

MOTIVERENDE GESPREKSTECHNIEK

Algemeen

Er bestaan tegengestelde theorieën over motiveren. Binnen de traditionele opvatting wordt iemand als ongemotiveerd beschouwd wanneer hij het oneens is met de opvattingen van de hulpverlener, wanneer hij geen problemen aangeeft of de richtlijnen voor behandeling niet opvolgt. Gebrek aan motivatie zou zich uiten in de vorm van ontkenning of weerstand tegen verandering.

Volgens Miller (1983) is gebrek aan motivatie of weerstand tot verandering niet een eigenschap van de cliënt maar kan het meer gezien worden als een resultante van de interactie tussen de persoon en omgeving waarvan de hulpverlener onderdeel is.

Miller stelt motivatie voor als een balans met aan weerszijden schalen. Aan de ene kant is er herkenning van een probleem en er iets aan willen doen. Aan de ander kant vermijding omdat de persoon positieve effecten van zijn gedrag ervaart.

De visie die door de hulpverlener aangehangen wordt zal de principes die hij hanteert in de benadering van de cliënt beïnvloeden.

Principes in motivatie volgens Miller

De cliënt wordt *zelf verantwoordelijk* geacht en is *in staat om zijn behandelgoal zelf te kiezen*. Een ander principe is dat van *interne attributie*. De cliënt wordt niet als hulpeloos gezien, maar als iemand die in staat is om zelf controle uit te oefenen over zijn gedrag. *Cognitieve dissonantie* is ook een principe. De hulpverlener probeert cognitieve dissonantie te creëren tussen wat de cliënt doet (probleemgedrag) en hetgeen hij goed vindt van zichzelf.

Dissonantie is het inconsistent zijn van gedrag met beliefs, attitudes en gevoelens over dit gedrag (Rollnick; Miller). De dissonantietheorie voorspelt dat wanneer iemands gedrag inconsistent is met bijvoorbeeld een belief over dit gedrag hij zal veranderen om de dissonantie op te heffen.

Verder worden *objectieve gegevens over schadelijke gevolgen van het probleemgedrag op een neutrale manier aangeboden* zonder dat de conclusies of meningen van de behandelaar worden opgedrongen.

Wanneer de cliënt zelf zijn keuzes maakt, zal hij er meer voor over hebben deze te bereiken.

De houding van de hulpverlener

Vanuit het oogpunt van motiveren benadrukt Miller het belang van een empathische houding. Het praten met de therapeut zal aantrekkelijker moeten zijn dan het niet praten.

In de praktijk van de hulpverlening zal het uitblijven van succes en het gedrag van de cliënt bij de therapeut gevoelens van onmacht, woede en teleurstelling of persoonlijk falen kunnen oproepen. Deze mengeling van gevoelens kan gemakkelijk leiden tot een moraliserende houding waarbij de cliënt geconfronteerd wordt met zijn onwil of onvermogen (traditionele opvatting) en staat derhalve haaks op de bovengenoemde empathie. Het onderkennen en kunnen hanteren van deze gevoelens is dus van groot belang.

Het contact dient gericht te zijn op de verhoging van de zelfwerkzaamheid, zelfredzaamheid en het oplossen van de crisissituatie waarin gewoonlijk het contact tot stand komt.

De hulpverlener kan zichzelf het beste beschouwen als iemand die de cliënt helpt met het nemen van een beslissing om hem daarna te helpen met het doorvoeren van de gewenste veranderingen. Hij is als het ware de katalysator in het proces van verandering in leefomstandigheden.

Motiveren is geen zaak van argumenten aandragen en iemand proberen over te halen. De hulpverlener is meer gericht op het creëren van een atmosfeer waarin de cliënt zichzelf motiveert door de ‘ontdekkingen’ die hij doet.

In een motiverend gesprek komen zowel reflectieve, provocatieve als directieve interacties voor, waarbij de hulpverlener derhalve empathisch, structurerend en construerend te werk moet gaan.

Een praktisch model voor verandering

Op grond van een aantal studies formuleerden Prochaska en DiClemente in 1984 een model van verandering. In dit model onderscheiden zij een aantal stadia van verandering:

1. Voorbeschouwingsfase:
In dit stadium is iemand zich er niet van bewust dat hij een probleem heeft.
2. Overpeinzingsfase:
De cliënt wordt zich bewust van een persoonlijk probleem. Ze overwegen mogelijkheden om het probleem op te lossen, maar zijn nog niet zover dat ze een beslissing hebben genomen.
3. Beslissingsfase:
De cliënt neemt de beslissing tot al dan niet veranderen en formuleert zijn doelen.
4. Aktieve verandering:
Het plan van aanpak wordt uitgevoerd en de daadwerkelijke gedragsveranderingen vinden plaats.
5. Consolidatiefase:
In deze fase staat de integratie centraal van bereikte verbeteringen. In dit stadium kan ook *terugval* voorkomen die de cliënt kan terugvoeren naar de voorbeschouwingsfase.

Het is opvallend dat in de hulpverlening aan de eerste stadia zo weinig aandacht wordt besteed. Men gaat ervan uit dat een cliënt de beslissing tot verandering al heeft genomen. Dit is veelal niet het geval. Ook in het geval dat cliënten wel negatieve consequenties van hun gedrag zien betekent dat nog niet dat ze ook de noodzaak tot veranderen ervaren. Gevolg is dat de timing van interventies verkeerd verloopt, hetgeen ertoe kan leiden dat cliënt gedemotiveerd de hulpverlening de rug toekeert en de behandeling mislukt. De motiverende gesprekstechniek is een methodiek waarbij de therapeut door de juiste (timing van) interventies de cliënt tracht te bewegen vanuit de voorbeschouwingsfase via de overpeinzingsfase richting de beslissingsfase.

Gesprekstechnieken

Miller geeft een uitvoerig evaluatief overzicht van interventies die werkzaam zijn gebleken bij het motiveren van cliënten. De belangrijkste zijn:

- heldere feedback geven over gedrag en situatie
- keuzemogelijkheden structureren en voorhouden
- in contact blijven met de cliënt
- de aantrekkelijkheid van het gedrag (doen) verminderen

In motiverende gesprekken kunnen gemakshalve drie fasen worden onderscheiden.

1. De fase van het uitlokken

De taak van de hulpverlener is het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken. Dit is gebaseerd op de gedachte dat men gaat geloven wat men zelf zegt. Zelfmotiverende uitspraken zijn uitingen van de cliënt waaruit blijkt dat er sprake is van herkenning van problemen (cognitief), van bezorgdheid over dit probleem (affectief) en uiteindelijk van erkenning van de noodzaak om te veranderen (gedrag).

De uitlokfase kan kort zijn; een langere uitlokfase zal nodig zijn bij iemand die door een ander wordt gestuurd.

Concrete gesprekstechnieken zijn: *reflecteren, heretiketteren, provoceren, concretiseren.*

2. De fase van het informeren

Hier gaan cliënt en hulpverlener actief op zoek naar informatie. Met behulp van deze informatie kan de cliënt bezien of er nu werkelijk reden tot bezorgdheid is. De hulpverlener verzamelt informatie over mogelijke probleemgebieden (sociaal, medisch, psychisch). Deze verzamelde informatie wordt op neutrale wijze doorgegeven aan de cliënt en krijgt zicht op zijn situatie. Soms is het zo dat de hulpverlener uit informatie opmaakt dat behandeling nodig is. Het is echter van cruciaal belang in deze fase dat gegevens neutraal worden teruggegeven en dat de cliënt zelf zijn conclusies trekt.

De taak van de hulpverlener is immers het begeleiden van de beslissingen van de cliënt zelf.

3. De fase van het onderhandelen

Als een cliënt het besluit heeft genomen om te veranderen is het de taak van de hulpverlener om aan de cliënt de informatie te verstrekken over de mogelijke doelen van verandering en de voor- en nadelen hiervan. Hetzelfde zal de hulpverlener moeten doen met betrekking tot de manieren waarop de doelen bereikt kunnen worden.

Besluitvorming over doel en inhoud wordt genomen in een soort onderhandelingsproces.

Toepassingen

Wat is er nodig om motiverende gesprekstechnieken toe te passen?

Gesprekstechnieken ter motivering moeten geoefend worden. Hoe vanzelfsprekend ze mogelijk ook lijken, een reeks workshops in binnen en buitenland heeft geleerd dat de systematische, onbevooroordeelde toepassing van deze gesprekstechnieken tot de uitrusting van maar weinig hulpverleners behoort.

Het hanteren van motiverende gespreksvoering moet passen in het hulpverleningsbeleid van de instelling waar ze wordt toegepast. Zo moet het beleid de mogelijkheid openlaten dat een cliënt ervoor kiest (voorlopig) niet te veranderen en deze mogelijkheid moet open en eerlijk besproken kunnen worden.

Geraadpleegde literatuur:

G. Schippers, A. van Emst, H. van Bilsen; Motivatie en probleemdrinken

J.O. Prochaska & C.C. DiClemente ; The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy;

William. R. Miller; Motivationaleel interviewen bij probleemdrinkers;

L.C.H.M. Brokken; DVA; Achtergronden en ontwikkeling van een motiverend assessmentinstrument ten behoeve van vroegtijdige interventie bij alcoholproblematiek.