

# Gedragsverandering en gespreksvoering in een notendop

---

Auteur: Vincent Kortleve, Viaperspectief.

## Inleiding

De literatuur over het menselijk gedrag en over gedragsverandering is talrijk. Het doorgronden van de mens en zijn gedragingen wordt door velen gezien als belangrijk maar tevens als buitengewoon lastig. Natuurlijk is er best veel bekend en snappen we steeds beter waarom mensen 'doen wat ze doen'. Maar het lukt ons soms maar moeizaam om gedrag te beïnvloeden (van onszelf of van een ander) of te begrijpen. Toch doen we daar regelmatig een poging toe al is dat niet altijd doelbewust.

In dit artikel komen belangrijke concepten en thema's aan bod rondom gedragsverandering en zelfmanagement. In dit artikel is een keuze gemaakt voor het hanteren van een beperkt aantal concepten met betrekking tot gedrag en gedragsverandering. Deze keuze is tot stand gekomen op basis van de praktische toepasbaarheid in de fysiotherapiepraktijk, de importantie van het concept in het kader van gedragsverandering en op basis van wetenschappelijke literatuur. Natuurlijk is hiermee het artikel niet compleet. We zullen dit moeten accepteren gezien de uitgebreidheid en complexiteit van de materie.

Een belangrijke eerste stap die ieder mens maakt als hij een gezondheidsprobleem heeft is het zelf analyseren van dit probleem. Zijn directe omgeving speelt daar vaak een rol in al is dat niet altijd direct. Als de cliënt er uiteindelijk niet uitkomt, het probleem blijft – het herstel blijft uit, dan roept hij hulp in (in dit artikel is gekozen voor de 'hij-vorm'). Mogelijk in eerste instantie gezinsleden maar vaak ook een hulpverlener. Van de hulpverlener verwacht hij antwoord op de vraag: wat is er met me aan de hand, hoe lang gaat het duren en hoe kan ik hiervan herstellen (door wie of wat)? Dan komt het moment van het nemen van een besluit: heb ik hulp nodig en wat wil ik voor behandeling? Veelal is dit een impliciet aspect van hulpverlening die wordt geboden: de hulpverlener staat er nauwelijks bij stil welke behandeling de cliënt wil en of er ook nog andere opties zijn, laat staan dat hij deze bespreekt met de cliënt en de persoonlijke voor- en nadelen voor hem/haar probeert af te wegen. Toch is er veel voor te zeggen dit wel te doen.

## Gezamenlijke besluitvorming

Sinds de jaren 90 bestaat het concept van 'gezamenlijke besluitvorming' of 'shared decision making' (Edwards, 2009). Het is ontstaan in de pedagogiek en de oncologie. In de omgeving van de oncologie ontdekten de artsen steeds vaker dat cliënten de voorkeur gaven aan een andere behandeling dan de arts. De arts koos immer voor de behandeling met de, in wetenschappelijk onderzoek aangetoonde, meeste overlevingskansen, de cliënt prefereerde soms een behandeling

die de meeste 'kwaliteit van leven' opleverde. Dit noopte artsen tot meer overleg in het traject van diagnose naar behandeling. Een gezamenlijke besluitvorming ging steeds meer deel uitmaken van de benadering van sommige artsen. Het concept van gezamenlijke besluitvorming was geboren.

### Wat is het?

Gezamenlijke besluitvorming gaat uit van autonomie, een belangrijke waarde in onze samenleving. Door de benadering van de hulpverlener is de cliënt in staat zelf een beslissing te nemen aangaande zijn gezondheidsprobleem. De hulpverlener helpt de cliënt met de analyse van het probleem door zijn specifieke expertise in te zetten. Vervolgens verstrekt hij informatie over zijn probleem en reikt mogelijke oplossingen aan. Tenslotte helpt hij de cliënt bij het afwegen en beslissen. Zoals: wil ik er iets aan doen of wacht ik af tot het 'vanzelf' over gaat? Welke voor en nadelen ervaar ik bij oplossing A en oplossing B?

Cathy Charles e.a. publiceerden in 1999 een artikel (Charles, 1999) waarin zij de benadering van 'gezamenlijke besluitvorming' duidelijk maakt door deze af te zetten tot de meer traditionele 'dokters-aanpak' enerzijds ('paternalistic': de dokter stelt het probleem vast en schrijft de behandeling voor, de patiënt volgt de voorschriften op) en de moderne informatie aanpak anderzijds ('informed': de dokter stelt het probleem vast en legt de mogelijkheden voor behandeling voor, de patiënt beslist zelfstandig wat hij wil doen).

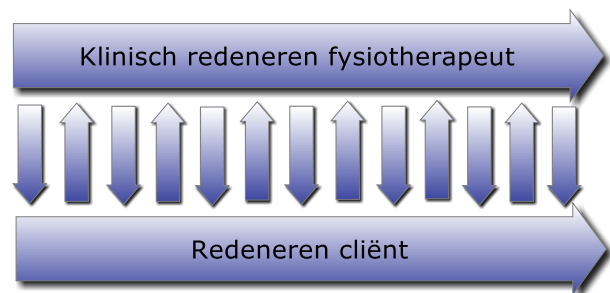
Analytical stages		Paternalistic model	Intermediate approaches	Shared model	Intermediate approaches	Informed model
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Doctor ↓ patient		Doctor ↓ ↑ patient		Doctor ↓ patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Minimum amount	Legal requirement		Anything relevant for decision making		Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors		Doctor and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors		Doctor and patient		Patient

Belangrijke kenmerken van gezamenlijke besluitvorming zijn dat (Charles, 1999):

- er tweerichtingsverkeer is in de informatieuitwisseling tussen hulpverlener en cliënt, ook al tijdens de analyse van het gezondheidsprobleem, zowel in het verstrekken van informatie als in het stellen van vragen.
- de interactie tussen hulpverlener en cliënt niet alleen over medische aspecten handelt maar ook over persoonlijke elementen van het gezondheidsprobleem met als belangrijkste criterium dat alles wat relevant is voor het nemen van een beslissing aan bod mag en kan komen.
- hulpverlener en cliënt (en anderen) overleggen samen over de te nemen beslissing (waarin ook beide hun voorkeuren beargumenteerd uitspreken) en samen tot een besluit komen waarin de hulpverlener de cliënt coacht (ondersteunt) in het wikken en wegen van mogelijke oplossingen en voor- en nadelen.

Gezamenlijke besluitvorming omvat het proces van besluitvorming dat de hulpverlener en de cliënt gezamenlijk en tegelijkertijd doormaken. De cliënt legt de hulpverlener zijn gezondheidsprobleem voor en analyseert het. De hulpverlener interpreteert de uitspraken van de cliënt, analyseert deze en trekt hierover conclusies aangaande de aard van het probleem.

Dit interpreteren, analyseren en concluderen van de hulpverlener is het proces dat normaal gesproken 'klinisch redeneren' wordt genoemd. Maar evenals hulpverleners doen cliënten dit ook. Het verschil bestaat hieruit dat cliënten professionele kennis in dit klinisch redeneren ontberen. Dit nu is juist de reden dat zij een professional raadplegen: om hen hierin bij te staan. Zodoende helpt de hulpverlener de cliënt. In de fysiotherapie betekent dit naar mijn mening dat de fysiotherapeut dit interpreteren, analyseren en concluderen in gezamenlijkheid en in samenspraak met de cliënt uitvoert.



**Figuur 1. Het klinisch redeneren van de therapeut en de cliënt loopt zo veel mogelijk parallel doordat de therapeut de cliënt regelmatig informeert aangaande zijn interpretaties en analyses.**

Dit veronderstelt dat:

- de hulpverlener meerdere malen in het diagnostisch proces interpretaties maakt en deze regelmatig - en niet alleen aan het einde - teruggeeft aan de cliënt;
- de analyses die de hulpverlener maakt op basis van voorgaande interpretaties met de cliënt worden gedeeld en beargumenteerd;
- informatie die de hulpverlener heeft over het gezondheidsprobleem deelt met de cliënt;
- conclusies aangaande het gezondheidsprobleem deelt met de cliënt.

Er is differentiatie in de wenselijkheid van een aanpak als gezamenlijke besluitvorming. Het lijkt zo te zijn dat sommige situaties meer om een dergelijke aanpak vragen dan andere. Er is onderzoek gedaan naar welke situaties dat zijn.

### Voor wie/wanneer?

Gezamenlijke besluitvorming is niet voor iedere situatie geschikt. Als je met een gebroken been op een eerste hulp van het ziekenhuis wordt binnengebracht dan verwacht je waarschijnlijk dat de dokter zo snel mogelijk de beste oplossing (met de grootste kans op genezing) uitvoert. Maar als de breuk iets gecompliceerder is en er verschillende opties zijn met ieder hun eigen voor- en nadelen (en elk hun eigen kans op het optreden van bepaalde voor- en nadelen) dan wordt het al

wenselijk dat de dokter in overleg met je tot een aanpak komt. Ook hier lijkt toch al snel een gezamenlijke besluitvorming op zijn plaats.

Uit het wetenschappelijk onderzoek dat er is gedaan naar gezamenlijke besluitvorming (Joosten, 2008) is inmiddels gebleken dat gezondheidsproblemen waarbij in de oplossing van het probleem de cliënt zelf een actieve rol speelt gezamenlijke besluitvorming een geschikte aanpak is die ook voordeel oplevert. Ook bij chronische gezondheidsproblemen heeft gezamenlijke besluitvorming voordelen boven de traditionele aanpak zo is gebleken. Ten slotte is bekend dat indien de behandeling bestaat uit meerdere sessies gezamenlijke besluitvorming meerwaarde heeft. Voornoemde aspecten (cliënt moet participeren, chronisch gezondheidsproblemen en behandeling in meerdere sessies) zijn kenmerkend voor de fysiotherapie en de gezondheidsproblemen waarmee de fysiotherapeut in zijn praktijk geconfronteerd wordt. Gezamenlijke besluitvorming heeft dus meerwaarde boven de traditionele aanpak. Welke voordelen zijn dit nu precies; wat levert gezamenlijke besluitvorming op boven een traditionele aanpak?

### **Wat levert het op?**

Een belangrijk pluspunt van gezamenlijke besluitvorming is dat het gelijkwaardigheid in de intermenselijke relatie mogelijk maakt en autonomie, als belangrijke waarde in onze samenleving, waardeert. Dat is een conclusie die kan worden getrokken vanuit de theorie over gezamenlijke besluitvorming (Marteau, 2009). Gezamenlijke besluitvorming geeft tevens invulling aan individuele keuzemogelijkheden van de cliënt en verschaft de mogelijkheid aandacht te geven aan het persoonlijke aspect van het probleem door het persoonlijke en coachende contact (Heijst, 2008).

Wetenschappelijk onderzoek heeft een aantal voordelen van gezamenlijke besluitvorming bevestigd (Joosten, 2008), (Edwards, 2009). Kort samengevat:

- Gezamenlijke besluitvorming is een effectieve methode om overeenstemming te verkrijgen omtrent de aanpak.
- Cliënten zijn beter geïnformeerd.
- Patiënten zijn *niet* angstiger (een door sommigen verondersteld nadeel van gezamenlijke besluitvorming)
- Patiënten zijn meer tevreden en betrokken mbt de aanpak van het gezondheidsprobleem
- Patiënten vertonen waarschijnlijk een betere 'therapietrouw' (het onderzoek is hier nog te beperkt in om een sterkere conclusie te kunnen trekken)
- Patiënten consumeren tussentijds mogelijk minder medische zorg (omdat ze waarschijnlijk meer overtuigd zijn van de juistheid van hun beslissing, twijfelen ze minder snel en bezoeken daarom minder snel/minder vaak een andere hulpverlener)
- Patiënten ervaren mogelijk een betere kwaliteit van leven (onderzoek nog beperkt)

### **Een besluit is nog geen gedrag**

Mogelijk komt het voorgaande u als lezer sympathiek, ideaal en idealistisch over. Mogelijk ook denkt u: dat doe ik al jaren zo. Of misschien vraagt u zich af wat er voor nodig is om 'gezamenlijke besluitvorming' te bereiken. Welnu. De instrumenten in gezamenlijke besluitvorming zijn de hulpverlener zelf en zogenaamde beslishulpen (of 'decision aids'). Het cruciale is echter de attitude en competenties van de hulpverlener.

Het blijkt keer op keer uit wetenschappelijk onderzoek dat hulpverleners het erg moeilijk vinden patiënten te betrekken in het besluitvormingsproces (Gravel, 2006). Het creëren van gelijkwaardigheid in een hulpverlener-cliënt relatie is dus blijkbaar buitengewoon lastig.

En verder: een goed genomen besluit is niet noodzakelijkerwijs ook verandering van gedrag. Veel cliënten twijfelen of zij het besluit wel kunnen uitvoeren, of ze niet zullen terugvallen omdat ze het niet vol kunnen houden, zich wel dingen kunnen ontszeggen om hun doel te bereiken, etc. Met andere woorden: zij zijn niet voldoende gemotiveerd. Ze willen wel,.....MAAR.....

## Motivatie en gedragsverandering

Motivatie is het fundament tot iedere gedragsverandering. En zoals we allemaal wel eens ervaren hebben is het soms bijzonder lastig om jezelf te motiveren dan wel om gemotiveerd te blijven. Je begint ergens aan maar maakt het niet af. Je motivatie van het eerste uur is afgebrokkeld. Hoe komt dat nu?

Allereerst probeert menig een zijn gedrag te veranderen op 'wilskracht'. Maar dergelijke veranderingen halen vaak niet de eindstreep omdat aan allerlei essentiële voorwaarden en ingrediënten voor motivatie niet is voldaan. Op wilskracht alleen lukt het maar zelden. Toch zit in ieder mens voldoende motivatie om de verandering wel te laten slagen, de kunst is vooral deze te vinden. En naast het vinden van de motieven is een aanpak gericht op de bronnen van gedrag van buitengewoon belang om de gedragsverandering te laten slagen.

Bij gedragsverandering moet namelijk niet worden vergeten dat huidig gedrag tot stand is gekomen door een enorme hoeveelheid van factoren die met elkaar interacteren in min of meer vaste patronen. Patronen van gedragingen maar ook patronen van allerlei gedachten, gevoelens, meningen van anderen, sociale invloeden en rollen hebben geleid tot het actuele gedrag. En, niet het minst belangrijk: gedrag is voor een belangrijk deel onbewust (of eigenlijk voorbewust) en automatisch. Zeker dagelijks of veel voorkomend gedrag. Sommigen menen dat 90 – 95% van het menselijke gedrag onbewust en automatisch is (Fishbein, 2010). Voor verandering van gedrag is het nodig tijdelijk je (alledaagse) gedrag bewust te maken, te sturen en te plannen terwijl je 'automatische piloot' je anders ingeeft (zelfs bijna 'lokt') te doen. En dat maakt dat je de ingeslagen weg al weer snel verlaat en in je oude onbewust gedrag terugvalt.

Om meer inzicht te krijgen in verandering van gedrag zullen we eerst nog stil staan bij het begrip motivatie zoals dat door Miller & Rollnick (Miller, Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt., 2009) gehanteerd wordt. Vervolgens zullen we bespreken welke hulpbronnen je hebt als je gedrag blijvend wil veranderen. Waaraan kun je aandacht besteden om het nieuw te leren gedrag te laten blijven bestaan, ofwel: welke aspecten borgen het nieuwe gedrag?

## Motivatie en ambivalentie

Zonder motivatie geen verandering van gedrag. Het is belangrijk dat je als hulpverlener beseft dat de motivatie al in de cliënt aanwezig is maar dat het menselijk is dat cliënten ook twijfels hebben bij verandering. Mogelijk herken je het volgende. Menig cliënt zegt zeer gemotiveerd te zijn om nu eens eindelijk iets te gaan doen aan zijn conditie.....maar uit zijn gedrag blijkt het tegendeel. En als je hem hiernaar vraagt (naar deze discrepantie) zal hij iets zeggen in de trant

van 'ja ik wil wel maar ....weet je ..... als ik dan eenmaal op de bank zit 's avonds heb ik eenvoudig niet meer de energie om .....'. Dit fenomeen van twijfel en discrepantie tussen woorden en daden wordt ambivalentie genoemd. Mensen zijn vaak ambivalent over veranderingen. Iets in de verandering trekt hen aan, maar ook iets anders schrikt hen af. Zie zien voordelen en nadelen en dat maakt hen besluiteloos. Ze willen het echt maar er is altijd een stemmetje dat hen tegenhoudt dat besluit uit te voeren. Een stemmetje dat gevoed wordt door eerdere ervaringen (mislukkingen), door stemmingen, door de nadelen die iedere verandering met zich meebrengt (je verliest iets als je ermee stopt), door dingen die andere vinden (sociale invloed), door weinig geloof in succes, door schaamte, etc. Fundamenteel is dat ambivalentie door een hulpverlener gezien wordt als normaal. Bij gedragsverandering is het *natuurlijk* dat mensen ambivalent zijn. De weerstand die optreedt tegen de verandering is geen zwakte, het hoort bij de verandering! Of een ander nu wil veranderen of jijzelf, ambivalentie treedt op. De cliënt die moeite heeft om zijn besluit uit te voeren kan niet worden betiteld als ongemotiveerd. Nee, hij is ambivalent en dat is logisch.

Het is kansloos de weerstand die de ander vertoont proberen te breken. Dus argumenten geven waarom de ander iets onterecht als een nadeel ziet is zinloos. Sterker nog, de weerstand tegen verandering zal er alleen maar door toenemen en de cliënt doet zijn best zijn standpunt (tegen verandering) te verdedigen. Bekend is dat hoe meer iemand tegen zijn eigen verandering argumenteert, hoe kleiner de kans dat er verandering zal optreden (Miller, pag 26). Zinniger is het de ambivalentie in kaart te brengen en samen met de cliënt op papier te zetten. En vervolgens van gedachte te wisselen over wat de ander als belangrijk voordeel ziet van zijn verandering zodat hij minder ambivalent en meer gemotiveerd raakt. De discrepantie tussen voordelen en nadelen vergroten dus. Daarover later nog meer.

Zoals Miller & Rollnick (Miller, Motiverende gespreksvoering / druk 6, 2006) betogen; de vraag is niet: 'Waarom is deze mens niet gemotiveerd?' maar de vraag is: 'Waarvoor is deze mens gemotiveerd?'. Het ontdekken van iemands motivaties is een belangrijke eerste stap naar verandering. En het is niet zo dat de motieven van de ander ook dezelfde zijn als die van jou.

### Hulpbronnen voor gedragsverandering

Gedrag komt tot stand door een ingewikkelde interactie van allerlei factoren en voltrekt zich in vaak grotendeel vaste 'onbewuste' patronen. Om gedrag te veranderen is het noodzakelijk om elementen die ook verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van gedrag proberen te beïnvloeden. Belangrijke factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van gedrag zijn:

- sociale invloed,
- ziektepercepties,
- attitudes,
- zelfeffectiviteit,
- copingstijl,
- emoties,
- risicoperceptie,
- persoonlijkheid,

Deze lijst is niet volledig. In dit artikel worden de eerste vier factoren besproken, dus sociale invloed, ziektepercepties, attitudes en zelfeffectiviteit. Deze vier factoren zijn praktisch toepasbaar in de fysiotherapiepraktijk, zijn beïnvloedbaar en uiterst relevant. De gekozen

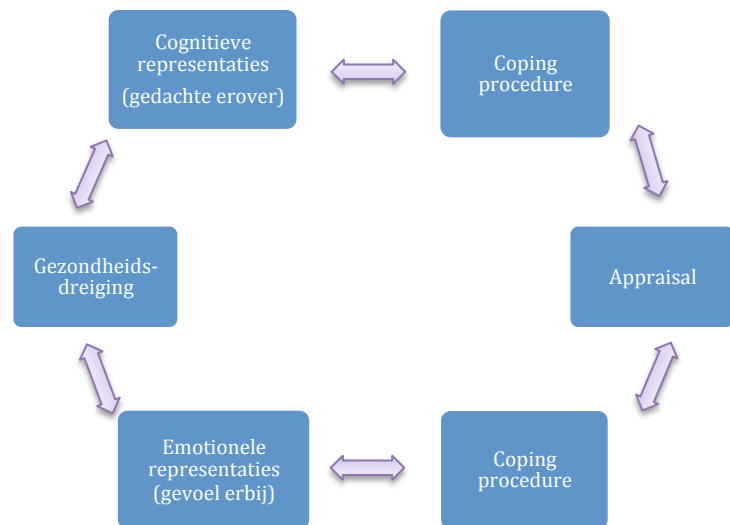
factoren zijn uitgebreid in de literatuur beschreven en onderzocht en hun invloed staat vast. Het voert te ver om alle factoren in dit artikel te bespreken.

De vier concepten worden hieronder kort uitgewerkt en van voorbeelden voorzien.

### Ziektepercepties

Ziektepercepties zijn de percepties die ieder mens zich vormt over het gezondheidsprobleem dat hij heeft of denkt te hebben. Percepiëren betekent waar-nemen. Kort samengevat is perceptie het proces van het verwerven, interpreteren, selecteren en organiseren van zintuiglijke informatie. Uit onderzoek is gebleken dat ieder mens zich percepties vormt over zijn (dreigende) ziekte of aandoening zodra zich hier iets van voordoet (Hagger, 2003). Bijvoorbeeld: zodra iemand na een lange autorit uit zijn auto stapt en enige pijn ervaart in zijn onderrug vormt hij zich hierover een perceptie: een beeld en/of idee en een gevoel. Mogelijk is er, zoals in dit voorbeeld, nog in het geheel geen sprake van een ziekte of aandoening, toch spreken we hier al van ziekteperceptie.

Het concept van ziekteperceptie is voor het eerst beschreven door Leventhal in 1973 in het zgn. Common Sense Model of Self-regulation (CSM). Dit model beschrijft de gedachten die mensen zelf hebben over hoelang klachten kunnen duren; wat er precies aan de hand is; wat de oorzaak kan zijn; hoe het onder controle gebracht kan worden en hoe ernstig de klachten ervaren worden. Het CSM gaat uit van een gezondheidsbedreigende prikkel zoals bijvoorbeeld (rug)pijn, hoofdpijn, reuma of artrose. De mens reageert hierop zowel cognitief als emotioneel, waardoor hij percepties ontwikkelt. Deze percepties blijken veelal sturend te zijn voor het gedrag dat iemand gaat vertonen. Met dit gedrag wil men de gezondheidsbedreigende prikkel wegnemen. Door een 'feedback loop' beoordeeld de mens zelf of die bedreiging is afgenomen. Deze handelwijze van de mens staat in Engelstalige literatuur bekend als 'common sense'. Het CSM model is in onderzoek getoetst, hieruit bleek dat met name de cognitieve percepties of



Figuur 2. Het CSM model

representatie (ziektepercepties),

ofwel de gedachten van iemand over

zijn 'ziekte' sturend zijn voor zijn gedrag (Hagger, 2003). De ziektepercepties zijn door Leventhal beschreven als een vijftal vragen in vijf domeinen:

- Wat heb ik? - Identity
- Wat is de oorzaak? - Cause
- Hoe lang gaat het duren? - Timeline
- Wat zijn de consequenties? - Consequences
- Hoe kan ik het onder controle krijgen? – Controlability / cureability

Verwarrend is hierbij dat patiënten zich deze vragen wel min of meer stellen maar dit niet bewust doen. Hierdoor zijn zij veelal ook niet in staat om deze vragen te beantwoorden als de hulpverlener hen deze stelt. Toch hebben zij 'voorbewust' antwoorden voor zichzelf



geformuleerd en zich veelal naar deze antwoorden gedragen. Het kan zijn dat dit gedrag herstelbevorderend of herstelbelemmerend is. Als een cliënt denkt dat zijn rugpijn lang gaat duren, hij er veel nadelige gevolgen van zal ervaren en denkt er zelf niets aan te kunnen doen dan is het bewegend disfunctioneren groter dan bij mensen die deze gedachten niet hebben. Het is zeer goed mogelijk dat deze percepties dan een belemmering voor herstel naar het normaal bewegend functioneren vormen. (Raaij, 2010).

Als een hulpverlener merkt dat bepaalde percepties de gewenste gedragsverandering belemmeren is het nuttig hierbij stil te staan. Ziektepercepties blijken te kunnen veranderen door het geven van informatie en advies. Natuurlijk lukt dit niet altijd. Zeker bij chronische gezondheidsproblemen merken hulpverleners nogal eens dat patiënten diepgewortelde ziektepercepties hebben waardoor zij niet tot gedragsverandering komen.

### Sociale steun

Sociale steun is de fysieke en emotionele ondersteuning die aan een mens kan worden gegeven door zijn familie, vrienden, collega's en anderen. Het is het besef dat we deel uitmaken van een groep mensen die om ons geeft, ons waardeert en positief over ons denkt. Sociale steun is een begrip dat het sociale 'engagement' dat we ervaren in specifieke omstandigheden probeert te beschrijven. Een belangrijk aspect van de ondersteuning is dat een boodschap of een communicatieve ervaring geen ondersteuning vormt, tenzij de ontvanger dit als zodanig ervaart. Het gaat (ook hier) dus om de perceptie. Zo wordt ook menselijke gezondheid meer en meer gezien als een sociaal construct. Dat wil zeggen dat mensen gezond zijn/ gezonder zijn of worden/ gezond blijven en dat het ervaren van sociale steun en deel uitmaken van sociale netwerken hiervan en hierbij een cruciaal onderdeel is (Taylor, Social support, 2007) (C.M.Clark, 2005).

Sociale steun blijkt een fundamentele voorwaarde te zijn bij het welslagen van een gedragsverandering. Dus voldoende steun krijgen en terug kunnen vallen op een sociaal netwerk blijkt erg belangrijk te zijn als mensen een gedragsverandering willen of moeten doormaken. Het maakt de kans dat de verandering succesvol is groter(). Ook zijn er relaties aangetoond dat mensen met goede sociale steun gezonder zijn en minder kans maken op ziekten (Kendler, 2005). Verder heeft Shelly Taylor (Taylor, Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses, 2007) aangetoond dat sociale steun een bufferende werking heeft op de effecten van stress en mensen minder gevoelig maakt voor stress en de gevolgen ervan. Ten slotte wordt stress beschouwd als een belangrijke belemmering om gedrag te veranderen.

In de literatuur worden verschillende vormen van sociale steun beschreven (Taylor, Social support, 2007). De belangrijkste hiervan zijn:

- instrumenteel (iets voor een ander doen),
- fysiek/praktisch (geld, vervoer, onderdak),
- informatief (advies, feedback),
- emotioneel (compliment, waardering).

Mensen hebben dus sociale steun nodig om hun gedrag te veranderen. In de hulpverleningspraktijk betekent dit dat er in ieder geval twee mogelijkheden zijn iets met dit gegeven te doen. Allereerst kun je cliënten helpen hun sociale steun zo te 'organiseren' dat deze ondersteunend wordt voor de gewenste gedragsverandering. Dit betekent dat je met de cliënt



nadenkt waar hij sociale steun nodig heeft om zijn doelen te bereiken en hoe hij deze steun ook daadwerkelijk kan krijgen als hij die nodig heeft. Een tweede mogelijkheid is dat je als hulpverlener, daar waar mogelijk en passend in een hulpverleners relatie, deze steun zelf geeft.

### Attitude

Een attitude wordt wel omschreven als een consistente en voorspelbare manier waarop een persoon:

- *denkt* over een object van een attitude (cognitieve component),
- *voelt* met betrekking tot een attitudeobject (affectieve component) en
- geneigd is zich te *gedragen* ten opzichte van een attitudeobject (gedragmatige component) (Zimbardo, 2005).

Kortweg zijn attitudes onze evaluaties van mensen, voorwerpen en ideeën. Deze evaluaties komen tot stand op basis van dingen die we hebben meegemaakt maar ook op basis van dingen die we ons inbeelden. Dat maakt het bijzonder.

Eerder bespraken we het begrip 'ambivalentie'. Attitudes zijn sterk van invloed op ons gedrag en geven nogal eens aanleiding tot ambivalentie. Een kort voorbeeld: stel je wilt een auto kopen. En je hebt je voorgenomen dat je nu eens een degelijke en milieu-vriendelijke auto (kan dat....?) gaat kopen. Het type waar je interesse in hebt is een zeer betrouwbare en zuinige hybride auto (deels elektrisch dus). Hij rijdt ook helemaal niet slecht. Maar het is van binnen allemaal nogal gewoontjes en de buitenkant is ronduit saai. Je bent iemand die oog heeft voor detail en schoonheid; alles wat je koopt moet een goede 'look & feel' hebben (= affectieve component attitude). En dat maakt dat je gaat twijfelen aan je voornemen: je wordt ambivalent. Nu ben je pas meegereden met een collega en die had een nieuwe SUV gekocht. Zo'n soort Jeep in een modern en luxe jasje. Je zat heerlijk hoog in dat ding, het reed formidabel maar bovenal: het was een mooie auto om te zien en het dashboard leek wel van een sportwagen, werkelijk geweldig met mooie klokken, chroom en (kunst)leer. Nu je dat gezien hebt weet je het helemaal niet meer.

In bovenstaand voorbeeld zie je dat het nauwelijks meer gaat om allerlei feitelijke en cognitieve afwegingen (verbruik, onderhoudskosten, aantal gemiddelde storingen, etc) maar dat de affectieve component van de attitude (hoe voelt het, welke indruk maakt het op je, de schoonheid van het ontwerp van de auto en het dashboard, de gebruikte materialen die een bepaald gevoel opwekken, etc.) je ambivalent maakt.

Ook in gezondheidsgedrag spelen attitudes een rol. Als bewegen goed voor je gezondheid is maar je hebt geen affiniteit met bewegen ('je vindt er niets aan') dan kan deze attitude een belangrijke belemmering zijn in het komen tot gedragsverandering. Deze attitude kan je erg ambivalent maken.

### Zelfeffectiviteit

Onder zelfeffectiviteit (self-efficacy) wordt 'het vermogen en de overtuiging om adequaat en efficiënt te handelen in een gegeven situatie' verstaan (Bandura, 1997).

Met overtuiging wordt hier bedoeld het geloof dat iemand heeft in succes. Er zijn vier typen van informatie die zelfeffectiviteit beïnvloeden (Bandura, 1997):

- het eigen gedrag,
- het gedrag van anderen,

- verbale beloning en
- lichamelijke feedback.

Wanneer men ziet dat er met het eigen gedrag succes geboekt (een doel bereikt) wordt, zal men overtuigd raken de volgende keer weer in staat te zijn dit succes te behalen. Wanneer men ziet dat anderen succes behalen (een doel bereiken) met bepaald gedrag, zal men overtuigd raken dat men met dat bepaalde gedrag in staat zal zijn een bepaald succes of doel te behalen. Verbale feedback (zoals een peptalk) draagt ook bij aan het idee dat men een bepaald doel zal behalen door het ondernemen van bepaalde acties. Tot slot draagt lichamelijke feedback bij, doordat men merkt dat men bijvoorbeeld moe raakt als hij of zij bepaalde acties onderneemt en merkt dat het doel niet behaald gaat worden, maar het tegenovergestelde (positieve feedback) kan ook waar zijn. Het gevoel van zelfeffectiviteit wordt door deze vier informatiebronnen versterkt of verzwakt. Hoe hoger het gevoel van zelfeffectiviteit, hoe groter de motivatie tot handelen. Ook is vanuit wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat zelfeffectiviteit een sterke voorspeller is voor gedragsverandering. Dus een hoge zelfeffectiviteit voorspeld een grotere kans van slagen.

Het is dus zeer nuttig te bepalen hoe het is gesteld met de zelfeffectiviteit en, indien nodig, deze te versterken. Belangrijk is ook in dit verband dat cliënten successen waarvoor zij zelf verantwoordelijk zijn ook daadwerkelijk aan zichzelf toeschrijven.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat door in je hulpverlening aandacht te besteden aan aspecten waarvan bekend is dat ze het gedrag van je cliënt mede bepalen je de cliënt helpt zijn nieuwe gedrag te ondersteunen en zelfs enigszins te borgen. Maar waar begint eigenlijk iedere gedragsverandering mee?? Natuurlijk: een doel (of een voornemen).

## Doelen en 'action plans'

### Doelen stellen

Een doel is wat iedereen die iets wil veranderen het meest nodig heeft. Want als je niet weet wat je wilt bereiken kun je bij voorbaat maar beter stoppen. Met die vraag ga je dan ook zeker het gesprek met de cliënt aan: wat wil je bereiken? En (met jou coachende hulp) formuleert de cliënt dan zo concreet mogelijk zijn doel.

Menig doel dat cliënten formuleren is te groot, te ver weg of op zijn minst onhandig gekozen. Bij een cliënt die 150 kg weeg en zegt dat zijn doel is om over een jaar 75 kg te wegen zakt voordat hij begint al de moed in de schoenen. Het doel is zo ver van hem verwijderd en zo groot, dat motiveert allerm minst!

Een goed doel heeft een aantal kenmerken. Hierdoor heeft het een aantrekkende werking op de eigenaar van het doel (de cliënt) en geeft het richting. Het motiveert letterlijk dus. Kenmerken van een correct en motiverend doel:

- ligt dichtbij (in de tijd)
- kan sequentieel zijn
- moet haalbaar zijn
- moet geëvalueerd worden
- is zo gedetailleerd mogelijk
- is leuk om aan te werken

- is leuk om te behalen (post-behavioural-feelings)

Maar met een goed doel ben je er niet. Je hebt allerlei concrete acties nodig zodat je het doel ook bereikt. Je moet dingen gaan doen. Dat ligt wel erg voor de hand en daarom hebben we ook al uitgebreid stil gestaan bij elementen als ziektepercepties en sociale steun omdat die gewenst gedrag kunnen belemmeren maar ook juist kunnen ondersteunen. Toch is het voor bepaalde momenten handig stil te staan bij wat je nu precies moet doen, welke actie je onderneemt. En voor deze momenten maak je 'actieplannen'.

### 'Action plans'

'Action plans' of actieplannen zijn concrete beschrijvingen van handelingen die je op een bepaald moment in een specifieke situatie wilt gaan uitvoeren (in de toekomst dus). Daarmee beschik je over een concreet scenario voor een specifiek moment en wel voordat de feitelijke situatie zich voordoet. De kracht van het maken van actieplannen zit hem in de vermindering van de cognitieve druk die er door ontstaat. Want als het specifieke moment daar is hoef je niet meer na te denken wat je wilt gaan doen en hoe je uit de (benarde) situatie komt. Je actieplan zorgt ervoor dat je dit al weet (en je dus niet op dat moment nog moet gaan nadenken hoe je wilt gaan reageren) en dat je 'alleen nog maar' je scripts (je actieplan) hoeft uit te voeren.

Actieplannen bewijzen ondermeer hun diensten voor die momenten dat het lastig is de gedragsverandering vol te houden en mensen geneigd zijn in hun oude, onbewuste en automatische gedragingen te vervallen. Bijvoorbeeld momenten waarvan de cliënt verwacht dat het weleens fout zou kunnen gaan. Als de cliënt daar een actieplan voor heeft verkleint hij de kans op een uitglijder. Door bijvoorbeeld van te voren te bedenken hoe je wilt omgaan met een situatie waarin je, terwijl je wilt afvallen, lekkere hapjes wordt voorgezet (zoals bij een feestje of een borrel). Een actieplan zou in dit geval kunnen inhouden dat je een plastic zakje meeneemt met daarin wat radijsjes en stukjes wortel zodat je toch een beetje mee kunt doen. Ook zijn actieplannen nuttig als mensen geen idee hebben van hoe ze bepaalde doelen moeten bereiken. Bijvoorbeeld: ik wil meer gaan bewegen, maar hoe? Door hiervoor concrete actieplannen te maken, de acties te plannen en de uitvoer te evalueren worden alle voornemens ook concreet. Op deze manier helpt een actieplan een hobbel in de uitvoer te nemen. Het motto is: 'be prepared'.

### Gespreksvoering bij gedragsverandering

Voor wat betreft gespreksvoering door hulpverleners, daar is iets vreemds mee aan de hand. Er bestaan grofweg twee groepen. Hulpverleners die gespreksvoering niet echt een belangrijk punt vinden en hulpverleners die dit wel vinden. Maar in beide groepen leidt dit niet vanzelfsprekend tot zeer goede en professionele communicatie. Zo geeft onderzoek van Geert Rutte (2010) ondermeer aan dat veel hulpverleners psychosociale factoren bij lage rugpijn van belang achten maar blijkt dat slechts een klein deel van de hulpverleners deze factoren ook met de cliënt bespreekt. Ook uit eigen ervaring is het mij opgevallen dat fysiotherapeuten het lastig vinden psychosociale elementen met hun cliënt te bespreken. En verder valt het mij op dat fysiotherapeuten vaak zelf vinden dat ze de cliënt goed bij de anamnese en het onderzoek hebben betrokken en tot gezamenlijk tot besluitvorming zijn gekomen omtrent het behandelplan, maar dat dit feitelijk nauwelijks het geval is! Centraal aspect in mijn observaties en in wetenschappelijk onderzoek (Miller, Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt., 2009) (Silverman, 2006) is dat er bij

hulpverleners weinig bewustzijn is van hun eigen communicatie. Vreemd? Op zichzelf niet: communiceren doe je dagelijks, net als ademen. Waarom zou je daar zo bewust bij stil staan? Toch is dit de moeite waard. Want het blijkt dat professionele communicatie kan worden ingezet als doelgericht en effectief instrument. Dat met een bepaalde wijze van gespreksvoering specifieke effecten kunnen worden bereikt die anders niet bereikt zouden worden. Voorwaarde is wel dat je als hulpverlener bewust bent van je eigen wijze van communiceren en dat je je hierin gericht schoolt.

In dit artikel is gespreksvoering uitgewerkt uitgaande van twee belangrijke concepten: gezamenlijke besluitvorming en motiverende gespreksvoering. Op een groot aantal punten sluiten deze concepten geweldig mooi bij elkaar aan. Ook in wetenschappelijk onderzoek zijn deze twee concepten al succesvol gecombineerd toegepast (Joosten, 2009).

### Algemene uitgangspunten

Gezamenlijke besluitvorming gaat er van uit dat jij expert bent op je vakgebied en dat je expert bent in het ondersteunen van de cliënt bij het komen tot een beslissing met betrekking tot zijn (gezondheids)probleem. Het stelt de autonomie van de cliënt centraal. De menselijke gelijkwaardigheid en de kracht van de specifieke kennis en kunde van zowel cliënt als hulpverlener vormen de rode draad. Cliënt en hulpverlener brengen hun kennis en kunde in en de hulpverlener realiseert door zijn wijze van communiceren dat de cliënt zelf regie neemt en dat zij samen tot een besluit komen mbt de oplossing van het gezondheidsprobleem. De hulpverlener is dus expert met betrekking tot de analyse van vooral de biomedische elementen van het gezondheidsprobleem en coach met betrekking tot de persoonlijke aspecten van het gezondheidsprobleem en met betrekking tot het afwegen en beslissen van het plan van aanpak.

Motiverende gespreksvoering stelt tevens de autonomie van de cliënt centraal. Daarnaast is motiverende gespreksvoering directief in de zin dat het sturend is in het verminderen van de natuurlijke ambivalentie die een cliënt heeft. Ambivalentie wordt gezien als een natuurlijk en logisch verschijnsel, niet als iets van een lastige cliënt. De therapeut is empatisch coachend tijdens het met de cliënt onderzoeken van zijn ambivalentie en probeert deze te verminderen door de cliënt zijn beweegredenen te laten onderzoeken en vinden. De cliënt is hierbij vooral aan het werk en de therapeut vermijdt grotendeels zijn expertrol. De therapeut is hierbij sensitief en gericht op zogenaamde verandertaal. Verandertaal zijn uitingen van de cliënt die aangeven dat de cliënt (mogelijk) wil veranderen, kortweg: spraakgebruik dat tot zelfmotivatie leidt. Taal, de woorden die de cliënt kiest, is dus belangrijk. Een simpel voorbeeld. De uitspraak 'Ik kan, als ik mijn best doe, zonder problemen 20 kg afvallen' bevat minder krachtige verandertaal dan 'Ik wil afvallen' of 'Ik ga afvallen'. Verandertaal is onder te verdelen in vier categorieën (Miller, Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt., 2009):

- de nadelen van de status quo (bevatten een erkenning dat er reden is tot zorg of onvrede over huidig gedrag)
- de voordelen van verandering (bevatten de voordelen van ander/gewenst gedrag)
- optimisme over verandering (uitspraak die hoop en vertrouwen uitdrukt in de mogelijkheid om te veranderen)
- de voornemens om te veranderen (uitingen over het voornemen, verlangen, bereidheid of beslissing om te veranderen)

## Afstemming en vertrouwen

De intensiteit en kwaliteit van het contact tussen twee (of meer) mensen wordt bepaald door de mate van afstemming tussen deze twee mensen. De mate waarin gesprekspartners op dezelfde golflengte zitten. In de literatuur wordt afstemming veelal 'rapport' genoemd. Dit begrip is vooral goed uitgewerkt in de NLP literatuur (NLP staat voor Neuro-Linguïstisch Programmeren), zoals bijvoorbeeld, (Derks, 1996) (O'Connor, 1997). Rapport kan worden omschreven als de optimale afstemming van jouw manier van communiceren op de manier van communiceren van je gesprekspartner.

Rapport maken is het 'nadoen' van die ander, zodat je snel contact hebt en die ander zich begrepen en veilig voelt. Essentieel is de attitude die je hierbij hebt: je wilt vertrouwen tot stand brengen, harmonie en samenwerking in een relatie creëren. Het is dus niet zomaar 'na-apen', het is 'echt'.

Er zijn verschillende manieren om rapport op te bouwen. De basis hiervan ligt telkens in het 'kopiëren' van elementen uit de verbale of non-verbale communicatie van de ander. Nogmaals: belangrijk hierbij is de attitude van waaruit je dit doet. Dit kopiëren kan betrekking hebben op:

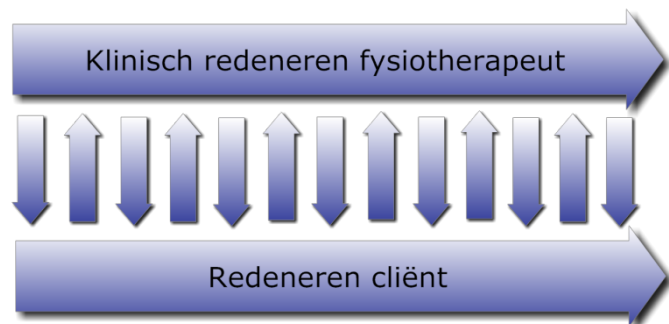
- de lichaamshouding (het 'spiegelen' van bepaalde aspecten van iemands houding);
- het stemgebruik (snelheid van praten, de woorden die iemand gebruikt, de toonhoogte van iemands stem);
- de ademhaling (frequentie van de ademhaling van de ander overnemen – dit is een erg lastige techniek!);
- de handen (het overnemen van gebaren);
- de ogen (de aanpassen aan de mate van oogcontact van de ander).

Als je rapport met iemand hebt, dan 'klikt' het tussen jou en de ander. Het gesprek lijkt 'als vanzelf' te lopen, de sfeer is vertrouwd, en de ander voelt zich duidelijk bij je op zijn gemak. Een belangrijk gevolg hiervan is dat de ander sterk geneigd is datgene wat je zegt te accepteren. Ook begrijp je elkaar sneller en beter als je op dezelfde golflengte zit. Het moge duidelijk zijn dat rapport vereist is wil je echt met iemand in gesprek kunnen komen tijdens een intake bijvoorbeeld. En ook in verdere gesprekken is het natuurlijk van wezenlijk belang. Rapport is een voorwaarde voor gezamenlijke besluitvorming, gespreksvoering in het algemeen en in het helpen bij gedragsverandering.

## Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming ontstaat als de therapeut zijn expertrol vanuit werkelijke gelijkwaardigheid inzet. Veel hulpverleners nemen de leiding tijdens een intake gesprek, verdiepen zich in het gezondheidsprobleem van de cliënt, maken analyses, proberen logische verbanden te vinden en komen

uiteindelijk tot een conclusie. Het analyseproces van de hulpverlener (In cognitieve zin) wordt ook wel klinisch redeneren genoemd. Dit leidt er vaak toe dat gedurende dit proces de hulpverlener verward is in een analyse en de cliënt dit slechts ondergaat. Hij is letterlijk leidend voorwerp. Let wel: de hulpverlener brengt dit meestal tot stand, niet de cliënt. Op het



moment dat de hulpverlener de eindconclusie trekt 'komt hij veelal weer boven': hij geeft de cliënt nu plots (veel) informatie over wat er aan de hand is en wat je er aan moet of zou kunnen doen.

Het is jammer dat dit zo gaat. Als de hulpverlener zich meer zou realiseren dat niet alleen hijzelf maar ook de cliënt zijn gezondheidsprobleem analyseert zou hij misschien anders te werk gaan. Omdat ook cliënten tijdens een intake in een klinisch redeneerproces zijn verwickeld zou het geweldig zijn dit min of meer synchroon te laten lopen met het klinisch redeneren van de therapeut. Het streven van gezamenlijke besluitvorming komt voor een deel neer om het ook gezamenlijk doorlopen van het klinisch redeneerproces. Dit kan de therapeut realiseren door tijdens zijn intake (anamnese-gesprek en lichamelijk onderzoek) regelmatig zijn tussentijdse interpretaties aan de cliënt te vertellen en uit te leggen en tevens ruimte te laten voor de cliënt om hem (daarover) vragen te stellen. Te vaak is er in hulpverlening een sterk eenrichtingsverkeer, namelijk de cliënt antwoord op de vragen die de hulpverlener hem stelt. Door hier werkelijk tweerichtingsverkeer van te maken ontstaat de gezamenlijkheid die uiteindelijk kan leiden tot effectieve besluitvorming en die autonomie en zelfmanagement ondersteunt. Bijkomend voordeel van een dergelijke aanpak kan zijn dat eventuele irrealistische en in gedrag belemmerende ziektepercepties van de cliënt veelal als vanzelf lijken te veranderen en door de cliënt worden bijgesteld naar realistische en gedragsverandering ondersteunende ziektepercepties omdat een dergelijke aanpak aanzienlijk minder snel (Britten, 2002) (Joseph Cautilli, 2006) weerstand oplevert.

Als de therapeut en cliënt dan komen tot de uiteindelijke conclusie zal de therapeut in gezamenlijke besluitvorming de cliënt enkele mogelijke benaderingen van het gezondheidsprobleem voorstellen. Doordat hij de analyse van het gezondheidsprobleem zoveel als mogelijk in gezamenlijkheid met de cliënt heeft uitgevoerd kunnen zijn behandelvoorstellen ook al meer 'op maat' worden gesneden. Soms wordt geopperd dat er slechts één aanpak bestaat voor een gezondheidsprobleem. Argument hiervoor is dat een andere aanpak veel minder goed helpt. In gezamenlijke besluitvorming draait het erom dat alleen de cliënt, gecoacht door de hulpverlener, kan afwegen welke aanpak hij prefereert. Sommige voordelen die de therapeut namelijk ziet zal de cliënt niet of nauwelijks ervaren. En sommige nadelen zal de cliënt juist heel belangrijk vinden. De therapeut helpt de cliënt hierbij door hem voorstellen te doen en gezamenlijk voor- en nadelen af te wegen en vervolgens gezamenlijk te besluiten. De hulpverlener heeft zelf natuurlijk ook een stem in het besluit. Zogenaamde 'decision frames' kunnen behulpzaam zijn bij de besluitvorming, zeker bij meer ingewikkelde besluiten.

### **Motivatie en ambivalentie**

Vanuit het besluit dat genomen is moet verder worden 'gewerkt' aan gedragsverandering. Want na dit besluit is er nog heel veel nodig om tot verandering van gedrag te komen. De cliënt heeft nog allerlei bedenkingen of gevoelens tegen het voorgenomen besluit: hij is ambivalent, ook al zegt hij het besluit echt wel te willen uitvoeren. Cruciaal is dat de hulpverlener de cliënt zal moeten helpen deze ambivalentie te verminderen en uiteindelijk op te lossen. De begeleiding en gespreksvoering zal hier dan ook sterk op gericht dienen te zijn. Let wel: het doel is dus het laten afnemen van de ambivalentie door een (deels) directieve houding en werkwijze van de therapeut.

Bij de motivatie (en ambivalentie) om te veranderen spelen de thema's 'belang' en 'vertrouwen'. Dus hoe belangrijk is het bereiken van de verandering voor de cliënt en hoeveel vertrouwen



heeft hij of zij erin dat het ook zou kunnen lukken. Deze thema's komen terug in de gespreksvoering en verdienen aandacht kort na de besluitvorming.

Voor het verminderen van ambivalentie zet de therapeut een reeks van instrumenten in. Open vragen, reflectieve empathie, bevestigen en samenvatten zijn hiervan een belangrijk deel. Deze technieken worden door de afkorting ORBS gebundeld. Daarnaast gaat de hulpverlener selectief in op uitingen van verandertaal die de cliënt gebruikt en probeert de cliënt ook te stimuleren verandertaal te gebruiken. ORBS wordt ook ingezet gericht op het exploreren van sociale steun, ziektepercepties en attitudes, het verbeteren van zelfeffectiviteit en het maken van action plans. In de onderstaande paragrafen worden ORBS en verandertaal kort toegelicht.

### Open vragen stellen

Open vragen stellen is belangrijk om de cliënt en zijn oplossingsvaardigheden te stimuleren. De cliënt is zo in staat om zijn eigen waarden in te brengen en vanuit die waarden zijn doelen te stellen, zijn eigen werk-wijze te bedenken en plannen, zijn context in te brengen, zijn bezwaren en bedenkingen te concretiseren etc. Met gesloten vragen lukt dit niet. Het gesprek raakt 'vervuild' met de waarden van de therapeut, de bedenkingen en overtuigingen van de therapeut, de context van de therapeut. Het is de cliënt die een besluit genomen heeft en zijn gedrag wil veranderen, niet de therapeut!

Het is opvallend hoeveel moeite therapeuten hebben met het stellen van open vragen. Telkens weer vervalt menig therapeut in gesloten of semi-gesloten vragen. Soms begint hij/zij goed ('Wat zou je graag willen bereiken...') maar stapt dan toch weer in de valkuil ('.....veel afvallen of juist fitter worden?'). De cliënt weet echt wel wat hij wil. Maar dan moet je de cliënt niet het gras voor de voeten weg maaien. Vertrouw erop dat de cliënt snapt wat je vraagt en dit ook belangrijk vindt. Alleen hier wel even over na moet denken. En besef dat een voornemen door een cliënt zelf uitgesproken een veel sterker voornemen is dan een voornemen dat jij hem in de mond hebt gelegd! Wetenschappelijk onderzoek heeft dit aangetoond (Miller, Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt., 2009).

*Mensen veranderen niet door wat anderen zeggen, maar door wat zij zichzelf horen zeggen in reactie op anderen.*

---

Door open vragen te stellen en bewust te vragen naar verandering en oplossingen is verandertaal bij de cliënt te faciliteren. Voorbeelden hiervan zijn:

- wat zouden de goede kanten zijn als u ging afvallen?
- wat vindt u vervelend aan uw huidige situatie?
- Hoe zou u het graag anders willen zien?
- Hoe zou u graag willen dat u leven er over vijf jaar uitzag?
- Wat vindt u van uw huidige gezondheid?
- Wat denkt u dat u zou kunnen doen?
- Hoe belangrijk is dit voor u? Hoe groot is uw wil om dit te doen?

### Luisteren door reflectieve empathie

Luisteren is een belangrijke vaardigheid voor een therapeut die een cliënt begeleid die een gedragsverandering door wil maken. Luisteren vanuit de attitude de ander te willen begrijpen en ondersteunen, wetende dat hij/zij ambivalent zal zijn met betrekking tot de verandering die



hij/zij wil en vanuit de gedachte dat het (voor de cliënt) moeilijk is om alle gedachten en gevoelens onder woorden te krijgen en te beïnvloeden. In die zin is luisteren vooral de reactie die de hulpverlener geeft op de ander. En die reactie van de therapeut moet voortkomen uit de gedachtewereld van de cliënt. De therapeut moet 'in de huid kruipen van' de cliënt. Hierdoor kan hij de gedachte van de cliënt soms beter benoemen dan de cliënt dat zelf op dat moment kan. Zoals een moeder die begrijpt dat haar kind met de uitspraak 'ik wou dat ik wat gezelliger was' mogelijk bedoeld 'ik voel me eenzaam en wil meer vrienden'. Gemiddeld zou je per vraag twee tot drie reflecties moeten geven. Veelal gaat de therapeut in zijn reflectie ook verder dan de cliënt gaat, mede om de cliënt te prikkelen. Ook bij de reflectie probeert de therapeut verandertaal te stimuleren.

Enkele voorbeelden:

- Ik wou dat ik wist hoe!
  - o U vraagt zich af hoe u dat zou moeten aanpakken?
- ...voorheen had ik dat nooit maar misschien is dat omdat ik wat ouder wordt.
  - o U denkt dat het iets is dat veel mensen hebben op hun 50e?
- ...tja, weet je ik denk dat het wel komt doordat ik te zwaar ben.
  - o Uw rugpijn zou weleens over kunnen gaan als u zou afvallen?

### Bevestigen

Door de cliënt rechtstreeks te bevestigen verbeter je de onderlinge verstandhouding en een open onderzoek van de cliënt door zichzelf. Hij wordt zich bewuster van zijn eigen inspanningen en de positieve resultaten die het oplevert. Enkele voorbeelden:

- dat is een goed idee...
- Je ziet er vastberaden uit!
- Het zal niet makkelijk zijn geweest om vandaag toch hiernaar toe te komen.

Als altijd, en in dit geval in het bijzonder, is het van belang dat de hulpverlener vanuit zijn 'authentieke zelf' opereert. Dus 'echt' is. Een compliment dat is ingestudeerd of gegeven wordt omdat het moet heeft weinig effect en mogelijk zelfs het tegenovergestelde van wat met het compliment beoogd werd. Dat geldt natuurlijk ook voor empathische reacties zoals: (glimlachend) 'Och wat naar voor u .....

### Samenvatten

Samenvattingen kunnen vooral tot nut hebben dat ze allerlei gespreksonderwerpen en conclusies met elkaar samenvoegt in een zeker verband. Zo'n samenvatting versterkt wat er is gezegd, toont dat je luistert en helpt (en nodigt uit) de cliënt verder te gaan exploreren.

Er worden door Miller & Rollnick drie vormen van samenvatten onderscheiden:

- verzameland; vooral geschikt om in de intake te gebruiken en tijdens het verder exploreren van bepaalde onderwerpen.
- koppeland: dit verbindt dingen die de cliënt op uiteenlopende momenten heeft gezegd aan elkaar. Hierbij kan selectief verandertaal bij elkaar worden gevoegd en aan elkaar gekoppeld.

- overgankelijk: een (uitvoerige) samenvatting waarin belangrijke zaken die tot op dat moment aan de orde zijn geweest worden samengevat en waarmee een overgang wordt gecreëerd naar een volgende fase/onderwerp, of een volgend gesprek.

Naast ORBS heeft de therapeut ook de mogelijkheid om technieken in te zetten waarmee hij gericht verandertaal uitlokt. Ik bespreek er enkele in het kader van verandertaal.

### Verandertaal uitlokken

Door gericht te proberen (en dat is wat motiverende gespreksvoering directief maakt) verandertaal uit te lokken helpt de therapeut de cliënt de weg voor verandering verder voor te bereiden. Het uitlokken van verandertaal doe je door vragen te stellen die uitlokken dat de cliënt gaat praten over de oplossing of de verandering. Hiertoe kan de therapeut zogenaamde evocatieve vragen stellen, een belangen liniaal gebruiken, terugkijken of vooruitkijken.

Evocatieve vragen (uitlokkend) gaan er vanuit dat cliënten ambivalent zijn. Stel bij voorkeur open vragen naar deze ambivalentie waardoor je verandertaal uitlokt. Zoals:

- Wat zou u anders kunnen doen?
- Hoe zou u zich anders voelen als u geen rugpijn meer zou ervaren?
- Welke positieve verandering zou sporten u op kunnen leveren?
- Wat wilt u verbeteren aan uw huidige gezondheid?

Het gebruiken van een belangenliniaal is een eenvoudig maar doeltreffend instrument. Je vraagt de cliënt een cijfer te geven voor zijn belang en voor zijn vertrouwen om de verandering tot stand te brengen. Als volgt:

Hoe belangrijk is het volgens u om .....(de verandering)? Geef u zelf een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 is 'volkomen onbelangrijk' en 10 'buitengewoon belangrijk'.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Stel dat u zou besluiten om .....(de verandering) te doen, hoe veel vertrouwen hebt u er in dat het u zal lukken? Hierbij staat een 0 voor 'geen vertrouwen' en 10 voor 'buitengewoon veel vertrouwen/ik weet het zeker'

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Naar aanleiding van het cijfer dat iemand geeft aan belang en vertrouwen gaat het gesprek vervolgens verder, bijvoorbeeld door de vraag: 'Waarom zit u op 4 en niet op 0?' of 'Wat heeft u nodig om van een 5 naar een 6 te gaan?'

Door terug te kijken met de cliënt lok je ook verandertaal uit. Dus bijvoorbeeld door te vragen hoe het vroeger was toen het allemaal goed ging en wat er is veranderd sindsdien. Of: 'wat deed je 10 jaar geleden toen je nog niet zwaar was wel en doe je nu niet meer?' De discrepantie die ontstaat door het terugkijken kan verandering oproepen.

Ten slotte door te visualiseren hoe het zou kunnen zijn ontstaat een gewenst toekomstbeeld en vermindert de ambivalentie. Dit vooruitkijken roept ook verandertaal op passend bij acties om de gewenste situatie te bereiken.

## Rol van taal van de therapeut

Als de taal van de cliënt over zijn/haar verandering van belang is dat verdient de taal die de therapeut gebruikt ook aandacht. Het is opvallend hoe vaak therapeuten praten met de cliënt over 'de knie' (van die cliënt) terwijl ze 'je knie' bedoelen. U herkent mogelijk direct dat cliënten dit doen. Praten over hun eigen lijf alsof het niet meer van hen is. 'Ach ja, dat rot been ook altijd, .....'. De cliënt 'de-personaliseerd' wordt dan gezegd. Dat doet de cliënt niet voor niets. Hij probeert (onbewust) afstand te creëren tussen iets dat voor hem ongemakkelijk is en waar hij moeite heeft controle over te krijgen. Daarom de-personaliseerd hij zijn eigen lijf. Maar het is absoluut onhandig als therapeuten dat (onbewust en soms automatisch) ook doen. Daardoor versterkt de therapeut het afstand nemen van de cliënt tot zijn eigen lijf en tot zijn eigen probleem. In het kader van zelfverantwoordelijkheid, zelfmanagement en het ondersteunen van autonomie geen handige werkwijze.

Ook kunnen therapeuten kritischer zijn op het gebruik van begrippen als probleem, klacht, pijn, aandoening en afwijking. Vaak worden al deze begrippen door de therapeut tijdens zijn gesprek met de cliënt dwars door elkaar heen gebruikt. Alsof het synoniemen zijn. En dat is erg jammer. Want niet iedere aandoening is ook automatisch voor iemand een probleem of leidt tot klachten van die persoon hierover. De essentie van menig gezondheidsprobleem zit nu juist in waarom de cliënt het als een probleem ervaart een bepaalde aandoening te hebben of pijn te voelen. En de therapeut doet gewoon of aandoening, pijn en probleem hetzelfde zijn. Zo maken we mensen ziek!

## Een notendop

Menselijk gedrag is ingewikkeld, mensen begeleiden in een gedragsverandering nog ingewikkelder. Ik heb in dit artikel geprobeerd een beknopte uitleg te geven van die elementen in het menselijk gedrag die van belang zijn voor therapeuten die zich bezig houden met gedragsverandering. We moeten ons realiseren dat bij veel van de cliënten die door fysiotherapeuten worden behandeld aspecten van gedragsverandering spelen. Vanwege de beknoptheid is dit overzicht niet volledig. Ik heb geprobeerd een pleidooi te voeren voor de rol van professionele gespreksvoering bij het begeleiden van cliënten. Fysiotherapeuten dienen net zo vaardig en professioneel te werk te gaan als bij een mobilisatietechniek van een gewricht of het opbouwen van een trainingsschema van een cliënt als bij het voeren van een (intake) gesprek. En dan blijkt dat gespreksvoering eigenlijk ook erg complex is. Dat gaat eigenlijk allemaal niet in een notendop, maar toch. Hopelijk biedt het enig houvast en is het een goede introductie voor u.

## Bibliografie

- (1997). In A. Bandura, *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Worth Publishers.
- Bannink, F. (2009). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. . Amsterdam: Pearson Assessment and Information .
- Britten, N. (2002). Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions. *Health expectations* (5), 256-269.
- C.M.Clark. (2005). *Social support and physical health*. Retrieved 08 7, 2010, from Great ideas in personality - theory and research: <http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>
- Charles, C. T. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal* , 780-782.
- (1996). In L. Derks, *Essenties van NLP. Sleutels tot persoonlijke verandering*. . Utrecht: Servire.
- Edwards, A. (2009). Shared decision making in health care. In A. Edwards, *Shared decision making in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Fishbein, M. (2010). In *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Gravel, K. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science* , 1-16.
- Hagenaars, L. (2006). *Over de kunst van hulpverlening*. Amersfoort: NPI.
- Hagger, M. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health* , 141-184.
- Heijst, A. v. (2008). In A. v. Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Utrecht: Boekencentrum.
- Joosten, E. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment , adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 219-226.
- Joseph Cautilli, T. C. (2006, Fall). Resistance is not futile: an experimental analogue of the effects of consultee "resistance" on the consultant's therapeutic behavior in the consultation process: a replication and extension. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, The* .
- Kendler, K. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American journal of psychiatry* .
- Marteau, T. (2009). Informed choice: a construct in search of a name. . In G. E. A. Edwards, *Shared decision making in health care. Achieving evidence-based choice*. Oxford: Oxford University Press.
- (2006). In W. R. Miller, *Motiverende gespreksvoering / druk 6*. Ekklesia.

Miller, W. R. (2009). In W. R. Miller, *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt*. Utrecht: Ekkesia.

(1997). In J. O'Connor, *Licht op NLP*. Kosmos Uitgevers.

Prochaska, J. R. (2002). The Transtheoretical model and stages of change. In *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. (pp. 99-120). San Francisco: Jossey-Bass.

Raaij, E. d. (2010). (E. d. Raaij, Editor) Retrieved 08 08, 2010, from Ziekteperceptie:  
<http://www.ziekteperceptie.nl/>

(2006). In J. Silverman, *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence based benadering*. (Vol. 2). Houten: Boom Lemma.

Taylor, S. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science* (18), 831-837.

(2007). Social support. In S. Taylor, *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University press.

(2005). In P. Zimbardo, *Psychologie: een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.