

Motivatatie voor therapie

door F. G. Zitman

Inleiding

Wat wordt bedoeld, wanneer over motivatie voor therapie gesproken wordt? De uitdrukking is ingeburgerd in het jargon van psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkenden, en hulpverlening is vrijwel ondenkbaar zonder beraad over de motivatie van de patiënt. Maar in een speurtocht door de literatuur heb ik nergens een omschrijving van de uitdrukking 'motivatie voor therapie' kunnen vinden. Bovendien wekt het woord motivatie nogal eens wrevel op, zo heb ik gemerkt, en wordt het in een adem genoemd met woorden als evaluatie, communicatie, het veld, een stuk gevoel e.d. Redenen voldoende, lijkt mij, om eens nader bij de vraag stil te staan wat met de uitdrukking bedoeld wordt.

Voor ik deze vraag probeer te beantwoorden eerst een opmerking vooraf. Niet alle hulpverleners houden zich zo expliciet met motivatie voor behandeling bezig. Soms lijkt het rekening houden met de motivatie af te hangen van het model van waaruit de patiënt gepercipieerd wordt. Met het model bedoel ik hier het medische of sociale model. Ik wil daarvan uit eigen ervaring twee voorbeelden geven, elk betreffende twee patiënten.

Het eerste voorbeeld betreft twee opgenomen patiënten, die beiden verward zijn, domme dingen doen en naar huis willen. De éne ligt met ernstige lichamelijke afwijkingen op een interne afdeling. Hij wordt vastgehouden en desnoods platgespoten, zonder I.B.S. De tweede heeft geen lichamelijke afwijkingen en wordt pas vastgehouden, wanneer een I.B.S. is uitgeschreven. Het tweede voorbeeld betreft twee alleenstaande bejaarden. Eén van hen werd opgenomen in een neurologische kliniek i.v.m. een C.V.A. Als resttoestand is een sterk invaliderende hemiplegie overgebleven, waardoor voortzetting van de opname in de neurologische kliniek echter niet meer nodig is. Hoewel de patiënt liever naar huis wil,

Schrijver is als chef de polyclinique verbonden aan de afdeling Psychiatrie II (hoofd: prof. dr. H. G. M. Rooymans), Academisch Ziekenhuis, Leiden.

wordt hem zonder veel omhaal van woorden duidelijk gemaakt dat overplaatsing naar een verpleegtehuis onvermijdelijk is. Hoewel patiënt het oneens blijft met deze opvatting, wordt de overplaatsing gerealiseerd. De andere patiënt verkeert in een goede lichamelijke toestand, maar is voor de zoveelste maal in een psychiatisch ziekenhuis opgenomen i.v.m. een decompensatie door de eenzaamheid. Hij is weer genoegzaam hersteld en heeft een plaats aangeboden gekregen in een bejaardentehuis. Omdat hij, ondanks aandringen, blijft weigeren daarheen te gaan, wordt hij weer naar huis ontslagen.

Het is natuurlijk niet juist om op grond van deze voorbeelden te concluderen, dat motivatie als probleem alleen voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg bestaat. Bij nierdialyse b.v. wordt wel degelijk gelet op de motivatie van de patiënt om dieet te houden (zie ook Van Euen, 1974). Wel is het zo, dat medici die geen psychiater zijn, er veel minder op letten. Dat zij het meer zouden moeten, of psychiaters juist minder, wil ik hiermee niet suggereren. Ik wil alleen op het verschil wijzen.

Werkwijze

Nu weer terug naar de vraag wat met motivatie voor therapie bedoeld wordt. Aangezien ik geen duidelijke uitspraken daarover in de psychiatrische literatuur heb kunnen vinden, kan ik deze vraag strikt genomen ook niet beantwoorden. Een analyse echter van het gebruik van deze uitdrukking in woord en geschrift kan wel leiden tot antwoord op de vraag wat er *waarschijnlijk* mee bedoeld wordt. Ik stel me bij deze analyse de volgende procedure voor: Eerst ga ik na wat met motivatie in meer algemene zin bedoeld wordt. Daaruit trek ik vervolgens conclusies over wat met motivatie voor therapie bedoeld zou kunnen worden. De zo verkregen omschrijving van de uitdrukking toets ik dan aan wat er in de literatuur, in vaak te horen uitspraken over motivatie en in verband met motivatie gezegd is. Tenslotte probeer ik dan te komen tot de meest waarschijnlijke omschrijving van wat met de uitdrukking 'motivatie voor therapie' bedoeld wordt.

Motivatie in algemene zin

Nu dus eerst: Wat is motivatie in algemene zin? Het ligt voor de hand eerst het woordenboek erop na te slaan. In Koenen (1976) staat: 'Aandrift, beweegreden, drijfveer'. En in de Psychiatric Dictionary (Hinsie en Campbell, 1970) staat dat motivatie is: de 'energie, welke het organisme voortdrijft een doel te bereiken, behoeften te bevredigen'. Op grond van deze beide citaten is het aanemelijk in 'motivatie voor therapie' een 'aandrift, energie om in therapie te gaan' te zien.

Met name door psychologen is veel gedacht over en onderzoek gedaan naar menselijke en dierlijke motivatie in algemene zin. Bindra en Stewart (1973) hebben in hun boek 'Motivation' de be-

langrijkste standpunten bijeen gebracht. De huidige opvattingen samenvattend komen zij dan tot de volgende omschrijving:

'... any goal-directed action is instigated by a central motivation state, which itself is created by an interaction within the brain between the neuronal consequences of bodily organismic states ('drives') and neural consequences of environmental incentives ('reinforcers').' Geïnterpreteerd m.b.t. motivatie voor therapie, in vertrouwdere jargon uitgedrukt en zonder de fysiologische deel-aspecten, kan men hieruit concluderen: *Motivatíe voor therapíe ís een toestand van geneíghed tot therapíe, waarbij deze toestand multicausaal bepaald ís.* Deze omschrijving wil ik gebruiken bij het toetsen van uitspraken over motivatie. De hierboven genoemde omschrijving op grond van de beide citaten uit woordenboeken laat zich er ook invoegen.

Motivatíe voor therapíe

De volgende stap ís nu dus het toepassen van deze omschrijving. Om hierin enige ordening aan te brengen heb ik de geschriften en uitspraken in twee groepen verdeeld, hoewel er uiteraard enige overlap tussen beide groepen bestaat:

- 1 De groep waar motivatie en therapie min of meer als onveranderlijke grootheden beschouwd worden. In de praktijk betekent dit dat vanuit de therapie eisen aan de motivatie gesteld worden. Is de motivatie ontoereikend, dan gaat de therapie niet door. Ik noem deze groep hierna kortweg de 'eisenstellers'.
- 2 De groep waar motivatie en therapie als veranderlijke grootheden beschouwd worden; waar dus geen of veel minder eisen gesteld worden t.a.v. de motivatie. Men probeert de motivatie aan de therapie of de therapie aan de motivatie aan te passen. Deze groep noem ik korthedshalve de 'aanpassers'.

Ik wil erop wijzen, dat deze hier gegroepeerde verschillen in benadering van de motivatie kunnen bestaan dankzij het feit, dat de bereidheid om naar een hulpverlener toe te gaan niet hetzelfde ís als de bereidheid om hulp in ontvangst te nemen. Mede daardoor wordt het mogelijk dat mensen om hulp komen vragen, maar die op grond van hun gebrekkige motivatie niet krijgen.

De eisenstellers

Tot de eerste groep, de eisenstellers, behoren de psychoanalyse en een aantal klinieken voor psychotherapie. Ik denk daarbij met name aan centra voor drugverslaafden, zoals de Emiliehoeve en de Breegweestee. Ik verwijs naar de beschrijving in het nummer van de Haagse Post d.d. 5 februari 1977 voor een beschrijving van de intake-procedure, die gehanteerd wordt bij de Emiliehoeve: De verslaafde moet daar zijn bereidheid zich te laten behandelen bewijzen door eerst aan een aantal eisen te voldoen. Er staat o.a. te lezen: 'Wij vragen altijd aan de toekomstige bewoners wat ze er voor over hebben om op de boerderij (= Emiliehoeve,

F.Z.) te komen en knippen dan hun haar af'. (Zie ook de Volkskrant d.d. 12 maart 1977). Dit 'testen' van de motivatie komt in minder uitgebreide vorm overigens veel meer voor. Dikwijls hoor ik hulpverleners meedelen dat een door derden aangemelde cliënt eerst maar eens zelf moet bellen voor een afspraak om te zien of die cliënt wel wil.

De oudste uitspraak, die betrekking heeft op motivatie voor psychotherapie, ben ik tegengekomen bij Freud. In zijn uit 1905 daterende artikel 'Über Psychotherapie' schrijft hij over indicaties en contra-indicaties voor psychotherapie o.a. het volgende: 'Sie (d.w.z. de analytische psychotherapie) ist auch bei Personen nicht anwendbar, die sich nicht selbst durch ihre Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern sich einer solchen nur infolge des Machtsgebotes ihrer Angehörigen unterziehen'. Op grond van deze uitspraak zou ik Freud bij de eisenstellers willen indelen. Hij noemt elders wel de betaling als motivatie-*verhogende* factor, maar de betaling geldt ook tevens als eis. Dit punt spreekt deze indeling dus maar weinig tegen. Het belang van de lijdensdruk – want daar gaat het hier om – wordt ook nu nog ingezien, als ik mag afgaan op het American Handbook of Psychiatry (Arieti, 1975). In een hoofdstuk over klassieke psychoanalyse wordt onder het hoofdstuk motivatie vermeld: 'The presence of ego-alien symptoms and character traits that cause the individual person distress and discomfort is a strong motivating force seeking help and is a sine qua non for the long and often painful process of psychoanalysis'.

Laat ik nu mijn omschrijving van het begrip motivatie als multicausaal bepaalde geneigdheid tot therapie op deze uitspraken uit analytische hoek toepassen. Zowel de opmerking van Freud als de meer recente betekenissen dan dat analytici lijdensdruk als een essentiële, de motivatie bepalende factor beschouwen. Afgaande op de praktijk heb ik echter de indruk, dat motivatie en lijdensdruk door elkaar worden gebruikt of lijdensdruk als een bijzonder soort motivatie wordt gezien. De tweede en laatste zin van het stukje uit het American Handbook waar ik zoëven al uit citeerde, ondersteunt dit. Het luidt: 'The person who lacks such motivation (het 'such motivation' slaat hier op de lijdensdruk), who undertakes analysis because of external pressures from friends or family or simply out of curiosity, is not liable to stick to it – with the possible exception of the psychiatrist or other therapist who may be strongly motivated to a self-knowledge that will help him in dealing with others'. Lijdensdruk wordt hier dus aangeduid met de uitdrukking 'such motivation', waarnaast de mogelijkheid geopend wordt dat leergierige therapeuten nog over een ander soort motivatie zouden beschikken.

Op zich is er uiteraard niets op tegen om verschillende soorten motivatie in te voeren, maar het werkt wel verwarrend. Want hoe moet ik naast het bovengenoemde aankijken tegen de opvattingen van Badura (1975)? Deze psychoanalytisch georiënteerde auteur onderscheidt in een artikel over het beoordelen van motivatie zelfs

bewuste motivatie, onbewuste motivatie en lijdensdruk. Het is m.i. veel helderder om motivatie als een multicausaal bepaalde geneigdheid tot therapie op te vatten. Tot de causale factoren behoren dan o.a. lijdensdruk, beroep (d.w.z. psychotherapeut), en andere bewuste en onbewuste factoren. Tot zover de eerste groep, de 'eisenstellers'. Op de klinieken voor psychotherapie ga ik hier niet verder in.

De aanpassers

Nu de tweede groep, de 'aanpassers', waar therapie en motivatie als veranderbare grootheden beschouwd worden; waar men, anders gezegd, de therapie aan de motivatie, de motivatie aan de therapie of beide aan elkaar probeert aan te passen. Allereerst wil ik Rado (1965) noemen, die de therapie aan de motivatie wil aanpassen blijkens het hoofdstuk dat hij schreef in het onder redactie van Wolberg uitgegeven boek 'Short-term Psychotherapy'. Rado noemt daar vier motivatie-toestanden samenhangend met vier ontwikkelings- c.q. regressiestadia. Elk van deze vier motivatie-toestanden vereist een eigen therapeutische techniek. Voor mijn onderwerp is het niet nodig daarover in details te treden. Wel wil ik er het volgende over opmerken: Het lijkt mij juist om, zoals Rado doet, er op te wijzen dat de mate van ontwikkeling c.q. regressie een factor is, welke de motivatie beïnvloedt. Dat hij daarbij vier ontwikkelings- c.q. regressiestadia onderscheidt, wil ik hier laten voor wat het is. Dat hij op grond daarvan echter vier motivatie-toestanden onderscheidt, lijkt mij een onjuiste, want te exclusieve koppeling van motivatie aan één van de causale factoren. Gevoegd bij de andere opvattingen over motivatie, wordt het al zo schemerige motivatiebegrip daardoor langzaamaan duister.

Eisenthal en Lazare (1975, 1976a, 1976b) zijn auteurs, die motivatie en therapie aan elkaar willen aanpassen. Ze hebben daartoe een methode ontwikkeld, die ze de 'negotiated approach' noemen, en welke ze in verscheidene artikelen onder de aandacht hebben gebracht. De auteurs staan een onderhandeling tussen cliënt en hulpverlener voor over de soort therapie en het doel van de behandeling; iets, wat mevr. Hageman-Smit (1976) blijkens haar proefschrift 'De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart' niet onwelgevallig zal zijn. Maar, om terug te keren tot mijn onderwerp, Eisenthal en Lazare (1976a) noemen een aantal voordelen van hun techniek, waarvan ik er één noem nl. dat bij toepassing van de 'negotiated approach' doelen, verwachtingen en motivaties van de cliënt beter bekend worden. Waar het mij hier om gaat is het naast elkaar gebruiken van de woorden doel en verwachting enerzijds en motivatie anderzijds. Ik zou geneigd zijn doel en verwachting als motivatie bepalende factoren te zien, maar wat de auteurs zich bij hun woordgebruik voorstellen is mij duister. Voor een soortgelijk probleem sta ik bij de Werkbrief nr. 35 van de Stichting Sociaal-Psychiatrisch Poliklinisch Centrum Amsterdam-West (1977). Daarin lees, ik met weglating van een aantal in dit

kader niet terzake doende details, het volgende: 'Samenvattend over therapie. De therapie start dus (idealiter), als (. . .) de patiënt gemotiveerd, in staat en bereid is, (. . .)'. Motivatie is dan een vrijwel leeg woord geworden.

Andere auteurs uit de groep der 'aanpassers' gebruiken, voor zover ik heb kunnen nagaan, het woord motivatie wel, maar niet op een manier, die nieuw licht werpt op het probleem dat aan de orde is. Als voorbeeld noem ik Pijpe (1976) in zijn artikel 'Psychotherapie met de patiënt van laag ontwikkelingsniveau'. Hij gebruikt het woord motivatie zonder nadere explicatie, alleen in rijtjes, tussen woorden als 'empathie' en 'goede verbaliteit'. Ook zijn overweging dat uit zichzelf al gemotiveerde cliënten uit hogere sociale klassen komen en beschreven kunnen worden met 'het attribuut YAVIS (Young, Attractive, Verbal, Intelligent en Sociable)', zegt op zich niets naders over wat 'goed gemotiveerd' is. Wel voegt het twee, de motivatie bepalende factoren aan de reeks toe: de sociale klasse en het attribuut 'YAVIS'.

Conclusie

Tot zover deze beide groepen. Zij zijn uiteraard hiermee niet uitputtend behandeld. Toch meen ik dat het voorgaande het wel mogelijk maakt een antwoord op de vraag te geven wat men waarschijnlijk met 'motivatie voor therapie' bedoelt. Het zal duidelijk zijn dat daarover geen consensus bestaat. De verschillende opvattingen laten zich als volgt samenvatten: soms geneigdheid tot therapie, soms één of meer factoren die de geneigdheid bepalen, en soms vrijwel niets. Het gebrek aan overeenstemming en het soms vrijwel lege woordgebruik kunnen de wrevel, die het woord motivatie oproept, verklaren. Het lijkt daarin dan ook inderdaad op woorden als evaluatie, communicatie e.d. Het is jargon dat eerder verduisterend dan verhelderend werkt. Dit nog des te meer, wanneer met het woord motivatie nogal eens de bepalende factoren van die motivatie bedoeld worden – zoals ik hiervoor aannemelijk maakte – en vervolgens niet geëxpliceerd wordt om welke factoren het gaat. Ik noem in dit verband dat niet zelden in brieven of gesprekken over psychiatrische patiënten met 'onvoldoende motivatie' wordt volstaan als argument voor het niet doorgaan van therapie.

Een nieuwe omschrijving

Het huidige gebruik van het woord motivatie is dus vaag, meerduidig en inconsistent. Dat betekent dat het uit het hulpverleners-vocabulaire geschrapt kan worden, zelfs móet worden, als men let op de problemen die het meebrengt. Toch geeft dat geen afdoende oplossing. Je kunt het woord wel schrappen, maar het probleem waar het mee te maken heeft niet, want in de dagelijkse praktijk blijft het probleem van de mate van geneigdheid tot therapie bestaan. Ik stel daarom voor toch maar van motivatie voor therapie

te blijven spreken, maar dan goed vast te stellen wat daaronder moet worden verstaan. De omschrijving die ik als werkhypothese hanteerde, nl. dat motivatie voor therapie de multicausaal bepaalde geneigdheid tot therapie is, lijkt mij dan een bruikbaar uitgangspunt. Hij verplicht tot een scheiding tussen oorzaak en gevolg en laat bovendien ruimte voor de factoren waar de besproken auteurs en anderen op wezen, of ze die factoren zelf nu motivatie noemden of niet. Ook biedt deze omschrijving een duidelijk kader voor onderzoek naar motivatie. Om nieuwe vaagheden te voorkomen moet dan echter nog op één vraag antwoord gegeven worden: Wat moet onder die geneigdheid tot therapie worden verstaan?

Voor ik daar op in kan gaan, dient eerst een andere vraag beantwoord te worden: Waaraan is die geneigdheid te merken? Het is opvallend dat je een patiënt niet kan vragen naar zijn motivatie. Je kan wel vragen of hij therapie wil, maar het antwoord op die vraag is onvoldoende voor een antwoord op de vraag naar zijn motivatie. Je kan de patiënt ook vragen of hij bereid is zich er, ondanks tegenslagen, volledig voor in te zetten. Ook een antwoord daarop geeft geen volledige informatie over de motivatie. Dat antwoord krijg je pas, als tevens factoren, die niet rechtstreeks in het antwoord van de patiënt meespelen, er bij betrokken worden; factoren als de rol van de huwelijkspartner, verslavingen e.d. Daarbij speelt ook het volgende nog een rol: Het gaat er niet alleen om te weten wat de patiënt *nu* kiest, het gaat er ook om of hij bij zijn keuze *blijft*. In het motivatiebegrip zit dan ook de huidige keuze én de waarschijnlijkheid dat de patiënt bij zijn keuze zal blijven verdisconteerd. Anders gezegd: Een uitspraak over motivatie voor therapie is een uitspraak over de waarschijnlijkheid dat de patiënt voor de therapie kiest en vooral dat hij er aan zal blijven meewerken tot hij beter is. Wanneer ik spreek van de geneigdheid tot therapie, dan heb ik het dus over *die* waarschijnlijkheid.

Ik pas nu mijn omschrijving van het motivatiebegrip aan deze interpretatie aan en noem motivatie voor therapie dan: *De multicausaal bepaalde waarschijnlijkheid dat een patiënt voor een therapie kiest en aan die therapie zal blijven meewerken tot hij voldoende verbeterd is.* Op grond van deze omschrijving is de vraag naar de motivatie een vraag naar de waarschijnlijkheid van beslissingen van de patiënt nu en in de toekomst geworden. Pogingen om de motivatie te beïnvloeden zijn dan pogingen om beslissingen van de patiënt in een gewenste richting om te buigen. Vragen naar motivatie is dan niet meer iets vaags. Het vereist als antwoord een zo goed mogelijke taxatie van de keuze van de patiënt, waarbij men zich rekenschap moet geven van de factoren, die men daarbij laat meetellen en van de vraag of deze factoren beïnvloedbaar zijn.

Noot

Pas na het schrijven van dit artikel kreeg ik 'Een introductie cursus voor psychotherapie', het proefschrift van Dr A. M. H. Stufkens (1977) onder ogen. Daarin wordt ook ingegaan op de verwarring rondom het begrip 'motivatie voor therapie'. De manier waarop Stufkens die verwarring aangeeft en er een uitweg uit zoekt is echter zo anders dan de mijne, dat ik besloot mijn artikel toch ongewijzigd in te zenden.

Literatuur

- Achs, J. van (1977), Big brother zorgt voor je, de totalitaire therapie van de Emiliehoeve. *Haagse Post* d.d. 5 februari, blz. 28.
- Arieti, S. (editor in chief) (1975), *American Handbook of Psychiatry*, vol. 5 Tweede editie. Basic Books Inc., New York, blz. 172.
- Badura, H. O. (1975), Die Beurteilung von Leidensdruck und bewusster Motivation zur Psychotherapie aus dem Erstinterview. *Psychother. med. Psychol.* 25, 198-202.
- Bindra, D. en J. Stewart (1973), *Motivation*, 2e editie. Penguin Education, blz. 9.
- Eisenthal, S. en A. Lazare (1976a), Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 169-176.
- Eisenthal, S. en A. Lazare (1976b), Specificity of patients' requests in the initial interview. *Psychological Reports* 38, 739-748.
- Euen, E. van (1976), Zur Psychologie des Diätverhaltens; Untersuchungen an niereninsuffizienten Patienten. *Psychother. med. Psychol.* 24, 31-35.
- Freud, S. (1942), Über Psychotherapie. In: *Gesammelte Werke Band V, Werke aus dem Jahren 1904-1905*. Imago Publishing Company Ltd., London, blz. 21.
- Hageman-Smit, J. (1976), *De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart*. Samson, Alphen aan de Rijn.
- Hinsie, L. E. en R. J. Campbell (1970), *Psychiatric Dictionary*, 4e editie. Oxford University Press, New York, London, Toronto, blz. 482.
- Koenen (1976), 27e druk, 3e oplage.
- Lazare, A., S. Eisenthal e.a. (1975), Patient requests in a walk-in clinic. *Comprehensive Psychiatry* 16, 467-477.
- Pijpe, G. (1976), Psychotherapie met de patiënt van laag ontwikkelingsniveau. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 71-80.
- Rosenberg, C. M. en A. E. Raynes (1976), *Keeping patients in psychiatric treatment*. Ballinger Publishing Company, Cambridge, Mass., USA.
- Schie, J. van (1977), Gratis drugs? Crazy, bullshit! *Volkskrant* d.d. 12 maart, blz. 37.
- Stichting Sociaal-Psychiatrisch Poliklinisch Centrum Amsterdam-West (1977), *Werkbrief* no. 35, 15 april, blz. 15.
- Wolberg, L. R. (ed.) (1965), *Short-term psychotherapy*. Grune and Stratton, New York, London. Daarin S. Rado: Relationship of short-term treatment to developmental stages of maturation and stages of treatment behavior, blz. 67-83.