens averechts kunnen werken.

Wanneer men terugblijkt op de in de vorige paragraaf genoemde congruente motiveringstechnieken, dan ziet men dat zij waarschijnlijk kenmerkend zijn voor effectieve therapeuten, tot welke stroming zij ook behoren. Dit komt ook overeen met de bevindingen in een door Frank (1976; 1982) geciteerd onderzoek waaruit blijkt dat de verschil-

len in therapieresultaten tussen de diverse stromingen slechts gering zijn.

Het is daarom van belang dat therapeuten proberen te voldoen aan het soort non-specifieke variabelen dat hiervoor is beschreven, waarbij vooral het vertrouwen in eigen kunnen en het hoop geven aan cliënten essentieel is.

Misschien is het specifieke van de directieve therapie dat niet alleen met deze congruente benaderingen wordt volstaan. Het inzicht dat een congruente benadering niet voor alle cliënten een gunstige werking heeft, is kenmerkend voor de directieve therapie. Deze paragraaf gaat daarover en over de manier waarop men dan als behandelaar strategisch kan optreden.

Men kan drie soorten cliënten onderscheiden waarbij een volledig congruente aanpak zelden afdoende is:

- *Cliënten bij wie de klachten winst leveren*  
Het gaat hier om cliënten die al geruime tijd gewend zijn aan hun – vaak chronische – klachten en daar een behoorlijke hoeveelheid winst, bijvoorbeeld in de vorm van aandacht of gemak, aan ontlennen.
- *Cliënten bij wie de klachten een manier van coping zijn*  
Hier gaat om cliënten bij wie de symptomen kunnen worden beschouwd als een adaptatiestrategie die zij hebben ontwikkeld om erger te voorkomen (bijv. vermijdingsgedrag bij een paniekstoornis).
- *Cliënten die de autoriteit van de therapeut niet aanvaarden*  
Het gaat hier om cliënten die wel lijken te willen veranderen, maar tegelijkertijd de autoriteit van de therapeut niet wensen te accepteren en geneigd zijn met hem een machtsstrijd aan te gaan die zij ook wel graag willen winnen.

Volgens Haley (1963) is de laatste categorie de grootste onder het gehele cliëntenbestand en wordt bijna elke therapeutische relatie door machtsstrijd gekenmerkt. Zelfs als men het met deze wat overtrokken stellingname niet eens is, zal men toch moeten constateren dat er cliënten zijn bij wie dit inderdaad het geval is en bij wie de hiervoor genoemde congruente benaderingen niet zonder meer zinvol zijn. Dit geldt dan met name voor het geven van hoop, het noemen van reële positieve zaken en het doorgaan op de positieve kwaliteiten van de cliënten. Dat is dan 'for the time being' uit den boze. Een judoachtige opstelling ligt dan meer voor de hand.

*Judoachtige motiveringstechnieken van algemene aard*

Wat houdt het judoachtige in? In het kort komt het erop neer dat de therapeut wel uitleg kan geven; hij kan ook de klachten preciseren, maar hij vermijdt het om optimistisch te lijken of positieve conclusies te trekken. De klachten worden, integendeel, zwaar geëtiketteerd en de therapeut doet bescheiden en somber over zijn eigen mogelijkheden om de cliënt te helpen. Kritiek van de cliënt op de therapeut en andere vormen van weerstand worden daarentegen positief geëtiketteerd in termen van 'veel kritische zin die laat zien dat u niet klakkeloos doet wat anderen tegen u zeggen', waardoor dit verzet verandert in een vorm van medewerking. Het kernpunt is dat men niet gaat proberen de cliënt te overtuigen van iets waarvan hij kennelijk niet overtuigd wenst te worden.

De vraag is natuurlijk op welke wijze men bepaalt of men voor dergelijke motiveringstechnieken moet kiezen of voor meer congruente. Deze vraag is niet gemakkelijk te beantwoorden, maar er zijn toch wel enkele indicaties. Het gaat dan om cliënten die:

- voortdurend de therapeut corrigeren;
- regelmatig aangeven dat de zienswijze van de therapeut misschien opgaat voor andere cliënten, maar bij hem niet;
- steeds stellen dat er toch niets kan veranderen: 'zo ben ik nou eenmaal'.

Wanneer cliënten de houding hebben die met dit soort gedragingen samengaat, doet de therapeut er goed aan om voorlopig een judoachtige houding aan te nemen. Nieuwe commentaren kan hij bijvoorbeeld laten voorafgaan door opmerkingen als: 'ik zou hier iets over kunnen zeggen, maar ik vraag me eigenlijk af of u daaraan wel behoefte hebt', of 'ik zou hier iets over kunnen zeggen, maar het is zeer de vraag of ik wel genoeg inzicht in de situatie heb, dus dat kan ik voorlopig misschien beter achterwege laten'. De inmiddels nieuwsgierig geworden cliënt zal niet schromen nu aan de therapeut te gaan trekken, die daar na herhaalde tegenwerpingen schoorvoetend aan toegeeft.

Een dergelijke houding is, kortom, geïndiceerd wanneer cliënten op een opzichtige wijze de indruk wekken geen vertrouwen in de therapie te hebben; dat ze wel komen, maar niet denken er beter van te worden. Het is niet verstandig om dergelijke cliënten te trachten ervan te overtuigen dat ze wel degelijk veel heil van de therapie mogen verwachten. Het is beter om met hun zienswijze 'mee te gaan'. Daarom heet het ook 'judo', naar de sport waarbij men meegaat met de aanval van de tegenstander om hem juist te kunnen vloeren. Bij

cliënten gaat het niet om 'vloeren', maar wel om de kans te vergroten dat zij niet tegen hun eigen belang in blijven gaan.

Er zijn verschillende manieren om dit op een verantwoorde wijze, afhankelijk van de situatie, uit te voeren. Bijvoorbeeld:

- constateren dat de problemen groot zijn en zullen moeten worden aangepakt, maar dat men dit somber inziet, aangezien de voorgestelde benadering kennelijk niet past bij de cliënt en er geen goed alternatief is;
- constateren dat de kans op succes daardoor inderdaad klein is;
- constateren dat men zelfs overweegt om er helemaal niet aan te beginnen; slechts als de cliënt erg aandringt, wil men dan toch wel enkele zittingen afspreken om het in ieder geval te proberen;
- constateren dat men bereid is om voor de cliënt een therapeut te zoeken die de zaken misschien meer op diens golfengte benadert.

Een voorbeeld zien we bij David, een 'oorlogsslachtoffer', die wegens apathische en depressieve verschijnselen was aangemeld. In het eerste gesprek laat hij herhaaldelijk weten dat hij de therapie totaal niet ziet zitten en geen vertrouwen heeft in de mogelijkheden ervan. Hij heeft al zoveel negatieve ervaringen met therapieën en therapeuten dat hij ervan overtuigd is dat dit de volgende zal worden. Hoe meer de therapeut zijn somberheid aanpast aan de zijne en hem daarin zelfs gaat overtreffen, hoe meer positieve kanten David zelf begint op te noemen.

Deze benadering heeft het voordeel dat de therapeut ervoor zorgt dat de cliënt zijn oude spel – het aan zich laten trekken – niet meer kan spelen. De meeste van de ietwat weerbarstige cliënten zullen nu juist zelf aan de therapeut gaan trekken, hem bewegen om toch op de ingeslagen weg verder te gaan.

De judohouding hoeft niet altijd zo extreem te zijn. Soms bestaat die uit een klein zinnetje waaruit de cliënt kan opmaken dat de therapeut niet van plan is hem te gaan overtuigen als hij daar niet aan toe is.

Hierbij moet wel een essentiële kanttekening worden gemaakt. De judoachtige opstelling mag geen truc zijn die wordt toegepast zodra de cliënt de euvele moed heeft het oneens te zijn met de therapeut. Een defensieve houding ten aanzien van alles wat zweemt naar kritiek op de therapeut, waarbij kritiek als weerstand wordt beschouwd, is uit den boze. Een dergelijke houding van behandelaars wordt veeleer gezien als een negatieve non-specifieke factor die samengaat met slechte behandelresultaten.

Judo is ook vaak geïndiceerd wanneer er psychische klachten zijn die

door de cliënt als puur somatisch worden beschouwd. Meestal is het zaak om daarin in eerste instantie mee te gaan. Bijvoorbeeld door de cliënt opnieuw een medisch onderzoek te laten ondergaan, of door de klachten uitgebreid te laten registreren, of door het voorstellen van meer 'rust'. Dit kan nieuwe medische informatie opleveren, maar het kan ook zijn dat de cliënt aan al dit probeert te ontsnappen door zelf aanwijzingen te geven dat er toch misschien wel 'kleine' werkpuntjes zijn die in het psychische vlak liggen.

Een vergelijkbare houding kan worden aangenomen wanneer cliënten de intrapsychische component sterk benadrukken, terwijl er duidelijk interactionele factoren in het spel zijn. Ook dan geldt dat de therapeut de cliënt niet rechtstreeks moet overtuigen.

#### *Judoachtig motiveren voor specifieke interventies*

Er zijn cliënten die akkoord gaan met de algemene aanpak van de therapeut, maar toch herhaaldelijk geneigd zijn de strijd met hem aan te gaan. Ook voor dergelijke cliënten kan het belangrijk zijn om thuis bepaalde werkzaamheden uit te voeren. Wil men hen daartoe brengen, dan zal men specifieke motiveringstechnieken moeten gebruiken.

#### *Het keuzeprincipe*

Een zeer fraaie techniek voor dergelijke cliënten is gebaseerd op het 'keuzeprincipe' (Erickson & Rossi, 1975). Dit houdt in dat men diverse mogelijkheden – met verschillend huiswerk – aanbiedt. Men zegt niet 'ik stel voor om de komende week dit of dat te gaan doen,' maar men zegt 'er zijn twee mogelijke manieren om dit aan te pakken en ik zou u willen vragen erover na te denken welke van de twee u het meest geschikt lijkt'. Er zijn maar weinig cliënten die zich op zo'n moment realiseren dat er nog een derde mogelijkheid is: geen van beide kiezen.

Soms kunnen de aangeboden benaderingen sterk verschillen. Men kan de cliënt bijvoorbeeld laten kiezen tussen een relatief langzame aanpak waarbij men stap voor stap te werk gaat of een snellere werkwijze met bijvoorbeeld paradoxale intentie. In dat geval gaat het niet altijd om een judoachtige motiveringstechniek, maar wil de therapeut werkelijk weten welke manier de cliënt het beste bevalt. Het is dan eerder op te vatten als een toepassing van het overlegprincipe dat van congruente aard is.

Wanneer de therapeut echter hetzelfde huiswerk op twee manieren formuleert, met de bedoeling dat de cliënt daardoor het idee krijgt

dat hij bepaalt wat er gebeurt, dan kunnen we van een specifieke judoachtige interventie spreken.

Men kan een cliënt ook de keuze geven door verschillende tijdspectieven te noemen: 'Dit en dat zou u kunnen doen, maar het is verstandig wanneer u zelf bepaalt wanneer u daaraan toe bent. Dat zal ongetwijfeld niet nu al zijn, dus denkt u erover na wanneer u dat zou willen doen.' Komt de cliënt de volgende zitting terug met de mededeling dat hij het inderdaad gaat uitvoeren, of het al heeft gedaan, dan is het toch zijn beslissing geweest en niet die van de therapeut.

#### *Terloops aanstippen*

Bij sommige cliënten bij wie judoachtige manieren van motiveren op hun plaats lijken, is het geven van veel uitleg en het benadrukken van het belang niet zeer wenselijk. Soms is het dan het beste om de mogelijkheid van een interventie slechts terloops en indirect aan te stippen, door iets te zeggen als: 'Oh, ik had een familielid, die zat ook met zo'n probleem. Die heeft dit en dat gedaan, maar dat lijkt mij voor u niet zo erg geschikt.' Daarna zwijgt de therapeut en gaat over op een ander onderwerp. Er bestaat dan een mooie kans dat de cliënt er later in de therapie op terugkomt: 'Die neef van u, waar u het toen over heeft gehad, hoe is dat eigenlijk afgelopen? Zou dat niet iets voor mij zijn?' Afhankelijk van hoe de verhouding precies ligt, kan het dan nodig zijn om het nog een tijdje af te wimpelen, tot de therapeut zich eindelijk gewonnen geeft en de cliënt de gelegenheid krijgt zichzelf deze opdracht toe te dienen.

#### *Horror*

Sommige cliënten zijn niet geneigd om zelf veel energie te steken in het bestrijden van hun klachten; zij zijn gewend dat anderen dat voor hen doen door hun veel aandacht te geven en te proberen hun een goed gevoel te geven. Wat dan zelden lukt. Deze cliënten ontcrachten complimenten, positieve verwachtingen en steun. Zij gaan er tegenin waardoor ze zichzelf nog verder de put in praten. Voor dergelijke cliënten kan het juist goed zijn als de therapeut hun situatie zwart afschildert. Dit is al aangestipt als een element in de meer algemene judohouding, maar het kan ook nodig zijn bij specifieke interventies.

Elders in dit boek schetst Hoogduin (hoofdstuk 26) in een aantal voorbeelden hoe de therapeut bij de behandeling van psychotische cliënten aan de gezinsleden opdrachten geeft waaraan hij een hele preek laat voorafgaan. Daarin voorspelt hij hoe slecht het wel met de aangemelde cliënt zal aflopen als de gezinsleden alles maar op zijn

beloop laten en hoe belangrijk derhalve de voorgestelde maatregelen zijn.

Door met cliënten te praten over het toekomstperspectief dat er – wanneer men niet ingrijpt – somber uitziet, worden zij vaak gemotiveerd energie in het uitvoeren van huiswerk of andere aspecten van de therapie te steken. Dit moet dan wel in zo'n vorm dat cliënten het niet opvatten als een manier van aan hen trekken. Zij krijgen de informatie en worden dan zelf verantwoordelijk voor wat ze ermee doen.

#### Het motiveren voor gezinstherapie

In deze paragraaf worden specifieke technieken besproken voor het motiveren tot directieve gezinstherapie. Met name staat hierbij de volgende vraag centraal: hoe motiveert men – bij een individuele aanmelding – het gezin, een partner of ouders om deel te nemen aan de behandeling?

Iemand belt bijvoorbeeld op, omdat hij last heeft van slapeloosheid, concentratieverlies en moeilijkheden op zijn werk. Hij heeft traumatische ervaringen beleefd in een oorlogssituatie. De therapeut kan nu kiezen. Hij kan eerst een of meer gesprekken hebben met de man die zich aanmeldt, en indien nodig in een later stadium de andere gezinsleden erbij betrekken. Vaak gaat het op die manier. Deze aanpak heeft echter nogal wat nadelen. Op het moment dat de andere gezinsleden bij de behandeling worden betrokken, is er al een bepaalde band ontstaan tussen de therapeut en de aangemelde cliënt. Dit compliceert de gesprekken met het gezin of met de beide echtgenoten. Men beschouwt de therapeut misschien niet als onpartijdig. De therapeut voelt zichzelf niet vrij en bovendien zijn sommige onderwerpen al uitvoerig besproken en kunnen niet gemakkelijk opnieuw worden behandeld. Men heeft dan niet kunnen vaststellen hoe de andere gezinsleden op de door de aangemelde cliënt gegeven informatie en interpretaties reageren. Dergelijke gesprekken verlopen daardoor vaak moeizaam en zijn mogelijk minder vruchtbaar, terwijl er nodeloos veel tijd verloren is gegaan door de gezinsleden niet eerder in te schakelen.

De andere keuze is waarschijnlijk de sterkere: meteen uitleggen waarom het beter is om eerst een gesprek te hebben met de partner erbij of met het gehele gezin.

In deze paragraaf wordt de vraag besproken hoe men een cliënt, die bij de aanmelding van plan was om alleen te komen, kan bewegen om zijn gezinsleden toch te laten meekomen.



Uiteraard zijn niet alle gevallen wat dat betreft gelijk. Sommige cliënten zijn meteen zeer tevreden wanneer degene die de (telefonische) intake verricht, zegt: 'Ik wil nu liever niet al te diep ingaan op uw klachten, omdat ik eerst een gesprek zou willen hebben waarbij uw partner (of eventueel uw partner en de kinderen) ook aanwezig is.' Die cliënten stemmen daar maar al te graag mee in, omdat ze het nut er zelf van inzien. Sommige cliënten beschouwen het zelfs als een verademing in vergelijking met eerdere intakegesprekken die zij hebben ondergaan. Bij die cliënten zijn op dit punt weinig motiverings-technieken nodig. In sommige gevallen stuit men echter wel op bezwaren. Hoe kan men de cliënten dan het beste motiveren voor een gezinsgesprek of om de partner mee te nemen?

#### *Uitleg*

'Common sense' is de sleutel. Uitleg is daarin de eerste stap. Men legt er de nadruk op dat men niet de anderen als óorzaak ziet en dat ze daarom zouden moeten meekomen, maar dat men de anderen erbij wil hebben om zo veel mogelijk informatie te verkrijgen. Iemand met problemen die met een partner of andere gezinsleden samenwoont, heeft ongetwijfeld invloed op die anderen en ondergaat op zijn beurt de invloed van de anderen. Alvorens de behandeling te starten is het van belang te weten hoe dat in dit geval in elkaar zit. En hoe de anderen eventueel kunnen helpen bij het therapieproces. De therapeut wenst zorgvuldig en niet overhaast te werk te gaan, vandaar deze stap.

Deze 'common sense'-uitleg is vaak al genoeg om de zinvolheid van het komen met de gezinsleden voor cliënten aannemelijk te maken.

#### *Het gaat om één zitting*

Men kan er de nadruk op leggen dat het maar om één zitting gaat, dat het zeer wel mogelijk is dat er na de taxatiezitting geen gezinsgesprekken of gesprekken met partner meer nodig zijn; dat men dan alleen met de aangemelde cliënt verder gaat. Gezinsleden verplichten zich dus tot niets door bij het eerste gesprek aanwezig te zijn. Dit maakt de drempel voor iedereen lager. Het motiveren voor eventuele verdere gezinsgesprekken gebeurt tijdens dat eerste gesprek. Wanneer de cliënten merken dat daar zinnige dingen gebeuren, zal dat niet zo moeilijk vallen. Gebeurt er niets zinnigs, dan hebben zij misschien gelijk als ze niet meer willen meekomen.

### *Rollenspel*

Soms hoort men van aanmelders het bezwaar dat zij hun familieleden wel willen meevragen, maar dat ze weten dat een of meerdere familieleden daar geen gehoor aan zullen geven. In zo'n geval is het aan te raden om met degene die zich aanmeldt te bespreken wat de bezwaren zouden zijn, en dan een soort rollenspel met de aanmelder te doen: voorspelen hoe deze het beste aan de andere gezinsleden kan vragen om toch voor één keer mee te komen.

Vaak zal de nadruk er dan op liggen dat de cliënt (gespeeld door de therapeut) de anderen verzoekt of zij voor één keer als hulp willen meekomen, omdat de therapeut hun informatie en kijk op de situatie nodig acht, en of zij hem deze vriendendienst willen bewijzen. Tegen een dergelijke formulering blijken weinig gezinsleden bestand.

In sommige gevallen gebeurt echter dit: de cliënt vraagt de gezinsleden om te komen en belt dan op en zegt: 'Die of die wil toch niet meekomen.' Als het na doorvragen erop lijkt dat het inderdaad niet aan de cliënt heeft gelegen, kan men vragen om de betrokkene te verzoeken de therapeut zelf op te bellen. Vaak blijkt dan dat de bezwaren van dat gezinslid toch niet zo groot zijn en dat de aangeelde cliënt wat al te gemakkelijk genoeg genomen met een lichte afwijzing. Soms blijkt zelfs dat hij het helemaal niet heeft gevraagd.

### *Overtuiging van de therapeut*

De meest fundamentele voorwaarde voor het motiveren tot gezinsgesprekken is misschien wel de vaste overtuiging van de therapeut dat het terecht is dat hij dit aan zijn – potentiële – cliënt(en) vraagt; dat men niet te snel denkt: 'Oké, kom dan maar alleen.' Wanneer de therapeut in dit opzicht overtuiging uitstraalt, is het voor de cliënt meer relevant om erin mee te gaan dan wanneer hij aan aarzelingen en stembuigingen merkt dat hij de therapeut wel plat kan krijgen voor een individueel gesprek.

Ook hier geldt weer dat zelfvertrouwen in het goede verloop bepalend is voor de uiteindelijke afloop. Ook hier kan men weer spreken van een 'selffulfilling prophecy': therapeuten die verwachten dat hun cliënten meegaan in de benadering, zal het zelden overkomen dat het niet gebeurt. Therapeuten die zelf twijfels hebben of het wel zo belangrijk is en of het wel zal lukken, zullen vaak geconfronteerd worden met situaties waarin zij de aanmelder niet kunnen overtuigen van het belang om hun gezinsleden mee te nemen.

Misschien ten overvloede, maar ik wil er toch de nadruk op leggen: het voorgaande impliceert niet dat het onder alle omstandigheden

wenselijk is om (alle) gezinsleden van een aangemelde cliënt meteen te zien. Als er relatieproblemen tussen ouders zijn en zij willen niet dat hun kinderen hierover meepraten, dient men dit uiteraard te respecteren. Sterker nog, men moet het dan niet eens voorstellen. Als er een geheim is waarover iemand wil praten zonder dat anderen uit het gezin erbij zijn, dan zal men dit meestal kunnen respecteren. Dit ziet men vaak bij adolescenten, maar ook bij volwassenen die in situaties zijn terechtgekomen waar zij zich voor schamen, bijvoorbeeld bij seksuele aberraties of criminele activiteiten. Maar in die situaties waarin het wel mogelijk en wenselijk is om alle betrokkenen snel 'om de tafel te krijgen' kan de therapeut van de hier beschreven technieken gebruikmaken.

#### Discussie

Succesvol motiveren vraagt om een empathische houding en een uitgesproken professionele instelling.

#### *Motiveren is geen technische kwestie*

Uit de vorige paragrafen zou men kunnen concluderen dat het motiveren van cliënten slechts een kwestie is van het toepassen van de juiste techniek. Misschien is het overbodig, maar voor deze conclusie wil ik toch expliciet waarschuwen. De gepresenteerde technieken en principes zijn hooguit hulpmiddelen die werkelijk rendement opleveren indien aan een aantal noodzakelijke 'therapeutvariabelen' is voldaan. Daarbij kan men bijvoorbeeld denken aan acceptatie van de cliënten, interesse, hoffelijkheid en respect, nieuwsgierigheid naar wat er werkelijk aan de hand is, kennis en 'stevigheid' in de zin dat men verantwoording durft te nemen voor een noodzakelijke therapeutische strategie.

#### *Motiveren niet als truc*

Sommige van de hier beschreven technieken doen misschien wat trucachtig aan. Zo behoren ze echter niet te zijn. Het is niet de bedoeling dat men gaat zoeken naar complimenten of manieren om problemen van cliënten positief te etiketteren. Of naar gemeenschappelijke interesses om over door te praten. Het gaat om de houding van de therapeut die erop is gericht om de positieve kanten van de cliënten te zien en te benoemen. Men kan het zien als een bril waardoor men kan leren kijken, waardoor men positiever tegenover de cliënten staat.

Ook bij de judo-aanpak horen geen trucjes. De essentie is een

manier van reageren die ervan uitgaat dat men niet aan cliënten moet 'trekken' als ze om wat voor reden niet akkoord lijken te gaan met datgene wat men als therapeut wel wenselijk voor hen acht.

*Kritiek is geen weerstand*

Zoals al eerder aangestipt, de aandacht voor judoachtig motiveren betekent niet dat therapeuten de neiging mogen hebben een kritische houding van cliënten op te vatten als 'weerstand'. 'Judo' mag ook niet een uiting zijn van defensiviteit van de kant van de therapeut. Integendeel, een kritische houding van cliënten hoort verwelkomd te worden. Alleen als het gaat om regelmatige en duidelijke indicaties zoals hiervoor beschreven, wordt het reëel om het weerbarstige in de houding van de cliënt als zodanig te interpreteren. En ook dan mag de houding van de therapeut niet defensief zijn.

*Scheiding tussen judo en congruent is niet scherp*

Een bepaalde manier van uitleggen of voorstellen doen kan in sommige gevallen een puur congruent karakter hebben en in andere gevallen meer judoachtig. Een voorbeeld: bij het geven van huiswerk is het vaak zinnig om de cliënt meerdere opties te geven. We zagen dit als een typische mogelijkheid om weerbarstige cliënten het gevoel te geven dat zij degenen zijn die beslissen. Dat neemt niet weg dat het ook een goede strategie is om dit binnen een congruente aanpak te doen. Als cliënten zeggenschap hebben en zelf de keuze maken, dan is de betrokkenheid groter dan wanneer zij alleen maar instemmen met voorstellen van de therapeut. De vuistregel zou kunnen zijn: geef cliënten waar mogelijk alternatieven, laat hen meedenken. Als er een optie is die therapeutisch duidelijk de betere lijkt, dan zal het in een congruente therapeutische verhouding niet nodig zijn om te zoeken naar een alternatief. In een judoachtige verhouding is het zinnig om ook dan naar een alternatief te zoeken zodat de cliënten toch een keuze hebben.

Vaak kan dat door voor het tijdstip en de duur van de interventie verschillende opties te geven. Voorbeelden: 'u kunt dit de komende week gaan doen, u kunt er ook nog een paar weken mee wachten'; 'u kunt dit dagelijks twintig minuten doen, u kunt het ook om de dag doen, afhankelijk van wat voor u het beste voelt'.

Het onderstrepen van de moeilijkheid en zwaarte van een bepaalde opdracht is een motiveringselement dat past in een congruente benadering. Voorbereiden op iets moeilijks hoort daarin thuis. Het geeft extra betrokkenheid als men op een aldus ingeleid voorstel 'ja' heeft gezegd. Maar het is in zo'n congruente overlegstructuur meestal geen

'must'. Dat is het wel wanneer cliënten ambivalent zijn. Als men dan waarschuwt voor de grote inzet die het vraagt, en de vaststelling dat het misschien te veel gevraagd is, dan is de kans groot dat deze cliënten er juist positief op reageren.

De stelling dat er in directieve therapie géén vaste motiveringstechnieken zijn die men bij alle cliënten onder alle omstandigheden kan gebruiken is niet voor relativering vatbaar. Ik hoop, integendeel, dat uit dit hoofdstuk duidelijk is geworden dat er een verscheidenheid bestaat aan – soms tegenstrijdige – technieken, waarvan het gebruik afhangt van de situatie en het soort klachten van de cliënten, de verhouding die de therapeuten met hen hebben en de fase waarin de therapieën zich bevinden.

#### Slot

In dit hoofdstuk zijn technieken of liever gezegd houdingen besproken die de directieve therapeuten ten dienste staan om hun cliënten te motiveren. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen congruente technieken, waarin de therapeut geen bijbedoelingen heeft die voor de cliënten verborgen zijn, en een judoachtige opstelling, waar dit wel het geval is. De judohouding en -technieken zijn nodig wanneer er duidelijk indicaties zijn dat de cliënten negatief staan tegenover de therapie of de therapeut. Het gaat hierbij niet om een kritische houding van de cliënt, maar om een opvallende negatieve opstelling.

Verder is ter sprake gekomen dat het onderscheid tussen congruent en judo niet altijd even duidelijk is. Voorbeelden gaven aan dat interventies zowel een congruent aspect als een judoaspect kunnen hebben.

Ten slotte is aandacht geschonken aan de manieren waarop directieve therapeuten potentiële cliënten kunnen bewegen om hun gezinsleden mee te brengen naar het eerste gesprek.

---

**ABSTRACT** This article discusses techniques and attitudes which enable directive therapists to motivate their clients. The author distinguishes congruent techniques, where the therapist has no hidden agenda, from judo-like behaviour with a hidden agenda. The judo-attitude and techniques are necessary if there are clear indications that clients have an oppositional attitude towards the therapy or the therapist. It is made clear that this does not refer to a critical attitude, but to a clearly negative attitude.

Furthermore it is discussed that the difference between judo and congruent is not always clear. Examples are presented of interventions that combine congruent and judo-aspects. Finally, attention is focused onto the ways in which directive therapists may motivate potential clients to bring their family members to the first session.

---

#### *Referenties*

- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1975). Varieties of the double bind. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 143-157.
- Frank, J.D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In: R.L. Spitzer & D.F. Klein (red.), *Evaluation of psychological therapies*. Baltimore: John Hopkins University.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: J.H. Harvey & M.M. Parks (red.), *Psychotherapy research and behavior change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld.
- Rabkin, R. (1977). *Strategic Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Lange, A. (1986). Trichotillomania; literatuur, een gevalsbeschrijving en een nabeschouwing door een cliënte. *Directieve therapie*, 6(4), 281-294.