

## MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

M.F. Zinn

### **Inleiding**

Motiverende gespreksvoering is een gespreksstijl, die vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw door Miller en Rollnick (1991, 2002, Nederlandse vertaling 2005) ontwikkeld is. Het is gericht op het onderzoeken en oplossen van ambivalentie ten aanzien van gedragsverandering en kan gehanteerd worden bij mensen die onzeker of onwillig staan tegenover het veranderen van ongezond of schadelijk gedrag. Begonnen als manier om vooral mensen met alcoholproblemen te helpen, is het inmiddels een bewezen effectieve methode bij o.a. alcoholproblemen, drugsgebruik, gokken, risicovol gedrag bij HIV en andere SOA 's, eetstoornissen, problemen in de agressieregulatie, diabetes, astma, hart- en vaatziekten en -in mindere mate- roken. Meer dan 160 goed uitgevoerde studies (zie o.a. Hettema e.a. 2005) ondersteunen deze methode die niet alleen uit een set technieken of aan te leren vaardigheden bestaat, maar gezien kan worden als een stijl van benaderen. Deze stijl kenmerkt zich door een empathische, cliëntgerichte houding, die respect behelst en uitgaat van de autonomie van de patiënt. De behandelaar zoekt en mobiliseert de al aanwezige intrinsieke waarden en doelen bij de patiënt en sluit daarbij aan om gedragsverandering te stimuleren. Hij<sup>1</sup> helpt de patiënt bij het inventariseren van de door hem ervaren voor- en nadelen van de status quo en van verandering. Hij benadrukt de keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ten aanzien van het besluit tot en de gevolgen van gedragsverandering.

Dit artikel geeft een indruk van wat motiverende gespreksvoering voor de huisarts kan betekenen en hoe het in de praktijk vorm kan krijgen.

---

<sup>1</sup> *Waar in dit artikel behandelaar en arts als hij aangeduid wordt, dient hij of zij gelezen te worden. Hetzelfde geldt voor gebruik van het woord patiënt.*

### **Motiverende gespreksvoering in Nederland**

Vanaf eind jaren tachtig werkt men in Nederland binnen de verslavingszorg met motiverende gespreksvoering. Binnen de daar gangbare behandelingen heeft het een duidelijk waarneembare plek. De laatste vijf jaar zien we daarnaast een toenemende aandacht voor motiverende gespreksvoering buiten de verslavingszorg, bijvoorbeeld in de praktijk van de huisarts. In de NHG-standaarden problematisch alcoholgebruik en stoppen met roken is dit terug te zien. Samen met de aan het Transtheoretisch Model ontleende Cirkel van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente vormt het ook de basis van de in de patiëntenbrieven *Omggaan met alcohol en Stoppen met roken* genoemde interventies. Inmiddels zijn motiverende gespreksvoering en de transtheoretische benadering wat minder onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hoewel lange tijd als sibilings opgetrokken, verhouden ze zich nu meer als neef en nicht: hun geschiedenis is verweven, maar ze richten zich op iets verschillends in hun huidig bestaan. Motiverende gespreksvoering richt zich in toenemende mate op houding en vaardigheden die individuen kunnen helpen veranderingen in leefstijl op te pakken en te bewerkstelligen. Daarbij wordt aandacht gegeven aan zowel houdingsaspecten als specifieke vaardigheden.

### **Motiverende gespreksvoering in de huisartspraktijk**

In de NHG-standaarden staan met betrekking tot zowel houding als vaardigheden heldere tips en handvatten die bijna de suggestie wekken dat het in de praktijk brengen ervan bij verslaving een redelijk eenvoudige kwestie is. Diegenen die er ervaring mee hebben, zullen het tegendeel beamen: Motiverende gespreksvoering is geenszins een eenvoudige interventie. In de praktijk blijkt het bespreekbaar maken van de ongezonde leefstijl en het helpen afwegen van argumenten voor en tegen het in stand houden ervan lang niet altijd tot de keuze te leiden die de arts graag zou zien. Bij het ter sprake brengen liggen valkuilen in het tijdstip (te snel, of juist te lang uitstellen), de manier waarop (waarschuwend vinger), de inbedding (te snel focussen op de verslaving) en in de -door patiënten- niet ervaren relatering aan eventuele andere klachten. Bij het helpen afwegen ligt een uitdaging in het met de patiënt op zoek gaan naar diens eigen, door hemzelf beleefde waarden, normen en belangen en die als uitgangspunt te nemen, in plaats van de normen en veronderstellingen van de arts als leidend te zien. We verbazen

ons er dikwijls over dat patiënten dingen blijven doen die slecht voor ze zijn en in ongezonde leefwijzen volharden ondanks vaak desastreuze gevolgen. Om ze het irrationele en onverstandige van hun keuze te laten zien, spant een arts zich na de voorgeschreven motiverende interventie dan ook vaak in door met overreding en overtuiging alsnog 'tot de patiënt door te dringen'. Desondanks volgt een patiënt het dwingende advies dikwijls niet op. De arts raakt ontmoedigd en de patiënt krijgt het label 'ongemotiveerd'. Motiverende gespreksvoering blijkt een ingewikkelde methodiek die bij uitblijven van succes net als de 'onwillige' patiënt met enige tegenzin tegemoet getreden wordt.

### **Wat is motivatie**

Bij het woord motivatie denken we al snel aan een eigenschap, een vaste trek van een patiënt. Dat blijkt het niet te zijn. Motivatie is noch een persoonlijkheidstrekk, noch een stabiel en onveranderlijk gegeven, maar veeleer een mate van bereidheid tot gedragsverandering, die kan variëren per moment en per situatie. Hoe die bereidheid tot verandering zich ontwikkelt is voor een groot deel afhankelijk van de opstelling van de behandelaar in de interactie met de patiënt. Motiverende gespreksvoering is een manier om patiënten bij te staan in het exploreren en oplossen van ambivalentie bij gedragsverandering, waarbij de relatie met de patiënt, de wens en het vermogen zich in de patiënt te verdiepen, het werktuig is. Het is een moeilijke, maar leerbare gespreksstijl die een beroep doet op de eigen wensen en beweegredenen van patiënten. Uitgangspunten zijn:

- Samenwerking: elk brengt zijn eigen ervaring en expertise mee bij het bespreken van eventuele verandering van het gezondheidsbedreigende gedrag in kwestie. Verschillende mogelijkheden worden in een gelijkwaardige verhouding besproken. Er is geen plaats voor ongevraagde of harde confrontatie met slechte gewoontes of te vrezen gevolgen
- Uitnodiging/prikkeling: het naar boven halen van middelen en motivatie die al bij patiënt aanwezig zijn, in plaats van het overbrengen welk gedrag vereist is. Patiënten hebben alle kernwaarden, dingen die belangrijk voor ze zijn en zorgen om voor hen relevante zaken. Daarbij aansluiten levert meer op dan ze aanspreken op voor hen minder belangrijke zaken.



- Respect voor autonomie van patiënt: de patiënt heeft recht op en vermogen tot het maken van zijn eigen keuze. De arts maakt geen gebruik van zijn (vermeende) autoriteit om een keuze te forceren. Gedragsverandering, gebaseerd op een keus die gemaakt is op grond van eigen essentiële waarden is gemakkelijker vol te houden dan wanneer het gebaseerd is op iets waar we niet volledig achter staan.

De essentie van motiverende gespreksvoering laat zich met behulp van de metafoer van een gids weergeven. In het gewone dagelijkse leven helpen we anderen vaak bij het aanleren van nieuwe dingen op een coachende, gidsende manier: we luisteren, begeleiden en geven desgevraagd tips. Gidsen is een samenwerkingsproces, dat aansluit bij de wensen en behoeften van de ander. Een goede gids geeft soms heldere aanwijzingen (richting geveer) is dan weer vooral luisterend of volgend aanwezig (volger), en uit zich op andere momenten vooral aanmoedigend en ondersteunend (gids, begeleider).

Richting geven	↔	Gidsen	↔	Volgen
sturen		aanmoedigen		meegaan
vertellen		ondersteunen		gadeslaan
opdragen		motiveren		begrijpen, toestaan

Motiverende gespreksvoering is een verfijnde vorm van dit alledaagse gidsen. Het is een stijl, waarin de arts een eerste reflex om verstandige adviezen te geven weerstaat, en vooral luistert en probeert de patiënt en diens beweegredenen te begrijpen. Zou de arts echter uitsluitend luisterend volgen en de patiënt begrijpend te woord staan, dan zou geen gedragsverandering optreden. Zou hij de luisterende en begrijpende houding opgeven en in plaats daarvan de patiënt vertellen wat te doen en instrueren hoe dat het best gedaan kan worden, dan ziet hij zich vaak geconfronteerd met een patiënt die zich niet gehoord of zelfs in de val gelokt voelt, en boos of teleurgesteld de spreekkamer uitloopt, waarschijnlijk niet van zins nog terug te keren voor dit probleem. Het is dus zaak om luisterend te volgen, maar niet klakkeloos in alles mee te gaan, en tegelijkertijd kennis en expertise in te zetten, niet voorschrijvend of opdringend, maar slechts desgevraagd, en dan aanmoedigend, voorlichtend en ondersteunend, zoals een goede gids dat doet. De boodschap is daarbij dat tips en handvatten

vooral bedoeld zijn als ondersteuning voor patiënten bij het zelf aanpakken van probleemgedrag. Zij, de patiënten, bepalen waar ze heen willen en wat hen het best kan helpen: In het bos kan een natuurgids aangeven dat route A de snelste en kortste is en dat route B dezelfde eindbestemming heeft, maar geleidelijker gaat en minder steil is. De wandelaar kan, kijkend naar zijn eigen situatie, conditie en verdere plannen voor die dag zijn afwegingen maken en tot de voor hem op dat moment beste keuze komen. Als hij twijfelt, kan hij om meer informatie vragen, bijvoorbeeld rustpunten, uitzichten, landschapskarakteristieken. Net zo geeft de arts op sommige momenten neutrale informatie, en betreft en activeert hij de patiënt in het nemen van de voor hem juiste beslissing. De patiënt kan dan zelf die informatie vragen, die er voor hem toe doet bij de keuze van het meest geschikte pad. Daarbij voedt de arts het vertrouwen en optimisme bij de patiënt ten aanzien van verandermogelijkheden. Immers, alleen als iemand zichzelf de moeite waard vindt en optimistisch is ten aanzien van de eigen mogelijkheden om te veranderen zal daadwerkelijk gedragsverandering plaats kunnen vinden. Uiteraard heeft deze aanmoedigende ondersteuning wel een reëel en realistisch karakter. Wanneer moeilijkheden voorzien worden, kunnen die het best niet gebagatelliseerd of weggepoetst worden, maar gesignaleerd, benoemd en in kaart gebracht worden. Dat biedt een goed uitgangspunt voor het bespreken hoe de hindernissen het best overkomen kunnen worden.

#### **Toepassing in de praktijk: steunende aanwezigheid, open vragen stellen, luisteren**

Deze gidsende opstelling van de huisarts bij het bespreken van mogelijk aanwezige verslavingsproblemen stelt speciale eisen aan de gespreksvoering, met name de kernvaardigheden: steunend aanwezig zijn, vragen stellen, luisteren, samenvatten en informatie geven. Een eerste voorwaardenscheppende factor is het nemen van voldoende tijd en het daadwerkelijk beschikbaar zijn tijdens het consult. De gemiddeld tijd van een consult geeft weinig ruimte om rustig te praten, wat aanzet tot minder luisteren en de geringe tijd die er is te besteden aan het overbrengen van de boodschap, hooguit gevolgd door een korte check of het begrepen is en de vraag of er iets afgesproken kan worden. In verband met deze op de loer liggende valkuil, kan naast de mogelijkheid om de consultduur te verlengen door een dubbelconsult te plannen, ook geëxperimenteerd worden met het stellen van minder sturende vragen en het vooral de patiënt laten vertellen

over zijn situatie en alles wat daar een belangrijke rol in speelt. Eventueel kan op sommige punten doorgevraagd worden. In tegenstelling tot wat dikwijls verondersteld wordt, vraagt dit niet meer maar minder tijd van de arts, omdat de patiënt zich doorgaans beperkt tot de voor hem cruciale zaken. De arts kan dan aansluiten op wat al door de patiënt naar voren gebracht is.

Net als een goede gids, vraagt de behandelaar nadat hij gehoord heeft hoe het met iemand is, wat de plannen zijn en waar hij heen wil: de eigen doelstellingen van patiënt. Open vragen stellen is daarin een belangrijke basisvaardigheid. Bij het luisteren naar het antwoord zijn aanmoedigen, reflecteren en samenvatten belangrijke vaardigheden. Niet verstandig om te doen is: argumenteren, overtuigen, de rol van expert aannemen, bekritisieren, beschuldigen, beschamen of een paternalistische badinerende houding aannemen. Aandachtspunten kunnen zijn: Praat minder dan de patiënt en geef twee of drie reflecties tegenover elke gestelde vraag.

#### **De rol van informatie**

Eerder is aangegeven dat de arts het best terughoudend kan zijn in het geven van informatie. Dit betekent natuurlijk niet dat hij zijn kennis en de gegevens uit verrichte onderzoeken niet zou mogen gebruiken. Integendeel, accurate, neutrale en op het juiste moment en gedoseerd gegeven informatie kan een belangrijke factor zijn voor de patiënt in diens overwegingen om al dan niet tot gedragsverandering over te gaan. De ontvangst van de informatie is echter succesvoller naarmate bij de verstrekking de volgende punten in acht genomen worden:

- Eerst nagaan wat patiënt al weet
- Naar het antwoord luisteren
- Toestemming vragen en krijgen voor het geven van meer informatie (is er wens/ behoefte/ interesse er meer over te weten)
- Vragen wat de informatie voor patiënt betekent, waarbij nadrukkelijk aangegeven wordt dat het de patiënt is die bepaalt wat hij met de informatie doet

Uiteraard kan een vraag die door patiënt zelf gesteld wordt altijd beantwoord worden, als maar daarna weer de vraag volgt wat dat antwoord voor patiënt en diens gedrag betekent.



### **Ambivalentie onderzoeken en oplossen**

De patiënt zal zowel redenen noemen om de status quo te handhaven als redenen om gedragsverandering aan te gaan. Het is essentieel dat de arts niet meteen inspringt op argumenten voor gedragsverandering en deze opvat als een besluit ook daadwerkelijk iets aan het ongezonde gedrag te doen. Een argument is nog geen voornemen en door te vroeg aan te haken en verandering door te drukken verkleint men de kans op gedragsverandering. Daarnaast is het zo, dat mensen van evenwicht houden. Als de arts de ene kant van een ambivalentie verwoordt, zal de patiënt geneigd zijn vooral ook de andere kant naar voren te halen. Omdat mensen vooral geloven wat ze zichzelf horen zeggen, is het zaak dat de arts, door vooral ook de punten die mogelijk tegen gedragsverandering pleiten te benoemen, de 'natuurlijke neiging' van de patiënt aanboort zelf de argumenten die voor gedragsverandering pleiten aan te vullen.

### **Verandertaal herkennen, ontlokken en bekrachtigen**

De psycholinguïst P. Amrhein (2004) ontdekte door nauwgezette studie van uitspraken van patiënten tijdens hulpverleningssessies, dat uitspraken over veranderingsgezindheid, ook wel 'verandertaal' genoemd, een aantal elementen kunnen bevatten. Het gaat om de wens, de mogelijkheden, de redenen en de ervaren noodzaak om te veranderen. Deze waren te onderscheiden van uitspraken die een duidelijk voornemen tot verandering aangaven. Zette hij deze uitspraken af tegen een later al dan niet opgetreden gedragsverandering, dan bleek alleen een duidelijk uitgesproken intentie om te veranderen ("Ik ga nu echt...", "Ik ben zeker van plan...") daadwerkelijk gedragsverandering te voorspellen. De andere uitingen waarin een beweging tot verandering doorklinkt zijn ook belangrijk, omdat zij een noodzakelijke voorwaarde zijn om tot een 'intentieverklaring of 'commitment-uitspraak' te komen. Het is dus van belang voldoende tijd te nemen om deze eerste vier elementen van veranderstaal uit te lokken. Zonder wens, mogelijkheid, redenen of noodzaak om te veranderen, zal commitment uitblijven. Zonder commitment, zal verandering uitblijven. Commitment- uitspraken komen in gradaties. Het klinkt anders of iemand zegt iets zeker te zullen gaan doen dan wanneer iemand zegt dat hij iets zal proberen. In dat laatste geval pakt de behandelaar het signaal op dat iemand wel zou willen veranderen, maar dat hij twijfelt of hij het wel zou kunnen. Dit biedt aanknopingspunten

voor de behandelaar om verder op door te gaan. Wanneer iemand zich uitspreekt voor verandering, zal hij doorgaans niet meteen zijn gedrag totaal veranderen, maar een aantal voorbereidende stappen nemen: een aantal dagen niet drinken, een sportclub uitzoeken, lezen over nicotinepleisters, condooms kopen. Deze ogenschijnlijk kleine stappen zijn belangrijk in het toenaderingsproces en dienen door de behandelaar herkend, erkend en bekrachtigd te worden. Een overzicht van de verandertaal uitspraken:

*Willen* veranderen: uitspraken die een voorkeur of wens tot verandering uitdrukken: ik wil graag .... , ik zou willen dat .... ,

*Kunnen* veranderen: uitspraken die iets zeggen over iemands mogelijkheden of vermogen tot verandering: ik kan wel .... , ik zou kunnen ....

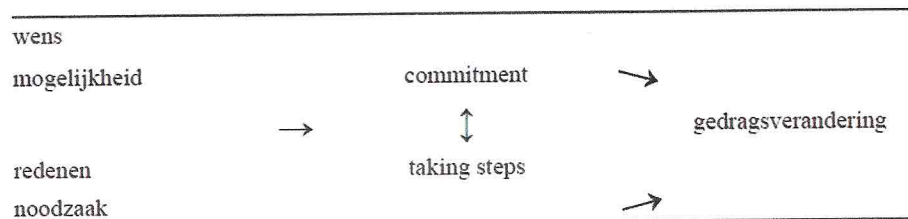
*Redenen* hebben om te veranderen: uitspraken waarin argumenten voor verandering doorklinken: ik weet dat mijn man het prettig zou vinden, ik denk dat ik me beter zou voelen.

*Noodzaak* voelen om te veranderen: uitspraken waarin het gevoel hebben te moeten naar voren komt: ik zou eigenlijk moeten, ik moet wel.

*Commitment*: uitspraken waarin men zich verbindt aan veranderen: ik ga morgen, ik neem me voor, ik zal straks, ik beloof je.

*Stappen ondernemen* die verandering inzetten: een paar dagen niet drinken, een sportclub zoeken, nicotinepleisters kopen.

De fasering van gedragsverandering kan als volgt schematisch weergegeven worden:





De eerder genoemde algemene vaardigheden van open vragen stellen en reflecterend luisteren kunnen om de verschillende elementen van verandertaal op te roepen specifiek ingezet worden:

*Wens:* Waarom wil je veranderen?

*Mogelijkheden:* Hoe zou je het aanpakken?

*Redenen:* Wat zijn de 3 belangrijkste redenen die je hebt om dit aan te pakken?

*Noodzaak:* Op een schaal van 0-10, waarbij 0 betekent helemaal niet belangrijk en 10 uitzonderlijk belangrijk: Hoe belangrijk is het voor je en waarom?

*Commitment:* Wat denk je dat je zult gaan doen?

Uiteraard luistert de arts steeds naar het antwoord dat op zijn vraag volgt en laat hij een volgende interventie daarvan afhangen. Soms gaat de patiënt in plaats van meer juist minder verandertaal bezigen. Dit gebeurt nogal eens als de arts iets harder loopt dan de patiënt. Die gaat zwijgen, verliest de aandacht, gaat ontkennen of benadrukken dat er niets aan de hand is of raakt boos en geagiteerd. Voor de arts zijn dit belangrijke signalen: niet van de kennelijke onwilligheid of ongemotiveerdheid van de patiënt, maar van een kleine contactbreuk, een missen van aansluiting tussen patiënt en behandelaar. Zo'n signaal kan aanleiding zijn te kijken of vragen wat er speelt en vooral de aansluiting weer te vinden.

Pas wanneer patiënt alles in zijn hoofd op een rijtje heeft, de nodige hindernissen overziet en het gevoel heeft deze te kunnen overkomen, zal zijn wens te veranderen krachtiger worden en naar een voornemen kunnen groeien. Een beeld hebben van hoe de beoogde gedragsverandering tot stand kan komen (hoe zou het anders kunnen, hoe stel je het je voor?) een toename in vertrouwen (hoe heb je eerder lastige zaken aangepakt?) eventuele hindernissen inventariseren en bespreken zijn dan ook essentieel in het dichterbij brengen van het doel van gedragsverandering.

### **Commitment en de eerste stappen**

Wanneer het exploreren en oplossen van de ambivalentie naar wens verloopt, de patiënt steeds meer verandertaal bezigt, zich steeds beter voor kan stellen dat gedragsverandering er voor hem in zit, volgt een belangrijke fase. Patiënt wordt nogmaals uitgenodigd zijn wensen en behoeften uit te spreken, er wordt nog eens op een rijtje gezet wat de verschillende opties waren, wat de overwegingen van patiënt daarbij waren, geïnventariseerde hindernissen worden gerecapituleerd liefst met bijbehorende aanpak, alle in de ogen van patiënt noodzakelijke informatie is verstrekt. Het is tijd voor de hamvraag: "Wat betekent dit voor wat u van plan bent"? Hier volgt dikwijls naast het voornemen daadwerkelijk iets op een andere manier te willen gaan doen, de uiting van nog wat laatste onzekerheden en punten die aandacht behoeven. Wanneer ook die behandeld zijn, en patiënt steeds duidelijker aangeeft zich voor gedragsverandering in te gaan zetten, kan samen gekeken worden hoe dat het best aangepakt kan worden en wat eerste stappen zouden kunnen zijn. dikwijls zijn dat stappen die eerder in het gesprek aan de orde zijn gekomen (stel dat ik dat zou doen... hoe zou ik dat dan aanpakken?). Het is de patiënt die het met zijn uitspraken aangeeft, en de arts die het signaleert, in een kader plaatst en laat volgen door de middelen die hij voor begeleiding bij gedragsverandering voorhanden heeft.

## LITERATUUR

- Amrhein, P. C. (2004). How Does Motivational Interviewing Work? What Client Talk Reveals. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(4)
- Chavannes N.H., Kaper J., Frijling, B.D., Van der Laan, J.R., Jansen, P.W.M., Guerrouj, S., Drenthen, A.J.M., Bax, W., Wind, L.A. (2007): NHG-Standaard Stoppen met roken. *Huisarts Wet* 2007;50(7): 306-14.
- Hettema, J, Steele, J. en Miller, W.R. (2005): Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* Vol. 1: 91-111
- Meerkerk, G.J., Aarns, T. Dijkstra, R.H., Weisscher, P., Njoo, K., Boomsma, L.J. (2005): NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48(6):284-85
- Miller, W.R. en Rollnick, S. (1991): *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, The Guilford Press
- Miller, W.R. en Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edition. New York, The Guilford Press
- Miller, W.R. en Rollnick, S. (2005): *Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Theologische uitgeverij Ekklesia
- NHG-Patiëntenbrieven: Omgaan met alcohol: Alcohol Dagboek (versie januari 2007), Minderen (versie oktober 2005), Minderen of stoppen? (versie oktober 2005), Stoppen (versie oktober 2005), Verandering overwegen (versie oktober 2005), Volhouden (versie oktober 2005). Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 2007
- NHG-Patiëntenbrieven: Stoppen met roken: Adviezen en hulpmiddelen (versie juni 2007), Als u gestopt bent (versie juni 2007), Overwegen (versie juni 2007), Voorbereiden (versie juni 2007). Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 2007
- Rollnick, S., Miller, W.R., and Butler, Ch. C. (2008): *Motivational Interviewing in health care: Helping Patients Change Behavior*. The Guilford Press, New York, London. (in vertaling bij Theologische uitgeverij Ekklesia, verschijnt begin 2009)
- Vasilaki, E.I., Hosier, S.G. en Cox, W.M. (2006): The Efficacy of Motivational Interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A Meta-Analytical Review. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 41, No. 3, pp. 328-335, 2006