

Methodieken van educatie: Motivational interviewing

1. Inleiding

Motivational Interviewing (MI) is een directieve persoongerichte gespreksstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen. Hierbij wordt de patiënt gestimuleerd om zelf (mede) verantwoording voor de behandelingskeuze te nemen.

Motivational Interviewing is nog in opkomst. Bij de beschrijving van dit document is gebruik gemaakt van een beschrijving van Motivational Interviewing uit het eindrapport van het project “Naar vraaggestuurde dieetzorg” (2005). Hierdoor zijn de genoemde voorbeelden vooral gericht op diëtisten. De methode is echter ook zeker toepasbaar bij verpleegkundigen.

Het managen van een chronische ziekte vereist gedragsverandering. Waarom is veranderen zo moeilijk? Wanneer de cliënt niet doet wat de hulpverlener adviseert spreken we ook wel van een gebrek aan therapietrouw of non-compliance (Schippers, 2002). Dit kan diverse redenen hebben. Met name gevoelens zoals angst, frustratie, depressie, schaamte etcetera spelen een belangrijke rol. Daarnaast zijn er nog andere redenen te noemen zoals gebrek aan vertrouwen, gebrek aan visie (wat is nodig om te veranderen?), gebrek aan betrokkenheid, geen voordelen in de gedragsverandering zien etcetera. De meeste mensen die moeten veranderen zijn er nog niet klaar voor. Er moeten eerst diverse stadia worden doorlopen voordat de cliënt kan veranderen (dit kan namelijk niet in 1 keer). Hier zijn stadium specifieke communicatievaardigheden voor vereist. Ervaringen, verwachtingen en gewoonten kunnen veranderen, zij het soms langzaam en stap voor stap. Op die verandering is invloed uit te oefenen. Het vereist wel speciale aandacht en een aangepaste methode.

In 1991 publiceerde de Amerikaanse psycholoog William R. Miller, samen met zijn Britse collega Stephen Rollnick *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. In eerste instantie is Motivational Interviewing ontwikkeld voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen, maar heeft in de loop van de tijd ook op diverse andere gebieden van de gezondheidszorg (zoals voeding en beweging) naamsbekendheid gekregen.

In 2002 verscheen de tweede editie, tevens door Miller en Rollnick, onder de titel *Motivational Interviewing: preparing people for change*, met voortschrijdende inzichten in de effectiviteit van de methode en de bredere toepasbaarheid (binnen o.a. justitie, gezondheidszorg en begeleiding van mensen met chronische aandoeningen).

Dat Motivational Interviewing een effectieve strategie is op het gebied van gedragsverandering en voeding en/of diabetes, blijkt uit diverse studies. Bowen e.a. (2003) toonde aan dat een protocol gebaseerd op Motivational Interviewing voor getrainde diëtisten de inname van vet onder participanten die afkomstig waren uit de interventiegroep deed dalen. Uit een studie van Smith (1997) over een gedragsveranderingbehandeling waarin Motivational Interviewing een rol speelt (obese vrouwen met diabetes type 2), blijkt bijvoorbeeld dat de motivationele groep meer groepsbijeenkomsten bezoekt, meer voedingsdagboeken bijhoudt, hun bloedglucose vaker meet en een betere bloedglucose-waarde heeft dan de standaardgroep. De bevindingen van een pilotstudy indiceren dat Motivational Interviewing mogelijk een bruikbare interventie is in het verbeteren van de glycemische controle bij adolescenten (Channon, 2003).

Naast de bovenstaande onderzoeken zijn er op andere gezondheidsgerelateerde gebieden dan diabetes diverse onderzoeken gedaan waar Motivational Interviewing ook als positief is ervaren (Berg-Smith, 1996; Britt, 2003; Emmons, 2001; Long, 1995; Miller, 2004; Resnicow, 2001; Scales, 2003; Trigwell, 1997).



2. Theoretische basis

Motivational Interviewing is niet op een specifieke theorie gebaseerd, maar komt voornamelijk voort uit de sociale psychologie, waarbij gedacht kan worden aan processen zoals attributie, cognitieve dissonantie en eigen effectiviteit. Een grote ontwikkeling van MI was de link aan het Stages of Change model van Prochaska en Diclemente. Dit vormt het kader voor het veranderingsproces op zichzelf en MI voorziet in dit veranderingsproces.

De principes van MI zijn gerelateerd aan de principes van cognitieve dissonantie, zoals het oplossen van ambivalentie, door te richten op inconsistenties waardoor dissonantie wordt gecreëerd. De technieken van MI (reflecties, samenvattingen) hebben als functie om de cognitieve dissonantie op te wekken. MI lijkt consistent te zijn aan een aantal modellen van gezondheidsgedrag, zoals o.a. Locus of control; Theory of Reasoned Action; Sociaal Cognitieve Theorie; Health Belief Model. Deze modellen, ondanks verschil in termen en nadruk, delen drie constructies, welke de kern van MI zijn. Dit zijn de verwachtingen van de patiënt over de consequenties van het aannemen van het specifieke gedrag, de invloed van de patiënt op zijn percepties of beliefs t.a.v. de persoonlijke controle over het specifieke gedrag en de sociale context van het specifieke gedrag (Britt 2003).

3. Wat is Motivational Interviewing?

Een definitie: Een directieve persoongerichte gesprekstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelleren en oplossen (Miller, 2002).

Motivational Interviewing is een counselingstijl die directief en cliëntgericht is. Het helpt cliënten hun ambivalentie ten aanzien van gedrag te exploreren en op te lossen. De Motivational Interviewing stijl is een methode van samenwerken, gebruik makend van verschillende principes en technieken (Miller, 2002). Hierbij is het van groot belang dat er vertrouwen wordt opgebouwd, de weerstand vermindert en er direct gericht wordt op het verhogen van het stadium van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1986).

Principes van Motivational Interviewing zijn het nauwkeurig begrijpen van wat de cliënt zijn standpunt is, vermijden van weerstand, verhogen van de cliënt zijn eigen effectiviteit en het ontwikkelen van discrepantie tussen het huidige en het mogelijke toekomstig gedrag.

De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de cliënt zelf komt en niet van buitenaf wordt opgelegd. Het is de taak van de cliënt en niet van de hulpverlener om uitdrukking te geven en oplossingen te zoeken voor de eigen ambivalentie (de bereidheid tot gedragsverandering is niet een vaststaande eigenschap van de cliënt, maar een wisselend product van de interactie tussen cliënt en hulpverlener). Iemands ambivalentie oplossen door te overtuigen is hierbij geen goede strategie. De sfeer tijdens een gesprek met een cliënt is dan ook kalm en uitnodigend. De hulpverlener is echter wel directief in het bijstaan van de cliënt. De verhouding tussen beiden is dus een gelijkwaardig partnerschap (Miller, 2002; Rollnick, 1999; Te Lintel Hekkert, 2003).



De onderstaande vijf principes spelen een belangrijke rol bij Motivational Interviewing en lopen als een rode draad door de techniek. Dit zijn punten waar je als hulpverlener bij het toepassen van de techniek voortdurend bij stil moet staan:

1. Wees empatisch

Werkelijk inleven in een ander en niet doen alsof je meeleeft (empatisch mee-hummen bijvoorbeeld zonder dat je je nu werkelijk inleeft)! Door reflectief te luisteren, laat de hulpverlener blijken dat hij/ zij begrijpt wat de cliënt zegt, voelt en denkt. In een sfeer van vrijheid heeft de cliënt de gelegenheid na te gaan of zijn gedrag de oorzaak is voor problemen en welke aspecten aan zijn of haar probleemgedrag kleven.

2. Weerstand? Mee-veren!

Weerstand wordt gezien als een product van de kwaliteit van de communicatie tussen hulpverlener en cliënt. Het is dus geen onderdeel van het 'ziektebeeld' of de pathologie van de cliënt. Daarmee wordt het niveau van weerstand de verantwoordelijkheid van de *hulpverlener*. Hoge niveaus van weerstand zijn geassocieerd met lage kansen op gedragsverandering, dus het is de taak van de hulpverlener om weerstandsniveaus zo laag mogelijk te houden.

Als er in een gesprek sprake is van weerstand kan de hulpverlener daar ten positieve gebruik van maken. Allereerst is het een signaal dat hij de kwaliteit van het contact met de cliënt dreigt te verliezen, indien de weerstand aanwezig blijft of zelfs toeneemt. Hij/ zij kan dan bijvoorbeeld reflecties toepassen om zodoende met de weerstand mee te veren, door zich in het standpunt van de cliënt te verplaatsen en diens argumenten herhalen, eventueel met zekere overdrijving.

3. Ondersteun eigen-effectiviteit

De hulpverlener ondersteunt en versterkt het vertrouwen dat cliënten in zichzelf hebben in staat te zijn, datgene te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de eigen-effectiviteit. Geloof en hoop zijn van invloed op het slagen van gedragsverandering. De hulpverlener versterkt de succeservaringen van de cliënt door verandering in gedrag te bevestigen. Verder lokt zij positieve ervaringen uit door bijvoorbeeld af te spreken tijdelijk haalbare veranderingen door te voeren.

4. Ontwikkel discrepantie

In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te veranderen tussen 'hoe je bent' (het gewoontegedrag) en 'hoe je wilt zijn' (gewenst gedrag). Een techniek die gebruikt kan worden, is de cliënt de baten en lasten van de huidige leefstijl te laten uitzetten. De hulpverlener streeft daarnaast naar explicitering en verscherping van verschillen tussen huidig gedrag en mogelijk ander, nieuw gedrag. Door het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken roept hij/zij discrepantie op bij de cliënt.

5. Discussie/ argumentatie vermijden

Onvoorwaardelijke acceptatie door de hulpverlener geldt ook voor de eventuele keuze die de cliënt maakt om te veranderen. De cliënt is zelf deskundige en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Een discussie tussen een hulpverlener en een cliënt over verandering wijst op een defensieve houding van de hulpverlener. Een zodanige houding is improductief als het de cliënt is die tot verandering moet komen. De hulpverlener werkt juist samen met de cliënt naar een positieve beslissing om te veranderen en de nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de cliënt. De relaties tussen coach-sporter of gids-bergbeklimmer zijn meer van toepassing dan die van dokter-patiënt.

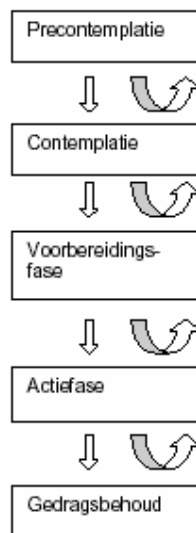


4. Stages of change

Het doel van dit model is eigenlijk om hulpverleners meer inzicht te geven in welke fase van gedragsverandering mensen zich bevinden, zodat de steun hier beter op afgestemd kan worden. Het model laat zien welke fases mensen doorlopen en welke stappen ze zetten om te komen tot verandering van gedrag (Brug, 2002).

Voorbeeld: als iemand nog niet eens overweegt om zijn eetgedrag te gaan veranderen, heeft het geen zin om die persoon informatie te geven over h oe hij dat zou kunnen doen.

Figuur Stages of Changes



Het Stages of Change model geeft weer dat gedragsverandering een proces is waarin vijf motivationele stadia te onderscheiden zijn.

1. Precontemplatie

In de eerste fase, *precontemplatiefase*, wordt verandering van gedrag niet overwogen. Mensen zijn zich in deze fase vaak niet bewust van hun risicogedrag en zijn niet overtuigd dat de voordelen van gedragverandering zwaarder wegen dan de mogelijke nadelen. Om mensen in de *precontemplatiefase* te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden van de mogelijkheid tot veranderen.

2. Contemplatie

In de tweede fase, *de contemplatiefase*, wordt de balans tussen voordelen en nadelen van zowel het huidige gedrag als het nieuwe gedrag opgemaakt. Verandering (binnen de komende zes maanden) van het risicogedrag wordt wel overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om op korte termijn (de komende 30 dagen) te veranderen. Exploreren van ambivalentie is hier de belangrijkste taak.



3. Vorbereidingsfase

De derde fase, *de voorbereidingsfase*, begint als er wel concrete plannen zijn om het gedrag op korte termijn te veranderen.

In de *contemplatiefase en voorbereidingsfase* is men zich bewust van de nadelen van het huidige gedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen-effectiviteitsverwachting kan in deze fase wel laag zijn; men wil wel veranderen maar weet niet goed hoe. Omgevingscondities, sociale invloeden of een gebrek aan vaardigheden kunnen de gedragsverandering in de weg staan.

4. Actiefase

In de vierde fase, de *actiefase*, hebben individuen hun gedrag veranderd. Zij zien naast de noodzaak om te veranderen, ook de mogelijkheden en brengen deze ten uitvoer.

Om van *contemplatie* naar *voorbereiding* en *actie* te gaan, moeten mensen steeds meer belang gaan hechten aan het veranderen van hun gedrag en tevens voldoende overtuigd raken van hun mogelijkheden om te veranderen. Voor dit laatste zijn vaardigheidstraining, verhoging van de eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning vanuit de sociale omgeving belangrijk, evenals het wegnemen van externe barrières die de verandering van gedrag in de weg staan. Ook is het belangrijk om in deze fase concrete doelen te stellen.

De bereidheid om in de contemplatiefase naar voorbereiding en actie te gaan, hangt niet slechts samen met de perceptie van hun mogelijkheden! Bereidheid tot verandering is een optelsom van belangrijkheid en (zelf)vertrouwen. Het (zelf)vertrouwen, ofwel de perceptie van mogelijkheden, kan voldoende, of zelfs groot zijn, maar de belangrijkheid kan door de patiënt laag worden ingeschat. Vaardigheidstrainingen helpen dan niets. Het niet benoemen van 'belangrijkheid' is een bekende valkuil van deskundigen. Immers: zij zijn zelf al lang overtuigd van het belang van (gezonde voeding, stoppen met roken, meer bewegen; noem maar op), dus gaan er vaak ten onrechte van uit dat hun patiënt dat ook wel is (of 'vanzelf' wel wordt).

Mensen in de *fase van gedragsbehoud* hebben hun risicogedrag al meer dan zes maanden geleden veranderd en die gedragsverandering sindsdien volgehouden. *Terugval* van latere stadia naar een eerder stadia is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van gedrag te komen, zijn vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie nodig.

Een belangrijke implicatie van dit model is dat de voorlichtingsbehoefte van mensen afhangt van het motivationeel stadium.

Daarnaast is het binnen Motivational Interviewing van belang om, onafhankelijk van welk stadium van motivatie of gedragsverandering dan ook, nooit ongevraagd informatie en advies te geven. Idealiter geeft de hulpverlener dus pas informatie of advies wanneer de cliënt daarom vraagt. Indien dat niet gebeurt, kan de hulpverlener altijd neutraal aanbieden om informatie te geven, op zo'n manier dat de cliënt dat – op dat moment – ook makkelijk kan weigeren of uitstellen. Bij het geven van informatie of advies is het echter altijd van belang om dat neutraal te doen, meerdere opties ter keuze aan te bieden en de cliënt te vragen wat hij/zij vindt van de informatie of de advies-alternatieven.

Van *actiefase* naar de *fase van gedragsbehoud* speelt een zorgvuldige planning een rol. De gedragsverandering moet bekrachtigd worden door het 'gezonde gedrag' te belonen en door succesvolle verandering van gedrag door feedback duidelijk te maken. Bij terugval is het belangrijk om te achterhalen waarom deze terugval plaatsvindt. Een positieve sociale norm is belangrijk om bij een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan (Bes, 2002; Brug, 2002).



Fase waarin de cliënt zit	Motiverende taken van de diëtist
Precontemplatie	Zaai twijfel – (vergroot het gevoel bij de cliënt over de risico's en problemen van het huidige gedrag & helpt mee de cliënt bewust te laten worden van zijn eigen gedrag.
Contemplatie	Laat de balans doorslaan – vergroot de redenen van de cliënt voor veranderen en niet veranderen.
Vorbereidingsfase	Help de cliënt bepalen wat voor haar de beste strategie is om tot verandering te komen & help de cliënt het zelfvertrouwen te versterken zodat het lukt om te veranderen.
Actiefase	Help de cliënt stappen te ondernemen die strategie uit te voeren.
Gedragsbehoud	Help de cliënt terugval aan te zien komen en strategieën klaar te hebben in geval dat nodig is
Terugval	Help de cliënt opnieuw door dit proces te gaan, zonder gedemoraliseerd te worden door de terugval.

NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. Je kunt geen Stages of Change behandeling 'doen' met patiënten!

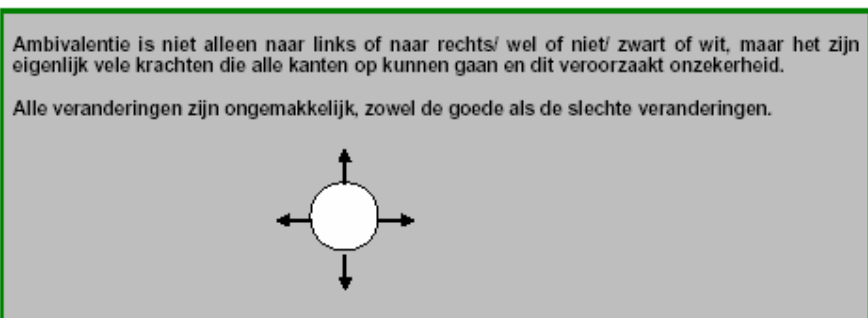
Ambivalentie: ik wil wel...en ik wil niet

Het dilemma van verandering

Twee kanten voelen van iets of iemand is een hele normale ervaring. Iemand die bijvoorbeeld af wil vallen denkt 'ik wil afvallen omdat ik mijn kleding niet meer pas of omdat ik niet meer met mijn kinderen kan spelen' en tegelijkertijd wil ik niet wil afvallen omdat 'het eten zo lekker smaakt en graag met mijn familie mee wil blijven eten'.

Het is dan ook eenvoudig om de ambivalentie verkeerd op te vatten en te concluderen dat er iets verkeerd is met de motivatie, beoordeling, kennis of mentale staat van de persoon. Terwijl ambivalentie een heel normaal aspect is van de mens. Het is zelfs van belang om door deze fase heen te komen tijdens het proces van verandering. De cliënt moet hiermee geconfronteerd worden. Wanneer mensen in hun ambivalentie blijven hangen ontstaan er problemen. Daarom is ambivalentie een sleutelonderwerp dat opgelost moet worden om verandering te laten plaatsvinden (Miller, 2002; Te Lintel Hekkert, 2003).

Figuur: Het exploreren van ambivalentie richt zich op de voor- en nadelen van wel of niet veranderen. *Of de cliënt nu wel of niet verandert, aan elke verandering zijn altijd voor- en nadelen verbonden.* De voor- en nadelen van verandering kunnen zowel een psychologische, sociale als praktische dimensie hebben (Bes, 2002).





5. Technieken Motivational Interviewing

Het is cruciaal dat de nieuwsgierigheid van de hulpverlener wordt opgewekt zodat de hulpverlener gestimuleerd is om vragen te stellen en reflecties te maken op de betekenis van de gegeven informatie.

1. Stel open vragen

Open vragen, in tegenstelling tot gesloten vragen, zijn breder en geven de cliënt vrijheid om te reageren terwijl jij als hulpverlener de mogelijkheid hebt om te luisteren en observeren. Het grootste voordeel van open vragen is dat aan het begin van een gesprek open vragen minder bedreigend zijn en het toont meer interesse en vertrouwen. Het nadeel alleen is dat het meer tijd kan kosten.

Voorbeelden van open vragen:

- Hoe ziet je eetpatroon er uit?
- Wat kan/wil je mij over jezelf vertellen?
- Welke ervaringen heeft u met het invullen van een eetdagboek?
- Welke andere hulpmiddelen zouden voor u, wellicht beter, kunnen werken?
- U heeft geen goede ervaring met het invullen van een eetdagboek. Wat zou u wel helpen, denkt u?
- Wat heeft de huisarts over het dieet verteld?
- Welke informatie over dieetvormen heeft u al?
- Wat vindt u daarvan? Welke informatie mist u nog?

2. Ondersteun en bevestig

Over het algemeen wordt aangenomen dat het in het proces van counseling belangrijk is de cliënt duidelijk en direct te ondersteunen. Bijvoorbeeld door:

- complimenten;
- uitingen van begrip en waardering.

Voorbeelden zijn:

- Ik waardeer het dat je hier bent gekomen; het is vast niet makkelijk geweest, maar je hebt het toch gedaan!
- Dat is een goed idee.
- Je bent zeker een doornet, want je bent al heel lang met dit probleem bezig, zonder dat je er helemaal aan onderdoor bent gegaan.
- Dat is vast heel moeilijk voor je geweest.

3. Geef samenvattingen

De drie elementen, die samen meestal een goede samenvatting vormen, zijn:

- de voordelen,
- de nadelen;
- en een uitnodiging verder te exploreren.

Aan het einde van een gesprek kan de samenvatting een meer formeel karakter hebben. Je kunt dan beginnen met aankondigen dat je probeert het geheel samen te vatten: "Laat me eens zien of ik goed begrepen heb wat je me tot nu toe verteld hebt..." (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999).



4. Reflectief luisteren

Reflectief luisteren is de belangrijkste basisvaardigheid van MI: ingaan op wat de cliënt vertelt en wat hij/zij bedoelt. De hulpverlener herhaalt of brengt onder woorden wat zij denkt dat de cliënt bedoelt te zeggen of non-verbaal uitdrukt. Er zijn manieren van denken (in je basishouding) die goed passen bij reflectief luisteren. Echte interesse in wat je cliënt te zeggen heeft en wezenlijk respect voor haar opvattingen maken daar deel van uit.

Het kernbegrip is dat je een hypothese wilt testen. Je weet dan dat wat je *denkt* dat je cliënt bedoelt, niet hetzelfde hoeft te zijn dan dat wat ze werkelijk bedoelt. Een reflectieve respons vraagt in wezen: “Is dit wat je bedoelt?”

Vier niveau's van reflectie

- *Herhalen*
De eenvoudigste reflectie herhaalt een element van wat de cliënt gezegd heeft.
- *Herformuleren*
De cliënt blijft dicht bij wat de cliënt heeft gezegd, maar gebruikt synoniemen of zegt hetzelfde met andere woorden.
- *Parafaseren*
Een geheel nieuwe bewering; de betekenis wordt vastgehouden en teruggegeven in nieuwe woorden en een nieuw licht.
- *Reflectie van gevoel*
Benadrukt duidelijk de emotionele dimensie en/of de beide componenten van de ambivalentie

(Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999)

Eenvoudige reflecties worden gebruikt wanneer de (emotionele) betekenis (nog) minder duidelijk is; in het begin van een gesprek of tijdens de eerste consulten met een nieuwe cliënt. Diepere reflecties zijn bruikbaar als het begrip daarvan toeneemt (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999).

5. Nodig uit tot veranderingssuitspraken

In essentie zijn veranderingssuitspraken uitspraken van de cliënt waarin zij de positieve kant van de ambivalentie zelf voor haar rekening neemt. Anders gezegd: de redenen vóór gedragsverandering en tegen handhaving van de huidige situatie worden door de cliënt geformuleerd en niet door de hulpverlener! Immers, over het algemeen zijn mensen beter te motiveren door de redenen die zij zelf hebben bedacht en verwoord, dan door diegenen die hen door anderen zijn aangedragen (Bes, 2002; Miller, 2002; Zelf-perceptie theorie).

6. Weerstand

Tijdens een gesprek wordt het gedrag van de cliënt voornamelijk beïnvloed door het niveau van empathie, op ieder moment, tussen beide partijen. Een hoge mate van weerstand in een gesprek is een uiting van een gering niveau van basale empathie, maar nog belangrijker: is duidelijk geassocieerd met lage waarschijnlijkheid van gedragsverandering en derhalve een gering aantal (of zelfs totale afwezigheid van) zelfmotiverende uitspraken van de cliënt.

Definitie van weerstand

Gedrag van personen, uitdrukking gevend aan verzet of oppositie. De tegenkracht van de één, als reactie op de druk of beweging van de ander.



Voorbeelden:

- Ik word dik van water!
- Ik ben al bij twee andere diëtisten geweest en niets helpt
- Weet u wel hoe moeilijk het is om je aan zo'n streng dieet te houden in een groot gezin/tijdens de feestdagen/in mijn beroep? U kunt zich dat niet voorstellen, met uw maatje 38!
- Maar ik heb natuurlijk ook gewoon zware botten; het zit in de familie.
- Ach, zò erg is af en toe zondigen toch niet? En u gaat toch niet proberen mij m'n dagelijkse glaasjes wijn af te nemen, nietwaar? Dat lukt u namelijk toch niet, want een wijntje op z'n tijd is goed voor m'n hart!

Weerstand en de rol van de hulpverlener

- Motivational Interviewing deelt niet de zienswijze dat weerstand geheel en al voortkomt uit karakteristieken van de cliënt, m.a.w. dat 'weerstand' de spreekkamer binnenkomt in de rugzak van de cliënt!
- Motivational Interviewing neemt aan dat weerstand voornamelijk voortkomt uit de communicatie over en weer tussen hulpverlener en cliënt. Dit is een praktijkgerichte benadering.
- Hieruit volgt dat er iets gedaan kan worden, zodra weerstand zich manifesteert. Een verandering in het gedrag van de hulpverlener resulteert in een afname van het niveau van weerstand bij de cliënt.
- Weerstand wordt gezien als observeerbaar gedrag, dat zich voordoet tijdens consulten. Het is een signaal dat de cliënt en de hulpverlener niet 'op dezelfde golfengte' zitten. Het kan betekenen dat de hulpverlener technieken gebruikt, die niet in overeenstemming zijn met de fase van gedragsverandering, waarin de cliënt zich op dat moment bevindt, zich moet afvragen waar zij contact met de cliënt heeft verloren en vanaf dat punt de draad weer op moet pakken.

Vier vormen van weerstand zijn argumenteren, onderbreken, ontkennen, negeren.

Hoe ga je volgens Motivational Interviewing met deze weerstand om?

Als algemeen principe geldt dat de hulpverlener in geen geval 'door de weerstand heen' probeert te breken! In plaats van tegen de weerstand te vechten (middels bijvoorbeeld argumenteren, diagnosticeren, adviseren, overtuigen of ongevraagd informatie geven), beweegt - veert – de hulpverlener mee met de uitspraken van de cliënt, met als doel om de uitgedrukte negativiteit uiteindelijk om te zetten in iets constructievers.

Het gebruik van reflecties is één manier om weerstand te doen afnemen en ten positieve om te zetten. Er zijn ook nog een paar andere mogelijkheden:

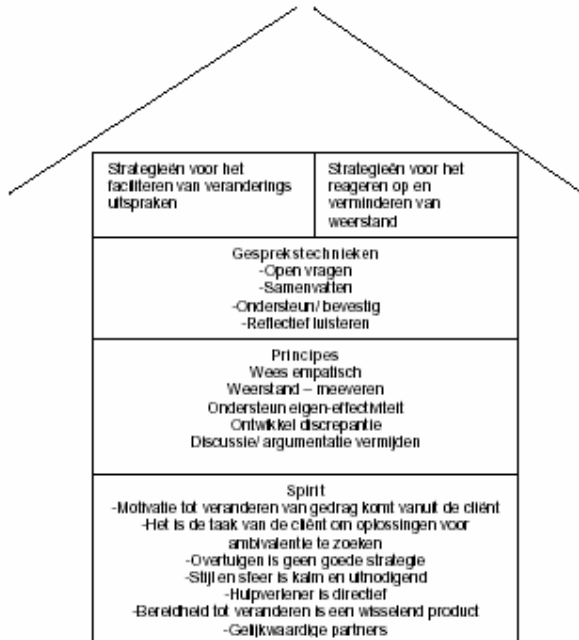
- versterkte reflectie: teruggeven wat de cliënt zegt, in een versterkte of zelfs enigszins overdreven vorm;
- tweezijdige reflectie: de andere kant van de ambivalentie toevoegen;
- verandering van focus: de aandacht van de cliënt wegtrekken van datgene wat een struikelblok blijkt te zijn in het kader van vooruitgang;
- meegaan (maar...);
- benadrukken van eigen keuze en verantwoordelijkheid;
- herformuleren in andere context;
- paradox.

(Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999)



7. Motivational Interviewing in een notendop

Motivational Interviewing in een notendop:



Bronnen

- Deelnemersmateriaal "Individuele voorlichting op maat" van Stichting Icare (okt.2005).
- W.R. Miller, Rollnick, S., *Motivational interviewing: preparing people for change*, The Guilford Press, 2002