

# Motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

Noud Frielink, Petri J.C.M. Embregts & Carlo Schuengel

---

## Motivational interviewing for people with mild intellectual disabilities



*Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53 (2), 36-48

© Garant | ISSN 2211-6273 | februari 2014

### ABOUT THE AUTHORS

**Noud Frielink** MSc is a PhD-student at the department Tranzo, Tilburg University. In addition, he is associated with Dichterbij Kennisn@ as a researcher.

Dr. **Petri Embregts** is full professor at the department of Clinical and Medical Psychology and full professor at the department Tranzo, Tilburg University. She is also director Treatment innovation and Science at Dichterbij.

Dr. **Carlo Schuengel** is full professor and department head of Clinical Child and Family Studies, part of the EMGO+ Institute for Health and Care research of VU University Amsterdam.

### ABSTRACT

Motivational interviewing is a promising method to increase treatment motivation among people with mild intellectual disability. In clinical practice, motivational interviewing has been increasingly used, but until now little attention has been paid to the application of motivational interviewing with people with mild intellectual disability. This paper describes how motivational interviewing techniques may be adapted for use with people with mild intellectual disability. The use of motivational interviewing is demonstrated in a case description of an individual with a mild intellectual disability.

**Keywords:** motivational interviewing; intellectual disability

### OVER DE AUTEURS

**Noud Frielink** MSc is promovendus bij het departement Tranzo, Tilburg University op het onderwerp autonome motivatie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Daarnaast is hij als onderzoeker verbonden aan Dichterbij Kennisn@.

*E-mail:* N.Frielink@tilburguniversity.edu

Prof. dr. **Petri Embregts** is hoogleraar bij het departement Medische en Klinische Psychologie en hoogleraar bij het departement Tranzo, Tilburg University, waar zij leiding geeft aan de Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking. Tevens is zij directeur Behandelinnovatie en Wetenschap bij Dichterbij.

*E-mail:* P.J.C.M.Embregts@tilburguniversity.edu

Prof. dr. **Carlo Schuengel** is hoogleraar Orthopedagogiek en hoofd van de afdeling Ontwikkelingspedagogiek, onderdeel van het EMGO+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg van de Vrije Universiteit Amsterdam.

*E-mail:* C.Schuengel@vu.nl

## SAMENVATTING

Motiverende gespreksvoering is een veelbelovende methode die motivatie voor behandeling kan vergroten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In de klinische praktijk wordt de methode steeds vaker gebruikt, maar er is tot op heden onvoldoende onderzoek gedaan naar de wijze waarop motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking toegepast kan worden. In dit artikel worden aanpassingen van gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering nader toegelicht zodat professionals deze methode ook bij mensen met een lichte verstandelijke beperking adequaat uit kunnen voeren. Aan de hand van een casus wordt beschreven hoe motiverende gespreksvoering bij een cliënt met een lichte verstandelijke beperking succesvol kan worden toegepast.

**Kernwoorden:** motiverende gespreksvoering, verstandelijke beperking

## Inleiding

De opvatting dat zorg en ondersteuning afgestemd moet worden op de wensen en mogelijkheden van de cliënt is tegenwoordig leidend. Het burgerschapsparadigma geeft richting aan de huidige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (van Genep, 2009). Empowerment en keuzevrijheid van mensen met een beperking worden als gevolg hiervan sterk gestimuleerd, net als partnerschap en gelijkwaardigheid (Embregts, 2009). Dit betekent echter ook een verandering in rolopvatting van professionals en de wijze waarop de hulpverleningsrelatie vorm krijgt. Het is aan de professional om de cliënt meer keuzevrijheid, initiatief en autonomie te geven op basis van gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid. Dit kan de professional in ingewikkelde situaties brengen, aangezien mensen met een lichte verstandelijke beperking, zeker in combinatie met bijkomende gedragsproblemen en/of psychopathologie, vaak geen hulpvraag heb-

ben (Ten Wolde, Le Grand, Slagter, & Storms, 2006). Bovendien hebben veel cliënten slechte ervaringen opgedaan in het verleden met niet afgeronde behandelingen, waardoor het vertrouwen in professionals daalt (Rijkaart & Neijmeijer, 2011). Mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn als gevolg hiervan niet altijd geneigd om een beroep te doen op hulp en ondersteuning (Embregts, 2011), en vermijden zelfs noodzakelijke zorg (Didden, 2010), bijvoorbeeld uit angst voor bemoeizucht door professionals. Het is dan ook belangrijk om tijdens ondersteuning en behandeling veel aandacht te hebben voor de motivatie van cliënten ten aanzien van die ondersteuning en behandeling. Het ontbreken van motivatie is namelijk een van de belangrijkste redenen voor bijvoorbeeld het niet afronden van een behandeling (Olver & Wong, 2011). Bovendien is de kans van slagen van een behandeling, en gedragsverandering op de langere termijn, groter wanneer de cliënt hiertoe vanuit zichzelf gemotiveerd is (Deci & Ryan, 2000). Dit roept een belangrij-

ke vraag op: hoe motiveer je cliënten voor behandeling, zorg en gedragsverandering? Een methode die professionals kan ondersteunen in het motiveren van cliënten voor behandeling en gedragsverandering, is motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002).

In dit artikel zal nader worden ingegaan op motiverende gespreksvoering en op het gebruik van motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het doel van het artikel is tweedelig. Ten eerste worden aanpassingen van gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering nader toegelicht zodat professionals deze methode ook bij mensen met een lichte verstandelijke beperking adequaat uit kunnen voeren. Ten tweede wordt aan de hand van een casus beschreven hoe motiverende gespreksvoering bij een cliënt met een lichte verstandelijke beperking succesvol kan worden toegepast.

## Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte en tegelijkertijd directieve vorm van begeleiding waarbij de professional het gesprek stuurt op aangeven van informatie van de cliënt. Het doel van motiverende gespreksvoering is om autonome motivatie voor gedragsverandering bij de cliënt uit te lokken en te versterken (Miller & Rollnick, 2009). Er is sprake van autonome motivatie als de cliënt een activiteit uitvoert omdat de activiteit op zichzelf leuk of interessant is, of omdat de activiteit persoonlijk waardevol is voor de persoon. Autonome motivatie wordt, in tegenstelling tot gecontroleerde motivatie (waarbij een activiteit wordt uitgevoerd vanwege externe of interne verplichting), geassocieerd met een grotere kans van slagen van een behandeling en het behoud van gedragsverandering op de langere termijn (Deci & Ryan, 2000).

*Uitgangspunten.* Op een aantal punten lijkt motiverende gespreksvoering op de cliëntgerichte psychotherapie van Rogers (1951), waarbij de nadruk ligt op empathie, onvoorwaardelijke acceptatie en oprechtheid. Motiverende gespreksvoering kent daarnaast echter een aantal specifieke kenmerken: samenwerking, evocatie en een nadruk op autonomie (Miller & Rollnick, 2012). De professional gaat uit van partnerschap, waarmee hij ondersteunend is richting de cliënt in plaats van overredend of dwingend. Binnen deze samenwerking is het niet de taak van de professional om wijsheden of inzichten over te brengen, maar om kennis of inzichten op te roepen bij de cliënt (= evocatie). Daarnaast gaat motiverende gespreksvoering er van uit dat de cliënt verantwoordelijk is voor zijn gedragsverandering, en dus handelt de professional met veel respect voor de autonomie van de cliënt. Uit deze kenmerken vloeien de vier basisprincipes van motiverende gespreksvoering voort (Miller & Rollnick, 2012): uitdrukken van empathie (de professional luistert respectvol naar de cliënt met de wens om diens perspectief te begrijpen), ontwikkelen van discrepantie (de professional probeert discrepantie tussen het huidige gedrag van de cliënt en diens bredere doelen en waarden te creëren en te vergroten, waarbij de cliënt argumenten aanreikt om te veranderen), meegaan met weerstand (de professional pleit niet voor gedragsverandering maar nodigt de cliënt uit om nieuwe informatie/perspectieven te overwegen) en ondersteunen van persoonlijke effectiviteit (de professional onderschrijft het geloof in eigen kunnen van de cliënt).

Binnen motiverende gespreksvoering kan de professional vijf gesprekstechnieken gebruiken om aan te sluiten bij de basisprincipes. De eerste gesprekstechniek is open vragen stellen, waarbij de professional de cliënt uitnodigt om zijn verhaal in eigen woorden te vertellen zonder sturend te zijn (bijvoorbeeld: "Hoe ziet uw middelengebruik er uit?" of "Wat verwacht u van mij?"). Reflectief luisteren is de tweede gesprekstechniek van motiverende gespreksvoering. De professional gaat in op datgene wat de cliënt vertelt en wat hij daarmee bedoelt. De professio-

nal herhaalt of verwoordt wat hij denkt dat de cliënt bedoelt te zeggen of non-verbaal uitdrukt, met als doel om te toetsen of de professional begrijpt wat de cliënt wil zeggen of uitdrukken. Bijvoorbeeld, een cliënt zegt: “Ik vind dat mijn partner wel erg zeurt over alcohol”, dan zou een reflectie van de professional kunnen zijn: “U vindt dat uw partner teveel aandacht besteedt aan uw gebruik”. De derde gesprekstechniek is bevestigen, waarbij de professional aan de cliënt laat merken dat sterke kanten van de cliënt worden opgemerkt. De professional benadrukt deze sterke kanten door het geven van bijvoorbeeld een compliment of het uiten van begrip en waardering (bijvoorbeeld: “Wat knap, dat is vast heel moeilijk voor u geweest”). Samenvatten is de vierde gesprekstechniek van motiverende gespreksvoering. De belangrijkste aspecten uit het gesprek worden kort teruggekoppeld, hetgeen gedaan kan worden door de professional, maar ook door de cliënt zelf. Tot slot, de vijfde gesprekstechniek is het uitlokken van verandertaal. De professional laat de cliënt zelf met argumenten voor verandering komen. Met andere woorden, de cliënt formuleert zelf redenen *voor* gedragsverandering en redenen *tegen* het behouden van de huidige situatie, waarbij de professional deze verandertaal selectief bekrachtigt. De hulpverlener bekrachtigt vooral uitspraken met betrekking tot de bereidheid om te veranderen, het geloof in eigen kunnen (persoonlijke effectiviteit), bezorgdheid over de huidige situatie of de toekomst of probleemherkenning door de cliënt zelf. Er zijn verschillende manieren om verandertaal op te roepen bij de cliënt. Een daarvan is het stellen van evocatieve vragen (vragen die rechtstreeks verandertaal oproepen), zoals: “Wat vindt u vervelend aan de huidige situatie?” of “Hoe zou u het graag anders willen hebben?”.

*Theoretische onderbouwing.* Een belangrijke, maar tot op heden nog niet volledig beantwoorde vraag is hoe motiverende gespreksvoering werkt. Met andere woorden, wat maakt dat deze methode effectief is? Het is hierbij zinvol om een koppeling te maken tussen motiverende gespreksvoering en al-

gemene motivatietheorieën, zoals de zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). Markland, Ryan, Tobin en Rollnick (2005) en Vansteenkiste en Sheldon (2006), allen vooraanstaande onderzoekers op het gebied van de zelfdeterminatie theorie en motiverende gespreksvoering, stellen dat de professional door het inzetten van motiverende gespreksvoering probeert om samen met de cliënt een weg te vinden die leidt tot een diepe vervulling van drie psychologische basisbehoeften – verbondenheid, competentie en autonomie, welke centraal staan binnen de zelfdeterminatie theorie. De basisbehoefte autonomie verwijst naar de mate waarin de cliënt het gevoel heeft psychologisch vrij te zijn in zijn handelen. De behoefte aan relationele verbondenheid heeft betrekking op de wens om relaties op te bouwen met anderen, voor anderen te zorgen en verzorgd te worden (Baumeister & Leary, 1995; van den Broeck, Vansteenkiste, de Witte, Lens, & Andriessen, 2009). De behoefte aan competentie verwijst ten slotte naar de mate waarin iemand het gevoel heeft bekwaam te zijn in die dingen die hij doet.

Een activiteit die bijdraagt aan vervulling van deze drie basisbehoeften wordt sterker bekrachtigd dan activiteiten die minder leiden tot vervulling van deze basisbehoeften. Met andere woorden, autonome motivatie ontstaat voor activiteiten waarvan de persoon verwacht dat deze bijdragen aan de vervulling van de basisbehoeften (Deci & Ryan, 2000). Deci (2004) stelt dat deze aanname opgaat voor ieder individu, zowel met als zonder een (verstandelijke) beperking. De sociale omgeving heeft een belangrijke rol in het ondersteunen en bevredigen van deze basisbehoeften, en dus in het ontwikkelen van autonome motivatie (Deci & Ryan, 2000). Aangezien professionals vaak een centrale plaats innemen in de omgeving van cliënten, staan zij voor een belangrijke uitdaging: samen met de cliënt op zoek gaan naar een omgeving / situatie waarin optimaal aan de basisbehoeften van de cliënt wordt toegekomen. Immers, als de basisbehoeften vervuld worden, en autonome motivatie kan ontstaan, leidt dit tot diverse positieve uitkomsten zoals behoud

van gedragsverandering op de lange termijn, een beter psychisch welbevinden en verhoogde therapietrouw (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). Met andere woorden, als een cliënt zich tijdens een behandeling verbonden voelt met de professional, het idee heeft zelf inspraak te hebben in de behandeling en bovendien het gevoel heeft dat hij bekwaam is in de dingen die van hem gevraagd worden, dan is de kans op verhoogde therapietrouw en blijvende gedragsverandering op de lange termijn aanzienlijk groter dan wanneer de cliënt zich niet verbonden, autonoom of competent voelt. Motiverende gespreksvoering helpt professionals dergelijke omgevingen / situaties te vinden (Markland et al., 2005; Vansteenkiste & Sheldon, 2006), waarbij enerzijds getracht wordt de drie behoeften te vervullen en anderzijds de aandacht gericht wordt op mogelijkheden tot verandering die de persoon zelf aandraagt.

*Effectiviteit.* De effectiviteit van motiverende gespreksvoering is in tal van studies aangetoond bij normaal begaafde mensen met onder andere verslavingsproblemen en gedragsproblemen (o.a. Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Hettema, Steele, & Miller, 2005; Lundahl & Burke, 2009; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006). Lundahl en Burke (2009) betogen dat motiverende gespreksvoering waarschijnlijk niet geschikt is voor mensen met een verstandelijke beperking, aangezien motiverende gespreksvoering een cognitieve methode is en dus enig abstract redeneervermogen vereist. Echter, andere onderzoekers (o.a. Hensel, Stenfert Kroese, & Rose, 2007; Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007) stellen dat motiverende gespreksvoering, mits aangepast aan de doelgroep, ook bij mensen met een (lichte) verstandelijke beperking positieve uitkomsten zou kunnen hebben. Deze aanname wordt ondersteund door een aantal exploratieve studies zoals die van Mendel en Hipkins (2002) die onderzoek deden naar de behandeling van delinquenten met een lichte verstandelijke beperking en alcohol gerelateerde problemen in een forensische kliniek. Zeven mannelijke cliënten in de leeftijd van 18 tot 54 jaar werden geselecteerd

om deel te nemen aan een groepsbehandeling, die bestond uit drie sessies motiverende gespreksvoering. Deze eerste resultaten lieten zien dat 6 van de 7 deelnemers na afloop meer negatieve dan positieve consequenties van hun gedrag herkenden ten opzichte van de beginsituatie. Dezelfde zes deelnemers verbeterden hun motivatie om te veranderen, volgens het Stages of Change model van DiClemente en Prochaska (1998). Paelinck en Vandevelde (2013) voerden een replicatieonderzoek uit, waaraan vier mannelijke cliënten (22, 39, 41 en 51 jaar oud) met een lichte tot matige verstandelijke beperking in een forensische kliniek deelnamen. Zij concluderen in deze kleine schaalstudie dat motiverende gespreksvoering de deelnemers stimuleerde om te reflecteren op hun middelengebruik. Kroon, Frielink en Embregts (2013) hebben eveneens een interventie ontwikkeld waarbij elementen van motiverende gespreksvoering centraal staan. Deze interventie, gericht op mensen met een lichte verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek, past binnen recente ontwikkelingen waarbij meer aandacht wordt besteed aan motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Voordat de daadwerkelijke effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking onderzocht kan worden, is het nodig om inzicht te krijgen in aanpassingen die nodig zijn om motiverende gespreksvoering bij deze doelgroep toe te passen (McLaughlin, Taggart, Quinn, & Milligan, 2007). Frielink en Embregts (2013) hebben een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om te bepalen hoe de gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering aangepast moeten worden zodat professionals motiverende gespreksvoering ook in de klinische praktijk van mensen met een lichte verstandelijke beperking toe kunnen passen.

## Methoden

Aan de hand van semigestructureerde interviews en focusgroepen interviewden Frielink

en Embregts (2013) 26 mensen (acht mensen met een lichte verstandelijke beperking, zeven ouders van mensen met een lichte verstandelijke beperking, vijf begeleiders en zes gedragsdeskundigen), allen verbonden aan een zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking in het zuidoosten van Nederland. Op basis van hun ervaring en kennis op het gebied van motiverende gespreksvoering en de doelgroep had de manager van de zorgorganisatie elf professionals (twee mannen, negen vrouwen) voorgedragen. Zij werden individueel geïnformeerd over het onderzoek door de onderzoekers; hen werd toestemming gevraagd voor deelname en allen namen vervolgens op vrijwillige basis deel. De gemiddelde leeftijd was 37.2 jaar (range van 24 tot 59 jaar) en allen werkten minimaal 2 jaar met de doelgroep (gemiddelde was 6.3 jaar, met 26.4 uur per week). De professionals namen ieder deel aan een van de drie georganiseerde focusgroepen. Aan het einde van de focusgroepen werd de professionals gevraagd of zij cliënten danwel ouders van cliënten kenden die mogelijk ook deel zouden willen nemen aan het onderzoek. Vervolgens nam de eerste auteur contact op met de voorgedragen personen om hen volledig te informeren over het onderzoek. Dit resulteerde in de vrijwillige deelname van acht cliënten en zeven ouders. De deelnemende cliënten hadden een gemiddelde leeftijd van 25.3 jaar (range van 19 tot 35 jaar), een gemiddeld IQ van 65 (range van 53 tot 79); ze waren allen bekend met gedragsproblemen en/of psychopathologie. Zeven cliënten waren man, één was vrouw. In totaal hebben er vijf focusgroepen, één interview met twee cliënten en drie individuele interviews plaatsgevonden. De gemiddelde duur van de interviews was 98 minuten, met een minimum van 56 en een maximum van 121 minuten.

Alle interviews werden met toestemming van de deelnemers opgenomen op een audio-recorder en letterlijk getranscribeerd. Vervolgens werden, in overeenstemming met een *general inductive approach* (Thomas, 2006), de transcripties gedetailleerd gelezen zodat de onderzoeker bekend werd met de inhoud. ATLAS.ti, een kwalitatief softwarepakket (Friese, 2012) werd gebruikt om de ruwe data

te organiseren. Zinnen en zinsdelen die van belang waren voor het onderzoek kregen een code toebedeeld, waarbij de codes gebaseerd werden op de data zelf en tijdens het coderen ontstonden (open-inductief). In nauw overleg met collega-onderzoekers is vervolgens tot een clustering gekomen van de codes in categorieën en subcategorieën die gerelateerd zijn aan de gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering. Hieronder worden de drie centrale thema's die naar voren kwamen, kort uitgewerkt (voor een uitgebreide omschrijving van de methodologie, het coderen/analyseren en de resultaten, zie Frielink & Embregts, 2013).

## Resultaten

Het eerste centrale thema betreft de noodzaak om de gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering aan te passen aan de taalvaardigheden van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het gebruik van eenvoudig, specifiek en duidelijk taalgebruik, korte zinnen en het stellen van gerichte vragen zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Ten aanzien van het gebruik van eenvoudig taal vertelde een cliënt het volgende:

“Mijn vriendinnen zeggen altijd Jip en Janneke taal is voor ons gewoon het meest duidelijk (...). Gewoon op een kinderlijke manier dingen verwoorden. Jonge kinderen weten ook niet wat moeilijke woorden betekenen (...). Nou, dat is bij ons, omdat wij gewoon een net iets lager leerniveau hebben, precies hetzelfde.”

Ook het gebruik van vraagwoorden aan het begin van een vraag is wenselijk opdat duidelijk is dat er een vraag gesteld wordt. Het is hierbij belangrijk het woord ‘waarom’ te vermijden, aangezien dit vaak negatieve associaties oproept; de cliënt kan hierdoor het gevoel hebben ter verantwoording te worden geroepen. Het is van belang om op te merken dat niet alle aanpassingen alleen belangrijk zijn binnen de context van motiverende gespreksvoering, maar ook voor een goede

communicatie met mensen met een verstandelijke beperking in zijn algemeenheid.

Ten tweede is het van belang om rekening te houden met de cognitieve vaardigheden van cliënten. Dat betekent bijvoorbeeld het stellen van slechts één vraag per keer of de cliënt voldoende reactietijd geven zodat een vraag verwerkt kan worden en het antwoord in eigen tempo bedacht en uitgesproken kan worden. Een professional verwoordde dit als volgt:

“Een open vraag, die kun je niet met ja en nee beantwoorden. Dus je moet iets gaan bedenken, en dat wat je bedenkt, moet je gaan verwoorden. Dat is het moeilijke, dus ze hebben daar meer tijd voor nodig.”

Daarnaast is het belangrijk om gerichte vragen te stellen over een specifiek onderwerp om er voor te zorgen dat de cliënt de vraag begrijpt. Een professional vertelde:

“De mogelijkheid tot antwoorden is veel te breed. Dus het moet wat gericht, en de begrippen ‘iets willen’ of ‘iets verwachten’, dat zijn denk ik ook hele moeilijke termen. Dus vragen moeten ook wel concreet zijn.”

In sommige gevallen kan dat betekenen dat een open vraag wordt vervangen door de cliënt te laten kiezen uit verschillende antwoordmogelijkheden.

Het derde centrale thema heeft betrekking op het gegeven dat mensen met een lichte verstandelijke beperking geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven (Tuffrey-Wijne & McEnhill, 2008). Echter, cliënten begrijpen niet altijd wat gevraagd wordt, ook al beweren ze het tegendeel (Lindsay, 2009). Professionals staan dan ook voor de uitdaging om sociaal wenselijke antwoorden te herkennen en om onderscheid te maken tussen authentieke verandertaal en sociaal wenselijke verandertaal. Het bevesti-

gen en bekrachtigen van sociaal wenselijke verandertaal kan immers leiden tot extern gereguleerd gedrag. Scholing en intervisie zijn belangrijke interventies om professionals hier alert op te maken. Daarnaast zal de professional de cliënt goed moeten kennen om adequaat in te schatten of er sprake is van authentieke verandertaal of niet. De cliënt centraal stellen en het werken vanuit de relatie met de cliënt zijn dan ook belangrijke uitgangspunten.

## Een voorbeeldcasus

De aanbevolen aanpassingen voor gebruik van motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking worden hieronder aan de hand van een fictieve voorbeeldcasus die is gebaseerd op verschillende cases nader geïllustreerd. Bart is een 23-jarige jongen met een lichte verstandelijke beperking. Hij woont zelfstandig in een appartement in het centrum van een middelgrote stad en krijgt één keer per week een uur ambulante begeleiding. Bart werkt sinds twee jaar vier dagen in de week bij een lunchroom. Op woensdag heeft hij altijd een vrije dag. De laatste tijd komt hij regelmatig veel te laat op zijn werk. Zijn ambulante begeleider maakt zich hier zorgen om en vermoedt dat het te maken heeft met zijn toenemende alcoholgebruik. Samen met zijn ouders, die zich eveneens zorgen maken over zijn alcoholgebruik, vraagt hij een gesprek bij de psycholoog aan. Hieronder worden twee delen van dat gesprek beschreven (de inleiding van het gesprek en een deel halverwege het gesprek met daaraan gekoppeld een afronding, uitgesplitst naar uitspraken van de psycholoog (P) en Bart (B)). Achter alle uitspraken staat een beschouwing over het gebruik van de technieken van motiverende gespreksvoering, gevolgd door een toelichting voor het gebruik van motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

*Deel 1: inleiding van het gesprek*

Gesprek	Beschouwing	Aanbevolen aanpassing voor gebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
P Nou, Bart, goed dat je er bent. Aan je gezicht te zien sta je niet bepaald te popelen om hier te zijn.	<i>Het gesprek start met een korte bevestiging, gevolgd door een affectieve reflectie op basis van gezichtsuitdrukking (let op de bewuste keuze om een understatement te maken van deze reflectie).</i>	Bevestiging is concreet. Reflectie is specifiek op bepaald gedrag, maar omschreven in lastige woorden. Beter zou zijn geweest:  <b><i>Nou, Bart, goed dat je er bent. Ik zie aan je dat je liever niet hier was.</i></b>
B Ja, hè hè.... Ik hoef hier helemaal niet te zijn. Mijn ouders en Henk [ambulant begeleider] willen dat ik hier ben. Nergens voor nodig.	<i>De cliënt bevestigt dat wat de psycholoog zegt en voegt er nog wat extra informatie aan toe.</i>	
P Je kon niet veel anders.	<i>Herformulering.</i>	–
B Zeg maar gerust dat ik géén keuze had. Ik moest van hun gaan.	<i>De cliënt is betrokken bij datgene wat de psycholoog vertelt en reageert daar op.</i>	
P Waarom moest je van hen gaan?	<i>Doorvragen.</i>	Het vraagwoord ‘waarom’ kan beter vermeden worden (roept negatieve associaties op). Bovendien is de vraag nu heel breed en kan het ook verwijzen naar achterliggende problematiek van zijn alcoholgebruik, terwijl hier bedoeld wordt wat de gevolgen zouden zijn als hij niet naar dit gesprek zou gaan. Beter zou zijn geweest:  <b><i>Wat zou er anders gebeurd zijn?</i></b>
B Mijn ouders zouden dan mijn seizoenkaart van voetbal niet meer betalen. Dat doen ze al jaren en ik kan het zelf niet betalen. Dan zou ik pas echt kwaad worden.	<i>De cliënt toont iets dat belangrijk voor hem is.</i>	
P Dus je wilde eigenlijk niet komen, maar door te komen voor kwam je dat het voetbal van je werd afgepakt.	<i>Combinatie van een reflectie en samenvatting.</i>	Inhoud is goed, maar taalgebruik zou iets meer aan mogen sluiten bij de cliënt. Beter zou zijn geweest:  <b><i>Dus je wilde eigenlijk niet hier heen komen. Maar je kwam toch want dan blijven je ouders je seizoenkaart betalen.</i></b>
B Precies!	<i>De cliënt voelt zich begrepen en negativiteit wordt minder.</i>	



<p>P Oké, duidelijk. Ik vroeg me af of dat je er ideeën bij had wat het zou betekenen, naar een psycholoog komen en daar mee praten. Heb je daar een voorstelling bij? Wat dat precies inhoudt? Of heb je zo iets al eerder meemaakt?</p>	<p><i>De psycholoog begint met een open stelling die de cliënt vraagt om iets te vertellen, zonder een directe vraag te stellen. Vervolgens worden er twee open vragen in het verlengde daarvan gesteld en nog een gesloten vraag om na te gaan of de cliënt al eerder een dergelijk gesprek gevoerd heeft.</i></p>	<p>Drie vragen en een open stelling tegelijkertijd is te veel. Beter zou zijn geweest:</p> <p><b>Oké. Wat ik me afvroeg, heb je al wel eens eerder een gesprek zoals dit gehad?</b></p> <p>(Hier wordt bewust voor een gesloten vraag gekozen, zodat de vraag niet te breed geïnterpreteerd kan worden.)</p>
<p>B Ik heb wel vaker met mensen zoals jou gesproken, maar ja iedereen is anders he.</p>		
<p>P Dat is helemaal waar. Vind je het goed als ik wat informatie geef over hoe ik hier werk?</p>	<p><i>Bevestiging, gevolgd door een gesloten vraag om toestemming te krijgen voor het delen van informatie.</i></p>	<p>-</p>
<p>B Ja hoor.</p>	<p><i>De cliënt is akkoord.</i></p>	<p><i>Het risico bestaat dat de cliënt als antwoord 'nee' gaat geven. Toch verdient het de aanbeveling om deze vraag te stellen om de regie bij de cliënt te leggen. Als cliënt 'nee' zegt, wijst dat op weerstand en dient daar op in gegaan te worden.</i></p>
<p>P Het aller belangrijkste om te weten is dat je van mij niks moet. Het is aan jou om te bepalen of dit nuttig en zinvol voor jou is of niet. Als je hier niet wilt zijn, hoef je hier wat mij betreft niet te zijn. Maar op basis van wat je me zojuist hebt verteld, krijg ik het idee dat jouw ouders en je ambulante begeleider daar mogelijk anders over denken.</p>	<p><i>De psycholoog benadrukt de eigen keuze en verantwoordelijkheid van de cliënt, maar benoemt meteen de reden waarom de cliënt bij de psycholoog is. Dit doet de psycholoog bewust door een reactie uit te lokken bij de cliënt over de reden waarom de cliënt er van zijn ouders en zijn ambulante begeleider moet zijn.</i></p>	<p>De psycholoog geeft te veel informatie in één keer, gebruikt lange zinnen en geeft cliënt geen tijd om antwoord te geven op de indirecte vraag of hij hier wil zijn. Beter zou zijn geweest:</p> <p><b>Het belangrijkste om te weten is dat je van mij niks moet. Het is aan jou om te bepalen of dit nuttig en zinvol voor jou is of niet.</b></p> <p>(Door deze reactie te geven bestaat er een reële kans dat de cliënt aangeeft dat hij weg wil. Dit biedt de psycholoog de mogelijkheid om op dat moment alsnog in te gaan op het feit dat zijn ouders en ambulante begeleider daar waarschijnlijk anders over denken. In dat geval wordt die reactie echter uitgelokt door dat wat de cliënt vertelt.)</p>

*Deel 2: halverwege gesprek + afronding*

Gesprek	Beschouwing	Aanbevolen aanpassing voor gebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
P Als ik probeer samen te vatten wat je me tot nu toe verteld hebt, dan geef je aan dat je het laatste jaar meer bier bent gaan drinken. Eerst alleen in het weekend, maar daarna ook doordeweeks. Je drinkt nu gemiddeld zo'n zes tot acht blikjes per dag. Zeg ik dat zo goed?	<i>De psycholoog geeft een tussentijdse samenvatting en vraagt aan cliënt of dat de samenvatting correct is.</i>	-
B Dat klopt wel ja. Zo erg is het dus allemaal niet.	<i>De cliënt bevestigt samenvatting en toont weerstand.</i>	
P Je ouders en je ambulante begeleider maken zich zorgen om niks.	<i>Herformulering.</i>	-
B Zo zou je het wel kunnen zeggen ja.	<i>De cliënt bevestigt dat wat de psycholoog zegt.</i>	
P Hoe komt dat denk je? En vind je dat onterecht?	<i>De psycholoog vraagt de cliënt hoe het komt dat zijn ouders en ambulante begeleider zich zorgen maken. Hier wordt impliciet gevraagd naar nadelen van de huidige situatie, vanuit het perspectief van derden. Vanuit daar kan de psycholoog ingaan op voor- en nadelen van de situatie volgens de cliënt zelf.</i>	Er worden twee verschillende open vragen gesteld die bovendien erg breed geformuleerd zijn. Beter zou zijn geweest: <b>Hoe komt het dat zij zich zorgen maken?</b>
B Dat zou je aan hen moeten vragen.	<i>De cliënt schiet in de weerstand.</i>	
P Hmhm (en laat stilte vallen).	<i>De psycholoog kiest er hier bewust voor om enkel te 'hummen' en om een stilte te laten vallen, om de cliënt op die manier uit te dagen om meer te vertellen.</i>	-
B Kijk, vorige maand is er iets gebeurd. En dat maken zij opeens heel groot, terwijl dat nergens voor nodig is.	<i>De cliënt reageert op de stilte van de psycholoog en licht een tipje van de sluier op van de reden waarom zijn ouders en ambulante begeleider zich zorgen maken.</i>	
P Dat lijkt me vervelend, dat ze zich zo'n zorgen maken terwijl dat niet nodig is.	<i>De psycholoog geeft een bevestiging en koppelt daar meteen een reflectie aan door datgene wat de cliënt zegt met andere woorden terug te geven.</i>	-
B Ik heb wel een aantal dagen in het ziekenhuis gelegen nadat ik thuis van de trap ben gevallen toen ik te veel bier op had, dus ik begrijp wel dat ze zich een beetje zorgen maken. Maar ik ben er mee bezig, ik drink al minder.	<i>De cliënt verliest zijn weerstand en beschrijft het voorval waarom zijn ouders en de ambulante begeleider zich zorgen maken.</i>	

<p>P Je bent er zelf ook zo van geschrokken dat je minder bent gaan drinken.</p>	<p><i>Herformulering.</i></p>	<p>Het is hier belangrijk alert te zijn op sociaal wenselijke antwoorden van de cliënt. De cliënt gaf in zijn vorige antwoord nog aan dat zijn ouders en ambulante begeleider zich zorgen maken om niets, en nu geeft hij opeens aan dat hij bezig is om te minderen met zijn alcoholgebruik. Dat gaat erg snel en lijkt erop alsof de cliënt de psycholoog naar de mond wil praten zodat die zo snel mogelijk tegen zijn ouders vertelt dat het wel goed komt met hun zoon. De cliënt confronteren met deze paradox zou in dit geval beter zijn geweest:</p> <p><b><i>Dat is heftig. Ik kan me goed voorstellen dat je daar zelf ook van schrikt. En dat je ouders daar ook van geschrokken zijn.</i></b></p> <p><b><i>Je noemde dat je al minder bent gaan drinken. Was voor jou een reden om dat te doen omdat je zelf geschrokken bent of omdat je ouders zo reageerden en je daar geen zin in hebt?</i></b></p>
<p>B Dat is wel erg overdreven. Ik drink minder om geen gezeur met mijn ouders te krijgen.</p>		
<p>P Hmhm (en laat stilte vallen).</p>	<p><i>De psycholoog kiest er hier bewust voor om enkel te 'hummen' en om een stilte te laten vallen, om de cliënt op die manier uit te dagen om meer te vertellen.</i></p>	
<p>B Maar weet je, misschien moet je nog eens met mijn ouders praten, dan kun je hen ook meteen vertellen dat er niks aan de hand is.</p>		
<p>P Dat vind ik nou nog eens een goed idee! Ik stel voor dat we een gezamenlijke afspraak maken, met jou én jouw ouders.</p>	<p><i>De psycholoog sluit aan bij de cliënt en stelt diens autonomie centraal.</i></p>	
<p>*GESPREK EINDIGT MET HET PLANNEN VAN EEN NIEUW GESPREK SAMEN MET OUDERS*</p>		

Het is belangrijk op te merken dat er niet één 'juiste' manier is om motiverende gespreksvoering in te zetten tijdens een gesprek. Bepaalde uitspraken kunnen dan ook op verschillende manieren geformuleerd worden.

Het doel van de casusbeschrijving was om een voorbeeld te geven van motiverende gespreksvoering en het aanpassen van de gesprekstechnieken voor gebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

## Conclusie

In dit artikel zijn aanpassingen van gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering besproken zodat professionals deze methode ook bij mensen met een lichte verstandelijke beperking adequaat uit kunnen voeren. Zo is het belangrijk om aan te sluiten bij de taalvaardigheden en rekening te houden met de cognitieve vaardigheden van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Daarnaast is het belangrijk om alert te zijn op sociaal wenselijke antwoorden.

Bovenstaande casus illustreert hoe complex het voor professionals is om motiverende gespreksvoering adequaat uit te voeren. Zo is het een valkuil om aan te nemen dat een cliënt daadwerkelijk een besluit heeft genomen ten aanzien van gedragsverandering wanneer hij/zij tekenen van bereidheid tot verandering vertoont, of aangeeft al met verandering bezig te zijn (zoals in bovenstaande casus; Bart geeft aan al minder te drinken). Dit hoeft echter niet het geval te zijn, waardoor het proces van het versterken van betrokkenheid verward

wordt met het verdiepen in een plan om te veranderen en om vol te houden (de ambivalentie wordt als het ware onderschat). Bovendien vraagt het inzetten van motiverende gespreksvoering een andere benaderingswijze door professionals richting de cliënt dan doorgaans wordt gehanteerd: een open, niet-moraliserende benaderingswijze.

Om motiverende gespreksvoering adequaat uit te voeren bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, kunnen scholing, training en intervisie helpen. In het bijzonder wezen van Oorsouw, Embregts, Bosman en Jahoda (2009) op het gebruik van in-service training in combinatie met coaching-on-the-job. Met andere woorden, tijdens klassikale training kunnen kennis en vaardigheden worden eigen gemaakt. Om dit vervolgens in te zetten in de dagelijkse praktijk is het belangrijk dat de professional gecoacht wordt. Onderzoek naar daadwerkelijke toepassing en de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is echter nodig om de meerwaarde van deze methode te bevestigen.

## Geraadpleegde literatuur

- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843.
- Deci, E.L. (2004). Promoting intrinsic motivation and self-determination in people with mental retardation. In H.N. Switzky (Ed.), *Personality and motivational systems in mental retardation* (Vol. 28, pp. 1-29). San Diego: Elsevier / Academic Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3-24). New York: Plenum Press.
- Didden, R. (2010). *Tussen wal en schip*. Nijmegen: Radboud University.
- Embregts, P. (2009). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Arnhem: HAN University Press.
- Embregts, P. (2011). *Zien, bewogen worden, in beweging komen*. Tilburg: PrismaPrint.
- Frielink, N., & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 279-291.
- Friese, S. (2012). *Qualitative data analysis with ATLAS. Ti*. Londen: Sage Publications Limited.

- Hensel, E., Kroese, B. S., & Rose, J. (2007). Psychological factors associated with obtaining employment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 175-181.
- Hettema, J. E., Steele, J. M., & Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Reviews Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Kroon, A., Frielink, N., & Embregts, P. (2013). *Sterker dan de kick*. Ottersum: Dichterbij.
- Lindsay, W. R. (2009). Adaptations and developments in treatment programmes for offenders with developmental disabilities. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(S1), 18-35.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.
- McLaughlin, D. F., Taggart, L., Quinn, B., & Milligan, V. (2007). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use*, 12(2), 133-143.
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: a pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 153-158.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2011). Predictors of sex offender treatment dropout: Psychopathy, sex offender risk, and responsivity implications. *Psychology, Crime & Law*, 17, 457-471.
- Paelinck, A., & Vandevelde, S. (2013). Motiveren van geïnterneerden met een verstandelijke beperking die middelen misbruiken. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 52(1), 3-16.
- Rijkaart, A.M., & Neijmeijer, L. (2011). Modelbeschrijving ACT LVB met complexe problematiek. Utrecht, Trimboos-instituut.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Taggart, L. T., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*, 15(4), 360-368.
- Ten Wolde, A. C., Le Grand, B., Slagter, J en Storms, M. (2006). *Vaardig en Veilig: Behandeling van sterke gedragsgeestoorde licht verstandelijke gehandicapte mensen met risicovol gedrag. Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27, 237-246.
- Tuffrey-Wijne, I., & McEnhill, L. (2008). Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(4), 189-195.
- van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., de Witte, H., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De zelf-determinatie theorie: Kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, 22 (4), 316-335.
- van Gennep, A.T.G. (2009). Verstandelijke beperkingen als sociaal probleem. Kansen of bedreigingen van het burgerschapsparadigma? *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 35(2), 24.
- van Oorsouw, W.M.W.J., Embregts, P.J.C.M., Bosman, A.M.T., & Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 503-511.
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 63-82.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41(3), 328-335.