

Motiverende gespreksvoering in psychotherapie

G.M. Schippers, E. Baron, M.F Zinn & J.M. De Jonge

Voor: Tijdschrift voor Psychotherapie, themanummer over Afstemmingsfase

Aantal woorden: 4838

Samenvatting

De afstemmingsfase in psychotherapie is bedoeld om een vertrouwensrelatie op te bouwen, om overeenstemming te krijgen over de doelen en om client te stimuleren tot verandering. Weerstand speelt in deze fase bij uitstek een rol en de therapeut moet daar adequaat mee omgaan. Motiverende gespreksvoering is een methodiek die daartoe systematisch clientgerichte en gedragsgerichte elementen combineert door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, in een sfeer van acceptatie en compassie. Het bestaat uit de methodische stappen van engageren, focussen, ontlocken en plannen en daarin passende strategieën. De bouwstenen van motiverende gespreksvoering zijn ontwikkeld in een model dat is getoetst. Uitvoerig onderzoek in tal van settings en bij tal van psychische stoornissen heeft de doeltreffendheid aangetoond, zij het dat er veel onverklaarde variatie is. Training in motiverende gespreksvoering is goed ontwikkeld. Verspreiding van de methode kan bijdragen aan een adequate inzet van de 'algemene' factor in psychotherapie.

Summary

Particularly in the beginning of psychotherapy, a therapeutic alliance should be created with a focus on goals for change and what needs to be done in order to change. Resistance plays a role, and the therapist needs to handle it effectively. Motivational interviewing] is a collaborative, goal-oriented style of communication with particular attention to the language of change. It is designed to strengthen personal motivation for and commitment to a specific goal by eliciting and exploring the person's own reasons for change within an atmosphere of acceptance and compassion. Strategies are developed for engaging, focusing, evoking, and planning. Extensive research has been done to develop and test a causal model of motivational interviewing and to demonstrate its effectiveness, although with varied results. Training in motivational interviewing is well developed. Dissemination of motivational interviewing could contribute to effective exploitation of the general, non-specific factor in psychotherapy.

Trefwoorden

Motiverende gespreksvoering, afstemmingsfase psychotherapie, therapeutische relatie, conceptueel kader motivering en verandering, effectonderzoek, toepassingen.

Inleiding

Hoe men psychotherapie ook definieert, twee elementen zijn essentieel: het vestigen van een vertrouwensrelatie en het stimuleren van verandering. Verandering, van emoties en van gedrag, is het doel van psychotherapie, maar waarom is daar eigenlijk een vertrouwensrelatie voor nodig? Strikt genomen is dat ook niet altijd zo, er is immers ook verandering mogelijk zónder therapeut, zoals blijkt uit de evidentie voor therapie via het internet (Thewissen & Gunther, 2015). Maar psychotherapie in de vorm van een tweegesprek is gebaseerd op een vertrouwensrelatie. En die is nodig om twee redenen. Ten eerste heeft de cliënt emotionele of gedragsklachten die niet vanzelf of uit eigen toedoen overgaan en moet hij of zij er dus op vertrouwen dat de therapeut wel wegen weet om die klachten tegen te gaan. In tegenstelling tot de kapper of de rij-instructeur (die men ook op hun vaardigheden moet vertrouwen), gaat het bij de psychotherapeut om persoonlijke en intieme zaken, te weten het eigen gevoelsleven en het eigen ongewenste, lastgevende gedrag. Vertrouwen op betekent in dit geval dus toevertrouwen aan. Om je als cliënt te kunnen toevertrouwen aan iemand moet je je veilig voelen en ervan uit kunnen gaan dat de therapeut geen andere belangen heeft dan expliciet zijn gemaakt (zoals in de vergoeding). De therapeut moet voor het overige belangeloos beschikbaar zijn en oprecht geïnteresseerd in je emotionele leven en je lastgevende gedragspatronen. Maar dat is niet het enige. De beoogde verandering in de therapie vereist het blootstellen aan gevreesde emoties en het aangaan van eerder vermeden gedrag. Ook in die gevallen waarin de cliënt *niet* beseft dat psychotherapie verandering inhoudt van gedrag en van emoties, is het de taak van de psychotherapeut om cliënt daar op voor te bereiden en vertrouwd mee te maken. Het louter deelnemen aan een veilig en vertrouwde conversatie is echter onvoldoende om tot verandering te komen. Belangeloze beschikbaarheid en oprechte interesse zijn nodig, maar niet voldoende: het contact zal moeten uitmonden in de geschetste verandering en de cliënt zal gestimuleerd moeten worden om de benodigde veranderstappen te zetten. Hoe pakt de therapeut dat aan? De cliënt kan geacht worden gemotiveerd te zijn om van zijn klachten bevrijd te worden – daarvoor is hij immers het contact aangegaan. Maar dat geldt niet zonder meer voor de veranderstappen die daarvoor moeten worden gezet, noch voor het verdragen van de pijnlijke en lastige ervaringen waarmee dat meestal gepaard gaat.

Weerstand

Velen die aan een psychotherapie beginnen of die dat overwegen zijn er ambivalent over. Uit een enquête onder een groot aantal Amerikaanse psychotherapeuten identificeerden twee derde van hen weerstand bij de cliënt als een belangrijk obstakel (APA, 2010). Men kan zich schamen om therapie nodig te hebben. Men kan het gevoel hebben te falen en in therapie gaan als vernederend ervaren. De verwachtingen zullen niet altijd positief zijn. Weerstand bij vrouwen met depressieve klachten is gebleken voort te kunnen komen uit de verwachting dat ze toch niet de kans zullen krijgen hun eigen verhaal te kunnen doen of dat er niet naar hun wensen geluisterd zal worden of dat hun klachten wel niet begrepen zullen worden (Zuckoff, Swartz & Grote, 2015). Weerstand kan ook voortkomen uit het contact met de therapeut. Eenmaal in behandeling blijkt het een voorwaarde zich nogal vergaand aan een onbekende

professional te moeten toevertrouwen. Maar is hij of zij wel te vertrouwen en kan hij of zij werkelijk iets betekenen?

Weerstand kan ook voortkomen uit ambivalentie over verandering. Mensen die in therapie gaan beseffen doorgaans heel goed dat dit inhoudt dat ze hun gedrag (antisociaal, zelfdestructief of agressief gedrag, teveel eten, drinken of gokken, vermijdend gedrag, etc) en hun emotionele reacties zullen moeten veranderen. Daar zijn ze, begrijpelijk, ambivalent over en zien er in ieder geval tegenop. Weerstand tegen verandering kan zelfs een epifenomeen van de te behandelen klacht zelf zijn. Zo kunnen angstige cliënten de indruk hebben dat je zorgen maken een nuttige copingstrategie is, en kunnen getraumatiseerde mensen hun eigen wantrouwen, boosheid en sociale isolatie waarnemen als terechte houding in een voor hen vijandige wereld.

Weerstand of ambivalentie tegen therapie, de therapeut of tegen verandering is volstrekt natuurlijk (Prochaska & Norcross, 2001). Tegelijkertijd is onomstotelijk aangetoond dat hoe minder de weerstand, hoe beter het resultaat van psychotherapie (Beutler e.a., 2011). Goed omgaan met weerstand en helpen overwinnen van de ambivalentie zijn daarom essentieel in het therapieproces, met name in de afstemmingsfase in het begin.

Hoe gaan de cliëntgerichte therapie en de gedragstherapie om met weerstand tegen de behandeling en tegen verandering? Heel schetsmatig gezegd legt de cliëntgerichte, of rogeriaanse therapie nadruk op het belang van de therapeutische echtheid in de vertrouwensrelatie. Zij verwacht vervolgens dat verandering spontaan zal ontstaan binnen zo'n relatie. De gedragstherapie legt nadruk op het manipuleren van factoren in de omgeving en van de training in vaardigheden. Ze gaat er vanuit dat de cliënt wel spontaan meewerkt aan de therapie. Beide vooronderstellingen zijn echter vaak onterecht. Ofschoon beide psychotherapierichtingen in de loop der tijd wel naar elkaar zijn toegegegroeid en er zich integratieve vormen van psychotherapie hebben ontwikkeld, zijn echter nog nauwelijks therapie methodes die systematisch en wetenschappelijk onderbouwd omgaan met de beschreven weerstand.

Motiverende gespreksvoering

Een methode die dat wel poogt te doen is motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gespreksstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. Het is een cliëntgerichte en tevens directieve gespreksstijl, die in staat is de intrinsieke motivatie tot verandering te vergroten. Motiverende gespreksvoering integreert kernelementen uit beide genoemde therapierichtingen: het cliëntgerichte opbouwen van een vertrouwensrelatie en directieve aandacht voor de motivatie voor feitelijke verandering van emoties en gedrag. Motiverende gespreksvoering is niet bedoeld als een zelfstandige vorm van psychotherapie. Het is ontwikkeld als een methode om met het fenomeen ambivalentie om te gaan, die zich goed laat combineren met andere therapie methoden. De expliciete aandacht voor het aangaan van een vertrouwensrelatie en het vergroten van motivatie tot verandering maakt dat motiverende gespreksvoering bij uitstek geschikt is in de beginfase van psychotherapie.

Motiverende gespreksvoering heeft zich de afgelopen 30 jaar snel en breed verspreid (Hall e.a., 2015) en is onderwerp van tal van publicaties (Miller & Rollnik, 2014). Dat is te verklaren uit de behoefte in tal van professionele relaties in en buiten de gezondheidszorg aan gespreksmethodieken die verandering bij de gesprekspartner stimuleren. Het is ook het gevolg van het uitvoerige en uitstekende onderzoek die de methodiek ondersteunt, zowel theoretisch inhoudelijk als wat betreft de werkzaamheid. Merkwaardig is dat er in de psychotherapieliteratuur in Nederland relatief nog weinig aandacht aan deze methode is besteed. Terwijl motiverende gespreksvoering wel wordt beschouwd als een revival van de cliëntgerichte benadering, is er in het Tijdschrift voor Cliëntgerichte Therapie zeggende en schrijven ooit één artikel over geschreven en kreeg het in dit tijdschrift, op een enkele boekbespreking na, niet eerder aandacht. Mogelijk speelt daarbij een rol dat de methodiek is ontwikkeld in de verslavingszorg waarmee de meeste psychotherapeuten zich nu eenmaal niet (willen) identificeren. Motiverende gespreksvoering is inderdaad vanuit de verslavingszorg ontwikkeld, maar is, zo blijkt uit publicaties, inmiddels gemeengoed in allerlei sectoren van de geestelijke én de somatische gezondheidszorg en daarbuiten, bijvoorbeeld in de omgang met justitiabelen en in de preventie. Het komt misschien ook omdat het concept 'motiveren' niet zo goed ligt bij sommige psychotherapeuten, omdat het geassocieerd wordt met opdringen en aansporen, in plaats van met begrijpen en invoelen. Ook dat is dus onterecht, zoals we verderop zullen aangeven. Anderen zullen motiverende gespreksvoering misschien juist weer teveel associëren met invoelen en begrijpen. Directief therapeuten bijvoorbeeld vinden motiveren eerder een kwestie van overtuigen en overreden en spreken liever van beïnvloeden en controleren (Keijsers, Vossen & Keijsers, 2012). Motiverende gespreksvoering gaat echter uit van de autonomie en het zelfhelende vermogen van de cliënt, benadrukt sterk de eigen verantwoordelijkheid en is tevens expliciet gericht op de verandering op één gedrags- of emotioneel domein. Ondanks de relatieve onbekendheid heeft motiverende gespreksvoering het in zich om ook binnen het veld van de psychotherapie een leidende interventiemethode te worden, zeker in de afstemmingsfase. In deze fase dient er, overeenkomstig de klassieke definitie van Bordin (1979), immers overeenstemming te worden bereikt over doelen en taken en moet de positieve emotionele aard van de relatie worden bepaald.

De methodiek van motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog William R. Miller en de Zuid Afrikaans/Britse psycholoog Stephen Rollnick en is meest recentelijk gepresenteerd in de derde editie van hun Handboek (2014). Tot nu toe verscheen daarvan elk decennium een geheel herziene versie. Motiverende gespreksvoering bestaat uit een samenspel van houding, uitgangspunten, gespreksvaardigheden en bewust gekozen strategieën om bij cliënten verandering te ontlokken en te versterken door het verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, in een sfeer van acceptatie en compassie. We leggen de methode die zich, zoals gezegd kenmerkt door de combinatie van non-directieve en directieve elementen, in het volgende uit aan de hand van deze definitie.

Spirit

De sfeer, de achtergrond van waaruit motiverende gespreksvoering plaatsvindt, wordt aangeduid als de *spirit*. De kernelementen van de spirit zijn: partnerschap, acceptatie, compassie en ontlokken (zie figuur 1).

figuur 1 Spirit van motiverende gespreksvoering

Partnerschap betekent dat de cliënt en de behandelaar samenwerken als partners. Beiden zijn experts op hun eigen terrein: de professional op zijn werkgebied, de cliënt wat betreft zijn eigen levensgeschiedenis, omstandigheden, voorkeuren en drijfveren om al dan niet te veranderen.

Een accepterende grondhouding betekent dat de cliënt wordt aanvaard zoals deze is. Hierbij speelt accurate empathie een belangrijke rol. De therapeut probeert de gevoelens en perspectieven van de cliënt te begrijpen zonder dat hij oordeelt, bekritiseert of beschuldigt. Hoewel de therapeut een aanvaardende houding heeft, betekent dat niet dat hij met alles instemt of goedkeurt. Hij kan met de cliënt van mening verschillen, en dat ook benoemen, maar hij luistert met respect naar de cliënt. Acceptatie betekent dus dat de therapeut de autonomie van de cliënt respecteert en ondersteunt. Zolang de cliënt in staat is zelf beslissingen te nemen, is het ook aan de cliënt om deze te nemen: de cliënt is vrij zijn eigen weg te kiezen. De nadruk ligt dan ook op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de cliënt. Ten slotte betekent acceptatie dat de therapeut de sterke kanten en inzet van de cliënt erkent. In het gesprek wordt de nadruk gelegd op de kracht en inspanningen van de cliënt. De therapeut streeft ernaar dat de cliënt meer vertrouwen krijgt in eigen kunnen om met hindernissen om te gaan en daadwerkelijk verandert.

Compassie houdt in dat de therapeut zich actief inzet voor het welzijn en de behoefte van de cliënt. Hij handelt vanuit het belang van de cliënt en niet vanuit zijn eigen belang.

Strategiën

Tot zover de basishouding, die de meeste psychotherapeuten niet vreemd in de oren zal klinken. Wat zijn dan de strategieën om tot verandering te komen? In motiverende gespreksvoering worden vier processen onderscheiden (zie figuur 2), te weten: 1) engageren, 2) focussen, 3) ontlokken en 4) plannen. De processen zijn opeenvolgend, repeterend en elkaar ondersteunend. Dit betekent dat er in een motiverend gesprek altijd eerst de nadruk wordt gelegd op engageren, dat wil zeggen op het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Wanneer die er is, wordt er samen met de cliënt een focus bepaald: welk thema komt centraal te staan? De klachten worden verhelderd en geprioriteerd. De therapeut en cliënt komen samen tot een gespreksthem. Als er overeenstemming is over het thema, ontlokt de therapeut met betrekking tot dat thema verandertaal aan de cliënt. Dit deel, ontlokken van verandertaal is het meest eigene van motiverende gespreksvoering. De therapeut zet ontlokinterventies in om zowel het belang van, als het vertrouwen in verandering bij de cliënt te vergroten. Als er voldoende verandermotivatie is opgebouwd zet de laatste fase in: plannen. Daarin wordt

commitment aan verandering bevestigd en worden zo mogelijk concrete veranderafspraken gemaakt.

Tijdens alle vier de processen wordt gebruik gemaakt van de volgende gespreksvaardigheden: open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen, samenvatten en het geven van informatie en advies met toestemming (ORBSI). Tijdens het proces van ontlokken worden ook andere vaardigheden ingezet die we verderop zullen aanduiden.

figuur 2 Vier processen van motiverende gespreksvoering

Engageren

Met engageren wordt het proces aangeduid van het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie. Het leunt daarbij geheel op de basisingrediënten van een cliëntgericht gesprek: open vragen stellen, reflectief luisteren (verbaal en nonverbaal), bevestigen en samenvatten. Eigen aan motiverende gespreksvoering is dat het strategieën aanvoert voor de exploratie van persoonlijke doelen, waarden of dromen van de cliënt en voor hulp aan de cliënt deze te verkennen en er motieven voor verandering aan te ontlenen.

Focussen

Motiverende gespreksvoering is echter niet alleen cliëntgericht, maar ook gericht op een doel: verandering namelijk. Soms heeft de cliënt bij aanvang van de therapie een duidelijke hulpvraag, of wordt de verwachte verandering al bepaald door de context van het gesprek, bijvoorbeeld behandeling binnen de context van somatische zorg of verslavingszorg. Vaak is er echter geen eenduidige hulpvraag of zijn er meerdere thema's aan de orde. Dan dient een focus bepaald te worden. Motiverende gespreksvoering beschrijft daar strategieën voor. Bijvoorbeeld agenda mapping ('agenderen'). Dit is een metagesprek, waarin de therapeut met de cliënt bepaalt welke onderwerpen belangrijk zijn. Beiden hebben daarbij een inbreng. Vervolgens maken ze samen een keuze en stellen ze prioriteiten. Pas als er overeenstemming is tussen de therapeut en de cliënt over het beoogde veranderdoel, gaat de therapeut over naar het volgende proces. Een tweede strategie die kan helpen bij het vinden van een heldere focus is het geven van informatie, bijvoorbeeld over de psychische klachten van de cliënt. Informatie of advies binnen motiverende gespreksvoering wordt alleen gegeven als de cliënt hier toestemming voor geeft. De strategie daarvoor is het drieluik van eerst ontlokken, dan opties aanbieden, en daar weer een reactie op ontlokken (O-A-O).

Ontlokken

Ontlokken van verandertaal en erop reageren is het kernstuk van motiverende gespreksvoering. Een reeks van studies (zie de volgende paragraaf) heeft aangetoond dat het uitspreken van verandertaal bijdraagt aan verandering in gedrag en emotionele reacties. Cliënten zijn vrijwel altijd ambivalent ten opzichte van verandering: ze verlangen ernaar en zijn er bang voor. Ze willen wel van de klachten af, maar zien ook op tegen de inzet die dat vraagt, of weten niet hoe het aan te pakken. Ze doen negatieve ervaringen op in contact met anderen, maar hebben geen zicht op de rol die ze daarin spelen. Ze willen wel hun gedrag veranderen, maar verzetten zich tegen de moeite die dat kost. Motiverende gespreksvoering gaat ervan uit dat ambivalentie

normaal is in het proces van verandering. Ambivalentie blijkt uit de mengeling van uitspraken van de cliënt die gaan over wel-veranderen (verandertaal) en over niet-veranderen (behoudtaal). De therapeut lokt doelgericht verander taal uit en versterkt die uitingen door erkenning, selectieve reflectie en bekrachtiging. Zoals gezegd steeds gebruik makend van de eerder genoemde cliëntgerichte gespreksvaardigheden. Verandertaal bestaat uit uitspraken die gaan in de richting van het doelgedrag, zoals een andere leefstijl, een oefenopdracht, zoals blootstelling, het trainen van vermijding of het doen van zelfregistraties. Behoudtaal gaat over niet-veranderen, vasthouden aan het bestaande en vertrouwde.

In verander taal worden twee overstijgende vormen onderscheiden: voorbereidende verander taal en mobiliserende verander taal. Voorbereidende verander taal bestaat uit die uitspraken die betrekking hebben op de wens om te veranderen of het belang ervan ('Ik wil best veranderen'; 'Ik kan veranderen als ik zou willen', 'Veranderen is waarschijnlijk een logische stap'). Ook uitspraken van de cliënt over de mate van zelfvertrouwen in de haalbaarheid van de veranderingen of de noodzaak om te veranderen vallen in deze categorie. Cliënten doen daarmee nog geen uitspraak dát ze gaan veranderen, slechts de intentie en overwegingen worden verwoord. Mobiliserende verander taal bestaat uit uitspraken die betrekking hebben op het besluit ('Ik ga het proberen' of 'Vanaf morgen maak ik elke avond mijn registratieopdracht'). Ook uitspraken waaruit blijkt dat de cliënt daadwerkelijk stappen heeft ondernomen vallen hieronder.

Motiverende gespreksvoering beschrijft strategieën om verander taal uit te lokken. De eenvoudigste methode is het stellen van open vragen, bijvoorbeeld: 'Welke redenen heb je om te gaan doen wat je hebt voorgenomen?' of 'Hoeveel vertrouwen heb je erin dat je deze week in staat bent om ...?' Verder kan cliënt gevraagd worden op een schaal van 0 tot 10 aan te geven hoe belangrijk de beoogde verandering is, of hoeveel vertrouwen hij erin heeft dat het gaat lukken. Het vertrouwen in veranderen kan door de therapeut vergroot worden door samen te zoeken naar eerdere succeservaringen of sterke kanten van de cliënt. De cliënt wordt bevestigd in gedrag dat leidt tot veranderen ('Dapper dat je deze stap durft te zetten'), zodat hij (opnieuw) moed vat om te kiezen voor veranderen. Verder lokt de therapeut positieve ervaringen uit, bijvoorbeeld in de vorm van tijdelijke verandering op afspraak ('Ben je bereid, om het uit te proberen, om gedurende enige dagen het volgende te doen of te laten?'). Voorts kunnen open vragen worden ingezet naar de toekomstverwachting van de cliënt, mocht hij gaan veranderen: 'Wat levert het je op? Wat is er prettig? Hoeveel waarde hecht je eraan?' Of open vragen naar situaties in het verleden waarin de cliënt zijn klachten nog niet had: 'Hoe zag je leven eruit toen je deze klachten nog niet had? Wat vond je ervan? Waar verlang je naar terug?' Ook noemen zij de vraag naar de grootste catastrofe die zou kunnen gebeuren, mocht de cliënt besluiten niet te veranderen: 'Wat is het ergste dat je kan gebeuren als je klachten niet veranderen?'. Versterken wordt ook gedaan door verander taal selectief te reflecteren en uit te weiden over een argument dat de cliënt aandraagt voor veranderen. Soms betekent dit dat de therapeut voor de cliënt belangrijke uitspraken bewust negeert. De therapeut bekrachtigt vooral uitspraken die gericht zijn op probleemherkenning door de cliënt, diens bezorgdheid over zijn huidige situatie of toekomst, de bereidheid om te veranderen en het vertrouwen in eigen kunnen.

Motiverende gespreksvoering geeft ten slotte een aantal manieren om te reageren op weerstand. Op grond van interactieonderzoek van Moyers e.a. (2005) wordt in de motiverende gespreksvoering weerstand uiteen gelegd in twee componenten, namelijk behoudtaal en wrijving. Beide zijn terug te vinden in de beschrijving van weerstand in de paragraaf aan het begin van dit artikel. Weerstand kan worden begrepen als enerzijds voortkomend uit wrijving, dat wil zeggen uit een obstakel in de vertrouwensrelatie therapeut-cliënt of over het in therapie zijn, en anderzijds uit ambivalentie over verandering, blijkend uit behoudtaal. Behoudtaal bestaat uit uitspraken en opvattingen van de cliënt over niet willen of kunnen veranderen. Behoudtaal komt voort uit de natuurlijke en begrijpelijke ambivalentie over verandering. Motiverende gespreksvoering verschaft strategieën om wrijving (Miller en Rollnick spreken van 'rooksignalen') en behoudtaal te herkennen, van elkaar te onderscheiden, en om op beide adequaat te reageren.

Plannen

Tijdens het proces plannen wordt de brug geslagen van praten over het belang van veranderen naar daadwerkelijk veranderen. Cliënten zijn sterker geneigd om echt te veranderen als ze een specifiek plan hebben en als ze de intentie om het uit te voeren tegen iemand hebben uitgesproken (Gollwitzer, 1999). Bij het ontwikkelen van een veranderplan gaat het er meestal om te komen van een algemeen voornemen ('Ik ga het proberen') tot een specifiek plan van aanpak ('Ik maak vanmiddag een afspraak om in de sportschool te trainen'). De therapeut ondersteunt de cliënt in het maken van een haalbaar plan en versterkt diens commitment aan het plan ('Ja, ik wil'). Ook als er een helder plan is opgesteld met de cliënt en duidelijk afspraken zijn gemaakt, blijft het van belang de cliënt erop aan te spreken het plan uit te voeren. De cliënt houdt de autonomie in wat hij doet, hoe en wanneer. Een valkuil is het te snel willen overgaan naar het plannen van actie. Pas als er voldoende bereidheid is bij de cliënt, leidt een veranderplan tot betere resultaten (Lee et al., 2010). Dit kan de therapeut rechtstreeks vragen: 'Bent u eraan toe om eens te kijken hoe u het zou kunnen aanpakken?' Of door het stellen van de zogenaamde hamvraag: 'Alles op een rijtje gezet, wat zou voor u de volgende stap zijn?'

Als cliënt zich aan een veranderdoel committeert, volgt een beslissing over de route die de cliënt kan volgen. Soms kan op belangrijke inhoudelijke of praktische onderdelen niet meteen overeenstemming bereikt worden. De therapeut weerhoudt zich er dan van te overtuigen en last eventueel voor beiden bedenktijd in door een nieuwe afspraak te maken. Het is goed mogelijk dat de therapeut 'water bij de wijn doet' en uiteindelijk voor zijn tweede of derde optie gaat. Mogelijk niet op basis van de evidentie de best werkende, maar wel de optie waar cliënt zich aan kan committeren, energie in zal steken en kansen ziet om resultaat te boeken.

Het gesprek over de afstemming van de therapie aan de cliënt draagt vanouds namen als behandeladvies- of toewijzingsgesprek, omdat de indicatie en de afstemming toch vooral als een zaak van de behandelaar werd gezien. Tegenwoordig kiezen we vaker voor gedeelde besluitvorming om uit verschillende behandelopties te kiezen. Gedeelde besluitvorming betekent dat behandelinhoudelijke beslissingen genomen worden op basis van consensus, waarbij zowel therapeut als cliënt verantwoordelijk zijn voor de gemaakte keuzes. Veel

therapeuten en instellingen worstelen met de manier om dit vorm te geven. Maurer en Westermann (2015; ZIE VAST OOK ANDER ARTIKEL IN DIT THEMANUMMER) geven een belangrijke leidraad. Tussen gedeelde besluitvorming en motiverende gespreksvoering beaat belangrijke overeenstemming in doel en wijze van werken – al was het maar omdat in beide staan de genoemde *spirit* en de ORBSI-gespreksvaardigheden centraal staan. Motiverende gespreksvoering leent zich daarom bij uitstek als methodiek om tot gedeelde besluitvorming te komen (Elwyn et al, 2011).

Theorie en onderzoek

Motiverende gespreksvoering is een talige therapie en onderwerp gemaakt van interessant psycholinguïstisch onderzoek (Amrhein, e.a. 2003). Dat heeft geleid tot een coherent model, waarvan de elkaar beïnvloedende componenten zijn onderzocht en beschreven door Miller en Rose (2009). Aan de hand van dit model (zie figuur 3) is vastgesteld dat er een positief verband bestaat tussen de mate waarin de therapeut werkt in de geest van motiverende gespreksvoering en de mate waarin hij empathisch is enerzijds, én de mate waarin de cliënt verandertaal uitspreekt en minder behoudtaal laat horen anderzijds. Er is ook een positief verband gevonden tussen de gespreksvaardigheden passend bij motiverende gespreksvoering, en de mate waarin de cliënt meer verandertaal en minder behoudtaal uitspreekt. Vervolgens blijkt er een positief verband te zijn tussen enerzijds de toename van verandertaal en afname van behoudtaal, en anderzijds het commitment voor verandering. Beide blijken voorspellend voor gedragsverandering.

De effectiviteit van motiverende gespreksvoering is op voorbeeldige wijze onderzocht. Er verschenen tot op heden meer dan twaalfhonderd publicaties over klinische resultaten met de behandelmethode, waaronder meer dan tweehonderd gerandomiseerde studies, over een lange reeks van problemen, beroepen, praktijken en landen, en meer dan tien meta-analyses (zie voor een opsomming motivationalinterviewing.org/motivational-interviewing-resources en Miller & Rollnick, 2014). De algemene conclusie is dat motiverende gespreksvoering een substantiële beoogde verandering tot effect heeft of daar in belangrijke mate aan bijdraagt. Dat laatste heeft betrekking op de studies waarin motiverende gespreksvoering wordt ingezet als een vorm van voorbehandeling van een standaard psychotherapiebehandeling. Vooral bij cliënten met een ernstige stoornis lijkt dit te helpen (Westra, Arkowitz, & Dozois, 2009; Hettema, Steele, & Miller, 2005).

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering werd gedaan bij mensen met problematisch middelengebruik (Smedslund et al. 2011) en in medische settingen. In die gevallen is het effect vastgesteld op stoppen met drinken, drugs gebruiken en roken, en op verandering van gezondheidsgedrag zoals teveel eten, te weinig bewegen, medicatiegebruik, ongezond seksueel gedrag, het niet opvolgen van medische adviezen, etc (Heckman, Egleston, & Hofmann, 2010; O'Halloran et al, 2014). Meer recent is er vooral onderzoek gedaan naar de toepassing en de effecten van motiverende gespreksvoering bij andere psychische stoornissen. Een uitstekend overzicht geven Arkowitz, Miller, & Rollnick (2015). Achtereenvolgens behandelen zij de toepassing ervan bij eetstoornissen, bij angst (obsessief compulsieve stoornis en post traumatische stressstoornis), bij depressie, bij suicidale

intenties, in farmacotherapie, bij verslaving (gokken en roken) en bij huiselijk geweld. Ook in de behandeling van ernstige psychiatrische problemen zoals schizofrenie heeft motiverende gespreksvoering zijn meerwaarde laten zien (Barrowclough e.a., 2014). Niet alleen therapeuten maar ook niet-professionals kunnen motiverende gespreksvoering leren. Recent is een training ontwikkeld voor ouders van jongvolwassenen met schizofrenie en vastgesteld dat die leidde tot andere interactiegedrag en tot minder cannabisgebruik bij de patienten (Smeerdijk e.a., 2014). Een meta-analyse van Romano en Peters (2015) naar de werking van motiverende gespreksvoering bij mensen met angst, depressie, eetstoornissen psychosen en comorbiditeit geeft aan dat het een gunstig effect heeft op het therapeutische engagement.

In het algemeen is er wel een opvallend grote variatie in effect van motiverende gespreksvoering tussen studies, settings en therapeuten. Een aantal effectstudies kon geen groot effect van motiverende gespreksvoering rapporteren op van tevoren bepaalde afhankelijke variabelen (Carroll et al., 2006; Miller, Yahne, & Tonigan, 2003). Studies waarin de toegepaste motiverende gespreksvoering zorgvuldig werd gesuperviseerd en aan de hand van een protocol uitgevoerd, toonden wel aanzienlijke therapeuteffecten aan (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993; Project MATCH Research Group, 1998). In multicenterstudies werd een interactie gevonden tussen setting en behandel-effect, wat betekent dat motiverende gespreksvoering aanzienlijk effect had in de ene setting, maar niet in een andere. Wanneer gemiddeld werd over de settings, was het algemene effect niet altijd significant (Ball et al., 2007). Een mogelijke verklaring is dat deze variatie gedeeltelijk is toe te schrijven aan verschillen in vaardigheden van de therapeuten die de motiverende gespreksvoering uitvoeren. Vanwege het inzicht in het fenomeen weerstand en in de training van vaardigheden om daarmee om te gaan, heeft motiverende gespreksvoering een interessante positie in de lopende discussie over het belang van 'specifieke' of algemene factoren in psychotherapie (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Imel, Wampold, & Miller, 2008; Keijsers, 2014).

Training

Motiverende gespreksvoering is ogenschijnlijk eenvoudig. Gespreksvaardigheden als open vragen stellen, reflecteren, bevestigen en samenvatten behoren immers tot de vaardigheden van iedere therapeut. Ook goed opgeleide psychotherapeuten blijken echter zowel training (online, blended of face-toface) als supervisie nodig te hebben om motiverende gespreksvoering goed te leren toepassen (Miller e.a., 2004). Miller en Rollnick (2014) beschrijven de acht vaardigheden die een clinicus daarvoor moet hebben. Vooreerst vereist het een open en cliëntgerichte, samenwerkende houding en het kunnen toepassen van accurate empathie. Motiverende gespreksvoering verschilt van cliëntgerichte counseling door te focussen op ambivalentie en door de gerichtheid op verandertaal. Het herkennen en kunnen uitlokken van verandertaal is de volgende set vaardigheden die essentieel zijn. In samenhang daarmee ook het kunnen herkennen en omgaan met behoudtaal én met wrijving in de relatie. Vervolgens vereist motiverende gespreksvoering ook dat herkend wordt wanneer een cliënt bereid en in staat is tot het plannen van verandering. Dat alles moet (en kan) gecombineerd worden met andere therapeutische methoden en vaardigheden. Sommige therapeuten die goed zijn in motiverende gespreksvoering vinden het lastig om te switchen tussen motiverende

gespreksvoering en een andere therapeutische methode (Miller e.a., 2005). Anderen lukt dat wel (Longabaugh e.a., 2005).

De opzet en aard van trainingen in motiverende gespreksvoering zijn goed ontwikkeld en ook aan breed onderzoek onderworpen. Er zijn standaarden ontwikkeld en dankzij goed ontwikkelde codeersystemen (De Jonge, 2005) kan die vaardigheid ook gemeten worden. In Nederland zijn tal van trainingsmogelijkheden, er is onder meer een actieve groep van trainers in internationaal verband. Voor motiverende gespreksvoering is door de GGZ Ecademy (2016) een e-learning module ontwikkeld. Het NSPOH (2016) stelt een online test beschikbaar waarmee de vaardigheid getoetst en (op vrijwillige basis) gecertificeerd kan worden. Opgemerkt zij nog dat op principiële gronden de ontwikkeling en verspreiding van motiverende gespreksvoering plaatsvindt op basis van *not for profit*.

Beperkingen

Zijn er doelgroepen en gedragingen waarin motiverende gespreksvoering niet toegepast kan worden? Schippers en de Jonge (2002) merken op dat motiverende gespreksvoering minder geschikt is als een cliënt niet in staat is om zelfcontrole uit te oefenen. Recent onderzoek laat zien dat ook cliënten met een verstandelijke beperking of jongeren in staat zijn een motiverend gesprek te voeren en tot een weloverwogen besluit te komen over verandering (Frielink, Embregts & Schuengel, 2014). Naar-King en Suarez (2012) geven goede handvatten voor een motiverend gesprek met jongeren en jongvolwassenen met problematisch middelengebruik. Zijn er dan toch geen beperkingen? Wellicht wel, en die liggen besloten in de methodiek zelf. Motiverende gespreksvoering is slechts van toepassing als er een keuze over verandering gemaakt kan worden. Er zijn genoeg behandel situaties waarin een cliënt geen keuze meer kan maken omdat hij bijvoorbeeld psychotisch gedecompenseerd of ernstig onder invloed is. Er zijn ook behandel situaties waarin het de vraag is of het ethisch verantwoord is om motiverende gespreksvoering toe te passen, bijvoorbeeld in geval van een suïcidewens. Deze en andere ethische kwesties zijn uitvoerig besproken door Miller en Rollnick (2014).

Tot slot

Motiverende gespreksvoering kan worden beschouwd als een van de meest innovatieve en snelst groeiende hedendaagse psychologische behandelmethodieken. Ze is goed onderzocht en zowel in de geestelijke als de somatische gezondheidszorg sterk in opmars. De creatieve combinatie van een cliëntgerichte en gedragsgerichte benadering beantwoordt aan de behoefte aan een methodiek die de krachten van beide benaderingen combineert in een elegante gespreksstijl, die ingaat op de fase voorafgaand aan werkelijke verandering: het opbouwen van de interne motivatie en bereidheid tot verandering. Dat geldt voor vrijwel alle vormen van zelfgecontroleerde verandering. Daarmee is de methodiek een uitstekende werkvorm in de afstemmingsfase van psychotherapie.

Literatuur

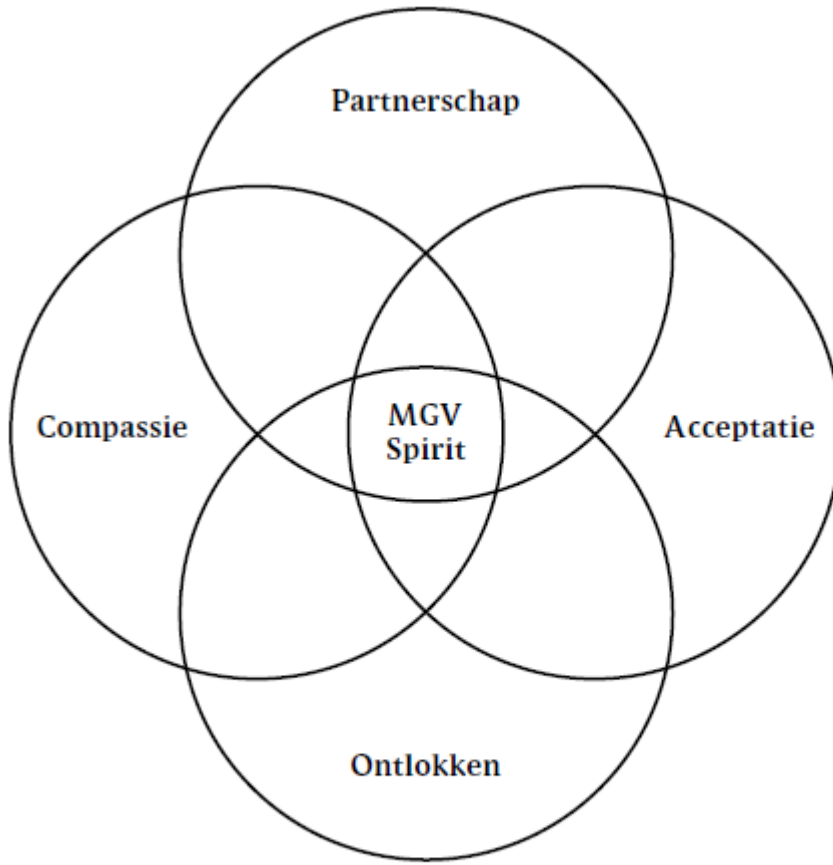
American Psychological Association. (2010). Division 12 Committee on building a two-way bridge between research and practice: Clinicians' experiences in using an empirically

- supported treatment for panic disorder. *The Clinical Psychologist*, 64, 10-20.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2015). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Guilford Publications.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., ... & Carroll, K. M. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 556-567.
- Barrowclough, C., Haddock, G., TARRIER, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., ... & McGovern, J. (2014). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), 1706-1713.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/reactance level. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 133-142.
- Bordin E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic.)* 16, 252–260.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L. Farentinos, C. ... Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Journal of Drug & Alcohol Dependence*, 81(3), 301-312.
- De Jonge, J.M. (2005). *Motivation for Change in the Addictions: Studies in Assessment*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R.M., Marrin, K., White, J., & Frosch, D.L. (2014). Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. *Annals of family medicine*, 12 (3),270-5

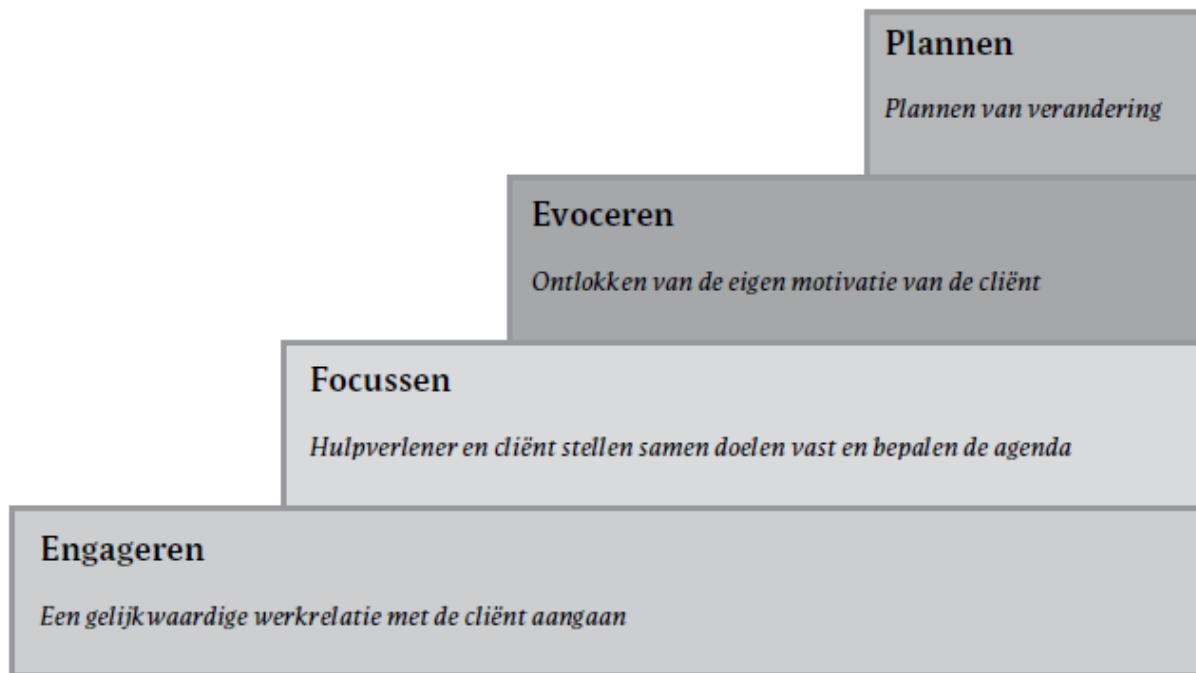
- GGZ Ecademy. Motiverende gespreksvoering 1, 2, 3 en 4. <http://www.ggzecademy.nl>, 20 januari 2016.
- Frielink, N., Embregts, P. J. C. M., & Schuengel, C. (2014). Motiverende gespreksvoering bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 53(2), 36-48.
- Hall, K., Staiger, P. K., Simpson, A., Best, D., & Lubman, D. I. (2015). After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing? *Addiction*, doi: 10.1111/add.13014.
- Heckman, C. J., Egleston, B. L., & Hofmann, M. T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19, 410-416.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Miller, S. D. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 533-543.
- Keijsers, G. P. J. (2014). *The great psychotherapy debate* (Oratie). Maastricht: Maastricht University.
- Keijsers, G.P.J., Vossen, C.J.C. & Keijsers, L.H.A. (2012). *Helpen veranderen. Motiveringsstrategieën in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Longabaugh, R., Zweben, A., LoCastro, J. S., & Miller, W. R. (2005). Origins, issues and options in the development of the combined behavioral intervention. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (15), 179-187.
- Maurer, J. M., & Westermann, G. M. A. (2015). *Beter communiceren in de hulpverlening: Het dialoogmodel als leidraad*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen. (3e ed.)*. Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia.

- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 455-461.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L. T., Ernst, D., & Forcehimes, A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 15)*, S188–S195.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 754.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 1050-1062.
- motivationalinterviewing.org/motivational-interviewing-resources; 20 januarie 2016
- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(4), 590-598.
- Naar-King, S., & Suarez, M. (red.) (2011). *Motivational Interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98-102.
- NSPOH: Online Assessment Motiverende Gespreksvoering. <http://www.nspoh-online.nl/AMGV/>, 20 januari 2016.
- O'Halloran, P. D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M. ... Taylor, N. F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation, 28*(12), 1159-1171.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 443.
- Project MATCH Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455-474.

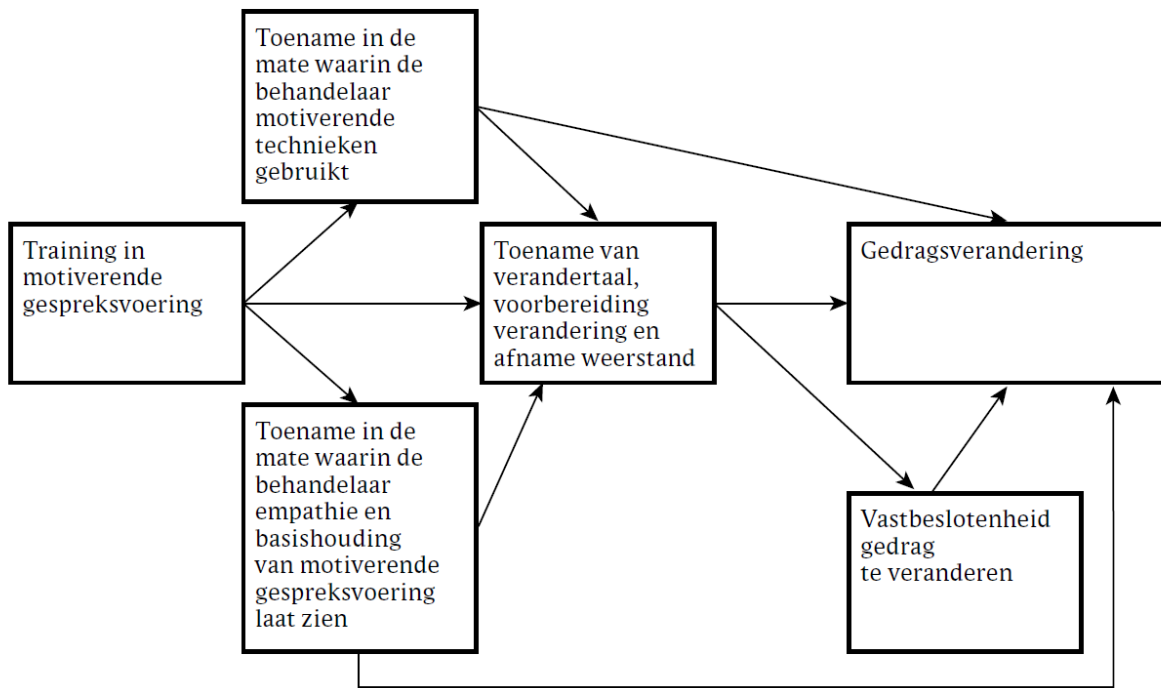
- Romano, M., & Peters, L. (2015). Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 38*, 1-12.
- Schippers, G. M., & De Jonge, J. M. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 3*, 250-265.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational Interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*, 340-345.
- Thewissen, V., & Gunther, N. (2015). E-mental health: state of the art. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 41*(6), 374-392.
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1106-1117.
- Zuckoff, A., Swartz, H.A., & Grote, N.K. (2015). Motivational interviewing as a prelude to psychotherapy of depression. In: Arkowitz, H., Miller, W.R., & Rollnick, S. *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. 2e Ed.* New York, NY: Guilford Press; pp. 143-166.



FIGUUR 1 *Spirit van motiverende gespreksvoering*



FIGUUR 2 *Vier processen van motiverende gespreksvoering*



FIGUUR 3 *Verklaringsmodel voor motiverende gespreksvoering (uit: Miller & Rose, 2009)*