

Demotivatie en schijnmotivatie

door J. Hofman

Om een indruk te krijgen van de specifieke problemen van de verschillende medische disciplines kan men zich oriënteren over de verschillende thema's, die in de loop der tijd binnen haar gederen aan de orde zijn gesteld. Evenzeer kan men conclusies trekken uit het ontbreken van bepaalde onderwerpen. Het zal niet toevallig zijn dat men chirurgen en internisten zelden hoort spreken over een tekortschietende motivatie van hun patiënten, terwijl er klaarblijkelijk voor psychiaters voldoende reden is om aan dit onderwerp een gehele wetenschappelijke vergadering op landelijke schaal te wijden. Men kan zich afvragen wat de betekenis is van de sterke accentuering van het motivationele aspect in de psychiatrie.

Denkbaar is dat de psychiater meer dan zijn overige medische vakbroeders afhankelijk is van de medewerking, dus de motivatie, van zijn patiënt. Evenzeer denkbaar is dat een tekort aan gemotiveerdheid, waartoe dan ook, een veelvoorkomend begeleidingsverschijnsel is van psychiatrische stoornissen en als zodanig als symptoom is op te vatten. Onder de vele andere denkbare verklaringen, die hier niet alle genoemd zullen worden, moet nog de mogelijkheid worden genoemd dat het kwalificeren van een patiënt als 'niet gemotiveerd' een binnen de beroepscode algemeen aanvaarde wijze van maskeren van therapeutische onmacht is.

Het zou mooi zijn, wanneer de en passant gestelde vragen vlotweg konden worden beantwoord: wij zouden dan straks naar huis kunnen gaan met het gevoel iets aan deze bijeenkomst gehad te hebben, om vervolgens weer tot de orde van de dag over te gaan. Insiders in de psychiatrische wetenschappen echter weten dat de meeste vragen niet gesteld worden om zomaar beantwoord te worden, doch veel meer om een probleemgebied te markeren. Bovendien, als dergelijke elementaire vragen al beantwoordbaar zouden zijn, dan zou dat al lang zijn gebeurd en zou niemand met enig gevoel van eigenwaarde ze meer zonder blikken of blozen durven stellen.

Schrijver is psychiater, verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de vakgroep Psychiatrie bij de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Alvorens het probleem van de motivatie, en dus ook de tekortschietende motivatie, nader aan de orde te stellen, lijkt het zinvol dit begrip nader toe te lichten, al is het alleen maar om een node-loze spraakverwarring te vermijden. Onder de term 'motivatie' dan verstaan wij de drijfveer, die een bepaald gedrag ten gevolge heeft. De verschillende belevingskwaliteiten waarvan deze drijfveer de resultante is, liggen in de sfeer van het willen, het wensen en verlangen, in het terrein dus van de behoeften en strevingen. Naast motivatie als bepalende factor voor gedrag moet nog het vermogen tot dit gedrag worden genoemd. Het zal geen nader betoog hoeven, dat motivatie en vermogen geen onafhankelijke variabelen vormen. Hoewel het onderscheid tussen vermogen enerzijds en motivatie anderzijds duidelijk is, is het van belang erop te wijzen dat het herhaaldelijk voorkomt dat wat als tekort aan vermogen wordt aangemerkt niet zelden een tekort aan motivatie is en omgekeerd. Eveneens moet erop worden gewezen dat de term 'motivatie' als zodanig een vrij zinledig begrip is; motivatie immers is intentioneel bepaald, d.w.z. gekoppeld aan een bepaald doel of oogmerk. De uitdrukking 'ongemotiveerde patiënt' heeft dan ook weinig betekenis indien niet nader wordt vermeld welk doel men daarbij voor ogen heeft. Wordt dit niet nader vermeld, dan mag men als regel wel aannemen dat wordt bedoeld dat de patiënt niet gemotiveerd is voor datgene wat de therapeut klaarblijkelijk het beste voor hem vindt. Het zou in een dergelijk geval redelijker zijn en ook van meer respect voor de patiënt getuigen hem niet a priori met de schuld te belasten door hem als 'ongemotiveerd' te verklaren, doch te spreken van een *motivationale dissonantie* tussen patiënt en therapeut. De resultaten waarop de psychiatrie kan bogen zijn immers lang niet altijd van dien aard dat zij zonder meer als richtlijn voor het vertrouwen in de therapeut kunnen gelden. Bovendien heerst er over de doelstellingen van de psychiatrie, door velen al of niet terecht beschouwd als ongewenste aanpassingsmaatregelen aan een zieke of verziekte maatschappij, onvoldoende consensus, hetgeen voor sommige patiënten een element van twijfel met zich mee brengt. Het is van belang dat men zich er rekenschap van geeft in hoeverre men aan de term 'motivatie' een waardeoordeel verbindt. Naar mijn oordeel is in de meeste gevallen van een waardeoordeel zeker sprake. Is dit echter niet het geval en taxeert men de motivatie uitsluitend als een waarschijnlijkheidscriterium voor het welslagen van een therapie, dan kan men de achtergronden buiten beschouwing laten. Men kan dan eventueel gebruik maken van een omschrijving van het begrip motivatie, zoals in het Tijdschrift voor Psychiatrie onlangs door Zitman (1978) gegeven als: 'de multicausaal bepaalde waarschijnlijkheid dat een patiënt voor een therapie kiest en aan die therapie zal blijven meewerken tot hij voldoende verbeterd is'.

In het voorgaande is betoogd, dat men het begrip motivatie in de psychiatrie niet over één kam mag scheren en er op zijn minst

de vraag 'waartoe' aan toe moet voegen. Daarbij komt nog dat men met zeer uiteenlopende levensomstandigheden te maken kan krijgen met een grote diversiteit van instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. Het afwijzen van de ene instelling kan dan tegelijkertijd een positieve keuze voor een andere zijn, of anders gezegd: achter een schijnbaar tekort aan motivatie kan juist een sterke motivatie schuilgaan. In plaats van een motivationeel probleem is er dan eerder sprake van een keuzeprobleem.

Men kan zich afvragen of in kringen van geestelijke gezondheidszorg niet teveel het recht wordt aangematigd om ten aanzien van de gemotiveerdheid van een patiënt een waardeoordeel uit te spreken of te suggereren. Welk bezwaar kan men bijvoorbeeld aanvoeren tegen de weigerachtige houding van een passagier van een gekaapte trein, wanneer deze face to face komt te staan met een misschien wat al te opdringerige hulpverlener? Of van een puber, die in conflict met zijn ouders de indruk heeft dat deze hun gelijk forceren door hem tot psychiatrische patiënt te degraderen?

Binnen het bestek van een korte inleiding als deze is het ondoenlijk om al datgene, wat in de psychiatrie samenhangt met de motivatie van de patiënt, te behandelen. Daartoe is het vakgebied te veelomvattend en de problemen en de mensen, waarop zij haar aandacht richt, te divers. In het navolgende zal worden gekozen voor een gesprekstherapeutische situatie waarbij de aandacht onder meer zal worden gericht op de door de therapeut geïnduceerde demotivatie en voorts de schijnmotivatie, zowel van de kant van de therapeut als van de patiënt. Het gaat daarbij niet zozeer om een uitputtende behandeling, maar wel om een discussie-rijp maken van deze materie.

Geïnduceerde demotivatie

Wanneer een psychotherapeut een patiënt onvoldoende gemotiveerd vindt, dan speelt daarbij het signaleren van een zekere onwil om een voor de bestaande problematiek geïndiceerd geachte vorm van psychotherapie te ondergaan, veelal een belangrijke rol. Wanneer wij ervan uitgaan dat een bepaalde patiënt in ieder geval gemotiveerd is tot het leveren van een zekere bijdrage aan zijn verbetering, dan rijst de vraag in hoeverre het oordeel 'tekort aan motivatie' tot stand kan komen. Het is natuurlijk heel goed mogelijk dat de patiënt zich aanvankelijk een wat al te luchthartige voorstelling heeft gemaakt van de aard en omvang van de inspanningen die van hem worden verwacht. Denkbaar is ook dat hij gedurende de eerste contacten een zeker (gerechtvaardigd?) wantrouwen krijgt t.o.v. de therapeut als persoon en/of het vakgebied waaraan deze zijn handelen ontleent. Indien dit het geval is, moet men zich afvragen of de bedoelingen van de therapeut en de verwachtingen van de patiënt wel voldoende aansluiting met elkaar vertonen, met andere woorden, is er geen sprake van een motivatie-dissonantie tussen hen beiden. Gaat men af op de conclusies uit het proefschrift van mevrouw Jonna Hageman-Smit (1976), 'de cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart', dan is het eerder

uitzondering dan regel wanneer de doelstellingen van de therapeut samenvallen met die van de patiënt. Het ziet ernaar uit, dat het niet zelden voorkomt dat de hulpverlener een hulpverleningsmodel hanteert, waarin de patiënt niet of nauwelijks zijn probleem terug kan vinden, hetgeen begrijpelijkerwijs de motivatie niet ten goede komt. Van belang is dat de therapeut zich afvraagt of hij zijn patiënt, al of niet op irrationele gronden, afwijst, deze afwijzing rationaliseert door de patiënt als ongemotiveerd te beschouwen, mogelijk met behulp van het onnodig creëren van een therapeutische situatie, waartegen deze wel in het geweer moet komen. Bij het op een dergelijke wijze vastlopen van een therapeutische relatie moet er naast het voorkomen van incidentele en louter psychologische factoren, zoals angst voor verandering of zelfconfrontatie of de angst psychiatrisch patiënt te zijn, rekening worden gehouden met het effect van sociaal-culturele verschillen tussen patiënt en therapeut. De sociaal-culturele afstand tussen het wereldje van de therapeuten leden van de lagere sociaal-economische klassen is waarschijnlijk in belangrijke mate verantwoordelijk voor het feit dat patiënten uit laatstgenoemde klassen veel minder vaak geschikt worden geacht voor een psychotherapeutische behandeling dan patiënten uit hogere klassen. Welke geschiktheids-criteria men ook hanteert, bijna steeds wordt motivatie opgevoerd als een van de belangrijkste voorwaarden voor een succesvolle psychotherapie. Moet men daaruit nu concluderen dat de leden van de lagere sociaal-economische klassen minder gemotiveerd zijn voor psychotherapie en zo ja, hoe komt dat dan? Een onderzoek van Raskin (1961) heeft geleerd dat motivatie duidelijk correleert met opleiding, beroepsniveau, inzicht in psychologische problemen, maar ook met de mate waarin de therapeut sympathie voor de patiënt kan opbrengen. Allemaal factoren dus, die op hun beurt weer positief correleren met de bereikte trede op de maatschappelijke ladder. Men is bijna geneigd om te zeggen: wanneer de therapeut en de patiënt elkaars sociale lokroepen verstaan, dan zit het met de motivatie wel goed en dat is niet iets om verbaasd over te zijn. Motivatie is in dit verband waarschijnlijk weinig meer dan een afspiegeling van de therapeut/patiënt-interactie, waarbij de bereidwilligheid van de ene partij als regel een positieve invloed op die van de andere heeft.

Niet alleen blijkt dat vertegenwoordigers van de lage sociaal-economische klassen relatief weinig geschikt worden geacht voor psychotherapie, maar eveneens dat zij een eenmaal aangeboden therapie opmerkelijk vaak weigeren. Klaarblijkelijk bestaat er tussen de werkers in het veld en van de geestelijke volksgezondheid en de leden van de lagere sociale klassen een toestand van wederzijdse afwijzing. Hollingshead en Redlich (1958) suggereerden reeds dat psychiaters de neiging hebben om goede patiënten te selecteren, d.w.z. patiënten die overeen komen met hun eigen sociale en intellectuele standaards. Wat betreft de afwijzende houding van de uit de lagere sociale strata afkomstige patiënten moet voorts rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat

de meeste vormen van psychotherapie zo ver afstaan van de wijze waarop men in de onderlagen van de maatschappij problemen oplost en zo weinig aanknopingspunten met de andere bestaansaspecten hebben, dat zij niet of moeilijk te integreren zijn en als een Fremdkörper ervaren worden.

Gaan wij ervan uit dat het communicatiecriterium beslissend is voor het welslagen van een psychotherapeutische behandeling en voor de wederzijdse motivatie, dan vormt zij een verklaring voor de mening dat patiënten van lagere sociale herkomst en moeilijk 'psychotherapeutiseerbaar' zijn en weinig zijn gemotiveerd. Is de therapeut niet in staat de bestaande sociale kloof te overbruggen, dan fungeert hij als inductor van de demotivatie van de patiënt. Of men hem dit kwalijk mag nemen is een andere zaak. Ook hij is tenslotte niet anders dan een product van zijn eigen sociale klasse en in beroepsmatige zin in sterke mate afhankelijk van een psychotherapeutische traditie, die zowel naar inhoud als verschijningsvorm in sterke mate aanleunt tegen de sociaal-culturele kenmerken van de maatschappelijke bovenlaag. Vanzelfsprekend is het probleem van de door klasseverschillen opgeworpen communicatiebarrière niet exclusief voor de psychotherapie, maar slechts een uitingsvorm van een interactiepatroon dat specifiek is voor een maatschappijstructuur, die o.m. wordt gekenmerkt door een hiërarchie van sociale strata.

Naast de genoemde sociale verschillen zijn er natuurlijk ook andere factoren die een nadelige invloed op de therapeutische relatie kunnen hebben en derhalve een demotiverend effect sorteren, waarbij de therapeut in meer of mindere mate als inductor van deze motivatie kan fungeren. Denkbaar is bijvoorbeeld dat deze zich door de patiënt op welke wijze dan ook bedreigd voelt of doordat hij meent niet tegen hem opgewassen te zijn of doordat hij teveel met zijn eigen problematiek of therapeutische onmacht wordt geconfronteerd.

Schijnmotivatie

Wanneer wordt gesproken van een ongemotiveerde patiënt houdt dit veelal in dat een therapie niet wordt aangevangen of voortijdig beëindigd. Dit is echter niet steeds het geval; helaas niet, zou men er eigenlijk aan toe moeten voegen. Het gebeurt immers niet zelden dat er bij therapieën sprake is van een in meerdere of mindere mate bestaande schijnmotivatie. Deze schijnmotivatie, die in sommige gevallen kan worden beschouwd als een oneigenlijke motivatie en in andere als een gemaskeerde demotivatie kan zowel bij de therapeut als bij de patiënt voorkomen. Zonder naar volledigheid te streven kunnen ten aanzien van de patiënt de volgende factoren en omstandigheden worden genoemd die deze schijnmotivatie ten gevolge kunnen hebben:

(1) zich gedwongen voelen om in psychotherapie te gaan onder druk van de omgeving en om aan bepaalde sancties verbonden aan het niet in therapie gaan te ontkomen (Te denken valt aan de mogelijkheid dat iemand door zijn huwelijkspartner voor de keus

wordt gesteld zich te laten behandelen of een echtscheiding te riskeren. Eveneens denkbaar is de mogelijkheid dat een uitkering in gevaar komt bij het nalaten of beëindigen van een psychotherapeutische behandeling.);

(2) de behoefte aan een bondgenoot, waarbij uitspraken van de therapeut, of uitspraken die hem in de mond worden gelegd, tegen de buitenwacht in stelling kunnen worden gebracht;

(3) onjuiste voorstelling van het doel van de therapie;

(4) tekort aan assertiviteit in de zin van een sterke mate van onderdanigheid, waardoor men geen initiatieven durft te nemen om een als zinloos ervaren therapie te beëindigen; neurotische angst voor afwijzing kan daarbij een belangrijke rol spelen;

(5) scrupules ten aanzien van de therapeut, die toch zo zijn best lijkt te doen;

(6) de behoefte om zichzelf te bewijzen dat men van goede wil is;

(7) honorering van aandachtsbehoefte.

Wat betreft de factoren die tot schijndemotivatie van de therapeut kunnen leiden, moet o.m. gedacht worden aan:

(1) overschatting van eigen therapeutische mogelijkheden of mesianistisch zelfbeeld;

(2) ideologisch uitgangspunt, waarvan b.v. sociale bewogenheid en een gelijkheids-ideaal deel uitmaken;

(3) bevrediging van narcistische strevingen door een bewonderende patiënt(e);

(4) tegemoetkoming aan voyeuristische neigingen;

(5) gebruikmaking van de patiënt als projectiemogelijkheid van eigen problematiek;

(6) herkenning van bepaalde problematiek in de patiënt met als doel gerustgesteld te worden voor soortgelijke eigen problemen;

(7) tekort aan assertiviteit om de patiënt af te wijzen, vooral wanneer deze een sterk appèl doet;

(8) financiële afhankelijkheid.

Vooraf wanneer de oneigenlijke doelen van de therapeut complementair zijn aan die van de patiënt, dreigt het gevaar dat wat een therapeutische relatie had moeten zijn, in feite niet veel anders is dan een neurotische relatie, waarin datgene wordt bestendig wat juist doorbroken had moeten worden.

Suggesties

In het signaleren van een probleem zijn soms reeds de wortels van de oplossing zichtbaar. Op grond van datgene wat naar voren is gebracht zou men tenminste een aantal voorzichtige suggesties kunnen doen. In iedere therapie spelen drie elementen een belangrijke rol: de patiënt, de therapeut en de gehanteerde techniek. Dit houdt in dat het onjuist is al te zeer en te eenzijdig de nadruk te leggen op de beperkingen, zoals die er van de kant van de patiënt kunnen zijn en de andere genoemde elementen, de therapeut en de techniek als min of meer gegeven en onveranderlijke grootheden te zien. Herhaaldelijk is erop gewezen dat de gangbare praktijk van de psychotherapie, met zijn nadruk op verbaal gedrag

en het plaatsnemen van de actuele problematiek in een breed psychodynamisch kader, alleen daardoor al is georiënteerd op de hogere sociale lagen en derhalve voor de andere maatschappelijke categorieën een bron van demotivatie kan betekenen.

In overeenstemming daarmee zijn er vele suggesties tot wijziging van de gangbare technieken gedaan, in die zin dat vooral voor patiënten uit de lagere sociale strata een grotere effectiviteit kan worden verwacht. Daarbij is vooral de aandacht gericht op een meer directieve aanpak, het centraal stellen van de 'hier en nu' situatie, het element van psycho-educatie, het gebruik maken van nonverbale middelen, enz. Belangrijk blijft daarbij dat men vooral een open oog heeft voor de wensen en verwachtingen van de patiënt zelf en niet al te gemakkelijk geneigd is het aangeboden probleem te reduceren tot een behandelingsmodel zonder zich af te vragen of de patiënt daarin zijn probleem nog wel herkent. In die gevallen waarin sprake is van een tekortschietend inzicht en onrealistische verwachtingen t.o.v. een psychotherapeutische behandeling moet worden overwogen deze behandeling te laten voorafgaan door een informatieve inleidingsfase, waarbij naast een algemene uiteenzetting over het begrip psychotherapie bijvoorbeeld het te verwachten gedrag van patiënt en therapeut, en de duur en eventuele resultaten van de therapie ook aan de orde kunnen komen.

Stellen wij tenslotte de rol van de therapeut centraal, dan moet er vanzelfsprekend in de eerste plaats worden gewezen op selectie en optimalisering van de opleiding. Omdat men in zijn algemeenheid kan stellen dat het van belang is dat patiënt en therapeut in een voor de therapie gunstige zin bij elkaar passen, zal men van geval tot geval niet alleen geschiktheidscriteria voor de patiënt, maar ook voor de therapeut moeten aanleggen. Vormt de sociale afstand een belangrijke barrière dan zal men, naar analogie van het ontwikkelen van methoden om patiënten binnen te voeren in het klimaat van de psychotherapie, methoden moeten ontwikkelen om therapeuten vertrouwder te maken met de denk- en gevoelswereld van de lagere regionen van de maatschappij en met het daar heersende patroon van normen en waarden, alsmede het taalgebruik.

Het benadrukken van het aspect van de sociale kloof wil natuurlijk niet zeggen dat er geen andere patiënt/therapeutbarrières zijn. Leeftijdverschillen, sexe-verschillen, karakterologische verschillen, zij alle zullen op hun specifieke wijze interfereren met de motivatie van het therapeutisch koppel, en op hun merites moeten worden bekeken wanneer motivationele factoren de bottle-neck van de therapie gaan vormen.

Tot welke werkwijzen men in de toekomst ook mag komen, voorlopig is het goed zich te blijven realiseren dat er niet alleen onvoldoende gemotiveerde patiënten bestaan, maar eveneens therapeuten die het aan voldoende motivatie ontbreekt, en – in hoeverre dan ook – bewust een rol spelen in een escalerende demotivatie

Demotivatie en schijnmotivatie

van de patiënt of niet in staat zijn de aan de demotivatie ten grondslag liggende voorwaarden zodanig te bewerken dat zij voor de therapie geen absoluut beletsel meer vormen.

Literatuur

- Hageman-Smit, J. (1976), *De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart* Alphen aan den Rijn, 1976.
- Hollingshead, A. B. en F. C. Redlich (1958), *Social class and mental illness*. Wiley, New York.
- Jones, E. (1974), Social class and psychotherapy; a critical review of research, *Psychiatry*, 37, 307-320.
- Raskin, A. (1961), Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy, *J. Clin. Psychol.*, 17, 62-65.
- Nir, Y. en R. Cutler (1978), The unmotivated patient syndrome: survey of therapeutic interventions, *Am. J. Psychiat.*, 135.
- Zitman, F. G. (1978), Motivatie voor therapie, *T. Psychiat.*, 20, 339-346.