

De rol van motivatie bij klinische behandeling van jeugdigen

door J. C. B. Eykman

.Als je geen zin hebt, dan máák je maar zin...'

Definiëring van motivatie

Motivatie dreigt – zoals veel op -atie uitgaande modieuze termen – een leeg begrip te worden, waar iedereen wat anders mee bedoelt, terwijl hij, wat erger is, bovendien veronderstelt begrepen te worden. Zitman (1978) heeft in dit Tijdschrift een goede poging ondernomen om de inflatie van dit begrip te bestrijden. Hij komt, via een zorgvuldige opbouw, tot de volgende 'werk' definitie: Motivatie is de 'multicausaal bepaalde waarschijnlijkheid dat een patiënt voor een therapie kiest en aan die therapie zal blijven meewerken tot hij voldoende verbeterd is'. Onder de 'multae causae' rekent hij innerlijke drijfveren, zoals 'lijdensdruk' en andere 'drives', en omgevings-factoren zoals sociale klasse en andere 'reinforcers'.

Men kan zich afvragen of deze definitie ooit bruikbaar is in het geval van een psychisch gestoorde adolescent, die gedwongen of ongedwongen in behandeling komt, en die toch meestal niet veel te 'kiezen' zal hebben.

Een tekortkoming van meer fundamentele aard in deze definitie is mijns inziens echter vooral dat de (toekomstige) behandelaar er niet in voorkomt en dat motivatie aldus nog steeds uitsluitend als een patiënt-variabele beschreven wordt. Weliswaar zou men de behandelaar en de kliniek kunnen onderbrengen onder de multicausale factoren, maar dan onderschat men toch het gewicht dat de behandelaar in de motivatie-schaal legt. Naar mijn ervaring is het vaak van veel meer belang voor de start én het welslagen van een behandeling dat de therapeut – eventueel namens zijn instituut – 'zin' heeft in die behandeling van die bepaalde patiënt, dan dat de patiënt zelf sterke neigingen krijgt om voor een therapie te kiezen. Motivatie is zo meer een som van 'waarschijnlijkheden' van keuze van patiënt én therapeut. Dit kan dan leiden tot de volgende uitbreiding van Zitmans definitie: *Motivatie is de multicausaal bepaalde waarschijnlijkheid dat patiënt en therapeut – c.q. behandel-*

team – voor een therapie kiezen en aan die therapie zullen blijven meewerken tot een voldoende resultaat bereikt is. Daarbij zij volledigheidshalve opgemerkt dat motivatie natuurlijk niet iets is wat op het moment van opname bepaald wordt en vaststaat, maar dat het in de tijd aan allerlei processen onderhevig is, en dus kan wisselen. Deze definitie heeft heel praktische consequenties, want hij betekent dat de behandelaar – c.q. de organisatie van behandelaars – het gebrek aan patiëntmotivatie kan compenseren met eigen motivatie om zodoende tot een voor de behandeling noodzakelijk niveau te komen. Ook als de patiënt niet alleen niets van behandeling wil weten, maar er zich tegen verzet ('negatieve motivatie') is deze optel-opvatting over motivatie van belang. Alleen zal er dan van de zijde van behandelaar en behandel-instituut een nog groter aandeel in de benodigde motivatie geleverd moeten worden.

Het boven dit artikel gebezigde, aan de gezinstaal ontleende citaat kan nu als volgt uitgelegd worden: waar geen zin (motivatie) is, zal die gemaakt moeten worden. Voor die produktie van motivatie is het nuttig om eens te bezien welke factoren daarbij bepalend zijn, en hoe deze eventueel te beïnvloeden zijn.

Motivatieve-bepalende factoren

Patiënt-gebonden factoren

(1) Allereerst zijn er de *innerlijke factoren*: de gedrevenheid van binnenuit ('Ik wil een ander, beter leven; ik wil veranderen; er moet wat aan mij gebeuren') en de 'Leidensdruck' ('Zo gaat het niet langer, help me uit deze ellende'), die de behandeling van aardige intelligente neurotische jongelui zo gemakkelijk lijken te maken. In geval van indicatie voor klinische behandeling valt deze factor nog te versterken door krachtig tegen ambulante behandelingsmogelijkheden te pleiten: als er slechts één uitweg is, zal men meer geneigd zijn om die in te slaan, desnoods vanuit de gedachte: 'vooruit, dan moet het maar'. Als er sprake is van dwangbehandeling zal het aanzienlijk moeilijker zijn om die innerlijke factoren op te sporen en aan te wenden. Het heeft zin om zich daarbij af te vragen welke (onbewuste) wens van de gedwongen opgenomen adolescent geleid heeft tot zodanig gedrag dat opname onvermijdelijk werd. Zoekt hij of zij geborgenheid? Veiligheid? Steun in de vorm van gezag? Het lijkt mij van groot belang deze niet verbaal gestelde vragen te beantwoorden, en ze daarmee te verhelderen. Met een variatie op een bekend gezegde: 'De vraag beantwoorden is haar stellen'.

(2) Voorts spelen de *situationele factoren* natuurlijk een belangrijke rol. Hoe staan de ouders en andere gezinsleden tegenover de (gedwongen) opname? Het maakt veel uit hoe de patiënt zijn opname in een kliniek ziet: als 'verraad' van zijn ouders, als afwijzing, als aanklacht tegen hen, of als gehoorzaamheid aan hen. Deze factor – de 'factor ouders' – biedt vaak meer mogelijkheden tot beïnvloeding dan de hierboven genoemde innerlijke factoren, mits men uitvoerige aandacht besteedt aan de bejegening en de

begeleiding van de ouders met de bedoeling hen zoveel mogelijk bij opname en behandeling te betrekken en daarnaast oog te hebben voor hun eigen noden (zie ook de hierna volgende bijdrage van Blankstein (1983) en een vroeger artikel van schrijver dezes (Eykmán, 1979).

Een andere situationele factor betreft de verwijzende hulpverleners van de eerste en de tweede lijn. Het maakt immers veel uit of de verwijzers voldoende op de hoogte zijn van de klinische behandel-situatie én hoe ze daar tegenover staan. Helaas bestaat er nog steeds een soort algemene tendens om opname als iets principieel schadelijks te zien, als iets wat zoveel mogelijk voorkomen moet worden en slechts in uiterste noodzaak aan de orde mag komen. Natuurlijk denkt een onvrijwillig opgenomen adolescent dan dat opname een bewijs is van krankzinnigheid! Echter: gelukkig is ook deze factor beïnvloedbaar. Een goede 'open' relatie tussen kliniek en verwijzers is iets waaraan te werken valt.

Kliniek-gebonden factoren

Naarmate we 'dichter bij huis' komen, nemen de mogelijkheden om 'zin te maken' – om de motivatie in gunstige zin te beïnvloeden – toe. Immers, het tijdelijk vervangende milieu dat de kliniek biedt, heeft men veel meer in de hand dan het milieu van herkomst van de patiënt, zeker als men in de gelegenheid is zo'n milieu doelgericht te bouwen, in te richten en te bemannen. In navolging van Jongerius (1981) onderscheid ik hier het 'dode' milieu (bouw, inrichting, ruimtelijke voorzieningen, formele organisatie) en het 'levende' milieu ('de mensen daarin': de therapeut, het team of de staf om hem heen, de groep van medepatiënten, de kliniek-gemeenschap als geheel).

(1) *Het 'dode' milieu* wordt vaak schandalig verwaarloosd. Behandeling van adolescenten wordt geacht te kunnen plaatsvinden in een willekeurige ruimtelijke voorziening met een bepaald aantal vierkante meters per patiënt. Deze verwaarlozing is niet alleen schandalig, maar ook bijzonder jammer, omdat hier juist zulke goede mogelijkheden voorhanden zijn om de motivatie te versterken. Voor een concreet voorbeeld van het goed benutten van die mogelijkheden zij verwezen naar het hierna volgende artikel van Rose (1983). De essentie van de 'motiverende' kracht van de inrichting van Peper Harow is mijns inziens gelegen in het feit, dat daarmee vragen (naar veiligheid, geborgenheid, warmte, serieus genomen worden) beantwoord worden voordat ze – althans verbaal – gesteld zijn. Men zij daarom voorzichtig met modieuze eigentijdse voorzieningen, die geacht worden jongeren aan te spreken (zoals disco-apparatuur of flipperkasten): welke echte vragen worden daarmee beantwoord?

(2) *Het 'levende' milieu*: werkers in en bewoners van de kliniek zijn bij uitstek interessant als mogelijke 'motiveerders'. Wat kunnen zij bijdragen aan de motivatie en hoe zijn zij daartoe te motiveren?

De motivatie van de motivators

De therapeut/behandelingsverantwoordelijke

Van vaak doorslaggevende betekenis in de opbouw van de motivatie is de 'zin' van de therapeut om bepaalde zogenaamde onmogelijke patiënten te behandelen. Of hij die zin heeft (en hoeveel) zal afhankelijk zijn (a) van eerdere ervaringen met dergelijke patiënten, (b) van gevoelens van vaardigheid en (c) van beloning, zowel in immateriële als in materiële zin. (Een en ander hangt natuurlijk samen.)

Indien de therapeut toevallig een zeer geslaagde behandeling met een anorexia nervosa patiënte achter de rug heeft, zal hij 'zin' hebben in nog zo'n dwars en griezelig mager wicht, dat alles ontkent en niets wil. Als hij absoluut niets weet van behandeling van delinquenten, zal hij zich zeer onhandig voelen bij confrontatie met een jongen die wegens herhaalde agressieve misdrijven door de politie wordt binnengedwuld. Goede ervaringen zijn moeilijk te beïnvloeden, maar vaardigheden wél. Training en supervisie kunnen zeer motiverend werken op de 'dwangbehandelaar', en zouden hierop ook gericht moeten zijn (ik gebruik de term 'dwangbehandelaar' mede om aan te geven dat het niet alleen de patiënt is die tot behandeling gedwongen wordt; de therapeut bevindt zich immers in dezelfde situatie). De supervisor is juist iemand die 'zin kan maken' bij de supervisand. Het is overigens de vraag of hij zich altijd bewust is van die functie.

Goede salariering tenslotte blijft een heel praktische manier om mensen te motiveren voor zware arbeid. Ook in onze sector van de gezondheidszorg geldt dat het ziekteverzuim omgekeerd evenredig is aan het salaris. Training en supervisie kosten voorts ook geld, en daarmee komen we tot de harde conclusie dat dwangbehandeling niet alleen kostbaar is, maar dat ook behoort te zijn.

Het behandelteam

Hiervoor geldt *mutatis mutandis* allereerst hetzelfde als het hierboven gestelde, maar in dit verband zij bovendien iets opgemerkt over de zogenaamde immateriële beloning. Het soort werkbevrediging dat mensen energiek en opgewekt aan hun dagtaak doet beginnen hangt niet alleen af van hun salaris maar ook van de relatie die ze tot hun mede-werkers hebben. Zeker in zulk zwaar werk als de behandeling van onvrijwillig opgenomen adolescenten, is het belangrijk dat de werkers elkaar graag mogen en waarderen, én als team een overwegend positief gevoel koesteren ten aanzien van het instituut waar ze werken. Middelen om deze imponderabilia in gewenste zin te beïnvloeden zijn er zeker wel: regelmatige intervisie, regelmatige gezelligheid (of liever gezegd: geregelde gezelligheid, want hier dreigt het gevaar van intoxicatie door overdosering) en een personeelsselectie die met dit aspect ernstig rekening houdt. Dat houdt dan in dat het team zelf zijn nieuwe werknemers kiest, met als *bewust* motief: mógen we hem of haar? Dit houdt voorts in dat van de zijde van de leiding van het instituut uiterste zorg besteed dient te

worden aan het functioneren van de teams, door middel van bijvoorbeeld teamsupervisie.

De groep

Hierin schuilen zowel gevaren als mogelijkheden. Een (leef- of therapie-)groep die een zwakke broeder of een nieuw zusje niet wil, kan de behandeling van die nieuwkomer zeer moeilijk zo niet onmogelijk maken. Voorts is de ervaring bekend dat reeds twee weerstandsrijke groepsleden de gehele therapeutische groeps cultuur lam kunnen leggen of anderszins kunnen vernielen. Daartegenover voert Yalom (1978) maar liefst 11 genezende factoren aan, die alle zeer bruikbaar lijken met het oog op het versterken van motivatie (zoals bijvoorbeeld universaliteit, het geven van informatie, de corrigerende recapitulatie van het primaire gezin, het ontwikkelen van sociale vaardigheden, het leren van elkaar, de groepscohesie). Men kan hierbij denken aan het nut van een confrontatie tussen een onder dwang opgenomen adolescent en zijn groepsgenoot wie hetzelfde overkomen is, en die nu die dwang als veiligheid ervaart. Men kan zich voorts voorstellen hoe sterk een goede groepscohesie het leed van de onvrijwillige nieuwkomer kan verzachten, en hoe motiverend deze kan werken.

De gemeenschap

Wat hierboven vermeld is ten aanzien van team en groep, geldt natuurlijk ook hier, maar enkele aspecten van de gemeenschap als geheel verdienen nadere aandacht. Zo goed als bouw en inrichting, als afspiegeling van behandel filosofie en -opvattingen, een belangrijke invloed op het motivatieproces uitoefenen, geldt dit voor de sfeer die van de levende gemeenschap uitgaat. En deze hoeft niet zo wisselvallig en grillig te zijn als bijvoorbeeld het weer, als er tenminste adequate zorg aan wordt besteed. Die zorg zal vooral uit moeten gaan van de leiding of de leider van de kliniek, die ook de 'voorganger' van de gemeenschap hoort te zijn. Niet toevallig gebruik ik hier een godsdienstig begrip, want als het goed is dan is deze invloed zo sterk dat er associaties aan religieuze gemeenschappen optreden. Het is voor de groei van zijn deel in de motivatie van groot belang dat de met dwang opgenomene merkt dat hij terecht is gekomen in een gemeenschap, waarin men ergens in 'gelooft'; in de therapie, in de groep, in de toekomst, in de staf. De drugvrije therapeutische gemeenschappen bieden een duidelijk en misschien wat overdreven voorbeeld van deze motivatie. Yalom echter – overigens vrij nuchter en praktisch – noemt als eerste genezende factor: het wekken van hoop, en dat klinkt ook nogal religieus. Voor de invloed en het belang van een inspirerende leiding door een gezaghebbende leider verwijs ik naar de bijdrage van Rose (1983), elders in dit nummer.

Literatuur

Blankstein, J. H. (1983), Meelopen of tegendruk geven? *T. Psychiat.* 25, 527-533

- Eykman, J. C. B. (1979), Begeleiding en behandeling van ouders bij residentiële behandeling van jeugdigen. *Tijdschr. Orthopedag. Kinderpsychiat.* 4, 158-167
- Jongerius, P. J. (1981), De psychiater als milieukundig ingenieur. *T. Psychiat.* 23, 317-325
- Rose, M. (1983), De angst voor inzicht. *T. Psychiat.* 25, 534-552
- Yalom, I. D. (1978), *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Van Loghuyn, Slaterus, Deventer
- Zitman, F. G. (1978), Motivatie voor therapie. *T. Psychiat.* 20, 339-346