



[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)

MARTIN APPELO

## Het effect van socratisch motiveren op het gespreksplezier van hulpverleners

### Een pilotstudy

Veel hulpverleners hebben het zwaar. Ze leiden nogal eens aan burn-out, hebben nog vaker depressieve klachten en ervaren relatief weinig arbeidsvreugde (Van Coillie, 1993; Cherniss, 1995; De Vries, 2000). Socratisch motiveren (Appelo, 2007, 2010) heeft tot doel om hier iets aan te doen. Het is een gespreksmethode voor hulpverleners om in te zetten bij cliënten met wie ze vastlopen of in gevecht raken. Niet om die cliënten te motiveren, te veranderen of richting verandering te leiden, maar om zelf meer plezier te krijgen in het gesprek.

Socratisch motiveren is ontwikkeld om toe te passen bij voortdurend gedoe over verandering. Dat wil zeggen: de hulpverlener heeft in principe alle *evidence-based* of protocollair beschreven interventies en op verandering gerichte motiveringsstrategieën geprobeerd, maar de cliënt komt niet in beweging of beweegt juist de kant op die de hulpverlener niet wil. De methode kan ook aan het begin van de behandeling worden ingezet wanneer het een cliënt betreft die een reputatie heeft niet te willen veranderen. Het gaat dan bijvoorbeeld om iemand die eerdere behandelingen steeds vroegtijdig afbrak of die van de ene naar de andere hulpverlener wordt verwezen.

Sinds de introductie van socratisch motiveren (Appelo & Hoogduin, 2003) wordt de methode in toenemende mate door hulpverleners gebruikt. Met name artsen (vooral huisartsen, bedrijfsartsen en tandartsen), verpleegkundigen (vooral diabetes- en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen), psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers uit de eerste-, tweede- en derdelijns zorg voor kinderen en volwassenen passen de methode toe. Het enthousiasme is er (zie bijvoorbeeld Reenders, 2008; Van den Bold, 2011) maar er zijn geen onderzoeksresultaten die dat rechtvaardigen. Om daar iets aan te doen, is een eerste pilotstudy uitgevoerd naar het effect van socratisch motiveren op het gespreksplezier van hulpverleners. In dit artikel worden de opzet en de resultaten van deze studie gepresenteerd.

De onderzoekspresentatie bestaat uit twee delen. Het eerste gaat over de ontwikkeling van een vragenlijstje voor het meten van gespreksplezier, het tweede gaat over de opzet en de resultaten van

de pilotstudy. Daaraan voorafgaand worden eerst de achtergronden en de methodiek van socratisch motiveren geschetst.

#### DE FILOSOFISCHE CONTEXT VAN SOCRATISCH MOTIVEREN

Hoewel er aanwijzingen zijn dat de Egyptenaren al in de zestiende eeuw voor Christus een causaal verband legden tussen ziekte en lichamelijke oorzaken (Mukherjee, 2011) waren in onze cultuur Hippocrates (rond 400 voor Chr.) en Galenus (rond 150 na Chr.) de eersten die symptomen expliciet en systematisch relateerden aan oorzaken in het lichaam van de patiënt. Vooral goden en geesten werden verantwoordelijk gehouden voor de problematiek. De interventie bestond dan ook meestal uit gebed of een ander ritueel om de hogere machten gunstig te stemmen. Volgens Hippocrates en Galenus waren vier lichaamssappen (slijm, bloed, gele en zwarte gal) verantwoordelijk voor de lichamelijke gezondheid van mensen. Door een goede leefstijl moesten deze in evenwicht worden gehouden. Lukte dat niet, dan konden mensen naar de dokter, die de soort en mate van disbalans vaststelde en vervolgens een sappige interventie voorschreef of toepaste.

De leer van Hippocrates en Galenus is de basis van het ziektemodel waarin tot op de dag van vandaag de meeste westerse hulpverleners zijn opgeleid. In de kern van de zaak gaat het model ervan uit dat [1] symptomen worden veroorzaakt door in de patiënt gelegen factoren, die bekend moeten zijn voordat er een goede ingreep mogelijk is, [2] wanneer het de patiënt niet lukt om gezond te blijven, de dokter een op deze oorzakelijke factoren gerichte ingreep moet doen, en [3] de dokter moet proberen om de patiënt zo min mogelijk te laten lijden.

Het ziektemodel is niet alleen toonaangevend in de hulpverlening; het komt veel vaker in onze cultuur voor. Bijvoorbeeld in het christendom, waar de strijd tegen het kwade door de hemelse dokter Jezus wordt gevoerd, omdat het de mensheid zelf niet lukt om zonder zonde te leven. Of in de psychoanalyse, waar de zenuwarts afdalt in het onbewuste van de patiënt om daar duidingen te doen zodat de ik-functies minder driftig en meer gewetensvol kunnen functioneren. Als er wordt geleden aan ziekte, zonde of zenuwen, wenden we ons tot een dokter, een redder of een therapeut die in gevecht gaat met de oorzaak van ons lijden. Hij verlost ons van den boze waarna we gezond, gereinigd en gelukkig verder kunnen.

Het ziektemodel komt vaak van pas en werkt meestal prima. Maar door het vele gebruik is het geautomatiseerd geraakt. Dit heeft geresulteerd in een reparatiereflex (Miller & Rollnick, 2002) die we ook toepassen in situaties waarin volgens ons iets verkeerd gaat

maar waarin de ander niet om hulp vraagt. Op dergelijke momenten is de socratische denk- en handelwijze mogelijk geschikter.

Socrates was een tijd- en landgenoot van Hippocrates, maar hanteerde een heel ander paradigma voor problemen en de manier waarop die op te lossen zijn. Hij had een majeutische visie ('majeutiek' betekent 'verloskunde'). In de *Theaetetus* van Plato vergelijkt hij zijn werkwijze met die van zijn moeder Phaenarete die vroedvrouw was (De Win, 1980). Volgens Socrates zijn mensen met problemen ook altijd zwanger van de oplossing. Ze hebben het alleen niet door, omdat ze zich te veel op het probleem concentreren. Als hulpverlener moet je volgens hem de aandacht van de patiënt weghalen van het probleem en richten op de al aanwezige oplossing. Vervolgens moet die oplossing ter wereld worden gebracht door het persen van de patiënt. Anders dan Hippocrates, richt Socrates de aandacht dus niet op het probleem en de daaronder liggende oorzaak maar op de ook aanwezige oplossing. Het tweede verschil met Hippocrates is dat niet de dokter het werk doet, maar de patiënt. De therapeut helpt alleen om het proces te begeleiden. Het derde verschil is dat Socrates zich niet primair laat leiden door klachten, maar door ontsluiting. Het is pas echt zinvol om aan het werk te gaan wanneer die groot genoeg is. Waar Hippocrates dus aan het werk gaat zodra de patiënt lijdt, wacht Socrates tot er voldoende ontsluiting is om de oplossing te baren. Het kopje van gedragsverandering moet volgens Socrates zichtbaar zijn tussen de psychologische benen van de patiënt, anders heeft een interventie geen zin!

Wat er niet in zit, kan er ook niet uitkomen. Dit zou het motto van Socrates kunnen zijn. Socratisch motiveren sluit hierbij aan, omdat het impliceert dat de hulpverlener op een niet-oordelende ('waardenloze') manier op onderzoek uitgaat naar datgene waarvan de cliënt zwanger is. Betreft de zwangerschap veranderingsbereidheid of juist behoefte aan ziektewinst? Gaat het om ondraaglijk lijden of om klachten die gezien de omstandigheden de minst slechte optie zijn? Heeft de patiënt ontsluiting vanwege de drang om het helemaal anders te doen of vindt zijn kindje het wel lekker om te blijven zitten waar het zit? Het antwoord wordt geopenbaard en in het wiegje gelegd. Daarna is het aan de patiënt en de voor hem belangrijke anderen wat ermee gebeurt. De hulpverlener maakt zich daar niet druk over, maar richt zijn aandacht op de volgende patiënt bij wie er een kopje tevoorschijn komt.

#### DE WETENSCHAPPELIJKE BASIS VAN SOCRATISCH MOTIVEREN

De meeste veranderingsgerichte theorieën en motiveringsstrategieën hebben een ideologische basis. Ze impliceren dat mensen in

hun gerichtheid op groei, ontwikkeling, gezondheid en beterschap bereid zijn om daar hard en langdurig voor te werken. Dat klopt niet. Wetenschappelijk onderzoek naar de mate waarin mensen veranderingsbereid zijn en zich daar duurzaam voor willen inzetten, laat juist het tegenovergestelde zien. De meeste mensen houden verandering niet lang vol. Ongeveer een op de vier stopt binnen een week met leefstijlgerelateerde gedragsverandering en gemiddeld genomen houdt nog geen twintig procent het langer dan een jaar vol (Norcross, Ratzin & Payne, 1989; Dowd, 1999; Polivy & Herman, 2002).

Dat uiteindelijke terugval eerder regel dan uitzondering is, geldt ook voor psychotherapie (Brewin, 2006). Gedrag dat eenmaal is aangeleerd en waarvan de mentale programma's diep in het brein liggen opgeslagen, kan wel worden uitgedoofd door er nieuwe en sterkere programma's tegenover te zetten, maar komt terug wanneer daartoe de juiste prikkels worden gegeven of wanneer de prikkels voor het activeren van het alternatieve programma wegvallen. De invloed van geautomatiseerde en diep ingesleten gedragingen op ons gedrag is enorm en wordt nogal eens onderschat (Dijksterhuis, 2008; Lamme, 2010).

Naast deze breingerelateerde, biologische factoren, zijn er heel wat psychologische en sociale redenen waarom mensen niet of slechts kortdurend veranderen. Zo proberen mensen cognitieve dissonantie te negeren, te voorkomen of te reduceren (Elkin & Leippe, 1986; Dowd, 1999). Effectieve manieren om dat te doen zijn: de voordelen van de huidige situatie benadrukken of juist de nadelen ervan negeren, geen veranderingsgerichte doelen stellen, doelen beperkt en vaag houden, en bij tegenslag de doelen naar beneden bijstellen.

Een andere psychologische manier om niet te hoeven veranderen is het hanteren van de *self serving bias*. Wie succes aan zichzelf en fouten en mislukking aan externe factoren toeschrijft, beschermt zichzelf niet alleen tegen negatieve zelfgerelateerde gedachten, demoralisatie en depressie (Maciejewski, Prigerson & Mazure, 2000), maar legt datgene wat moet veranderen ook buiten de eigen invloedssfeer.

Bij sociale factoren die gedragsverandering tegengaan of ongedaan maken, gaat het vooral om zaken als sociale druk en ziekte-winst. Sociale druk brengt mensen tot gedrag dat ze alleen niet zouden uitvoeren en stimuleert hen ermee door te gaan, ondanks het aanvankelijk ontbreken van persoonlijke voorkeur of de aanwezigheid van innerlijke twijfels en protesten (Hurley & Chater, 2005; Iacobino, 2008). Daarnaast kan op zich ongewenst gedrag allerlei voordelen met zich meebrengen. Ermee doorgaan is dan de minst slechte optie (Van Egmond, 2005).

Al met al is socratisch motiveren gebaseerd op het gegeven dat duurzame gedragsverandering weinig voorkomt. Er wordt daarom niet op verandering aangedrongen en niet veranderen wordt geaccepteerd. Het is aan de cliënt en zijn omgeving om erop te reageren en er eventueel voor te zorgen dat de cliënt toch in beweging komt.

#### DE PRAKTIJK VAN SOCRATISCH MOTIVEREN

In tegenstelling tot psychotherapieën, therapeutische gesprekstechnieken (zoals judo, uitdagen of provoceren), en andere motiveringsstrategieën zoals het populaire *Motivational Interviewing* van Miller en Rollnick (waarvan het standaardwerk uit 2002 de veelzeggende subtitel *Preparing people for change* heeft) is socratisch motiveren niet bedoeld om cliënten te beïnvloeden of de weg te wijzen bij verandering. Het is een methode om hulpverleners te helpen het plezier in gesprekken met lastige cliënten te vergroten. Dat cliënten hierdoor soms toch op een ander spoor komen, is een bijwerking van de methode.

Het onderdrukken van hippocratische, ziektemodel gerelateerde reflexen is het moeilijkste van socratisch motiveren. De praktijk is vervolgens relatief gemakkelijk. Dat zijn maar vijf stappen die op het volgende neerkomen en meestal niet meer dan vijf tot tien minuten in beslag nemen:

- 1 Wat is voor de cliënt het belangrijkste probleem? (Als de cliënt geen probleem heeft, worden stap 2 en 3 overgeslagen omdat die gaan over het motiveren van het probleem.)
- 2 Wat wil hij met betrekking tot dit probleem bereiken en waarom wil hij dat?
- 3 Heeft het probleem ook voordelen? Als de cliënt niet direct voordelen ziet, mag de therapeut hier hypothesetoetsend te werk gaan. Hij oppert mogelijke voordelen, maar neemt ze terug wanneer de cliënt het daar niet mee eens is.
- 4 Moet er volgens de cliënt, gegeven de antwoorden op vraag 1, 2 en 3 ook iets gebeuren, en zo ja, hoe moet dat dan volgens hem?
- 5 Wat vinden belangrijke anderen daarvan en wat betekent dit voor de cliënt?

Bij het stellen van de vragen en het bespreken van de antwoorden stelt de hulpverlener zich 'waardenloos' en congruent op. De mening van de hulpverlener of de eventuele verwijzer doet niet ter zake. Heeft de cliënt geen probleem, terwijl bijvoorbeeld alle lichamelijke onderzoeken op naderend onheil duiden, dan gaat het nergens over en worden vraag 2 en 3 overgeslagen. Vindt de cliënt bij

vraag 4 dat zijn omgeving moet veranderen, dan wordt daarop doorgegaan, ongeacht hoe duidelijk het probleem volgens de normen van de hulpverlener door de cliënt komt. Ligt het probleem van de cliënt ten slotte gemotiveerd en wel in het wiegje, dan wordt bekeken wat belangrijke anderen (bijvoorbeeld de partner, werkgever, rechter of maatschappelijke instanties) ervan vinden. Zij verbinden consequenties aan de mening van de cliënt. Wanneer die consequenties halfslachtig zijn, dan leunt de hulpverlener achterover en wacht af of er nog ontsluiting komt. Hebben ze het karakter van aandraaiende duimschroeven, dan ontstaat er mogelijk een nieuw probleem of raakt de cliënt in verwachting van andere motieven. Die worden dan weer ter wereld gebracht tijdens een nieuw rondje socratisch motiveren.

#### VOORBEELD

Een therapeut werkt al een aantal sessies met een man die vanwege huiselijk geweld in therapie kwam. De man begon al vaker aan een behandeling, maar dat leverde nooit veel op. Hij maakte geen huiswerkopdrachten, kwam niet opdagen, maakte ruzie met de therapeut of vertelde dat zijn vrouw weer helemaal was bijgedraaid en dat voortzetting van de therapie niet nodig was. Ook dit keer verloopt de behandeling stroef. De therapeut heeft het gevoel dat hij aan een dood paard trekt en dat de man niet erg gemotiveerd is om iets aan zijn agressieregulatie te doen. De therapeut heeft geen plezier in de gesprekken. Integendeel, hij ziet ertegenop en zodra hij de man in de wachtkamer ziet, bekruipt hem een onbehaaglijk gevoel. Daarom besluit hij het socratisch motiveren in te zetten. Dat gaat ongeveer als volgt (therapeut = T; cliënt = C):

T: Wat vindt u van de therapie tot nu toe?

C: Ik weet het niet. Praten is niet helemaal mijn ding.

T: Ik merk ook dat het niet lekker loopt. Zullen we vandaag eens bespreken hoe het verder moet?

C: Dat is goed.

T: Wat is voor u de belangrijkste reden om hiernaartoe te komen? Wat is uw probleem?

C: Dat is het gezeur van mijn vrouw.

T: Niet het feit dat u haar slaat?

C: Als zij niet zo zou zeuren, dan sloeg ik niet. Dus waar gaat het dan over?

T: Oké, dus u vindt dat uw vrouw zeurt en dat is voor u het belangrijkste probleem.

- C: Ja.
- T: Wat zou u willen bereiken met betrekking tot het gezeur van uw vrouw?
- C: Dat ze ermee stopt natuurlijk.
- T: Waarom?
- C: Nou ja, dan is het in elk geval gezelliger in huis.
- T: Dat snap ik. Heeft het op een of andere manier ook voordelen dat uw vrouw zo doet?
- C: Hoezo?
- T: Nou ja, als er ruzie ontstaat, helpt dat misschien om spanning te ontladen. Soms lucht het op om je eens even flink af te reageren.
- C: Dat doe ik liever in het stadion met mijn vrienden.
- T: Dus daar heeft u de ruzies met uw vrouw niet voor nodig?
- C: Nee.
- T: Het gezeur van uw vrouw is het probleem. U hebt er niets aan en u wilt dat ze ermee stopt. Moet er dan nu ook iets gebeuren?
- C: Nou ja, zij moet ermee stoppen.
- T: Hoe?
- C: Dat weet ik niet.
- T: Ik ook niet.
- C: Wil jij het er eens met haar over hebben? Naar mij luistert ze toch niet.
- T: Jawel hoor. Ik zal haar bellen en dan hoort u van haar of de volgende keer hier wel wat daar uitkwam.

Vervolgens belt de therapeut met mevrouw. Hij legt uit dat haar man vindt dat zij zeurt en dat hij vindt dat daar iets aan moet veranderen. Mevrouw reageert verbaasd. Ze dacht dat haar man aan zijn agressie zou werken. De therapeut vertelt dat hij daar eerst ook van uitging, maar dat haar man toch voor iets anders bleek te komen. Mevrouw vraagt wat de therapeut daarvan vindt. Die geeft aan dat zijn mening niet van belang is. Mevrouw wordt boos en zegt dat de therapeut zijn werk beter moet doen. De therapeut geeft daarop aan dat hij alleen maar mensen kan helpen die graag iets aan zichzelf willen veranderen. Meneer wil dat mevrouw verandert en mevrouw wil dat meneer verandert. Dat kan zo zijn, maar dan heeft de therapeut niet veel te doen. Dat begrijpt mevrouw ook wel en ze hangt op met de mededeling dat ze er schoon genoeg van heeft.

De therapeut heeft tot op dit punt nog geen moment aan het dode paard getrokken en is niet in gevecht gegaan. Bovendien ligt er een heel duidelijk kindje in de wieg: de wens van meneer om een niet zeurende vrouw te hebben. Mevrouw maakt bepaald geen aanstalten om zich liefdevol over dit kind te ontfermen. In-



tegendeel: tijdens het volgende gesprek vertelt meneer dat zijn vrouw naar een advocaat is gestapt om echtscheiding aan te vragen. Kennelijk probeert ze zijn innerlijke motivatie te vergroten door hem de duimschroeven aan te draaien. De therapeut begint daarom weer bij stap I:

T: Dus uw vrouw heeft een echtscheiding aangevraagd. Wat is nu het probleem?

C: Eigenlijk is het probleem nu wel opgelost.

T: Hoezo?

C: Kijk, als dat mens niet wil stoppen met zeuren, kan ze wat mij betreft net zo goed vertrekken.

T: Dus wij hoeven verder niet aan het werk?

C: Nee, naar u luistert ze ook niet.

T: Dan sluiten we af.

Aan de cliënt is niets veranderd. Hij was duidelijk niet intern gemotiveerd om iets aan zijn agressiehuishouding te doen. En wat er niet inzit, komt er ook niet uit. Het enige wat hier gebeurde, is dat de therapeut zich waardenloos en congruent aan de cliënt opstelde. Hierdoor heeft hij zich niet vermoeid en heeft hij zich niet aan de cliënt geërgerd. De energie die hij daarmee spaarde, kan hij vervolgens aan cliënten besteden die wel met zichzelf aan het werk willen.

Hulpverleners kunnen socratisch motiveren leren door het volgen van (meerdaagse) trainingen, oefening en literatuurstudie. Meestal volgen ze een eendaagse workshop die begint met een introductie in de filosofie en denkwijze van de methode. Daarbij staat vooral het reflecteren op eigen motieven om door te gaan met ongezonde leefstijlgewoonten centraal. Die confronteren deelnemers namelijk nogal eens met het besef dat ze meer op lastige cliënten lijken dan ze zo op het eerste gezicht denken. Daarna wordt het stappenplan geïntroduceerd, gedemonstreerd en geoefend aan de hand van cliënten die de deelnemers inbrengen.

Tijdens de trainingen geven deelnemers vaak aan dat ze socratisch motiveren zowel moeilijk als makkelijk vinden. Het moeilijke betreft dingen die ze moeten laten, het makkelijke heeft betrekking op dingen die ze moeten doen. De hiervoor beschreven casus is hier illustratief voor. De vijf stappen kunnen daar gemakkelijk en snel worden uitgevoerd. Toch hebben veel hulpverleners er moeite mee, omdat ze geneigd zijn het gewelddadige gedrag van de man te veroordelen, de behoefte hebben om hem te veranderen, eigenlijk vinden dat hij hard met zichzelf aan het werk moet, of openlijk partij

willen kiezen voor de vrouw. Tijdens de workshop leren deelnemers om dergelijke persoonlijke en 'waardenvolle' reacties te laten rusten. Ze moeten een professionele en 'waardenloze' houding aannemen die maximaal congruent is met de motieven van de cliënt. Dat kost moeite, maar voorkomt wel dat ze een aversieve stimulus voor de cliënt worden. Hierdoor zal deze niet meer met *fight*-, *flight*- of *freeze*-reacties op hen reageren, waardoor er niet langer gedoe over verandering ontstaat.

Om een indruk te krijgen van het effect van deze eendaagse introductieworkshop op het gespreksplezier van hulpverleners werd een pilotstudy uitgevoerd. Bij gebrek aan een geschikt meetinstrument, moest daarvoor eerst een vragenlijst worden ontwikkeld.

#### ONTWIKKELING VAN DE VRAGENLIJST GESPREKSPLEZIER (VGP)

Socratisch motiveren is erop gericht het gesprek met als lastig ervaren cliënten zo te laten verlopen dat de hulpverlener er weinig of geen stress aan overhoudt en er niet geïrriteerd of vermoeid van raakt. Het gaat er dus primair om het gesprek ontspannen en plezierig te laten verlopen. Er zijn genoeg vragenlijsten die werkgerelateerde psychische klachten meten (Verbraak, Kleyweg, Van de Griendt & Hoogduin, 2008), maar er is voor zover bekend geen lijst die zich specifiek richt op de mate waarin de hulpverlener het gesprek als plezierig beleeft. Vandaar dat speciaal voor deze studie een korte vragenlijst is ontwikkeld: de *Vragenlijst GespreksPlezier* (VGP).

#### ¶ Items

De aanvankelijke items van de VGP zijn geformuleerd op basis van de bedoeling van socratisch motiveren. Allereerst worden lastige cliënten gedefinieerd als cliënten die niet veranderen, terwijl dat volgens anderen wel beter is, die 'ja' zeggen maar 'nee' doen, die agressief of uit de hoogte doen, of die het altijd beter weten. Respondenten moeten eerst aangeven hoeveel procent van hun klantenbestand in deze categorie valt. Vervolgens moeten ze op een 10-puntsschaal (1 = dit geldt voor mij helemaal niet; 10 = dit geldt voor mij heel sterk) aangeven in hoeverre de volgende uitspraken van toepassing zijn wanneer ze met dergelijke cliënten in gesprek zijn:

- 1 Het is alsof ik aan een dood paard trek.
- 2 Ik neem een afwachtende houding aan.
- 3 Ik ben voor de klant aan het werk.

- 4 Ik zie tegen het gesprek op.
- 5 Het lijkt wel of ik een probleem heb in plaats van mijn klant.
- 6 Ik ben ontspannen tijdens het gesprek.
- 7 Ik heb plezier in het gesprek.
- 8 Ik neem het gesprek mee naar huis.

De respondent moet zich bij het beantwoorden van de vragen dus alleen richten op cliënten die volgens hem voldoen aan de hierboven gestelde criteria voor lastige cliënten. Verder wordt er geen tijdsvenster aangegeven, waardoor aannemelijk is dat respondenten een algemene indruk geven van hoe zij gesprekken met lastige cliënten beleven.

Ten slotte moet de respondent op een 10-puntsschaal aangeven in hoeverre hij of zij het afgelopen half jaar last had van werkgerelateerde klachten, zoals stress, depressie en burn-out. Dit item wordt gebruikt voor validatie van de lijst.

#### ¶ Respondenten

Gedurende een half jaar (van november 2009 tot mei 2010) werd aan iedereen ( $n = 214$ ) die de eendaagse workshop socratisch motiveren volgde, aan het begin van de dag gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Het ging om 56 mannen (26%) en 158 vrouwen (74%) met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar ( $SD = 10$ ). Het betrof 76 (diabetes-) verpleegkundigen (36%), 73 huisartsen (34%), 31 psychologen of psychiaters (14%), 11 praktijkondersteuners huisartsen (5%), 6 maatschappelijk werkers (3%) en 17 overige hulpverleners (8%). Gemiddeld hadden zij 17 jaar ervaring in hun huidige beroep ( $SD = 10$ ).

#### ¶ Factoren en interne consistentie

Met behulp van een principale componentenanalyse, kortweg factoranalyse, is berekend of de acht items op basis van hun onderlinge samenhang in te delen zijn in groepjes (of factoren). Er werd gebruikgemaakt van varimaxrotatie (Cureton & Mulaik, 1975). Een item werd aan een factor toegekend op basis van de hoogste lading en wanneer de lading minstens .40 was (Costello & Osborne, 2005).

Dit resulteerde in drie factoren die in totaal 66% van de variantie verklaren. De eerste factor verklaart 35% van de variantie en bevat de items 4 (Ik zie tegen het gesprek op; lading  $-.68$ ), 6 (Ik ben ontspannen tijdens het gesprek; lading  $.77$ ), en 7 (Ik heb plezier in het gesprek; lading  $.82$ ). Deze factor krijgt de naam *Goed gevoel*. De factorscore wordt verkregen door item 4 te spiegelen en vervolgens de scores van de drie items bij elkaar op te tellen. Een hogere score betekent meer *Goed gevoel* tijdens het gesprek.

De tweede factor verklaart 17% van de variantie en bevat de items 1 (Het is alsof ik aan een dood paard trek; lading  $.56$ ), 3 (Ik ben voor

de klant aan het werk; lading .64), 5 (Het lijkt wel of ik een probleem heb in plaats van mijn klant; lading .75), en 8 (Ik neem het gesprek mee naar huis; lading .70). Deze factor krijgt de naam *Zwoegen*. De factorscore wordt verkregen door de scores van de vier items bij elkaar op te tellen. Een hogere score betekent de ervaring meer te moeten *Zwoegen* tijdens het gesprek.

De derde factor verklaart 14% van de variantie en bevat item 2 (Ik neem een afwachtende houding aan; lading .92). Een hogere score betekent dat de respondent een meer afwachtende houding aanneemt tijdens het gesprek.

Om te bepalen of de eerste twee factoren intern consistent zijn, werden Cronbach's alpha's berekend (Santos, 1999). Een interne consistentie van .60 wordt opgevat als voldoende, .70 of hoger is goed (Iacobucci & Duhachek, 2003). *Goed gevoel* heeft een alpha van .83 en *Zwoegen* heeft een alpha van .66.

#### ¶ Test-hertestbetrouwbaarheid

Het gebruik van *Goed gevoel*, *Zwoegen* en item 2 voor het evalueren van het effect van de eendaagse workshop, is alleen verantwoord wanneer de test-hertestbetrouwbaarheid van de factoren en het item voldoende is. Dat wil zeggen: de correlatie van de scores op twee afnames waartussen geen interventie plaatsvond, moet voldoende zijn. Daarbij wordt een ondergrens van .60 gehanteerd (Mook, 2001).

Zestien deelnemers vulden voorafgaand aan de workshop tweemaal de vragenlijst in met een tussentijd van drie weken ( $SD = 1$ ). De testhertestcorrelatie voor *Goed gevoel* is .83 ( $p < .000$ ), voor *Zwoegen* .66 ( $p < .01$ ) en voor item 2 .45 (n.s.). Dit impliceert dat item 2 niet gebruikt kan worden voor het evalueren van het effect van de workshop. Dit item is daarom uit de lijst verwijderd.

#### ¶ Validiteit

Voor het krijgen van een indruk van de validiteit van de subschalen is gekeken naar de correlatie tussen *Goed gevoel* en *Zwoegen* onderling en naar de relatie van de subschalen met de score op de vraag in hoeverre de respondent het afgelopen jaar werkgerelateerde klachten had, zoals stress, depressie en burn-out.

*Goed gevoel* en *Zwoegen* correleren  $-.44$  ( $p < .000$ ) met elkaar. Meer *Goed gevoel* gaat volgens verwachting samen met de ervaring minder te *Zwoegen* tijdens het gesprek. *Goed gevoel* correleert  $-.31$  ( $p < .000$ ) met werkgerelateerde klachten in het afgelopen half jaar. *Zwoegen* correleert .21 ( $p < .01$ ) met dergelijke klachten. Volgens verwachting geldt dus dat er meer werkgerelateerde klachten zijn naarmate een respondent minder *Goed gevoel* en meer *Zwoegen* ervaart tijdens het gesprek.

### ¶ Conclusie

De Vragenlijst GespreksPlezier (VGP) bestaat uit zeven items en twee subschalen. Deze operationaliseren de mate waarin iemand tijdens een gesprek met lastige cliënten Goed gevoel en Zwoegen ervaart. Hoewel er nog meer onderzoek naar de test-hertestbetrouwbaarheid en de validiteit van de VGP moet plaatsvinden, kan op basis van de psychometrische gegevens die tot nu toe werden verzameld worden gesteld dat de subschalen voldoende betrouwbaar lijken en dat de eerste resultaten met betrekking tot de validiteit gunstig zijn. Zoals het nu lijkt, kan de lijst dus worden gebruikt om de resultaten van de eendaagse workshop socratisch motiveren te evalueren.

### PILOTSTUDY NAAR HET EFFECT VAN SOCRATISCH MOTIVEREN OP GESPREKSPLEZIER

Deelnemers aan de eendaagse introductieworkshop socratisch motiveren vulden voor aanvang van de workshop de VGP in. Vervolgens werd gevraagd of zij een half jaar later de lijst opnieuw wilden invullen. Deelnemers die hier positief op reageerden, kregen de lijst een half jaar later toegestuurd. Er is onderzocht of de scores op de VGP veranderen tussen het moment voor aanvang van de eendaagse workshop (voormeting) en een half jaar later (nameting).

### ¶ Deelnemers

Van de 214 respondenten die aan het begin van de eendaagse workshop de VGP invulden, gaven er 162 aan dat ze een half jaar na de workshop opnieuw de lijst wilden invullen. Uiteindelijk retourneerden 89 van deze deelnemers (55%) een half jaar na de workshop de ingevulde lijst; 20 mannen (23%) en 69 vrouwen (77%) met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar ( $SD = 10$ ) en een gemiddelde werkervaring van 17 jaar in het huidige beroep ( $SD = 11$ ). Wat dit betreft is de uiteindelijke groep van 89 deelnemers vrijwel gelijk aan de 214 aanvankelijke respondenten. Wat betreft discipline betrof het 38 (diabetes)verpleegkundigen (43%), 25 huisartsen (28%), 12 psychologen of psychiaters (13%), 4 praktijkondersteuners huisartsen (4%), 3 maatschappelijk werkers (3%) en 7 overige hulpverleners (8%). Hier valt ten opzichte van de grote groep alleen een klein verschil op bij de verpleegkundigen en de huisartsen. Bij de uiteindelijke deelnemers zitten naar verhouding iets meer verpleegkundigen en iets minder huisartsen dan bij de 214 aanvankelijke respondenten. Al met al kan echter worden gesteld dat de deelnemers aan de pilot-study op de gescoorde kenmerken representatief zijn voor de totale groep deelnemers.

### ¶ Percentage lastige cliënten

Op de vGP worden lastige cliënten zoals gezegd gedefinieerd als cliënten die niet veranderen, terwijl dat volgens anderen wel beter is, die 'ja' zeggen maar 'nee' doen, die agressief of uit de hoogte doen, of die het altijd beter weten. De resultaten van de eerste 214 respondenten geven een beeld om hoeveel cliënten het gaat.

De totale groep ( $n = 212$ ) ervaart 15% van het klantenbestand als lastig. Daarbij valt echter een verschil op. Psychologen en psychiaters ervaren de meeste cliënten als lastig (21%), op de voet gevolgd door praktijkondersteuners huisartsen (20%) en (diabetes)verpleegkundigen (18%). Huisartsen scoren lager. Zij ervaren slechts 6% van hun cliënten als lastig volgens de hierboven beschreven definitie.

### ¶ Ervaringen van de deelnemers

Verschillende deelnemers schreven bij de nameting kort over hun ervaringen met socratisch motiveren. Andere deelnemers namen een half jaar of langer na de introductieworkshop deel aan een vervolgworkshop en brachten daar verslag uit van hun ervaringen.

Aan de reacties valt vooral op dat de workshop deelnemers helpt om in te zien dat veel cliënten niet veranderingsbereid zijn. Dit leidt tot het inzicht dat het weinig zin heeft om op verandering aan te sturen en voor de cliënt aan het werk te gaan. Men ziet zichzelf dan ook vaak onnodig zwoegen, terwijl de cliënt achterover leunt of duidelijk van plan is om iets anders te doen dan wat de hulpverlener verstandig vindt. De volgende citaten getuigen hiervan:

- ▶ 'Ik merk dat ik een groot deel van mijn energie verspeel met trekken aan een dood paard.'
- ▶ 'Ik ben me er bewust van geworden dat ik vaak al aan het werk ben voordat ik weet of de cliënt daar belang bij heeft.'
- ▶ 'Ik vraag veel vaker wat de cliënt eigenlijk komt doen of wil, en tot mijn verbazing is het antwoord vaak "niets" of "we hadden toch een afspraak". Concrete voorstellen doen ze bijna nooit.'
- ▶ 'Ik merk dat ik het probleem van de cliënt vaak groter maak dan hijzelf. Ik probeer het daarom meer bij de cliënt te laten liggen en goed op te letten wat ik wel en niet te bieden heb.'

Verder is er in de mondelinge en schriftelijke reacties een opvallend verschil tussen universitair (artsen, psychologen, psychiaters) en

niet-universitair geschoolde hulpverleners (verpleegkundigen en praktijkondersteuners). De universitair geschoolden geven aan dat ze actief en redelijk effectief met het verworven inzicht aan de slag zijn gegaan.

- ▶ ‘Ik heb het boek gelezen en de dvd bekeken en toen ben ik ermee aan het werk gegaan. Het moeilijke is wat je niet moet doen. Maar wat je wel moet doen, is verrassend simpel en levert verrassend veel op.’
- ▶ ‘Ik leun nu vaak letterlijk achterover. Ik dwing mezelf mijn schouderbladen tegen de stoel te houden. Het blijft dan heel vaak stil. Daar waar ik vroeger druk doorpraatte, gebeurt nu niets. En inderdaad: de cliënten hebben er geen bezwaar tegen. Maar het bespaart mij energie.’
- ▶ ‘Het is echt zo dat ik nu vaker vrolijk thuiskom. Het valt zelfs mijn partner op dat ik veel vaker leuke anekdotes vertel.’

Bij de niet-universitair geschoolden komen dit soort reacties ook voor, maar in het algemeen hebben zij het duidelijk moeilijker met de vertaalslag naar de praktijk.

- ▶ ‘Ik begrijp wat de bedoeling is, maar ik vind het erg moeilijk. Ik merk vaak een “ja, maar” bij mezelf. Ik kan de cliënt toch niet aan zijn lot overlaten? Er moet toch iets gebeuren? Wat zal mijn baas wel zeggen? Straks doe ik mijn werk niet goed.’
- ▶ ‘Ik begrijp wat de bedoeling is, maar toch trek ik liever aan een dood paard dan dat ik niets doe. Liever vermoeid met het idee dat ik echt iets heb gedaan, dan energiek met het idee dat ik te passief ben geweest.’
- ▶ ‘Ik weet dat mijn inspanningen geen zin hebben, maar ik ga er toch mee door. Ik denk dat het te diep is ingesleten.’

De eendaagse workshop lijkt dus bij iedereen tot een veranderend inzicht te leiden, maar vooral bij de universitair geschoolden tot praktische verandering. Vanwege deze indruk is besloten om de vergelijking tussen de voor- en de nameting niet alleen voor de gehele groep, maar ook voor subgroepen (universitair versus niet-universitair geschoolden) te doen.

¶ Verschillen tussen de voor- en de nameting.

De scores van de voor- en nameting op percentages lastige cliënten, Goed gevoel en Zwoegen zijn met elkaar vergeleken met behulp van een T-test. Wanneer het verschil significant is ( $p < .05$ ) of wanneer er sprake is van een tendens ( $p < .1$ ) werd ook de effect size (Cohens  $d$ ) berekend. Een waarde tussen .20 en .49 staat voor een klein positief effect en een waarde tussen .50 en .79 voor een middelgroot effect (Howell, 1995). Tabel 1 geeft de resultaten weer voor de totale groep, de academisch geschoolden (artsen, psychologen en psychiaters) en de niet-academisch geschoolden (verpleegkundigen en praktijkondersteuners).

TABEL 1  
Verschillen tussen de voor- en de nameting

	Totale groep n = 89	Academici* n = 37	Niet-academici** n = 42
% Lastige cliënten			
Voormeting	15.6 (16.8)	10.6 (11.1)	17.0 (14.8)
Nameting	12.2 (13.7)	8.5 (9.0)	13.7 (11.4)
T-score	2.75	1.85	1.51
p-waarde	.007	.072	ns
Cohens $d$	.30	.31	-
Goed gevoel: M (SD)			
Voormeting	18.7 (5.7)	16.1 (5.6)	21.5 (4.3)
Nameting	19.9 (5.2)	17.6 (5.1)	21.9 (4.4)
T-score	2.28	2.29	0.55
p-waarde	.025	.028	ns
Cohens $d$	.21	.37	-
Zwoegen: M (SD)			
Voormeting	18.8 (6.2)	20.2 (6.3)	16.9 (5.3)
Nameting	17.4 (6.3)	17.3 (6.6)	17.1 (5.9)
T-score	2.31	3.14	0.25
p-waarde	.023	.003	ns
Cohens $d$	.25	.50	-

\* huisartsen, psychologen en psychiaters

\*\* (diabetes)verpleegkundigen en praktijkondersteuners

Voor de totale groep geldt dat alle drie de variabelen op de nameting significant zijn verbeterd ten opzichte van de voormeting. Deelne-



mers vinden dat ze minder lastige cliënten in hun bestand hebben, ervaren tijdens het gesprek met dergelijke cliënten meer goed gevoel en hebben minder het idee dat ze moeten zwoegen. Dit effect blijkt te wijten aan de groep academici. In de groep niet-academisch geschoolden treedt namelijk op geen van de variabelen een significant effect op. In de groep academisch geschoolden duiden de *effect sizes* op een klein positief effect op percentage lastige cliënten en *Goed gevoel*, en op een gemiddeld positief effect op *Zwoegen*.

#### ¶ Conclusie

De eendaagse introductieworkshop socratisch motiveren lijkt deelnemers tot het besef te brengen dat ze vaak te veel energie besteden aan cliënten die niet veranderingsbereid zijn, en dat ze er bij deze cliënten goed aan zouden doen om meer achterover te leunen. Alleen bij academisch geschoolde hulpverleners lijkt de eendaagse workshop (eventueel aangevuld met het lezen van het boek en het bekijken van de voorbeeld-dvd) ook tot praktische verandering te leiden. Een half jaar na de workshop ervaren zij minder cliënten als lastig, hebben zij meer een goed gevoel en minder de ervaring te moeten zwoegen tijdens gesprekken met dergelijke cliënten.

#### DISCUSSIE

In tegenstelling tot psychotherapieën of andere motiveringsstrategieën is socratisch motiveren niet bedoeld om cliënten te motiveren, te beïnvloeden of te veranderen. De methode is gericht op het bevorderen van het werkplezier van hulpverleners tijdens gesprekken met door hen als lastig ervaren cliënten. Dit soort gesprekken komt redelijk vaak voor. Uit deze studie blijkt dat hulpverleners ongeveer een op de zes cliënten als lastig ervaren. Voor huisartsen is dit percentage lager. Mogelijk komt dit mede door het feit dat zij hun lastige cliënten kunnen overdragen aan hun praktijkondersteuner.

De hier gepresenteerde pilotstudie laat zien dat een eendaagse introductieworkshop een goede aanzet lijkt tot het vergroten van het gespreksplezier, althans bij academisch geschoolde hulpverleners zoals artsen, psychologen en psychiaters. Een half jaar na de workshop ervaren zij minder cliënten als lastig, hebben zij een beter gevoel en minder het idee te moeten zwoegen tijdens gesprekken met lastige cliënten. Deze effecten zijn niet groot maar wel duidelijk. Bij niet-academisch geschoolde hulpverleners (zoals verpleegkundigen en praktijkondersteuners) lijkt de introductieworkshop vooral tot het inzicht te leiden dat gesprekken met lastige cliënten

echt anders kunnen. De vertaalslag lijkt voor deze groep lastiger of zij ambiëren deze minder.

Om het praktische effect van de eendaagse cursus te bewerkstelligen (bij niet-academisch geschoolden) of te vergroten (bij academisch geschoolden), lijkt het zinvol om intensiever met socratisch motiveren te oefenen. Daarvoor zijn vervolgworkshops, meerdaagse trainingen of supervisietrajecten mogelijk. Vervolgonderzoek zal uitwijzen of deze inderdaad tot meer effect leiden dan de eendaagse introductieworkshop.

Voorts dienen de wetenschappelijke pretenties van deze studie gering te zijn. Dat komt in de eerste plaats doordat de auteur van dit artikel zowel de bedenker van de methode, als de trainer tijdens de workshops, als de onderzoeker is. Er zullen dus ongetwijfeld allerlei vooroordelen meespelen die de resultaten of de beschrijving daarvan de gewenste kant opduwen. In de tweede plaats betreft het hier een ongecontroleerde studie. Het is dus bepaald niet zeker of de gevonden resultaten echt door de eendaagse workshop worden veroorzaakt. Wat daar overigens wel voor pleit, is het feit dat het gebruikte meetinstrument speciaal voor dit onderzoek is ontwikkeld en specifiek operationaliseert waarvoor socratisch motiveren is bedoeld. Het ontbreken van een controlegroep wordt voor een deel gecompenseerd door het feit dat de afhankelijke variabele zo specifiek is geformuleerd dat het eigenlijk alleen maar aan de interventie te wijten kan zijn wanneer daar een verandering in optreedt (Plochg, Juttmann, Klazinga & Mackenbach, 2007). In de derde plaats geldt dat er nog niet voldoende test-hertestbetrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek is gedaan naar het speciaal voor deze studie ontwikkelde meetinstrument. Of de VGP helemaal goed operationaliseert of iemand plezier heeft in het gesprek, moet dus nog verder onderzocht worden.

Naast wetenschappelijke bescheidenheid past het ook om in praktische zin na deze studie niet al te hoog van de toren te blazen over socratisch motiveren. Academisch geschoolden kunnen zich door deze methode wel beter voelen en minder zwoegen tijdens het gesprek met door hen als lastig ervaren cliënten, maar generaliseert dat resultaat ook naar hun algemene functioneren? Krijgen hulpverleners, met andere woorden, door het gebruik van socratisch motiveren ook minder psychische klachten, raken ze minder vaak in een burn-out en worden ze minder vaak ziek? Dat zijn de vragen waar de overheid en de maatschappij een antwoord op willen en waar vervolgonderzoek zich op zal moeten richten. Deze pilotstudy maakt wel duidelijk dat het zinvol is om dergelijk vervolgonderzoek uit te voeren.

DR. MARTIN APPELO is gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut. Hij werkt als docent, trainer en therapeutensupervisor.

### Referenties

- Appelo, M. (2007). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
- Appelo, M. (2010). *Waardenloze gesprekken: Socratisch motiveren in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Appelo, M. & Hoogduin, K. (2003). Socratisch motiveren. *Directieve therapie*, 23(2), 162–176.
- Bold, I. van den (2011). Boekbespreking: Waardenloze gesprekken. Socratisch motiveren in de praktijk. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 19(3), 128.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765–784.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York: Routledge.
- Coillie, M. van (1993). *Burnout in de hulpverlening voorkomen en verhelpen*. Leuven: Garant.
- Costello, A.B. & Osborne, J.B. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most out of your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1–9.
- Cureton, E.E. & Mulaik, S.A. (1975). The weighted varimax rotation and the promax rotation. *Psychometrika*, 40(2), 183–195.
- Dijksterhuis, A. (2008). *Het slimme onbewuste: Denken met gevoel*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Dowd, E.T. (1999). Why don't people change? What stops them from changing? An integrative commentary on the special issue on resistance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9(1), 119–131.
- Egmond, J.J. van (2005). *Secondary gain in psychiatry* (Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam). Deventer: Stichting Adhesie.
- Elkin, R.A. & Leippe, M.R. (1986). Physiological arousal, dissonance, and attitude change: evidence for a dissonance-arousal link and a 'don't remind me' effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 55–65.
- Howell, D.C. (1995). *Fundamental statistics for the behavioral sciences* (3rd ed.). Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Hurley, S. & Chater, N. (2005). *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science: Vol. 2: Imitation, human development, and culture*. Cambridge: MIT Press.
- Iacobino, M. (2008). *Het spiegelende brein: Over inlevingsvermogen, imitatiegedrag en spiegelneuronen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Iacobucci, D. & Duhachek, A. (2003). Advancing alpha: Measuring reliability with confidence. *Journal of Consumer Psychology*, 13, 478–487.
- Lamme, V. (2010). *De vrije wil bestaat niet: Over wie er echt de baas is in het brein*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G. & Mazure, C.M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373–378.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Mook, D.G. (2001). *Psychological Research: the Ideas behind the methods*. New York: Norton & Company.
- Mukherjee, S. (2011). *De keizer aller ziektes: Een biografie van kanker*. Amsterdam: de Bezige Bij.
- Norcross, J.C., Ratzin, A.C. & Payne, D. (1989). Ringing in the new year: The change process and reported outcomes of resolutions. *Addictive Behaviors*, 14, 205–212.
- Plochg, T., Juttman, R.E., Klazinga, N.S. & Mackenbach, J.P. (red.). (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes

- of self-change. *American Psychologist*, 57(9), 677-689.
- Reenders, K. (2008). Socratisch motiveren. *Huisarts en Wetenschap*, 3, 158.
- Santos, J.R.A. (1999). Cronbach's alpha: a tool for assessing the reliability of scales. *Journal of Extension*, 37, 1-6.
- Verbraak, M., Kleyweg, J., Griendt, J. van de & Hoogduin, K. (2008). Nader verkenning van de psychometrische kwaliteiten van de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS): wat valt er te meten? *Dth*, 4, 187-211.
- Vries, S. de (2000). Burn-out, oorzaken en signalen. *Maatwerk*, 7(2), 4-8.
- Win, X. de (1980). *Plato, verzameld werk* (deel 2). Baarn: Ambo.