



[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

## Als het protocol niets oplevert en de cliënt niet werkt

### *Een inter- en supervisiemethode*

U kent het vast wel: het probleem van de cliënt, de classificatie die erbij hoort en de richtlijn of het *evidence-based* protocol dat er volgens de literatuur zonder twijfel een eind aan kan maken, lijken perfect bij elkaar te passen, maar toch schiet de behandeling niet op. U controleert alle *ins* en *outs* van de richtlijn of het protocol, zoekt in de literatuur of u iets over het hoofd zag, mailt eventueel met de maker van het protocol, maar wat u er ook aan schaaft of toevoegt, de cliënt blijft waar hij is en u concludeert dat de behandeling is vastgelopen.

Dergelijke casussen worden vaak ingebracht tijdens inter- en supervisie. Dit artikel gaat over een methode die ik door de jaren heen ontwikkelde om hiermee om te gaan. De methode is een directe en praktische vertaling van kennis over de invloed van non-specifieke therapiefactoren op het effect van psychotherapie en van resultaten van onderzoek naar de vraag waarom mensen zo moeilijk veranderen en zo vaak weer terugvallen na eenmaal ingezette verandering. Dit levert een drietrapsraket op. Wanneer een behandeling vastloopt en de oorzaak niet ligt bij het onvoldoende uitvoeren van de richtlijn of het protocol, dan wordt eerst gecontroleerd of dit te maken heeft met non-specifieke therapiefactoren, daarna of het wordt veroorzaakt door een gebrek aan veranderingsbereidheid en ten slotte wordt met socratisch motiveren duidelijk gemaakt wat de cliënt nu eigenlijk wil en welke consequenties de voor hem belangrijke anderen hieraan verbinden. Zoals uit de voorbeelden in dit artikel zal blijken, leidt toepassing van deze stappen er meestal toe dat de behandeling wordt vlotgetrokken en als dit niet zo is, geeft het de therapeut gelegenheid om het contact met een gerust hart af te sluiten.

#### VOORBEELD

Een jonge mannelijke therapeut brengt tijdens de supervisie meneer Derksen in, een al wat oudere manager die overspannen thuiszit. Deze man heeft de laatste jaren veel conflicten gehad met leidinggevendenden. Dit zijn volgens hem 'jonge broekies die op de universiteit allerlei overbodige en arbeidsintensieve procedu-

res leerden en daar nu de werkvloer mee lastigvallen'. Hij voelt zich door hen gecommandeerd en miskend. De conflicten gingen samen met toenemende klachten. Nu zit meneer Derksen thuis en omdat hij actief aan zijn re-integratie moet werken, zoekt hij hulp bij een psycholoog.

De therapeut heeft niet veel tijd nodig om te constateren dat het hier om een burn-out gaat en stelt voor om het burn-outprotocol uit te voeren. Meneer Derksen stemt hiermee in en de eerste huiswerkopdrachten worden gegeven. De daaropvolgende sessies blijkt echter dat de therapie niet van de grond komt. Meneer Derksen doet de afgesproken opdrachten niet, belt af, of vult het gesprek met zijn verhaal dat overal over gaat, behalve over de inhoud van het burn-outprotocol.

De psycholoog vraagt zich af wat hij moet doen? Het is immers overduidelijk dat de klachten, de classificatie en het protocol precies bij elkaar passen.

#### WAT IS EEN VASTGELOPEN BEHANDELING?

Een vastgelopen behandeling wordt getypeerd door het feit dat de cliënt niet uitkomt bij het beoogde doel. Gevoelsmatig is 'vastlopen' dus niet prettig. 'Vastzitten' kan in de psychotherapie echter ook prettig zijn. De therapeut en de cliënt vinden het dan leuk of zelfs gezellig om elkaar te zien. De therapie duurt al lang terwijl er weinig of niets verandert. Er is geen duidelijke doelstelling meer, laat staan een concreet plan, en hoe daaraan gewerkt moet worden is onduidelijk.

Om erachter te komen of een behandeling is vastgelopen moet dus niet alleen worden gekeken naar lastige cliënten en ingewikkelde behandelingen maar ook naar leuke cliënten met wie het contact voortkabbelt.

#### VOORBEELD

Tijdens de supervisie van een therapeut wordt altijd de hele caseload bij langsgelopen. Het valt de supervisor op dat de therapeut bij een aantal cliënten altijd zegt: 'Dat loopt wel', maar dat die cliënten steeds opnieuw de revue passeren. De supervisor wil hierbij stilstaan.

S: Het valt me op dat u over mevrouw De Vries al tijden zegt dat het wel loopt. Ik ben benieuwd wat er dan loopt.

T: Nou ja, we hebben in feite een vinger-aan-de-polscontact om te bespreken of ze het nog een beetje volhoudt.

S: En welke technieken zet u daarbij in?

T: Tja. Eerlijk gezegd praten we gewoon een beetje over hoe het gaat.

S: Babbelen?

T: Eh, ja.

S: Dus mevrouw De Vries heeft u zover gekregen dat het contact voortduurt zonder dat er iets gebeurt? Ze heeft uw therapeutische vermogens onschadelijk gemaakt en u getransformeerd tot een gezellige buurvrouw?

T: Hm.

S: Dit noem ik nu een vastgelopen behandeling.

Wanneer duidelijk is dat een behandeling is vastgelopen, kan het onderzoek starten naar de oorzaak ervan. Het kan dat het protocol niet helemaal goed werd toegepast, maar deze situatie blijft hier buiten beschouwing.

#### CONTROLLEREN VAN DE NON-SPECIFIEKE THERAPIEFACTOREN

In de psychotherapie is het effect van interventies voor een groot deel afhankelijk van andere factoren dan het protocol. Ongeveer veertig procent van het herstel verloopt spontaan, dertig procent wordt verklaard door de therapeutische relatie, vijftien procent door een positieve uitkomstverwachting over de gekozen behandeling en vijftien procent door de specifiek toegepaste technieken (Lambert & Barley, 2002; Emmelkamp & Vedel, 2010).

Om de zogenaamde 'non-specifieke' factoren naar de praktijk te vertalen, zodat gecontroleerd kan worden of ze van invloed zijn op het vastlopen van een behandeling, is het werk van Frank (1973) buitengewoon geschikt. Frank onderscheidde vier non-specifieke factoren die betrekking hebben op de context waarin de therapie plaatsvindt: de omgeving, de therapeutische relatie, het probleemverhaal van de cliënt en de voorgestelde procedure. Specifieke therapeutische interventies kunnen alleen maar positief uitpakken wanneer:

- 1 de cliënt zich behaaglijk voelt in de omgeving waarin hij therapie krijgt;
- 2 de cliënt zich gehoord, begrepen en gewaardeerd voelt (en de therapeut zich ook op zijn gemak voelt bij de cliënt);
- 3 de therapeut en de cliënt een bij het referentiekader van de cliënt aansluitend verhaal hebben gemaakt over wat er waarom aan de hand is en waar iets aan moet gebeuren;

- 4 er uit dat verhaal een therapeutische procedure voortvloeit die volgens de cliënt precies is wat hij nodig heeft.

Wanneer een behandeling vastloopt, dient de therapeut samen met de cliënt op onderzoek uit te gaan of de non-specifieke factoren goed geregeld zijn. De therapeut vraagt hiertoe:

- 1 of de cliënt zich behaaglijk voelt in de therapieomgeving;
- 2 hoe de cliënt de relatie met de therapeut ervaart (en hij vraagt zich af of hij zichzelf behaaglijk voelt in relatie tot de cliënt);
- 3 of de cliënt vindt dat zij een voldoende geloofwaardig verhaal hebben gemaakt dat de klachten verklaart en dat aangeeft waar wat aan moet gebeuren;
- 4 of de tot nu toe uitgevoerde procedure volgens de cliënt logisch voortvloeit uit dit verhaal.

Is het antwoord op een van deze vragen niet overtuigend 'ja', dan moet de therapeut bij die vraag nader onderzoek uitvoeren om erachter te komen wat er moet gebeuren om het antwoord alsnog 'ja' te laten worden. Vervolgens moet die actie worden uitgevoerd. Lukt dit niet, dan kan de behandeling beter worden afgesloten en worden gezocht naar een therapeut bij wie de vragen mogelijk wel allemaal bevestigend te beantwoorden zijn.

De ervaring leert dat het controleren van de non-specifieke therapiefactoren vaak opheldering geeft over de oorzaak van het vastlopen. Zo komt het regelmatig voor dat de therapeut twijfelt over de werkzaamheid van het protocol, terwijl het probleem in feite in de therapeutische relatie zit en/of wordt veroorzaakt door het feit dat het protocol wel aansluit bij de classificatie maar niet bij het verhaal van de cliënt. Een mooie illustratie hiervan is de hiervoor geïntroduceerde casus van meneer Derksen.

#### VOORBEELD

De supervisor stelt voor dat de therapeut eerst gaat controleren of het vastlopen van de behandeling wordt veroorzaakt door de non-specifieke therapiefactoren. De supervisor heeft als hypothese dat er in elk geval iets fout is gegaan in de therapeutische relatie. Mogelijk ervaart meneer Derksen de therapeut net zoals hij zijn tegenwoordige leidinggevenden ervaart.

Dit blijkt een schot in de roos. De therapeut vraagt meneer Derksen hoe hij de therapie tot nu toe vindt gaan. Meneer Derksen is niet enthousiast. De therapeut vraagt waar dit aan ligt? Meneer Derksen weet het niet. Dan vraagt de therapeut of het misschien aan hem ligt? Meneer Derksen vraagt om toelichting.

De therapeut legt uit dat hij zich kan voorstellen dat meneer Derksen net zo over hem denkt als over zijn leidinggevenden. De therapeut is immers ook jong, academisch geschoold en kwam wel heel snel met het voorstel om het burn-outprotocol te doen. Dit lijkt verdacht veel op de werksituatie van meneer Derksen.

Meneer Derksen geeft toe dat hij zich hierin herkent. De therapeut stelt daarom voor om het protocol even te laten rusten en om opnieuw te bepalen wat volgens meneer Derksen de kern van het probleem is en om daar dan een behandeling bij te zoeken die meneer Derksen aanspreekt.

Meneer Derksen waardeert deze gang van zaken en al pratend komen ze op de moeite die hij heeft met autoritaire mensen en op zijn onvermogen om hier op een goede manier mee om te gaan. Hij laat over zich heen lopen of kropt zijn spanning op totdat hij explodeert. De procedure die uit dit verhaal voortvloeit gaat over het leren herkennen en veranderen van cognitieve schema's en over meer assertiviteit in het omgaan met autoriteiten.

Dit voorbeeld maakt duidelijk dat de punten 2 en 3 van de non-specifieke factoren vaak gerelateerd zijn. Met andere woorden: in de therapeutische relatie openbaart zich vaak het verhaal van de cliënt. Wat er tussen de cliënt en de therapeut fout gaat, gaat ook vaak fout tussen de cliënt en anderen. Wanneer de therapeut dit ter sprake brengt aan de hand van zijn eigen functioneren en de interactie met de cliënt, blijkt vaak dat het thema van het probleemverhaal verandert en dat de daaruit voortvloeiende procedure veel beter geformuleerd kan worden. Hierdoor komt de vastgelopen behandeling meestal weer in beweging.

#### VOORBEELD

Een vrouwelijke therapeut heeft een man in therapie die vrijwel met iedereen problemen heeft. De therapeut ervaart deze cliënt als een dominante macho. Zij vindt het lastig om met hem om te gaan en ze ziet op tegen de gesprekken. De therapie komt dan ook niet goed op gang. De man registreert wel situaties waarin hij problemen heeft, maar lijkt niet bereid om zijn eigen functioneren ter discussie te stellen. Het ligt altijd aan een ander. Ondertussen informeert hij naar het privéleven van de therapeut en vraagt regelmatig wanneer ze aan de gang gaat met een manier om andere mensen te laten inzien dat zij verkeerd met hem omgaan.

Een duidelijk voorbeeld van een situatie waarin de therapeutische relatie voor de therapeut niet goed voelt en de cliënt een verhaal heeft en een procedure voorstelt waarin de therapeut zich

niet kan vinden. Deze drie non-specifieke punten moeten goed worden geregeld voordat er sprake kan zijn van behandeling.

Van haar supervisor krijgt zij het advies om de cliënt uit te leggen dat ze wat haar betreft in het dagelijks leven zeker ruzie met elkaar gekregen zouden hebben. Nu krijgen ze dat wat haar betreft niet omdat zij hier zit als therapeut wiens taak het is om te bespreken wat er in het contact misgaat. Zij kan zich voorstellen dat de cliënt het niet leuk vindt om dit te horen maar nodigt hem van harte uit om hierover met haar in gesprek te gaan. Hij kan zich kwaad maken, maar deze situatie ook zien als een kans om vervelende situaties eens van een andere kant te belichten.

De cliënt blijkt deze aanpak wel te waarderen. Hij voelt zich serieus genomen omdat de therapeut herkent dat haar opmerkingen hem boos maken maar hij voelt zich ook uitgedaagd om te onderzoeken waarom zijn relaties misgaan. Ze besluiten om moeilijke situaties eens te bekijken vanuit het perspectief van de ander: hoe ervaart degene met wie de cliënt een probleem heeft de situatie en de manier waarop hij zich gedraagt en hoe had hij het anders kunnen aanpakken? Mogelijk leidt dit ertoe dat de cliënt minder problemen met andere mensen krijgt.

Het probleemverhaal van de cliënt zit als het ware verborgen in de manier waarop hij met de therapeut omgaat. Wanneer de therapeut hier niets mee doet, ontstaat er ophef of verwarring en kan de behandeling vastlopen. Wanneer de therapeut dit professioneel bespreekt, openbaart het verhaal van de cliënt zich duidelijker en ligt de weg naar een werkzame procedure vaak weer open.

#### CONTROLLEREN VAN VERANDERINGSBEREIDHEID

Wanneer een behandeling vastloopt, is er niet per se iets aan de hand met de non-specifieke factoren. Het komt regelmatig voor dat er geen vooruitgang is, terwijl de cliënt zich prima voelt bij de therapeut, een duidelijk verhaal heeft en een procedure die hier goed bij aansluit. In die gevallen is het aan te bevelen om te onderzoeken of het vastlopen wordt veroorzaakt door een gebrek aan veranderingsbereidheid bij de cliënt.

De wetenschappelijke basis voor deze tweede manier voor het bepalen van waarom een behandeling vastloopt, wordt gevormd door onderzoek naar de vraag waarom duurzame gedragsverandering zo moeilijk tot stand komt. De literatuur die hierover verscheen, is eerder uitgebreid beschreven (Appelo, 2010) en in dit tijdschrift samengevat tot een bio-psycho-sociale theorie over het

onvermogen van mensen om duurzaam te veranderen (Appelo, 2009; 2011b). Deze theorie is om te zetten in een formule voor duurzame gedragsverandering (Appelo, 2011a):  $d\Delta = F (iD \times D \times iA)$ .

Duurzame gedragsverandering ( $d\Delta$ ) is een functie ( $F$ ) van innerlijke drang ( $iD$ ), discipline ( $D$ ) en interne attributie ( $iA$ ). Innerlijke drang staat voor lijdensdruk en het hebben van een alternatief. Discipline gaat over het vermogen om weerstand te bieden aan eenmaal geautomatiseerde gewoonten, sociale druk en ziektewinst. Interne attributie impliceert dat iemand de oorzaak van mislukking bij zichzelf legt en het oplossen van het probleem als een persoonlijke uitdaging ziet. Elk van deze drie voorwaarden op zich is noodzakelijk maar niet voldoende voor duurzame gedragsverandering.

Onderzoeken of een behandeling vastloopt vanwege een gebrek aan veranderingsbereidheid is nu een kwestie van onderzoeken hoe de cliënt met betrekking tot het te veranderen gedrag op deze definitie scoort. Dit kan met behulp van de volgende vragen:

- ▶ Levert het te veranderen gedrag iets op? Geeft het een excuus, macht of een bijzondere positie? Is de cliënt bereid om de voordelen op te geven?
- ▶ Heeft de cliënt er echt last van? Zijn er meer nadelen dan voordelen? Heeft de cliënt echt het idee dat het zo niet langer kan?
- ▶ Is er een alternatief waarover de cliënt kan beschikken?
- ▶ Kan de cliënt zichzelf bedwingen wanneer hij op het punt staat om 'het' weer te doen? Kan hij duurzaam 'nee' zeggen tegen de voordelen? Wil en kan de cliënt er echt en blijvend voor gaan?
- ▶ Is de cliënt bereid om te allen tijde de oorzaak van tegenslag bij zichzelf te leggen en om het als een uitdaging te zien volgende tegenslag te voorkomen?

Alleen wanneer het antwoord op de cursief gedrukte vragen altijd minimaal: 'Ik denk het wel' is, heeft het zin om aan het werk te gaan. Iemand kan dus veel last van iets hebben en toch besluiten om er niets aan te doen. Bovendien geeft de formule de therapeut een handvat om helder uit te leggen waarom het geen zin heeft om verder met het probleem aan het werk te gaan.

#### VOORBEELD

Een cliënt vond dat hij te veel dronk. Hij stond vaak op met een kater en ook zijn vrouw klaagde over zijn drankgebruik. Hij wilde hulp bij het stoppen met drinken en ging akkoord met een gedragstherapeutische behandeling. De non-specifieke factoren leken goed geregeld maar de cliënt hield zich desondanks tot twee keer toe niet aan de afspraken. Toen hij zich ook de derde keer weer had laten verleiden om meer te drinken dan afgespro-



ken, legde de therapeut een papier op tafel met daarop de formule voor duurzame gedragsverandering. Samen gingen ze de voorwaarden bij langs. 'Hebt u lijdensdruk?' vroeg de therapeut? 'Ja,' zei de man, 'de nadelen van het drinken zijn inmiddels echt groter dan de voordelen.' Hij zag ook alternatieven: collega's en vrienden die heel matig drinken. Bovendien hield hij van bronwater, vooral met citroen. 'Kunt u de neiging om te drinken weerstaan?' vroeg de therapeut. 'Ook als al uw vrienden aandringen?' Hij dacht van wel. Als hij tenminste beter zijn best deed dan de laatste weken. 'Kunt u het lekkere gevoel dat drank geeft, missen?' Ja, dat kon hij, zeker met bronwater. Hij wilde er nu echt voor gaan. 'En als het even tegenzit en u dreigt weer aan de alcohol te gaan, schrijft u de oorzaak daarvan dan aan uzelf toe? Ja, dat zou hij doen.' 'Nou,' zei de therapeut, 'dan moet het lukken, want u voldoet aan alle voorwaarden voor duurzame gedragsverandering.'

De volgende sessie vertelde de man dat hij de opdrachten weer niet had gedaan en dat hij het ook niet meer over het drinken wilde hebben. Bij nader inzien had hij toch niet voldoende discipline en wogen vooral de voordelen van het drinken zwaarder dan de voordelen van het bronwater, ondanks de citroen. Het geklaag van zijn vrouw en de kater in de ochtend nam hij nu maar op de koop toe.

De ervaring leert dat het uitleggen, bespreken en samen invullen van de formule voor duurzame gedragsverandering bij cliënten die ondanks goede voornemens niet veranderen, meestal tot een berustende reactie leidt. Zeker wanneer alle non-specifieke factoren goed geregeld zijn. Ze stemmen er vervolgens meestal mee in dat het geen zin heeft om door te gaan met iets wat niet werkt.

#### VOORBEELD

Henk van den Akker is depressief. Hij wordt al behoorlijk lang behandeld met een cognitief gedragstherapeutisch protocol en antidepressiva. Eerder heeft hij al tevergeefs visolie en Sint Janskruid gebruikt en voor hardlopen heeft hij te veel last van blessures. Henk is in de ziektewet gekomen nadat hij door een reorganisatie een andere functie kreeg en in een ander team terecht kwam. Zowel de nieuwe functie als de nieuwe collega's bevielen hem uitermate slecht.

Henk is het vanaf het begin van de behandeling eens met de diagnose en de voorgestelde therapie. Ook het contact met de therapeut ervaart hij als positief en hij heeft geen enkel probleem met de therapieomgeving.

Ondanks dat Henk trouw alle huiswerkopdrachten uitvoert, knapt hij niet op. De bedrijfsarts wordt ongeduldig en ook de werkgever heeft behoefte aan meer duidelijkheid. De therapeut besluit daarom de veranderingsbereidheid van Henk te onderzoeken en stelt hem de vragen zoals hiervoor beschreven.

Hierdoor wordt duidelijk dat Henk in een impasse zit. Hij ervaart de depressie als bijzonder vervelend, maar hij wil eigenlijk ook niet terug naar zijn werk. Dit is al een keer besproken met de bedrijfsarts en de werkgever, maar er lijkt voor Henk geen vervangend werk te zijn. Ondanks het ontbreken van een alternatief is de score op 'innerlijke drang' (iD) groter dan 0 omdat er lijdensdruk is. Vervolgens blijkt dat de depressie het thuiszitten op een bepaalde manier legitimeert omdat de voordelen van het niet werken groter zijn dan de nadelen van de depressie. Als Henk moet kiezen tussen 'niet meer depressief en terug naar het werk' of 'depressief en niet terug naar het werk', kiest hij voor het laatste. Hij wil alleen maar terug naar zijn oude positie en vroegere collega's. Hierdoor wordt de score op de formule 0, omdat Henk 0 scoort op 'discipline' (D) of het vermogen om ziekte winst te weerstaan.

De therapeut geeft aan dat hij daarom nu niets meer voor Henk kan doen. Hij begrijpt de impasse en kan zich voorstellen dat Henk liever thuiszit dan teruggaat naar werk dat hem tegenstaat. Hij hoopt dat Henk begrijpt dat de therapeut dit werkprobleem niet kan oplossen. Henk zegt dat hij zich veel beter zou voelen wanneer hij zijn oude baantje en collega's terugkrijgt. Hij snapt wel dat de therapeut dit niet kan regelen en daarom voorlopig even niets voor hem kan doen.

De therapeut verwijst Henk terug naar de bedrijfsarts met de mededeling dat de uitgevoerde behandeling niet aanslaat. Hij geeft aan dat Henk 'terugkeer naar zijn oude positie' als een veel betere therapie ziet dan wat hij nu krijgt. Er zal daarom eerst volledige duidelijkheid moeten komen over de werksituatie. Henk kan terugkomen zodra hij het idee heeft dat dit zinvol is.

#### SOCRATISCH MOTIVEREN

Wanneer de behandeling vastloopt en niet met een aanpassing van het protocol kan worden losgetrokken, er geen opvallende problemen zijn op het gebied van de non-specifieke factoren en de cliënt boven 0 scoort (of zegt te scoren) op de formule voor duurzame gedragsverandering, dan kan de therapeut met socratisch motiveren onderzoeken wat er aan de hand is (Appelo, 2007; 2010; 2011b). In tegenstelling tot het controleren van de non-specifieke factoren en

de veranderingsbereidheid is deze methode niet primair bedoeld om de behandeling of de cliënt los te trekken. Socratisch motiveren komt pas aan bod wanneer alle op verandering gerichte interventies zijn geprobeerd en niets de cliënt in de gewenste richting lijkt te kunnen bewegen. Het is bedoeld om ervoor te zorgen dat de therapeut plezier houdt in het gesprek, zich niet laat meeslepen in de lethargie van het behandelproces, het vastlopen heretiketteert als 'pas op de plaats' en de consequenties daarvan neerlegt op de plaats waar ze horen: bij de cliënt en de voor hem belangrijke anderen.

Het kan best dat de cliënt ten gevolge van socratisch motiveren alsnog in actie komt of een andere koers gaat varen, maar dit is dan een bijwerking van de methode. Eventuele verandering is ook niet te wijten aan een paradoxale intentie. Socratisch motiveren is namelijk niet paradoxaal maar (extreem) congruent bedoeld. De therapeut zoomt volledig in op de motieven en de wensen van de cliënt en laat elk oordeel hierover achterwege. Vervolgens legt de therapeut de uitkomst van socratisch motiveren ter beoordeling neer bij de mensen met wie de cliënt moet leven en werken of bij de mensen die het voor het zeggen hebben.

#### VOORBEELD

De therapeut die zo gezellig met mevrouw De Vries kon babbelen, gaat het na de supervisie anders aanpakken. Eerst onderzoekt zij of er non-specifieke problemen zijn. Die zijn er niet, want mevrouw De Vries komt graag naar 'therapie'. Ze vindt het moeilijk om na het overlijden van haar man alleen door te leven en ervaart de gesprekken met de therapeut als bijzonder prettig. Mevrouw De Vries scoort ook boven op de formule voor duurzame gedragsverandering. Zij lijdt onder het feit dat ze weduwe is, ziet hoe alleenstaande vriendinnen wel iets van hun leven maken, geeft aan dat ze ervoor wil en kan gaan en ziet in dat ze het zelf zal moeten doen. Wat motiveert mevrouw De Vries dan om niet meer op eigen benen te gaan staan? De therapeut zoomt hierop in en laat zich niet meer verleiden om van de therapie een theekransje te maken. In plaats van over koetjes en kalfjes stelt de therapeut voor om het meer over het levensverhaal van mevrouw De Vries te hebben.

Al pratend en zoekend naar cognitieve kernthema's wordt duidelijk dat mevrouw De Vries haar hele leven heeft geleefd voor anderen. Als oudste kind zorgde zij voor haar broertjes en zusjes en vanuit het ouderlijk huis rolde zij het huwelijk in om vervolgens te zorgen voor haar man en kinderen. Nu is het in feite voor het eerst dat zij helemaal voor zichzelf mag leven en ze weet zich hier totaal geen raad mee. Er is niemand meer om voor te zorgen

en er is ook niemand meer die haar voorschrijft wat er moet gebeuren. Ze is vrij om te doen en laten wat ze wil en ze vindt het doodeng! Daarom wil ze graag 'voor altijd' bij haar therapeut blijven en hoopt ze dat die haar aan de hand zal nemen. De therapeut toont begrip maar geeft ook aan dat dit waarschijnlijk niet gehonoreerd kan worden. Zij bespreekt deze kwestie in het behandelteam. De behandeling wordt vervolgens gestopt en mevrouw De Vries krijgt tijdelijk een maatschappelijk werkende die haar als buddy begeleidt. Daarbij zoeken ze actief naar mensen in het sociale netwerk van mevrouw De Vries die deze begeleiding kunnen overnemen.

Socrates vergeleek zijn methode in de *Theaetetus* van Plato met het werk van een verloskundige die een vrouw slechts begeleidt bij het eruit laten komen van wat erin zit (De Win, 1980). Zodra dit geopenbaard is, is het werk klaar. De verloskundige oordeelt niet over het kind, laat de verzorging over aan de moeder en de kraamverzorgster en gaat naar de volgende vrouw die voldoende ontsluiting heeft.

Deze methode is voor de meeste hulpverleners lastig, omdat zij niet geneigd zijn om eruit te halen wat erin zit, maar juist om hun verhaal (of de classificatie en het daaraan gekoppelde protocol) aan de cliënt op te dringen. Vervolgens verwachten zij dat de cliënt er enthousiast mee aan het werk gaat. Wanneer dit niet gebeurt, beschuldigen zij de cliënt van ongemotiveerdheid of persoonlijkheidsproblematiek.

Wanneer hulpverleners wel de tijd nemen om te onderzoeken waar de cliënt zwanger van is of waar hij ontsluiting van heeft, dan vinden zij het vaak vervelend om erachter te komen dat dit iets heel anders is dan wat zij goed voor de cliënt vinden. Wanneer het verhaal van de cliënt niet hetzelfde is als het verhaal over de cliënt, ontstaan er bijna altijd problemen.

Is het psychische kindje eenmaal ter wereld gekomen, dan gedragen hulpverleners zich vaak als kraamverzorgsters. In plaats van naar de volgende cliënt te gaan, beginnen zij voor te schrijven en uit te leggen wat er met het kindje moet gebeuren. Zo veroorzaken therapeuten veel zogenaamde 'iatrogene' problematiek: problemen die er niet zouden zijn geweest wanneer de hulpverlener zich afzijdig had gehouden of zich alleen maar majeutisch (majeutiek = verloskunde), congruent en 'waardenloos' had opgesteld.

Sinds de introductie van socratisch motiveren is er zowel uitgesproken positief als negatief op gereageerd. Net als een pilotstudy naar de resultaten van socratisch motiveren (Appelo, 2011a) benadrukken voorstanders dat het goed werkt om strijd en ergernis te voor-

komen en dat het helpt om verder te komen met een cliënt ondanks dat deze niet verandert (Lohuis, 2008; Reenders, 2008). Tegenstanders vermoeden ten onrechte dat de methode in de plaats komt van inter- en supervisie, voorbijgaat aan de gevolgen van (tegen)overdracht en bedoeld zou zijn om cliënten te dumpen (Oberink, 2011; Van den Hout & Van der Velden, 2012).

In de meest gecompliceerde vorm bestaat socratisch motiveren uit vijf stappen, die afhankelijk van de uitkomst meerdere keren kunnen worden herhaald:

- 1 Wat is voor de cliënt het belangrijkste probleem? Als de cliënt geen probleem heeft, worden stap 2 en 3 overgeslagen.
- 2 Wat wil hij met betrekking tot dit probleem bereiken en waarom wil hij dat?
- 3 Heeft het probleem 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, wat en hoe?
- 5 Wat vinden belangrijke anderen ervan, nadat ze over de uitkomst van stap 4 zijn geïnformeerd, en wat betekent dit voor de cliënt?

Wanneer de consequenties van stap 5 voor de cliënt een nieuw probleem opleveren, wordt met dit probleem een nieuw rondje gestart.

#### VOORBEELD

Henk van den Akker is terugverwezen naar de bedrijfsarts. Met de werkgever is daarna besproken dat volgens Henk het terugkrijgen van zijn oude positie het beste antidepressivum is. De werkgever begrijpt dit, maar kan er niets mee omdat de oude afdeling en het oude team van Henk niet meer bestaan. Hij zal zich moeten schikken. Zo niet, dan vraagt de werkgever een beoordeling bij het UWV aan. Henk schikt zich niet, de beoordeling komt er en de werkgever wordt in het gelijk gesteld. Henk moet stapsgewijs re-integreren of er volgt een ontslagprocedure. Hij kiest eieren voor zijn geld, maar al snel gaat het weer helemaal mis. Henk disfunctioneert, maakt ruzie met collega's en krijgt nu ook angstklachten. Hij meldt zich opnieuw bij de therapeut.

Geïnspireerd door de dreigende ontslagprocedure scoort Henk nu boven op de formule voor duurzame gedragsverandering. Hij heeft lijdensdruk en ziet ook een alternatief: toch maar proberen om zijn nieuwe positie tot een succes te maken. Hij wil

er dit keer echt voor gaan en is ook bereid de fout bij zichzelf te leggen. Zijn verhaal heeft nu echter heel erg de klank van: 'Ik wil wel maar ik kan niet' en dat blijkt ook uit het feit dat Henk dit keer weinig of niets doet met de huiswerkopdrachten die hij krijgt in het kader van de nieuwe behandeling die is gestart. De therapeut stapt over op socratisch motiveren.

T: Ik heb het idee dat we zo niet verder komen.

H: Dat zeg ik, ik wil wel maar ik kan niet.

T: Laten we pas op de plaats maken en de situatie nog eens onder de loep nemen.

H: Goed.

T: Wat is nu uw belangrijkste probleem? (stap 1)

H: Mijn psychische klachten, daar wil ik vanaf zodat ik weer gewoon kan werken of elders kan solliciteren.

T: Dat begrijp ik. (stap 2) De vorige keer constateerden we dat de depressie ondanks alle ellende ook een voordeel had. Toen gold: liever depressief thuis dan terug naar het werk.

H: Ja, maar nu er een ontslagprocedure boven mijn hoofd hangt, geldt dat niet meer.

T: De klachten hebben nu dus geen voordelen meer? (stap 3)

H: Nee.

T: De klachten zijn het belangrijkste probleem, u wilt ervan af om weer normaal te functioneren en om elders te solliciteren. De klachten hebben geen voordelen en we weten ook dat de behandeling die we startten, niet werkt. Moet er dan nu iets gebeuren? (stap 4)

H: Ja natuurlijk.

T: Maar wat dan?

H: Ik weet het niet. U bent de therapeut!

T: Ja, maar wat ik u kan bieden, werkt niet.

H: Kunt u dan niet iets anders bedenken?

T: Nee, de angst- en depressieklachten die u hebt, zijn het best te behandelen met psychofarmaca en cognitieve gedragstherapie. Beide hebt u nu herhaaldelijk geprobeerd en de resultaten zijn steeds teleurstellend. Voor depressie gelden elektroshocks overigens ook nog als effectieve therapie.

H: Daar begin ik sowieso niet aan.

T: Dan houdt het wat mij betreft op. Ik heb gewoon niet meer in mijn winkeltje. (stap 5)

H: Mooie boel! U laat mij gewoon vallen terwijl ik helemaal in de kreukels lig.

T: Ik heb u echt niets meer te bieden wat iets aan uw psychische klachten kan doen.

H: Het zijn niet alleen mijn klachten, het is ook het werk. Als ik leuk werk zou hebben, had ik minder klachten. Dat weet ik zeker.

T: Zegt u nu net als de vorige keer dat u nog steeds niet terug wilt naar het werk?

H: Natuurlijk zeg ik dat! Het is puur vanwege die stomme ontslagprocedure dat ik er weer naartoe ga.

T: Is uw belangrijkste probleem dan niet dat u in de bijstand dreigt te komen? (stap 1)

H: Ja.

T: Waarom wilt u dat niet? (stap 2)

H: Dat is een armoedig leven!

T: Wat heeft u liever, zo doorploeteren of ontslag nemen en vanuit de bijstand een nieuw leven opbouwen? Wat zijn de voordelen van leven in de bijstand? (stap 3)

H: Natuurlijk zou ik het fijn vinden om dan vrij te zijn, maar dan kan ik mijn huis niet houden.

T: Het is een afweging, dat begrijp ik. Maar in feite zijn niet de psychische klachten, maar uw angst voor de bijstand het kernprobleem.

H: Ja, die stomme werkgever moet mij meer tegemoetkomen.

T: Maar dat is een gepasseerd station. We weten dat het slikken of stikken is. Re-integreren of een ontslagprocedure. Uw klachten lijken steeds meer een protest tegen het feit dat uw omgeving niet meewerkt. (stap 4)

H: Ja.

T: En u weet net als ik dat wij daar allebei niets aan kunnen doen. Psychologen kunnen mensen alleen maar helpen om anders met de dingen om te gaan. Ze kunnen de dingen als zodanig niet veranderen.

H: Moet ik volgens u dan ontslag nemen?

T: U moet niets van mij, maar u kunt er nog eens over nadenken.

H: Dat ga ik dan maar doen.

Zo blijkt dat er na twee rondjes socratisch motiveren een heel ander kindje in de wieg ligt dan waarvan Henk in eerste instantie ontsluiting zei te hebben of waarvan anderen vonden dat hij zwanger moest zijn. Zijn kindje heet 'vrij zijn zonder laag inkomen' en dat lijkt niet erg levensvatbaar. Voor de verloskundige maakt dit echter niet uit. Die heeft zijn werk gedaan en kan nu naar de volgende bevalling. Wat Henk met zijn openbaring doet, is aan hem en wanneer hij daar weer professionele psychologische hulp bij wil, is hij welkom.

## TOT SLOT

De hier gepresenteerde inter- en supervisiemethode kan therapeuten en cliënten helpen om vastgelopen behandelingen vlot te trekken of in goede harmonie af te sluiten. De methode heeft haar waarde vooral bewezen omdat ze helpt beweegredenen of redenen om niet te bewegen te openbaren en om het therapeutische aanbod duidelijker en consequenter af te bakenen.

DR. MARTIN APPELO is gezondheidszorgpsycholoog/gedragstherapeut. Hij werkt als docent, trainer, therapeut en supervisor bij CCD Arnhem, psycho-oncologisch centrum Het Behouden Huys in Haren en de afdeling Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen.

## Referenties

- Appelo, M. (2007). *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom.
- Appelo, M.T. (2009). Misverstanden en mythes: Cliënten zijn verandingsbereid. *Directieve Therapie*, 29(1), 69–73.
- Appelo, M. (2010). *Waardenloze gesprekken: Socratisch motiveren in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Appelo, M. (2011a). *Het gelaagde brein: Reflectie en discipline bij het werken aan verandering*. Amsterdam: Boom.
- Appelo, M. (2011b). Het effect van socratisch motiveren op het gespreksplezier van hulpverleners: Een pilotstudy. *Directieve Therapie*, 31(4), 363–381.
- Emmelkamp, P.M.G. & Vedel, E. (2010). Psychologische behandelingen: Effectiviteit en gemeenschappelijke factoren. *Directieve Therapie*, 30(2), 113–126.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hout, M. van den & Velden, K. van der (2012). Appelo en zijn dode paarden. *Directieve Therapie*, 32(2), 164–167.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Lohuis, G. (2008). Socratisch motiveren. *Sociale Psychiatrie*, 27(85), 56–57.
- Oberink, R. (2011). Socratisch motiveren baart zorgen. *Psychopraktijk*, 3(6), 27–28.
- Reenders, K. (2008). Socratisch motiveren. *Huisarts en Wetenschap*, 3, 158.
- Win, X. de (1980). *Plato, verzameld werk* (2, pp. 377–486). Baarn: Ambo.