



# Methodebeschrijving Motiverende gespreksvoering

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor  
maatschappelijke ontwikkeling





**Deze methodebeschrijving is gemaakt door:**

Cora Brink  
MOVISIE  
(030) 789 20 68  
c.brink@movisie.nl

Cora Brink is adviseur van de afdeling Hulpverlening en Activering van MOVISIE.

maart 2010

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kunt u terecht bij:  
[www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies](http://www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies).

Het werkblad dat gebruikt is voor deze methodebeschrijving, is deels gebaseerd op het Werkblad beschrijving interventie van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM.





# Inhoudsopgave

---

<b>Inleiding: leeswijzer</b>	<b>04</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>06</b>
<b>1. Beschrijving methode</b>	<b>09</b>
1.1 Probleemomschrijving	09
1.2 Doel van de methode	10
1.3 Doelgroep van de methode	10
1.4 Indicaties en contra-indicaties	11
1.5 Aanpak	11
1.6 Materiaal	14
1.7 Benodigde competenties van de professional	14
1.8 Overige randvoorwaarden	15
1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	15
1.10 Contactgegevens ontwikkelaar	15
<b>2. Onderbouwing</b>	<b>17</b>
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	17
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	17
<b>3. Onderzoek naar praktijkervaringen</b>	<b>20</b>
3.1 Uitvoerende organisaties	20
3.2 Praktijkervaringen van de professional	20
3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	21
3.4 Praktijkvoorbeeld	21
<b>4. Effectonderzoek</b>	<b>24</b>
4.1 Directe aanwijzingen voor effectiviteit	24
4.2 Indirecte aanwijzingen voor effectiviteit	24
<b>5. Conclusies</b>	<b>25</b>
5.1 Samenvatting werkzame elementen	25
5.2 Samenvatting effectonderzoek	25
<b>6. Verantwoording</b>	<b>27</b>
6.1 Het zoeken en selecteren van literatuur	27
6.2 Literatuur	28
 Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	 30





## Inleiding: leeswijzer

---

Professionals in de sociale sector worden geconfronteerd met een wirwar aan informatie waar ze zich een weg in moeten vinden. Die informatie is vaak versnipperd en daardoor weinig toegankelijk. In de databank *Effectieve sociale interventies* brengen wij methoden waarmee in de sociale sector gewerkt worden bij elkaar. De methodebeschrijvingen geven daarbij een zo volledig mogelijk beeld van alle beschikbare informatie over een methode. Als gemeente, stafmedewerker of praktijkwerker kunt u hiermee vaststellen of de methode geschikt is voor de situatie waarin u of uw organisatie intervenueert. Als u besluit om met de methode aan de slag te gaan verwijzen we naar het handboek en eventueel andere door de ontwikkelaar beschikbaar gestelde materialen.

De methodebeschrijving is opgebouwd langs vier lijnen. Onderdeel één van dit document beschrijft de methode zelf, zoals de doelen, de doelgroep en de aanpak. Onderdeel twee laat de onderbouwing van de methode zien: de visies, theorieën en wetenschappelijke onderzoeken die de ontwikkelaar heeft gebruikt bij het ontwikkelen van de methode. Onderdeel drie geeft zicht op de praktijkervaringen van de professional en de cliënt/burger met de methode. Onderdeel vier geeft inzicht in wat er wetenschappelijk bekend is over de effectiviteit van de methode.

De methodebeschrijving is in nauwe samenwerking met de ontwikkelaar van de methode tot stand gekomen. Zo levert de ontwikkelaar informatie aan en geeft deze feedback op het concept en toestemming voor publicatie. De methode wordt uitgebreid in kaart gebracht. Dit kan de ontwikkelaar op zijn beurt een impuls geven voor verdere ontwikkeling van de methode. Een methode staat dus niet stil, de methodebeschrijvingen zullen dan ook regelmatig worden herzien.

De methodebeschrijving is gebaseerd op een systematische zoektocht naar informatie. Bij die zoektocht werken de onderzoeker die de methodebeschrijving maakt en een informatieanalist van de afdeling kennisstromen van MOVISIE intensief samen. Bij het zoeken van informatie over methoden zijn doorgaans de volgende zoekstrategieën toegepast: het inwinnen van informatie bij de ontwikkelaar, uitvoerende instanties en/of eventuele onderzoekers van de methode, het doorzoeken van Nederlandse en/of internationale databanken, het checken van referenties van reeds gevonden informatiemateriaal en een internet *deskresearch*. De zoektocht is daarbij gericht op een breed spectrum aan informatiebronnen, variërend van (ongepubliceerde) verslagen van (interne) procesevaluaties of paneldiscussies tot wetenschappelijk (effect)onderzoek. De verantwoording van de toegepaste zoekstrategieën is in beknopte zin terug te vinden in onderdeel 6.1. De zoekgeschiedenis is in uitgebreidere vorm vastgelegd in een hiertoe ontwikkelde *flowchart*, die is opgenomen in het archief van MOVISIE. Het relevante gevonden materiaal is terug te vinden in het literatuuroverzicht in onderdeel 6.2.

Bij het effectonderzoek (onderdeel 4) wordt onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit. Een toelichting op dit onderscheid vindt u in bijlage 1. Om de tekst in de methodebeschrijving zelf laagdrempelig te houden, worden de belangrijkste onderzoekskenmerken en resultaten zoveel mogelijk in woorden beschreven. De achterliggende cijfers vindt u in bijlage 3 en verder.





Wij wensen u veel inspiratie bij het lezen van deze methodebeschrijving. Wij hopen dat u zich hiermee een goed beeld kunt vormen van wat deze methode uw gemeente, uw organisatie of uzelf als sociale professional te bieden heeft en hoe u de kwaliteit van uw aanbod aan de doelgroep kunt vergroten.





# Samenvatting

---

## 1. Beschrijving methode

### Doel

Doel van de methode *Motiverende gespreksvoering* is het op gang brengen van gedragsverandering bij cliënten, via het ontwikkelen van de motivatie.

### Doelgroep

De doelgroep van de methode bestaat uit cliënten die gedragsverandering overwegen of voor wie gedragsverandering kan bijdragen aan het behalen van doelen. De methode is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met verslavingsproblemen, maar wordt steeds meer ook voor allerlei andere doelgroepen toegepast. In deze methodebeschrijving gaat het vooral om toepassing in de sociale sector, zoals bij activering, de aanpak van huiselijk geweld, de maatschappelijke opvang en het maatschappelijk werk.

### De aanpak

De aanpak van Motiverende gespreksvoering is in twee fasen ingedeeld. In de eerste fase staat het ontwikkelen van de motivatie van de cliënt om te veranderen centraal. Dit wordt gedaan met behulp van verschillende gesprekstechnieken. Er is in deze fase vooral aandacht voor het verkennen van de ambivalentie van de cliënt (die aan de ene kant wel maar tegelijk ook niet wil veranderen) en het uitlokken van taal gericht op verandering bij de cliënt. Als de motivatie genoeg ontwikkeld is, gaat de hulpverlener over naar de tweede fase. De tweede fase richt zich op het versterken van de betrokkenheid bij veranderingen en op het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren. De cliënt wordt door het stellen van vragen gestimuleerd zijn of haar eigen wensen en plannen te bedenken. Eén van de belangrijkste elementen is de coöperatieve aard van de relatie tussen hulpverlener en cliënt.

### Materiaal

*Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*, geschreven door W.R. Miller en S. Rollnick, met een bijdrage van G.M. Schippers en W. de Wildt, uitgegeven in 2005 door Uitgeverij Ekklesia in Gorinchem.

Dit handboek is de vertaling van de eerste 14 hoofdstukken van het handboek van de Amerikaanse ontwikkelaars van de methode (Miller & Rollnick, 2002), met een bijdrage over het gebruik van de methode in Nederland.

Er is een internationale website over de methode: <http://motivationalinterviewing.org/>.

### Ontwikkelaar

G.M. Schippers

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)

Overschiestraat 65

1062 XD Amsterdam

(020) 891 36 28





g.m.schippers@amc.uva.nl

## **2. Onderbouwing**

De theorie van de cliëntgerichte interpersoonlijke relatie van Rogers uit 1959 vormt een belangrijke basis voor motiverende gespreksvoering. Volgens deze theorie heeft de hulpverlener nauwkeurige empathie, belangeloze warmte en echtheid nodig om veranderingen mogelijk te maken. Verder is de methode gebaseerd op het transtheoretische veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente uit 1994. Kern van dit model is dat motivatie voor verandering niet in één keer tot stand komt, maar in een geleidelijk proces. Daarin onderscheiden zij een zestal fasen: voorbeschouwing, overpeinzing, beslissing, uitvoering, volhouden en terugval.

## **3. Praktijkervaringen**

In de sociale sector wordt motiverende gespreksvoering regelmatig genoemd als gebruikte methode, maar het is onduidelijk in welke gevallen het om de hier beschreven methode gaat, om losse gesprekstechnieken of om varianten. Vrijwel alle instellingen voor verslavingszorg in Nederland trainen motiverende gespreksvoering als basisvaardigheid. Ook in de somatische gezondheidszorg wordt motiverende gespreksvoering steeds meer toegepast. Er is helaas nog geen onderzoek beschikbaar naar de praktijkervaringen van de professional of de cliënt met de methode.

## **4. Wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit**

Er zijn geen wetenschappelijke onderzoeken gevonden die directe of indirecte aanwijzingen leveren voor de effectiviteit van de methode bij toepassing in de sociale sector.

Er zijn wel veel internationale onderzoeken naar effecten van motiverende gespreksvoering op het terrein van vooral de verslavingszorg en de preventieve gezondheidszorg. Uit deze onderzoeken blijkt onder meer dat motiverende gespreksvoering positieve effecten heeft op motivatie en therapietrouw. Dit maakt het een veelbelovende methode voor toepassing in de sociale sector.

## **5. Werkzame elementen**

- Voor het faciliteren van verandering is een cliëntgerichte interpersoonlijke relatie nodig die gebaseerd is op een coöperatieve houding van de hulpverlener, waarin empathie en ondersteuning centraal staat.
- Een veranderingsproces bestaat uit verschillende fasen waarbij de hulpverlener moet aansluiten.
- De prioriteit die mensen geven aan hun waarden is bepalend voor hun gedrag. Aandacht voor persoonlijke waarden van mensen versterkt de motivatie voor gedragsverandering, waar het huidige gedrag tegen die eigen waarden ingaat.
- Motivatie wordt bovendien uiteengehaald in drie elementen: het belang dat de cliënt hecht aan verandering, het vertrouwen dat hij heeft dat het gaat lukken en de gereedheid om op dit moment te gaan werken aan verandering.





- De kracht waarmee iemand zelf voor verandering pleit, is sterk voorspellend voor gedragsverandering.
- Professionals die motiverende gespreksvoering praktiseren, lokken meer verandertaal en minder weerstand uit bij cliënten, vergeleken met meer directieve of confronterende gesprekstijlen.
- De betrokkenheid bij het daadwerkelijk veranderen wordt vergroot doordat het verander plan gebaseerd wordt op de eigen wensen en plannen van de cliënt.







# 1. Beschrijving methode

De beschrijving van de methode is gebaseerd op het volgende handboek:

*Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*, geschreven door W.R. Miller en S. Rollnick, met een bijdrage van G.M. Schippers en W. de Wildt, uitgegeven in 2005 door Uitgeverij Ekklesia in Gorinchem.

## 1.1 Probleemomschrijving

### Weerstand en de relatie met de hulpverlener

Motivatie of gebrek aan motivatie (ook wel weerstand genoemd) is een probleem dat in veel domeinen van de sociale sector speelt. Het kan gaan om weerstand tegen de hulpverlening op zich, weerstand tegen onderdelen van de hulpverlening (bijvoorbeeld specifieke opdrachten) of weerstand tegen de gedragsverandering die vaak het doel van de hulpverlening is.

Hulpverleners ervaren regelmatig een weerstand tegen veranderingen, ook al hebben die voor buitenstaanders evidente voordelen. Denk bijvoorbeeld aan verslavingsgedrag. Toch lijkt een toename van de negatieve consequenties van het gedrag een gedragspatroon vaak alleen nog maar te versterken. De ontwikkelaars van motiverende gespreksvoering verwijzen hierbij naar de theorie van psychologische (schijn)weerstand, die voorspelt dat 'problematisch' gedrag aantrekkelijker wordt naarmate iemand het gevoel heeft dat zijn of haar persoonlijke vrijheid aangetast of bedreigd wordt (Brehm & Brehm, 1981).

De ontwikkelaars van motiverende gespreksvoering zien weerstand of motivatie niet als een eigenschap van één persoon, maar als het product van de interactie tussen mensen. Alle mensen die hun gedrag willen veranderen hebben te maken met ambivalentie: ze willen veranderen en tegelijk willen ze níet veranderen. Als hulpverleners vanuit een reparatiereflex sterk sturen op een gewenste verandering, schieten cliënten als vanzelf in het verdedigen van de andere kant: het behouden van het huidige gedragspatroon. Volgens de zelfwaarnemingstheorie versterken de aldus uitgelokte uitspraken over het behoud van het huidige gedragspatroon de motivatie voor het niet willen veranderen en daarmee de weerstand tegen verandering.

De relatie en interactie tussen hulpverlener en cliënt zijn dus cruciaal voor het ontstaan van weerstand en motivatie. Uit onderzoek blijkt dat kenmerken van therapeuten of hun stijl of houding belangrijker zijn voor het optreden van gedragsverandering dan concrete methodieken of technieken (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985; Miller, Taylor & West, 1980; Truax & Carkhuff, 1967; Truax & Mitchell, 1971; Valle, 1981). Concreet is de constatering dat directieve, confronterende manieren van gespreksvoering weerstand uitlokken, terwijl reflectieve en ondersteunende manieren van gespreksvoering de weerstand doen verminderen en motivatie voor verandering uitlokken.





### **Gedragsverandering**

In veel deeldomeinen van de sociale sector gaat het uiteindelijk om het bewerkstelligen van gedragsverandering bij de cliënten. Professionals kunnen cliënten ondersteunen bij deze verandering, maar de cliënten zelf moeten zich uiteindelijk anders gaan gedragen om de gewenste verandering voor elkaar te krijgen en te behouden. De motivatie van cliënten is cruciaal voor gedragsverandering en is dan ook een belangrijk aandachtspunt en aanrijpingspunt van veel methoden in de sociale sector.

### **Motivatie**

Het creëren van motivatie voor gedragsverandering is het centrale doel van de methode Motiverende gespreksvoering. Centraal uitgangspunt is dat motivatie voor gedragsverandering de belangrijkste factor is voor het bereiken van gedragsverandering. Dit wordt onderbouwd met de constatering dat blijkens onderzoek hele korte interventies vaak al spectaculaire effecten hebben op het gedrag van mensen en dat ook bij langer durende interventies eventuele gedragsverandering vaak al in de eerste paar weken van de interventie plaatsvinden (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Miller, 2000). Deze interventies duren niet lang genoeg om effect te kunnen hebben op vaardigheden of persoonlijkheid, maar wel om de motivatie van de cliënt te beïnvloeden. Dit maakt het aannemelijk dat het effect van deze interventies geheel of grotendeels stoelt op een verandering van de motivatie.

## **1.2 Doel van de methode**

Doel van de methode Motiverende gespreksvoering is het op gang brengen van verandering bij cliënten, via het ontwikkelen van de motivatie.

In de naam van de methode is de term 'gespreksvoering' heel bewust gekozen, omdat deze - net als de Engelse term interviewing - meer egalitaire of misschien zelfs onderdanige associaties oproept dan woorden als therapie, behandeling of hulpverlening. Een egalitaire of zelfs onderdanige houding van de hulpverlener jegens de cliënt is cruciaal voor motiverende gespreksvoering.

## **1.3 Doelgroep van de methode**

De methode is gericht op cliënten die gedragsverandering overwegen of voor wie gedragsverandering kan bijdragen aan het behalen van doelen.

De methode is oorspronkelijk ontwikkeld voor cliënten met verslavingsproblemen, maar wordt steeds meer ook voor allerlei andere doelgroepen toegepast. Bijvoorbeeld cliënten met gezondheidsproblemen voor wie leefstijl een belangrijke component is, cliënten die vanwege problemen met de opvoeding met jeugdzorg van doen hebben, cliënten met psychische





problemen, cliënten die geactiveerd moeten worden tot maatschappelijke participatie en/of werk en cliënten die te maken hebben met huiselijk geweld.

De methode wordt internationaal toegepast. In het handboek geven de ontwikkelaars aan dat de specifieke communicatiestijl aangepast moet worden aan de cultuur waarin de methode wordt toegepast. Wat in de ene cultuur als een oprecht compliment ervaren wordt, kan in de andere als overdreven en onecht overkomen. Verder bevat het handboek geen informatie over hoe rekening kan worden gehouden met diversiteit binnen de doelgroep.

#### **1.4 Indicaties en contra-indicaties**

In de documentatie over de methode zijn geen specifieke indicatie- of contra-indicatiecriteria aangegeven. In de Nederlandse verslavingszorg wordt echter gewerkt met enkele contra-indicaties. Men acht toepassing van de methode niet mogelijk bij mensen die niet in staat zijn om te veranderen vanwege een gebrekkige eigenwaarde, een tekort aan sociale vaardigheden of het onvermogen eigen verantwoordelijkheid te dragen. Ook bij cliënten die zich niet ongerust maken over de eigen situatie wordt de methode niet toegepast (Parnassia Addiction Research Center, 2003). Voor de sociale sector zijn geen specifieke indicaties of contra-indicaties gevonden.

#### **1.5 Aanpak**

*Motiverende gespreksvoering* wordt in twee fasen ingedeeld. Fase 1 richt zich op het ontwikkelen van de motivatie van de cliënt om te veranderen; fase 2 op het versterken van de betrokkenheid bij verandering en op het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren.

##### **Fase 1 – Bouwen aan motivatie om te veranderen**

De motivatie van de cliënt wordt in motiverende gespreksvoering uiteengehaald in drie elementen: het belang dat de cliënt hecht aan verandering, het vertrouwen dat hij heeft dat het gaat lukken en de gereedheid om op dit moment te gaan werken aan verandering.

Voor deze fase zijn vijf specifieke gespreksmethoden of -technieken beschikbaar. De eerste vier zijn grotendeels ontleend aan cliëntgerichte counseling, maar zij worden bij motiverende gespreksvoering specifiek gebruikt voor het verkennen van ambivalentie. De vijfde techniek is meer directief van aard.

1. Open vragen stellen, met specifieke aandacht voor beide kanten van de ambivalentie van de cliënt, zowel voor de kant vóór verandering als voor de kant tegen verandering.
2. Reflectief luisterend reageren. Dit houdt in dat je raadt wat iemand bedoelt met een





- uitspraak en vervolgens checkt of deze klopt. Hiermee wordt een reactie uitgelokt.
3. Bevestigen door complimenten te geven of door uitingen van waardering en begrip.
  4. Samenvatten om te versterken wat er is gezegd, aan te tonen dat je zorgvuldig hebt geluisterd en om de cliënt op het vervolg voor te bereiden.
  5. Verandertaal uitlokken om zo de ambivalentie op te lossen. Dit kan bijvoorbeeld door er rechtstreeks naar te vragen, door bewust naar beide kanten van de ambivalentie te vragen, door uitweidingen uit te lokken en door te vragen naar extremen.

Naast deze vijf gesprekstechnieken wordt in de beschrijving van de methode ingegaan op valkuilen, het reageren op verander taal, het reageren op weerstandstaal en het versterken van het vertrouwen in verandering.

Weerstand en verander taal zijn twee centrale begrippen in de methode. Weerstand (zie ook paragraaf 1.1) wordt opgevat als een resultaat van de interactie tussen hulpverlener en cliënt, in plaats van als eigenschap van de cliënt die bestreden moet worden. Verander taal is de conceptuele tegenhanger van weerstand. Het is taal die, als hij uitgesproken wordt door de cliënt, zijn of haar motivatie voor verandering versterkt. Belangrijk voor motiverende gespreksvoering is het versterken van verander taal en het verminderen van weerstandstaal, om zo de motivatie voor verandering te vergroten. Concreet zijn er vier soorten verander taal: de nadelen van de status quo, de voordelen van verandering, optimisme over verandering en het voornemen om te veranderen.

### **Fase 2 – De betrokkenheid bij verandering versterken**

Als de motivatie van de cliënt om te veranderen voldoende sterk is, kan overgegaan worden naar fase 2, het versterken van de betrokkenheid van de cliënt bij verandering en het maken van een veranderplan. Belangrijkste aandachtspunt hierbij is het laveren tussen twee extremen: de wet voorschrijven en te weinig richting geven. Tweede aandachtspunt is dat het kan voorkomen dat de ambivalentie van de cliënt onderschat wordt; met andere woorden: dat de cliënt voldoende gemotiveerd lijkt voor verandering maar in werkelijkheid nog twijfelt.

In fase 2 wordt gestart met recapituleren: het opnieuw samenvatten van de situatie waarin de cliënt op dat moment verkeert. Vervolgens wordt de cliënt met het stellen van vragen uitgelokt zijn of haar eigen wensen en plannen te bedenken en naar voren te brengen. Op de antwoorden wordt met reflectief luisteren gereageerd. Alleen wanneer de cliënt expliciet om advies vraagt of expliciet toestemming geeft om advies te geven, wordt informatie of advies gegeven.

Op deze manier, met de wensen en plannen van de cliënt als belangrijkste ingrediënt, ontstaat een veranderplan. Dit is een proces van gezamenlijke besluitvorming en onderhandeling. Het bestaat uit het vaststellen van doelen, het afwegen van keuzen die tot verandering leiden, het opstellen van een plan en het uitlokken van betrokkenheid.

#### *Uitgangspunten*

De ontwikkelaars benadrukken het belang van de 'geest' van motiverende gespreksvoering. Toepassing van de concrete technieken alleen beschouwen zij niet als toepassing van de methode *Motiverende gespreksvoering*.





Eén van de belangrijkste bestanddelen van de geest van motiverende gespreksvoering is de coöperatieve aard. De hulpverlener vermijdt een autoritaire competitieve houding maar geeft daarentegen blijk van een partnerachtige betrokkenheid. *Motiverende gespreksvoering* houdt meer zelfonderzoek in dan aansporing, meer ondersteuning dan overtuiging of discussie.

*Motiverende gespreksvoering* bouwt hierin voort op het werk van Carl Rogers en Thomas Gordon (Rogers, 1959). Centraal element in de opvatting van Rogers is dat een cliëntgerichte interpersoonlijke relatie de ideale atmosfeer biedt voor het optreden van veranderingen (zie ook onderdeel 2.2). Onderdeel van die relatie is dat de hulpverlener het huidige gedrag van de cliënt accepteert en bevestiging biedt. Dit gaat in tegen de gebruikelijke gedachte dat de belangrijkste motivatie voor verandering het vermijden van ongemak, schaamte, schuld en angst is. Het benadrukken van de negatieve kanten van het gedrag roept over het algemeen juist weerstand op, in de vorm van de verdedigende reactie dat het allemaal wel meevalt en verminderd vertrouwen bij de cliënt dat hij daadwerkelijk kan veranderen.

#### *Vier algemene principes*

De uitgangspunten van Motiverende gespreksvoering worden vertaald in vier algemene principes. Het eerste principe is empathie uitoefenen, door zonder oordelen, bekritisieren of beschuldigen de gevoelens en perspectieven van de cliënt te begrijpen. Centraal begrip is hier respect voor de cliënt. Het tweede principe is het ontwikkelen van discrepantie. De hulpverlener legt discrepantie tussen huidig gedrag en belangrijke doelen of waarden van de cliënt bloot door hem of haar argumenten voor verandering te laten aandragen. Motiverende gespreksvoering voegt hier een directief element toe aan de klassieke cliëntgerichte hulpverlening, die bewust niet-directief is. Het derde principe is meegaan met de weerstand van de cliënt. Tegenzin en ambivalentie worden niet bestreden, maar erkend als natuurlijk en begrijpelijk. Door mee te gaan met de weerstand, wordt vechten of toename van de weerstand voorkomen en wordt de cliënt actief betrokken bij het proces van probleemoplossing. Het vierde principe is het ondersteunen van de persoonlijke effectiviteit, het geloof van de cliënt in zijn of haar vermogen om een specifieke taak met goed gevolg uit te voeren.

#### *Concretisering en combinatie met andere methoden*

Motiverende gespreksvoering is voor verschillende toepassingsgebieden verder uitgewerkt in concrete protocollen. Over het algemeen bestaat elk van die uitwerkingen uit een combinatie van drie elementen: motivering voor gedragsverandering, zelfcontrole (de daadwerkelijke gedragsverandering) en terugvalpreventie.

De ontwikkelaars geven drie manieren aan om de methode met andere methoden te combineren: (1) een totaal andere benadering in aansluiting op Motiverende gespreksvoering, (2) Motiverende gespreksvoering als stijl tijdens een hele behandeling en (3) Motiverende gespreksvoering als methode op de achtergrond, die pas daadwerkelijk wordt ingezet zodra zich in de behandeling thema's aandienen die met motivatie te maken hebben.





## 1.6 Materiaal

*Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*, geschreven door W.R. Miller en S. Rollnick, met een bijdrage van G.M. Schippers en W. de Wildt, uitgegeven in 2005 door Uitgeverij Ekklesia in Gorinchem.

Dit handboek is de vertaling van de eerste 14 hoofdstukken van het handboek van de Amerikaanse ontwikkelaars van de methode (Miller & Rollnick, 2002), met een bijdrage over het gebruik van de methode in Nederland.

De Raad voor Werk en Inkomen heeft in 2010 een handreiking voor re-integratieprofessionals geschreven, die grotendeels gebaseerd is op de methode motiverende gespreksvoering. Het gaat om *Het heft in eigen hand. Sturen op zelfsturing*, geschreven door P. Wesdorp, E. van Hooft, G. Duinkerken en R. van Geuns, uitgegeven in 2010 door de Raad voor Werk en Inkomen in Den Haag.

Daarnaast is veel andere literatuur beschikbaar, vooral over toepassingen in de specifieke domeinen van de verslavingszorg en gezondheidszorg (zie literatuurlijst onderdeel 6.2).

Meer literatuur is te vinden op [www.motivationalinterviewing.org](http://www.motivationalinterviewing.org).

## 1.7 Benodigde competenties van de professional

### Vaardigheden

Hulpverleners die motiverende gespreksvoering willen toepassen, moeten een scala aan motiverende gesprekstechnieken leren beheersen. Daarnaast benadrukken de ontwikkelaars het belang van de visie en houding, of de geest van motiverende gespreksvoering. Alleen het toepassen van de gesprekstechnieken van motiverende gespreksvoering wordt door de ontwikkelaars niet beschouwd als toepassing van de methode *Motiverende gespreksvoering*. Deze visie of houding moet zichtbaar zijn in een houding van respect voor de beleving, keuzes en oplossingen van de cliënt. Niet de hulpverlener, maar de cliënt zelf spreekt primair verandertaal en bedenkt oplossingen.

### Training

Voor het ontwikkelen van zowel houding of visie als de concrete technieken, zijn trainingen beschikbaar. Er is een wereldwijd netwerk van trainers in motiverende gespreksvoering, zie [www.motivationalinterviewing.org](http://www.motivationalinterviewing.org). Een overzicht van trainers in Nederland is te vinden op [www.mintned.net](http://www.mintned.net). Centraal uitgangspunt bij alle trainingen is dat deze niet uitgaan van een deskundigheidsmodel, maar van een model van gelijkwaardigheid, passend bij de uitgangspunten van Motiverende gespreksvoering. De ontwikkelaars benadrukken het belang van de reacties van cliënten en opnamen van gesprekken voor het leerproces van hulpverleners. Belangrijkste is dat professionals leren de reacties van hun cliënten als feedback te gebruiken en zo al doende verder te leren.





## 1.8 Overige randvoorwaarden

### Kwaliteitsbewaking

MINTned, de Nederlandse Vereniging van trainers in Motivational Interviewing, ofwel Motiverende Gespreksvoering stelt zich ten doel het gebruik van Motiverende Gespreksvoering in diverse werkvelden binnen het Nederlandstalige gebied te bevorderen. De vereniging vormt een kenniscentrum, bedoeld om kennis op het gebied van Motiverende Gespreksvoering te ontwikkelen, te delen en te integreren in de praktijk.

Er zijn geen specifieke eisen ten aanzien van de kwaliteitsbewaking.

Ten behoeve van onderzoek is de motivational interviewing treatment integrity (MITI) scale (T. B. Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst, 2007) ontwikkeld, gebaseerd op de *motivational interviewing skills* (MIS) code (T. Moyers, Martin, Catley, Harris & Ahluwalia, 2003). Met behulp van deze schaal kan gemeten worden in hoeverre hulpverleners daadwerkelijk volgens de methode werken.

### Kosten

Er is geen specifieke informatie beschikbaar over de kosten van de interventie.

## 1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

De ontwikkelaars geven aan dat motiverende gespreksvoering op zich is te zien als een gesprekstijl die nog nader uitgewerkt moet worden in protocollen, vaak in combinatie met methoden voor zelfcontrole en terugvalpreventie. Dergelijke uitwerkingen zijn er op veel verschillende terreinen, bijvoorbeeld de verslavingszorg en de (preventieve) gezondheidszorg. Specifiek voor sociale sector is een dergelijke uitwerking nog niet gevonden. De uitwerkingen op andere terreinen zijn onvoldoende vergelijkbaar om effectonderzoek als indirect wetenschappelijk bewijs mee te nemen.

Daarnaast geven de ontwikkelaars aan dat de losse gesprekstechnieken op grote schaal gebruikt worden, onder de noemer 'motiverende gespreksvoering'. Het gebruik van deze technieken zonder de 'geest', uitgangspunten en principes van *Motiverende gespreksvoering* is onvoldoende vergelijkbaar met de methode als geheel.

## 1.10 Contactgegevens ontwikkelaar



**Ontwikkelaar/licentiehouder van de interventie**

De methode *Motiverende gespreksvoering* is in Amerika ontwikkeld door W.R. Miller en S. Rollnick. G.M. Schippers kan worden beschouwd als de Nederlandse ontwikkelaar.

**Organisatie**

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)  
Overschiestraat 65  
1062 XD Amsterdam

E-mail: [aiar@amc.uva.nl](mailto:aiar@amc.uva.nl)  
Telefoon : (020) 891 36 28

**Contactpersoon**

Gerard M. Schippers  
E-mail: [g.m.schippers@amc.uva.nl](mailto:g.m.schippers@amc.uva.nl)  
Telefoon: (020) 891 36 28

**Website**

[www.aiar.nl](http://www.aiar.nl)







## 2. Onderbouwing

### 2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

*Motiverende gespreksvoering* is ontwikkeld door William R. Miller en Stephen Rollnick. De auteurs hadden jaren los van elkaar, in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, gewerkt aan methoden voor het praktiseren en aanleren van motivational interviewing. Er was nog maar weinig over geschreven. Daarom wilden de auteurs een boek voor behandelaars maken dat alles zou samenvatten dat niet alleen zij, maar ook anderen over motiverende gespreksvoering te weten waren gekomen. Zij hebben dit gerealiseerd in samenwerking met hun collega's van het internationale Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT). Tien jaar later, in 2002, kwam er een tweede editie van het boek uit. Er was inmiddels veel veranderd. Het oorspronkelijke boek was vooral gericht op het gebied van de verslavingszorg. Inmiddels waren toepassingen van Motiverende gespreksvoering in zwang geraakt op vele andere terreinen. In de nieuwe uitgave heeft de blik zich dan ook verbreed tot gedragsverandering in het algemeen.

Motiverende gespreksvoering heeft in veel landen een ruime vlucht genomen, maar toch wel in het bijzonder in Nederland. Dit heeft er mee te maken dat de bejegening van verslaving, het oorspronkelijke domein van toepassing, in Nederland traditioneel gekleurd is door een tolerante, niet moraliserende houding. Dit sloot goed aan bij de ideeën van William Miller, die al vlak na zijn eerste publicatie over motiverende gespreksvoering in 1984 in Nederland een workshop kwam geven. In Nederland zijn motiverende gespreksvoering en gedragstherapeutische vaardigheidstraining sindsdien steeds in elkaars verlengde en met elkaar verbonden gezien.

### 2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

#### **Cliëntgerichte psychotherapie**

Het werk van Carl R. Rogers (Rogers, 1959) en zijn leerlingen (in het bijzonder Thomas Gordon) vormt een belangrijke basis voor de ontwikkeling van *Motiverende gespreksvoering*. Carl Rogers heeft een theorie geformuleerd en getest over de vaardigheden die een hulpverlener nodig heeft om veranderingen mogelijk te maken. Voor het faciliteren van veranderingen is een cliëntgerichte, interpersoonlijke relatie nodig. De rol van de hulpverlener is in de ogen van Rogers niet directief, in de zin van oplossingen, suggesties of analyses aandragen. In plaats daarvan moet de hulpverlener zorgen voor nauwkeurige empathie, belangeloze warmte en echtheid. In de omschrijving van Rogers heeft nauwkeurige empathie te maken met deskundig reflectief luisteren. Daardoor worden de ervaringen en bedoelingen van de cliënt verhelderd en verruimd, zonder dat hij of zij wordt belast met het eigen verhaal van de hulpverlener. De cliëntgerichte interpersoonlijke relatie is de basis van motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering heeft daarnaast directieve elementen, in de zin dat bewust de ambivalentie van de cliënt wordt verkend en verandertaal wordt uitgelokt.





### **Het transtheoretische veranderingsmodel**

Het denken van de ontwikkelaars is verder beïnvloed door het transtheoretische veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente (Prochaska, Norcross & Diclemente, 1994; Miller et al., 2005). Kern van dit model is dat motivatie voor verandering niet in één keer tot stand komt, maar in een geleidelijk proces. Het is geen vast gegeven of persoonlijkheidskenmerk, maar afhankelijk van de context en de therapeutische relatie. Concreet is dit uitgewerkt in een model dat een veranderingsproces in zes fasen beschrijft:

1. Het eerste stadium is de voorbeschouwing: in dit stadium is de patiënt zich niet bewust van het probleem. Er zijn mogelijk klachten, zorgen of problemen, maar de patiënt koppelt deze niet aan zijn eigen gedrag. Er is geen intentie om te veranderen.
2. Het volgende stadium is het stadium van overpeinzing. De patiënt erkent het probleem en staat ambivalent tegenover verandering. Hij wil veranderen maar laat dat niet in zijn gedrag zien.
3. Indien de patiënt een afweging maakt van de voor- en nadelen, komt hij tot een beslissing. De beslissing om te veranderen is genomen en de patiënt vraagt zich af hoe hij kan veranderen.
4. Uitvoeren (actieve verandering): het gedrag wordt veranderd om de problemen op te lossen.
5. Het stadium volhouden (consolidatie) van de verandering is de grootste uitdaging. Gedrag moet zich stabiliseren en tevens moet gewerkt worden aan terugvalpreventie.
6. Terugval is als apart stadium in dit model opgenomen. Belangrijk in deze fase is het leren omgaan met terugval en het leren van de terugvalervaringen voor een volgende keer.

*Motiverende gespreksvoering* gaat in de aanpak uit van twee fasen: de eerste fase komt overeen met de eerste drie fasen van het transtheoretische veranderingsmodel, de tweede fase met de laatste drie fasen van datzelfde model. Essentie van het model is dat per fase specifieke interventies van de hulpverlener noodzakelijk zijn (Parnassia Addiction Research Center, 2003). Deze essentie is terug te vinden in *Motiverende gespreksvoering* in de nadruk op het niet te snel overgaan naar fase twee. Pas als de motivatie voldoende sterk is ontwikkeld en de cliënt zelf heeft besloten tot verandering, wordt overgegaan naar fase twee. Als opnieuw twijfel optreedt, zet de hulpverlener opnieuw interventies in om de motivatie te bekrachtigen.

### **Menselijke waarden**

In de methode *Motiverende gespreksvoering* wordt veel aandacht besteed aan de verkenning van de discrepantie tussen waarden en gedrag. De ontwikkelaars verwijzen hiervoor naar het werk van Milton Rokeach uit 1973 over menselijke waarden (In: Miller et al., 2005). Rokeach stelt dat er een beperkt aantal eindwaarden is die alle mensen gebruiken om hun houding en meningen te formuleren. Hij stelt dat de prioriteit die individuen geven aan de verschillende waarden bepalend is voor hun gedrag. In *Motiverende gespreksvoering* wordt expliciet aandacht besteed aan de waarden van cliënten, aan dat wat zij belangrijk vinden. Dit wordt gedaan door expliciet te vragen wat het belangrijkste voor hen is en waarom dat zo is. Dit versterkt de motivatie om te veranderen.

### **Zelfwaarnemingstheorie**

In de zelfwaarnemingstheorie van Daryl Bem uit 1967 wordt gesteld dat attitudes worden ontwikkeld door observatie van ons eigen gedrag en het daaruit concluderen welke attitudes





aan dat gedrag ten grondslag gelegen moeten hebben (In: Miller et al., 2005). Dit geldt ook voor wat iemand zegt: door te pleiten voor een bepaalde houding of gedragsverandering, wordt een mens er steeds meer voorstander van. In de taal van de zelfwaarnemingstheorie: 'Terwijl ik me zelf hoor praten, leer ik wat ik geloof.' We kunnen onszelf dus letterlijk ergens naar toe (of vanaf) praten. Deze theorie ligt ten grondslag aan de nadruk die in *Motiverende gespreksvoering* ligt op het belang van het verkennen van beide kanten van de ambivalentie van de cliënt. Daarmee wordt voorkomen dat de cliënt als reactie op uitingen van de hulpverlener in de richting van verandering te veel de kant tegen verandering gaat verdedigen en daarmee steeds meer voorstander van die kant wordt. Dit mechanisme is onderzocht met behulp van psycholinguïstische analyses van gesprekken op basis van de principes van *Motiverende gespreksvoering*. Uit deze analyses bleek dat de kracht waarmee de betrokkenheid bij verandering in taal werd geuit, een sterke voorspeller was van het zich onthouden van drugsgebruik. De geuite wens, capaciteit, redenen en noodzaak tot verandering droegen allemaal bij, maar alleen de betrokkenheid bij verandering was een directe voorspeller van verandering (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003).

### **Minder gemotiveerde cliënten**

Uit onderzoek blijkt dat *Motiverende gespreksvoering* met name bruikbaar is bij cliënten die minder gemotiveerd of klaar voor verandering zijn en bij cliënten die meer boos of tegendraads zijn. Bij deze cliënten roepen gesprekken gericht op gedragsverandering vaak juist meer weerstand op (Hettema, Steele & Miller, 2005).

### **Werkingsmechanisme**

De werking van *Motiverende gespreksvoering* wordt aangegeven met de volgende drie hypothesen (Hettema et al., 2005).

1. Professionals die motiverende gespreksvoering praktiseren lokken meer verandertaal en minder weerstand uit bij cliënten, vergeleken met meer directieve of confronterende gesprekstijlen.
2. De mate waarin cliënten argumenten tegen verandering verwoorden tijdens motiverende gespreksvoering is omgekeerd evenredig aan de mate van gedragsverandering.
3. De mate waarin cliënten verandertaal gebruiken tijdens motiverende gespreksvoering is direct gerelateerd aan de mate van gedragsverandering.

Voor de eerste twee van deze drie hypothesen is sterk bewijs gevonden. *Motiverende gespreksvoering* verdubbelt ongeveer de hoeveelheid verandertaal en halveert de hoeveelheid weerstand. Ook is aangetoond dat de frequentie van weerstand de mate waarin cliënten met alcoholproblemen bleven drinken na behandeling voorspelt (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). Voor de derde hypothese is pas na verder onderzoek bewijs gevonden. Slechts een bepaald type verandertaal, namelijk *commitment* voor verandering van gedrag, bleek een voorspellende waarde voor gedragsverandering te hebben. Andere typen verandertaal (wil, vaardigheid, redenen en noodzaak) bleken van invloed op de mate van *commitment*, maar niet rechtstreeks op gedragsverandering (Amrhein et al., 2003).





## 3. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### 3.1 Uitvoerende organisaties

#### Sociale sector

Op het sociale domein is geen systematische invoering van *Motiverende gespreksvoering* gaande. Motiverende gespreksvoering wordt wel regelmatig genoemd als gebruikte methode, maar het is onduidelijk in welke gevallen het om de hier beschreven methode gaat, om losse gesprekstechnieken of om varianten.

In verschillende beschrijvingen van activeringsmethoden en activeringsorganisaties wordt expliciet verwezen naar *Motiverende gespreksvoering* zoals beschreven door Miller en Rollnick, als één van de gebruikte methoden of als één van de elementen van de beschreven methode. Bijvoorbeeld door een afdeling activering en dagbesteding van een ggz-instelling, een beschrijving van activerende begeleiding bij een RIBW-instelling, activerende zorgtrajecten en 'werken in balans'. In het kader van het project Motiverende bejegening, onderdeel van het programma Modernisering gevangeniswezen, wordt *Motiverende gespreksvoering* ingevoerd ten behoeve van de re-integratie van gedetineerden.

#### Andere sectoren

Vrijwel alle instellingen voor verslavingszorg in Nederland gebruiken *Motiverende gespreksvoering* als basistechniek. Recent (2009) is de methode opgenomen in de richtlijn Alcohol in de eerste lijn. Ook zijn voor Alcohol in de eerste lijn een trainingsmanual en een e-learning pakket ontwikkeld.

In de somatische gezondheidszorg wordt *Motiverende gespreksvoering* steeds meer toegepast. Voor huisartsen en ondersteuners is het een veel gekozen onderdeel van het nascholingspakket. Er loopt een aantal stimuleringsprojecten voor specialistisch verpleegkundigen.

### 3.2 Praktijkervaringen van de professional

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar de praktijkervaringen van de professional met de methode. Dergelijk onderzoek is evenmin gevonden bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearch (zie 6.1).





### 3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar de praktijkervaringen van de cliënt/burger met de methode. Dergelijk onderzoek is evenmin gevonden bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearch (zie 6.1).

### 3.4 Praktijkvoorbeeld

Er zijn geen praktijkvoorbeelden gevonden die betrekking hebben op de sociale sector. In het handboek (Miller et al., 2005) staat wel een casus beschreven van een cliënt van de verslavingszorg. In het handboek is het volledige gesprek weergegeven. Hieronder wordt de casus kort weergegeven, met enkele fragmenten uit het gesprek ter illustratie.

De beschreven casus betreft een 38-jarige fotograaf die bij de hulpverlening komt vanwege zijn drankgebruik. Hij was niet klaar om te stoppen met drinken en twijfelde zelfs of hij wel hulp nodig had. Hij had twee concrete aanleidingen om te komen. Bij een bezoek aan de huisarts vanwege maagklachten had deze aangegeven dat zowel de maagklachten als zijn korte geheugenstoornissen te maken hadden met overmatig drankgebruik. Tweede aanleiding was de reactie van zijn vrouw op de opmerking van de huisarts. Zij gaf aan zich ook zorgen te maken over zijn drankgebruik.

De hulpverlener start met te vragen naar de zorgen van de cliënt die met zijn drankgebruik te maken hebben. De cliënt geeft meteen aan te zijn gekomen vanwege de opmerkingen van de huisarts en van zijn vrouw, maar niet te weten of hij zich zelf wel ergens zorgen over maakt. De hulpverlener vraagt door naar wat de cliënt zelf heeft gemerkt van zijn drankgebruik.

Verzamelande samenvatting, waarin alle thema's met verandertaal die zijn opgekomen, worden samengebracht: *"Als u erbij stil staat, zijn u dus een paar dingen opgevallen. U bent in de loop van de jaren duidelijk meer gaan drinken en u weet dat u soms auto hebt gereden met te veel op. Uw vrouw maakt zich zorgen om u, zoals uw moeder zich zorgen maakte om uw vader, en uw dokter heeft tegen u gezegd dat het invloed heeft op uw gezondheid. U hebt gemerkt dat u net als uw vader heel wat kunt drinken zonder dat u dronken bent en u hebt problemen gehad met uw geheugen. U hebt een paar flinke katers gehad en u merkt dat u zich beter voelt als u 's ochtends nog iets drinkt. Waarover maakt u zich de meeste zorgen?"*

Deze vraag lokt meer verandertaal uit, maar ook de opmerking dat de cliënt zichzelf geen alcoholist vindt.

Reflectie van gevoelens, en een tweezijdige reflectie: *"Dat moet verwarrend voor u zijn, als u erover nadenkt. Aan de ene kant ziet u signalen die u waarschuwen dat u te veel drinkt, net als uw vader, en dat maakt u ongerust. Aan de andere kant past het beeld van een alcoholist niet op u." Reactie van de cliënt, met erkenning van beide kanten van de ambivalentie: "Inderdaad. Ik bedoel: ik heb wel wat problemen, maar ik ben geen dronkenlap."*





De hulpverlener vraagt de cliënt om een aantal vragenlijsten in te vullen. Daaruit komt het aantal glazen alcohol dat de cliënt per week drinkt en de hoeveelheid alcohol in zijn bloed. De cliënt schrikt van de hoeveelheden en ook van de uitslag dat hij symptomen van afhankelijkheid begint te vertonen.

De hulpverlener reflecteert en herkadert: *“Dit is niet wat u verwachtte te horen. Ik begrijp dat het pijnlijk voor u is. Toch wil ik het in proportie zetten. Op al deze schalen komt u om en nabij uit in het overgangsg gebied, grenswaarden. Het goede nieuws is dat u beseft wat er aan de hand is voordat al deze problemen uit de hand lopen. Mensen die ontdekken wat er speelt en er op tijd iets aan doen, kunnen blijvende schade voorkomen. Anderen wachten tot ze ernstige of onomkeerbare schade hebben opgelopen. U hebt niet gewacht. Het is net als bij zo veel andere problemen: hoe eerder je erbij bent, des te groter zijn je kansen om het anders te gaan doen en gezond te blijven.”*

Vervolgens vraagt de hulpverlener expliciet naar mogelijke verandering, om te polsen hoe de cliënt hierover denkt: *“Dus wat betekent dat voor uw drankgebruik? Wat moet er nu gebeuren?”* De cliënt reageert hierop met twee mogelijkheden: *“Ik denk dat ik iets moet doen aan mijn drankgebruik: of ik moet minderen, of ik moet ermee ophouden.”*

De hulpverlener vraagt door naar de voorkeuren van de cliënt en vraagt ook naar de inschatting van de cliënt of hij dat zou kunnen en of hij er ondersteuning bij zou willen hebben.

De hulpverlener vraagt dan wat de cliënt gaat doen: *“Wat denkt u dat u gaat doen?”* De cliënt vraagt: *“U hebt er verstand van. Wat zal ik doen?”* De hulpverlener reageert zonder in de valkuil van deskundigheid te trappen en benadrukt zelfsturing: *“Ik kan u een paar dingen vertellen waar anderen iets aan hebben gehad, maar u kent uzelf het best. Alles wat ik kan doen, is u op ideeën brengen. Misschien hebt u er wat aan, misschien ook niet. U bent degene die beslist wat er moet gebeuren. Hebt u behoefte aan een paar ideeën?”*

De hulpverlener geeft aan dat hij cliënten kent die helemaal zijn gestopt en cliënten die alleen geminderd hebben. De cliënt vraagt expliciet naar de mening van de hulpverlener hierover. De hulpverlener geeft aan dat hij wel zijn mening kan geven, maar dat de cliënt zelf moet beslissen.

De hulpverlener vraagt door naar dingen die het lastig kunnen maken om te stoppen en naar manieren om daarmee om te gaan. Ook vraagt hij naar wat er zou gebeuren als de cliënt niet zou minderen of stoppen. Hierdoor wordt de motivatie van de cliënt versterkt. De hulpverlener neemt met de cliënt een aantal mogelijkheden door om het de cliënt makkelijker te maken te veranderen.

Dan geeft de hulpverlener een samenvatting van het plan: *“Ik wil er graag zeker van zijn dat ik begrijp wat u gaat doen. U hebt besloten dat u de alcohol een tijdje wilt laten staan, tenminste drie maanden lang, en u gaat straks naar huis om het uw vrouw uit te leggen. U vindt het een goed idee om allebei terug te komen en de mogelijkheid te krijgen om met mij te bespreken hoe het met u gaat. U vindt het een prettig idee dat u in staat bent dit zelfstandig voor elkaar te krijgen, dus voorlopig wilt u geen beroep doen op andere vormen van ondersteuning. Toch zei u dat we als het niet lukt en u in de komende drie maanden toch weer gaat drinken, dat we het*





dan moesten hebben over een vorm van hulp. U komt aanstaande donderdag met uw vrouw terug, dus dan kunnen we dit plan met haar doornemen en daarna besluiten wat we vanaf dat moment zullen doen. Is dat wat u gaat doen?” Cliënt: “Ik geloof het wel.” Hulpverlener reflecteert de ambivalentie: “Dat klinkt nog een beetje terughoudend, wat ik ook wel begrijpelijk vind. Dit is een grote verandering voor u. Waar maakt u zich ten aanzien van dit plan zenuwachtig over? Heb ik iets gemist?”

Cliënt: “Ik ben er niet echt ‘zenuwachtig’ over. Nee, het is prima. Ik zat alleen te denken aan de mooie tijden die ik heb beleefd.” Hulpverlener reflecteert: “En het is moeilijk omdat u die afweegt tegen uw gezondheid en uw gezin, en de mooie tijden die eraan komen. Het is moeilijk om los te laten.” Cliënt: “Maar ik moet wel.” Hulpverlener benadrukt de zelfsturing: “Nee, u hoeft niets. Er komt alleen iets van terecht als u kiest om dit te doen, als u het echt wilt. Is dit wat u wilt?”

Cliënt: “Ja. Zeker wel.” Hulpverlener: “Dan zie ik u en uw vrouw donderdag.”





## 4. Effectonderzoek

---

### 4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

#### Nederlandse primaire onderzoeken naar de effectiviteit van de methode

De ontwikkelaar voert geen Nederlands onderzoek aan naar de effectiviteit van de methode in de sociale sector noch is dergelijk onderzoek bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearch gevonden.

### 4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

#### Studies in het buitenland en/of naar 'soortgelijke methoden'

Er zijn in het buitenland enorm veel studies naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering uitgevoerd, vooral op het terrein van middelengebruik en gezondheidsgedrag. Voor zover bekend zijn er zes meta-analyses van dergelijke studies gedaan (Britt, Hudson & Blampied, 2004; Burke, Arkowitz & Dunn, 2002; Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Dunn et al., 2001; Hettema et al., 2005; Rubak, Sandboek, Lauritzen, & Christensen, 2005). Algemene conclusie van deze meta-analyses is dat *Motiverende gespreksvoering* een significant beter resultaat geeft dan traditioneel algemeen advies. Dit effect geldt zowel bij fysiologische als bij psychologische problemen. De positieve effecten zijn onder meer gevonden voor de motivatie voor verandering en voor de therapietrouw.

Er zijn geen effectstudies gedaan naar de toepassing van *Motiverende gespreksvoering* in het sociale domein. De positieve resultaten van de hierboven genoemde effectstudies op de motivatie voor verandering en op de therapietrouw en de breedheid van toepassingsgebieden waarop effecten zijn gemeten, maken *Motiverende gespreksvoering* veelbelovend voor verdere toepassing in het sociale domein.







## 5. Conclusies

### 5.1 Samenvatting werkzame elementen

- Voor het faciliteren van verandering is een cliëntgerichte interpersoonlijke relatie nodig die gebaseerd is op een coöperatieve houding van de hulpverlener, waarin empathie en ondersteuning centraal staat (1, 2).
- Een veranderingsproces bestaat uit verschillende fasen waar de hulpverlener bij moet aansluiten (1, 2).
- De prioriteit die mensen geven aan hun waarden is bepalend voor hun gedrag. Aandacht voor persoonlijke waarden van mensen versterkt de motivatie voor gedragsverandering, waar het huidige gedrag tegen die eigen waarden ingaat (1, 2).
- Motivatie wordt bovendien uiteengehaald in drie elementen: het belang dat de cliënt hecht aan verandering, het vertrouwen dat hij heeft dat het gaat lukken en de gereedheid om op dit moment te gaan werken aan verandering (1).
- De kracht waarmee iemand zelf voor verandering pleit, is sterk voorspellend voor gedragsverandering (1, 2).
- De mate waarin cliënten argumenten tegen verandering verwoorden tijdens motiverende gespreksvoering is omgekeerd evenredig aan de mate van gedragsverandering (2).
- De mate waarin cliënten verandertaal gebruiken tijdens motiverende gespreksvoering is direct gerelateerd aan de mate van gedragsverandering (2).
- Professionals die motiverende gespreksvoering praktiseren, lokken meer verandertaal en minder weerstand uit bij cliënten, vergeleken met meer directieve of confronterende gespreksstijlen (2).
- De betrokkenheid bij het daadwerkelijk veranderen wordt vergroot doordat het verander plan gebaseerd wordt op de eigen wensen en plannen van de cliënt (1).

#### Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

### 5.2 Samenvatting effectonderzoek

Er zijn geen wetenschappelijke onderzoeken gevonden die directe of indirecte aanwijzingen leveren voor de effectiviteit van de methode bij toepassing in de sociale sector.

Er zijn wel veel internationale onderzoeken naar effecten van motiverende gespreksvoering op het terrein van vooral de verslavingszorg en de preventieve gezondheidszorg. Uit deze onderzoeken blijkt onder meer dat motiverende gespreksvoering positieve effecten heeft op





motivatie en therapietrouw. Dit maakt het een veelbelovende methode voor toepassing in de sociale sector.

**Verklaring classificatie voor typering onderzoeksopzet:**

A = Experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

B = Quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

C = (Quasi-) experimenteel onderzoek, in de praktijk (zonder *follow-up*)

D = (Quasi-) experimenteel onderzoek, niet in de praktijk

E = Veranderingsonderzoek

F = *Monitoring*

Z = Geen van de voorgaande alternatieven.

Zie voor een toelichting bijlage 3.





## 6. Verantwoording

---

### 6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

#### Zoekvraag en zoektermen

De bij de literatuursearch gehanteerde zoekvraag was: Wat is bekend over de onderbouwing en effectiviteit van motiverende gespreksvoering? Deze zoekvraag is vertaald in de volgende zoektermen: motiverende gespreksvoering, motivational interviewing, evaluaties en effectonderzoek.

#### Zoekstrategieën

Er is gezocht in de volgende databanken:

- de MOVISIE catalogus
- NARCIS,
- de HBO kennisbank
- PiCarta
- SocINDEX
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Controlled Trials Register
- Campbell
- Sociological Abstracts with ProQuest Full-Text
- Social Work Abstracts
- Social Services Abstracts
- ERIC
- MEDLINE/PubMed
- Francis
- IBSS
- CiNAHL
- Urban Studies Abstracts.

Daarnaast is gezocht in literatuurlijsten en verwijzingen in de al eerder gevonden literatuur.

#### Selecteren van literatuur

Er is enorm veel literatuur voorhanden over motiverende gespreksvoering. De gevonden literatuur is grofweg te onderscheiden in:

- Literatuur die door de ontwikkelaars van de methode is aangevoerd als onderbouwing van de methode.
- Beschrijvingen van motiverende gespreksvoering in het algemeen en van toepassingen in de verslavingszorg en in de preventieve gezondheidszorg in het bijzonder.
- Artikelen over de mogelijke verdere onderbouwing van motiverende gespreksvoering met behulp van verschillende wetenschappelijke theorieën.
- Effectonderzoeken op het terrein van verslaving en preventieve gezondheidszorg.
- Systematische reviews van effectonderzoeken.

Er is geen literatuur gevonden over specifieke toepassingen van *Motiverende gespreksvoering*





in de sociale sector. Geselecteerd is uiteindelijk de literatuur die door de ontwikkelaars is aangevoerd als onderbouwing van de methode en de systematische reviews van effectonderzoeken.

## 6.2 Literatuur

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, 862-878.

Bien, T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.

Brehm, S. S. & Brehm, J. W. (1981). *Psychological Reactance: A theory of freedom and control*. New York:

Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. (2004). Motivational Interviewing in health settings: a review. *Patient Education en Counseling*, 53(2), 147-155.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing. In: W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., 217-250). New York: Guilford Press.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.

Dunn, C., DeRoo, L., Rivara, F. P., Rollnick, S., Miller, W. R., Heather, N., Longabaugh, R., Dunn, C., DeRoo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, (1), 91-111. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, (14), 6-18.

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. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Preparing People for Change* (2nd ed.) The Guilford Press. Nederlandse vertaling: *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (2005). Gorinchem: Uitgeverij Ekklesia.

Miller, W. R., Taylor, C. A. & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.

Moyers, T., Martin, T., Catley, D., Harris, K. & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 117-184.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W. R. & Ernst, D. (2007). *Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0 (MITI 3.0)* University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions.

Parnassia Addiction Research Center. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & Diclemente, C. C. (1994). *Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: W. Morrow.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science, Vol. #: Formulations of the person and the social contexts*, 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 305-312.

Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago:

Truax, C. B. & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (299-344). New York: John Wiley & Sons.

Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783-790.





## Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

---

Voor het vaststellen van de effectiviteit van methoden (onderdeel 4 van het werkblad) moet het onderzoek hiernaar systematisch in kaart worden gebracht (bijlagen 2 en 3).

### Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

Er zijn twee typen aanwijzingen voor de effectiviteit van een methode:

- **Directe aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek die betrekking hebben op precies die methode die in het onderhavige document is beschreven.
- **Indirecte aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek naar andere methoden met hetzelfde doel en dezelfde doelgroep en aanpak.  
Deze worden hier verder aangeduid als 'soortgelijke methoden'. Het gaat hier om:
  - Resultaten uit onderzoek naar buitenlandse versies van de methode (zoals *Motivational interviewing*, de Amerikaanse variant van de Nederlandse Motiverende gespreksvoering).
  - Resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van Nederlandse methoden die tot hetzelfde type of dezelfde 'familie' behoren (zoals de Nederlandse activeringsmethoden die gebaseerd zijn op *Supported employment*).

Soms zijn er onvoldoende directe aanwijzingen of kunnen relevante indirecte aanwijzingen de directe aanwijzingen ondersteunen. Bij de selectie van soortgelijke methoden is maatgevend in hoeverre de methode in de kern overeenkomt met de beschreven methode. Wanneer dit niet duidelijk is of wanneer de methode te zeer verschilt, is er geen sprake van een soortgelijke methode en dus ook niet van indirect bewijs voor effect.

Wanneer een methode veelvuldig is onderzocht, is het aantal primaire onderzoeken soms te groot om binnen het kader van *Effectieve sociale interventies* te analyseren. Veelal zijn de primaire onderzoeken dan al geanalyseerd in *reviews* en metastudies. In dat geval gebruiken we de informatie uit deze overzichtsstudies. We volstaan dan met een globale analyse van de effectiviteit zoals gebleken uit de overzichtsstudies. Dit vullen we eventueel aan met een meer uitgebreide analyse van de (recente) primaire studies die (nog) niet in de overzichtsstudies zijn opgenomen.

### Kenmerken effectonderzoek

Bij onderdeel 4 van het werkblad gaan we ervan uit dat er sprake is van een effectonderzoek wanneer er ten minste een meting heeft plaats gevonden dat een cijfermatige indicatie geeft van het effect van een methode. Onderzoek naar de door professionals, burgers en/of cliënten ervaren effectiviteit van een methode nemen we mee in onderdeel 3 van het werkblad.

Het methodologische gewicht van het effectonderzoek en de resultaten daarvan wordt onder meer bepaald door de aanwezigheid van een voor- en nameting, een controlegroep, de willekeurige samenstelling daarvan, de modelgetrouwheid van de methode en de uitvoering van een follow-upmeting. Het methodologische gewicht varieert van 'licht' effectonderzoek (monitoring- of veranderingsonderzoek) tot 'zwaar' effectonderzoek (Randomized Controlled Trial, RCT) en diverse vormen daar tussenin. Hoe 'zwaarder' het effectonderzoek, hoe 'harder' de uitspraken over de effectiviteit zijn. Dit wil niet zeggen dat er altijd gekozen moet worden voor zo zwaar mogelijk





effectonderzoek. Welk type effectonderzoek het meest passend is, hangt af van de kenmerken en het ontwikkelingsstadium van de methode en de beschikbare financiële middelen.

Bijlage 3 geeft een stapsgewijze uiteenzetting van de kenmerken per onderzoek en geeft een typering van de onderzoeksopzet. Het gaat daarbij om het objectief beschrijven van de kenmerken (onderdelen B t/m D). Externe deskundigen beoordelen in een later stadium de kwaliteit van het onderzoek (onderdelen E en F).

### **Gemeten effecten**

In een tabel (bijlage 3, onderdeel G) worden de onderzoeksresultaten cijfermatig gepresenteerd. De onderzoeksresultaten kunnen aanwijzingen geven voor positieve, geen of negatieve effecten.

#### *Uitkomstmaten*

Effectonderzoeken beantwoorden een beperkt aantal vragen. De gestelde vragen worden aangeduid als 'uitkomstmaten'. Alleen op deze uitkomstmaten wordt een effect gemeten. Er kan alleen iets over effect gezegd worden voor zover het betrekking heeft op één van de onderzochte uitkomstmaten. In bijlage 3 wordt het effect dan ook per uitkomstmaat aangegeven.

#### *Effectgrootte*

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele en controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschromes in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn. De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte d ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen experimentele (interventie-) en controlegroep. Er bestaan verschillende formules voor het berekenen van d. De bekendste is<sup>1</sup>:

$$d = \frac{\text{gemiddelde score nameting interventiegroep} - \text{gemiddelde score nameting controlegroep}}{\text{'gepoolde' standaarddeviatie van beide groepen}}$$

De formule voor het berekenen van de 'gepoolde' standaarddeviatie luidt daarbij als volgt:

$$\sqrt{((n_i - 1)sd_i^2 + (n_c - 1)sd_c^2) / (n_i + n_c - 2)}$$

Hierbij staat de *i* voor interventiegroep of experimentgroep en de *c* voor controlegroep, *sd<sub>i</sub>* en *sd<sub>c</sub>* zijn de standaarddeviaties van respectievelijk de interventie- en controlegroep en *n<sub>i</sub>* en *n<sub>c</sub>* de steekproefgrootte van de interventie – en controlegroep.

---

<sup>1</sup> Zie Rossi, P.H., M.W. Lipsey & H.E. Freeman (2004). Evaluation. A systematic approach (7th ed.). Thousand Oaks: Sage.





De index wordt een positieve waarde toegekend als het effect bij de interventiegroep (experimentele groep) gunstiger is dan bij de controlegroep en een negatieve waarde als het effect voor de controlegroep gunstiger is. Vuistregel bij de betekenis van  $d$  of  $ES$  is als volgt:

$d$  of  $ES$  groter dan of gelijk aan  $.20$  = klein effect;  
 $d$  of  $ES$  groter dan of gelijk aan  $.50$  = middelmatig effect;  
 $d$  of  $ES$  groter dan of gelijk aan  $.80$  = groot effect.<sup>2</sup>

In sommige onderzoeksrapporten worden andere effectmaten gebruikt, in dat geval worden deze overgenomen.

---

<sup>2</sup> Zie o.a. Cohen, J (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

