

# Actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreksvoering

**Author(s)**

Dobber, Jos

**Publication date**

2022

**Document Version**

Author accepted manuscript (AAM)

**Published in**

Gedragstherapie: Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

Dobber, J. (2022). Actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreksvoering. *Gedragstherapie: Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie*, 55(1), 15-34.  
[https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/TG-2022-1-3/Actieve-ingrediënten-en-verandermechanismen-in-motiverende-gespreksvoering](https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2022-1-3/Actieve-ingrediënten-en-verandermechanismen-in-motiverende-gespreksvoering)

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact/questions>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

*Actieve ingrediënten en verandermechanismen in  
motiverende gespreksvoering*

**Tijdschrift Gedragstherapie**

2021/2022

Jos Dobber

Centre of Expertise Urban Vitality

Faculteit Gezondheid

Hogeschool van Amsterdam

Tafelbergweg 51

1105 BD Amsterdam

E-mail: [j.t.p.dobber@hva.nl](mailto:j.t.p.dobber@hva.nl)

Author's COPY

## Samenvatting

Hoewel motiverende gespreksvoering (MGv) veel gebruikt wordt om intrinsieke motivatie voor gedragsverandering te bevorderen, is het onduidelijk hoe MGv werkt. De vraag is dus welke ingrediënten verantwoordelijk zijn voor succes: wat zijn de actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv?

Na een literatuurstudie naar potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv, werden twee multiple casestudies uitgevoerd. De eerste naar MGv ter bevordering van langdurig medicatiegebruik bij cliënten met schizofrenie, de tweede naar MGv om stoppen met roken te ondersteunen bij cliënten met een hartaandoening. In de literatuurstudie werden negen cliëntfactoren en negen therapeutfactoren als potentiële actieve ingrediënten, en vier potentiële verandermechanismen van MGv gevonden. In beide multiple casestudies bleken deze potentiële actieve ingrediënten geen enkelvoudige factoren of korte combinaties tussen een therapeutfactor en een cliëntfactor te zijn, maar te ontstaan over een langere gespreksperiode waarin verschillende therapeutfactoren en cliëntfactoren betrokken waren. De actieve ingrediënten en de daardoor geactiveerde verandermechanismen bleken cliënt- en context-specifiek te zijn.

**Trefwoorden: motiverende gespreksvoering, actieve ingrediënten, verandermechanismen, gedragsverandering**

## Inleiding

Motiverende gespreksvoering (MGv) is een counselingstijl gericht op het vergroten van de intrinsieke motivatie voor gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2002; 2013). Het doelgedrag is veelal een vorm van leefstijl, zoals middelenafhankelijkheid, roken, bewegen, gezond eten, medicatietrouw. Omdat het om duurzame gedragsverandering gaat, en omdat de autonomie van de cliënt als belangrijke waarde geldt binnen MGv, richt deze interventie zich op intrinsieke motivatie. De theorie achter MGv (Miller & Rollnick, 2002) stelt dat motivatie uit drie componenten bestaat: (a) belangrijkheid/willen veranderen, (b) vertrouwen/geloof te kunnen veranderen, en (c) readiness (bereid zijn om nú te veranderen). Voldoende intrinsieke motivatie om tot gedragsverandering over te gaan ontstaat pas als deze componenten alle drie aanwezig zijn. Als de cliënt de gedragsverandering wel belangrijk vindt, maar denkt deze niet te kunnen uitvoeren of volhouden, wordt de verandering minder

belangrijk, want 'het lukt toch niet' (Miller & Rollnick, 2002). Vanzelfsprekend treedt ook geen gedragsverandering op als de cliënt wel denkt te kunnen veranderen, maar deze verandering onbelangrijk vindt. De bereidheid om nu te veranderen is nodig om te voorkomen dat de gedragsverandering uitgesteld wordt, waardoor de verandering in de loop van de tijd steeds minder belangrijk dreigt te worden (Miller & Rollnick, 2002).

Om deze componenten van motivatie te versterken ondersteunt de counselor de cliënt in het gesprek op zo'n manier dat de cliënt zelf zijn/haar motieven vindt om te veranderen, én dat de cliënt zich competent genoeg voelt om de verandering succesvol uit te kunnen voeren. Hiertoe ontlokt de counselor 'verandertaal' (change talk: uitlatingen van de cliënt ten gunste van gedragsverandering) en verzacht 'behoudtaal' (sustain talk: uitlatingen van de cliënt ten gunste van status quo). Het is dan ook belangrijk dat niet de counselor de argumenten tot verandering aanvoert, maar dat de cliënt dit zelf doet: "As I hear myself talk, I learn what I believe." (Bem, 1967; Miller & Rollnick 2002). Echter, veel cliënten ervaren ambivalentie over de gedragsverandering, en zien zowel redenen om te veranderen, als redenen om niet te veranderen. In die situaties ondersteunt de counselor de cliënt bij het onderzoeken en oplossen van de ambivalentie. De attitude van de counselor speelt een belangrijke rol, deze moet in lijn zijn met de kernwaarden van MGv. Deze kernwaarden zijn empathie, acceptatie, compassie, autonomie, partnerschap/samenwerken en ontlokken van motieven van de cliënt zelf (Miller & Rollnick, 2013), de laatste vier kernwaarden worden ook wel samengevat in het concept 'MI-Spirit'. De attitude van de counselor komt tot uiting in "een persoonsgerichte niet-autoritaire gesprekstijl zoals origineel door Carl Rogers beschreven is" (Miller & Rollnick, 2014, p.235).

Vier, elkaar overlappende, processen ondersteunen de counselor bij het adequaat navigeren in de MGv-sessies. Dit zijn: engageren (een vertrouwensrelatie bewerkstelligen), focussen (zich richten op een specifieke gedragsverandering), ontlokken (de cliënt zo ondersteunen dat hij/zij de eigen motieven om te veranderen kan vinden en verwoorden), en plannen (samen tot een kort concreet veranderplan komen) (Miller & Rollnick, 2013).

MGv is dus een complexe gedragsmatige procesinterventie met veel verschillende relationele en gedragsmatige componenten. Miller en Rollnick (2014) signaleren het fenomeen dat de interventie MGv in verschillende studies verschillende inhoud krijgt, en koppelen dit aan de (mate van) effectiviteit van MGv. Dit roept de

vraag op hoe MGv werkt, en welke componenten verantwoordelijk zijn voor het effect van MGv. Deze vraag is des te prangender in het licht van verschillende randomised controlled trials en systematic reviews naar deze interventie. Mede afhankelijk van doelgroep en doelgedrag, vindt een deel van de studies duidelijke effecten (o.a. Lundahl et al., 2013; Gates et al. 2016), en een ander deel gemengde resultaten (o.a. Barkhof et al., 2013; Mifsud et al., 2020). Het verschil tussen deze studies in gevonden effect kan mede veroorzaakt zijn door verschillen in de inhoud van de interventie. Nock (2007) beschrijft drie klassen van factoren die in psychologische interventies een rol spelen in het beïnvloeden van gedragsverandering: therapeutfactoren, cliëntfactoren en verandermechanismen. De eerste twee vormen de ingrediënten die vanuit beiden in de interventie worden ingebracht, terwijl verandermechanismen verwijzen naar processen die voortkomen uit therapeutfactoren, cliëntfactoren en/of hun interactie, en die verklaren hoe deze ingrediënten tot verandering leiden. Bij psychologische interventies gaat het om psychische processen. Niet alle cliënt- en therapeutfactoren zijn even belangrijk voor de gedragsverandering. Het gaat vooral om de actieve ingrediënten, dit zijn de cliëntfactoren, therapeutfactoren en/of interacties tussen de factoren die de verandering in gang zetten (Nock, 2007). Omdat het onduidelijk is hoe MGv werkt, en er wisselende resultaten gevonden in effectstudies van MGv, is het mogelijk dat een deel van deze wisselende effecten verklaard kan worden vanuit de aan- of afwezigheid van de actieve ingrediënten (en dus ook van verandermechanismen) in de MGv-interventies die in de effectstudies onderzocht zijn. Om een beter begrip te krijgen van de verschillende componenten die mogelijk verantwoordelijk zijn voor het effect van MGv, kunnen deze componenten en de processen die in MGv een rol spelen, via kwalitatief onderzoek methodisch, en op een diepgaande wijze bestudeerd worden. Dit is het onderwerp van een proefschrift (Dobber, 2020) dat de basis vormt van het voorliggende artikel. De vraagstelling van dit proefschrift, en ook van dit artikel, is: Wat zijn de actieve ingrediënten en verandermechanismen van motiverende gespreksvoering?

## Methoden

### *Literatuurstudie*

Eerst is een systematische literatuurstudie uitgevoerd in PsycInfo en PubMed met twee search strings in de vorm van vrije zoektermen (namelijk: a. “motivational interviewing” AND “active ingredients” en b. “motivational interviewing” AND “mechanisms of change”) en in handboeken over MGv (zoals: Miller & Rollnick, 2002; 2013) teneinde potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen te vinden. De opbrengst van deze literatuurstudie is gebruikt om een model te ontwikkelen van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen (Dobber et al., 2020).

### *Multiple casestudies*

Vervolgens werden twee kwalitatieve multiple casestudies (Stake, 2005) uitgevoerd om therapeutfactoren, cliëntfactoren en hypothetische verandermechanismen in het proces van MGv te exploreren (Dobber et al., 2020; Dobber et al., 2021). Een multiple casestudie (MCS) is een inductieve, interpretatieve studie van een reeks cases, met als doel het (conceptueel) begrip te vergroten van psychosociale processen, in dit geval het proces van motivatieverandering bij de cliënt gedurende de motiverende gesprekken. Een MCS omvat drie fasen. In de eerste fase worden de afzonderlijke cases met behulp van worksheets geanalyseerd. Het analyseniveau verschuift in de tweede fase naar alle cases samen. In deze fasen wordt de inhoud van alle worksheets in clusters geordend, en waarbij de thema's van de clusters mogelijke invalshoeken vormen bij de beantwoording van de onderzoeksvraag. De derde fase omvat het formuleren en toetsen van beweringen over alle cases samen (Stake, 2005).

### *Codering cases*

Elke case bestond uit een audio-opname van de gesprekken en een transcriptie van de gesprekken. Deze transcriptie was verder uitgewerkt met een codering van de gespreksuitingen van de counselor (bijvoorbeeld open vraag; complexe reflectie; informatie geven) en van gespreksuitingen van de cliënt (bijvoorbeeld verandertaal; behoudtaal; neutrale uiting) met de Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (SCOPE: Martin et al., 2013), van de relationele componenten (empathie, autonomie, samenwerking, acceptatie en ontlokken) met de Motivational Interviewing Skill Code (MISC: Miller et al., 2008). Ten slotte omvatte elke case samenvattende MISC-scores waarin de kwaliteit van de geboden MGv wordt uitgedrukt (Dobber et al., 2015), zie tabel 1. Alle betrokken codeurs ontvingen

een codeertraining van 37 uur. In beide studies zijn 20% van de audio-opnamen dubbel gecodeerd door twee codeurs, onafhankelijk van elkaar, teneinde de interbeoordelaarbetrouwbaarheid te bepalen. De Kappa voor de gespreksuitingen was 0,71 (MCS1) en 0,82 (MCS2). Voor de relationele componenten werd een Kappa gevonden van 0,84 (MCS1) en 0,97 (MCS2). Deze waarden wijzen op een substantiële tot goede overeenstemming (McGinn et al., 2015). Alle onderzoeksdeelnemers hebben informed consent verleend voor het opnemen en analyseren van de MGv-gesprekken. Van elke deelnemer zijn ten minste drie MGv-gesprekken opgenomen.

### *Analyse cases*

De eerste MCS-fase, waarin de afzonderlijke cases werden geanalyseerd, bestond uit twee analyserondes van alle cases. In de eerste analyseronde werd een worksheet gebruikt waarmee de MGv-consistentie werd geanalyseerd. Dit worksheet is gebaseerd op de Motivational Interviewing Target Scheme 2.1 (MITS 2.1; Allison et al., 2012) en aangevuld met het concept 'sense making' (betekenisgeving). Dit concept verwijst naar de cognities en opvattingen van de cliënt over roken (dan wel medicatiegebruik) en de relatie daarvan met de aandoening (zie tabel 2). Het doel van deze analyse was om op systematische wijze data te verzamelen over de wijze waarop de counselors de belangrijkste MGv-componenten toepassen. De tweede analyseronde richtte zich op het systematisch analyseren van de cliëntfactoren, therapeutfactoren, hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen in de cases. Daartoe werd een worksheet gebruikt, dat ontwikkeld is op basis van het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen (zie figuur 1).

{Plaats hier TABEL 1 en TABEL 2}

De auteur hield gedurende de multiple casestudies een logboek bij waarin gedetailleerde informatie over het onderzoeksproces, de bevindingen en de beslissingen werden genoteerd. De worksheets werden volledig ingevuld met verwijzing naar precieze case en de vindplaats in die case. Daarnaast werd per case een gedetailleerd case report opgesteld. Twee onafhankelijke onderzoekers, betrokken bij de promotie, controleerden op grond hiervan de verschillende stappen en beslissingen in het onderzoeksproces, en de integriteit van de bevindingen. Daarnaast

zijn in beide multiple casestudies twee cases door een derde, onafhankelijke, onderzoeker dubbel geanalyseerd teneinde de herhaalbaarheid van de bevindingen te controleren.

### *Populatie*

De eerste MCS is uitgevoerd in een groep van 14 cliënten met schizofrenie, bij wie MGv werd toegepast om de motivatie voor langdurig medicatiegebruik te versterken. Al deze cliënten hadden een recente terugval in een psychose doorgemaakt nadat zij hun anti-psychotische medicatie beëindigd hadden. De interventie bestond uit maximaal vijf MGv-gesprekken met een vaste, recent in MGv-getrainde, hulpverlener (psychiater, psycholoog of sociaal-psychiatisch verpleegkundige). Deze MCS omvatte in totaal 66 MGv-gesprekken (zie Dobber et al., 2020, voor meer gegevens). De tweede MCS vond plaats bij 24 cliënten die, na een recent doorgemaakte hartinfarct of dotterbehandeling, ondersteuning wilden bij het stoppen met roken. In deze groep bestond de interventie uit maximaal zeven telefonische MGv-gesprekken met een vaste, ervaren, MGv-coach van een private organisatie die telefonische stoppen-met-roken-coaching aanbiedt. De tweede MCS omvatte in totaal 109 MGv-gesprekken (zie Dobber et al., 2021 voor meer gegevens). In de studie waaruit de cases van deze multiple case study afkomstig zijn, de RESPONSE-2 studie (Minneboo et al., 2017), werd de rookstatus van de deelnemers vastgesteld via een urine cotinine test. Op grond van het patroon dat verscheen bij het koppelen van de rookstatus aan de cases in relatie tot het al dan niet observeren van aanwijzingen voor een of meer verandermechanismen, is er post hoc een relatief risico (RR) berekend om deze mogelijke associatie te verifiëren.

### Resultaten

#### *Literatuurstudie en model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen in MGv*

De zoekopbrengst bestond uit 89 artikelen, op grond van selectie via titels en samenvattingen zijn 56 artikelen geëxcludeerd (deze gingen niet specifiek over actieve ingrediënten of verandermechanismen van MGv; of helemaal niet over MGv, betroffen studieprotocollen; waren RCT's gericht op effectiviteit, niet op actieve ingrediënten of verandermechanismen; of waren methodologische artikelen). Van 33



artikelen is de volledige tekst doorgenomen. Negen daarvan werden geëxcludeerd vanwege het ontbreken van relevante informatie over potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen. Naast de 24 overblijvende artikelen werden vier handboeken gebruikt om het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen te ontwikkelen. De literatuurstudie bracht negen therapeutfactoren en negen cliëntfactoren aan het licht die tevens hypothetische actieve ingrediënten zijn. Een van de cliëntfactoren is ‘(proportie) verandertaal’. Bij deze factor gaat het om de verhouding tussen de hoeveelheid verandertaal en behoudtaal. Bij cliënten die ambivalentie ervaren is het belangrijk om beide kanten van de ambivalentie te bespreken. Daarbij gaat het erom dat de verandertaal (uiteindelijk) proportioneel groter is dan de behoudtaal (zie ook Magill et al., 2018). Daarnaast werden vier hypothetische verandermechanismen gevonden (figuur 1).

{Plaats hier FIGUUR 1}

#### *Multiple casestudies*

Van de medicatiegebruik-groep waren 66 van de 76 MGv-sessies op audiotape beschikbaar (86,8%). Voor de stoppen-met roken-groep was dit 109 van de 151 MGv-sessies (72,2%).

In totaal zijn er 10 integriteitschecks van de kwalitatieve analyse van de cases uitgevoerd. Hierbij werd de lijn teruggevolgd van onderzoeksbevindingen, via clusters, naar worksheets en concrete cliënt- en counseloruitingen in specifieke sessies. In alle gevallen was deze lijn duidelijk herkenbaar en waren de bevindingen gerechtvaardigd. De worksheets van de vier dubbel geanalyseerde cases verschilden in enkele details. Echter, op de hoofdlijn, die van de actieve ingrediënten en de verandermechanismen, bestond volledige overeenstemming.

#### *Multiple casestudies: actieve ingrediënten*

In beide cliëntengroepen (cliënten met schizofrenie en cliënten met een coronaire hartziekte – CHZ) was ‘ontlokken van verandertaal’ en ‘verandertaal uiten’ de meestvoorkomende therapeutfactor respectievelijk cliëntfactor. De proportie van deze factoren was in beide groepen boven de 50%. In geen van beide cliëntengroepen kwam de therapeutfactor ‘opstellen van een veranderplan’ voor (zie tabel 3 en tabel 4 voor de precieze aantallen geobserveerde cliënt- en therapeutfactoren). Er waren

echter ook verschillen in de toepassing van therapeutfactoren en in het activeren van cliëntfactoren tussen beide cliëntengroepen met hun doelgedrag. Bij MGv gericht op stoppen met roken bij cliënten met CHZ werden de therapeutfactoren ‘ambivalentie en barrières bespreken’ en ‘self-efficacy/competentie ondersteunen’ ongeveer twee keer zo veel gebruikt als in MGv om langdurig medicatiegebruik te bevorderen bij cliënten met schizofrenie. Verder werd de cliëntfactor ‘self-efficacy/competentie ervaren’ ongeveer zes keer meer geactiveerd in de stoppen-met-roken-groep. Bij deze groep stond de ambivalentie over *het vertrouwen* succesvol met roken te kunnen stoppen op de voorgrond. Hierdoor was self-efficacy een belangrijke factor voor de therapeut om zich op te richten. De centrale ambivalentie bij de medicatiegebruik-groep ging over de vraag of langdurig medicatiegebruik *belangrijk genoeg* is om op dit punt te willen veranderen. Bij deze cliëntengroep werden andere therapeutfactoren meer gebruikt: ‘betekenisgeving van de cliënt beïnvloeden’ (drie keer zoveel) en ‘autonomie ondersteunen’ (zes keer zoveel). Op vergelijkbare wijze werden de corresponderende cliëntfactoren vaker geactiveerd: ‘betekenisgeving aanpassen’ (2,5 keer vaker) en ‘autonomie ervaren’ (drie keer vaker). Autonomie was in relatie tot medicatiegebruik een belangrijke waarde voor de cliënten, en betekenis geven aan de rol van medicatiegebruik tijdens stabiele perioden van de cliënt, bleek een belangrijke determinant te zijn voor het oplossen van de ambivalentie.

De aanwezigheid in MGv-sessies van therapeutfactoren of cliëntfactoren betekende niet automatisch dat deze factoren ook actieve ingrediënten waren. Observaties in beide groepen toonden aan dat actieve ingrediënten een complexer fenomeen waren dan een enkelvoudige factor of een combinatie van twee factoren. In overeenstemming met de kern van de MGv-theorie maakten ‘ontlokken verandertaal’ en ‘verandertaal’ deel uit van alle geobserveerde actieve ingrediënten. De observaties lieten een serie van interacties zien tussen de counselor en de cliënt over grotere delen van de sessie, en soms over twee sessies, waarbij verschillende therapeut- en cliëntfactoren een rol speelden, en die in dit specifieke gesprek een actieve ingrediënt werd en een verandermechanisme triggerde.

{Plaats hier TABEL 3 en TABEL 4}

Verandermechanismen zijn processen die voortkomen uit therapeutfactoren, cliëntfactoren en/of hun interactie, en die verklaren hoe deze ingrediënten tot verandering leiden. Bij psychologische interventies gaat het om psychische processen, en de aanwezigheid van deze processen is moeilijk observeerbaar. Het zorgvuldig in de audio-opnames van de MGv-sessies luisteren naar aanwijzingen in de uitingen van de cliënt die indiceren dat een van deze processen optrad is de manier om zo dicht mogelijk bij het observeren van deze processen te komen (zie box 1 voor een voorbeeld).

Van de vier hypothetische verandermechanismen werden in beide cliëntengroepen drie verandermechanismen herkend. Waar het verandermechanisme ‘toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy’ bij de medicatiegebruik-groep niet geobserveerd werd, werd bij de stoppen-met-roken-groep 13 keer cliëntuitingen geobserveerd die op de aanwezigheid van dit verandermechanisme duiden. Het verandermechanisme ‘veranderd zelfbeeld’ werd slechts een keer herkend, dit was in de medicatiegebruik-groep. Veruit het meest geobserveerd is het verandermechanisme ‘zichzelf overtuigen te veranderen’ (36 keer in totaal). Het verandermechanisme ‘toegenomen motivatie om te veranderen’ (7 keer in totaal) leek met name voor te komen bij niet-ambivalente cliënten die zichzelf sterker overtuigen om inderdaad te veranderen. Of, bij één cliënt, zichzelf sterker overtuigen om niet te veranderen (zie tabel 3 en tabel 4 voor de precieze aantallen verandermechanismen).

Bij twaalf cliënten in de stoppen-met-rokengroep en bij acht cliënten in de medicatiegebruik-groep werden in de beschikbare audio-opnamen in het geheel geen verandermechanismen herkend.

{Plaats hier BOX 1}

*Multiple casestudies: het gebruik van actieve ingrediënten door counselors*  
In beide studiestudiepopulaties bleek de cliëntfactor ‘verandertaal’ het meest ontlokt te worden door reflecties en vragen gericht op de gedragsverandering. Ongeveer 75% van dit soort reflecties werd in de daaropvolgende cliëntreactie gevolgd door verandertaal (voor open vragen was dit ruim 65%).

Het opbouwen van een vertrouwensband tussen counselor en cliënt bleek een voorwaarde te zijn om tot diepgang in het gesprek te komen. Counselors die in het begin van de eerste MGv-sessie ruim de tijd namen om het perspectief van de cliënt te

leren begrijpen slaagden er beter in diepgang in het gesprek te bereiken. Als de counselor hierdoor de betekenisgeving van de cliënt begreep, bijvoorbeeld hoe de cliënt een voor zichzelf kloppend eigen verhaal maakte van zijn/haar psychose en de plaats van antipsychotische medicatie daarin, en de belangrijkste levenswaarden en levensdoelen van de cliënt leerde kennen, stelde dit de counselor later in de MGv-sessies in staat om de therapeutfactoren ‘discrepantie creëren/koppelen aan waarden’ en ‘betekenisgeving van de cliënt beïnvloeden’ te gebruiken. Deze twee therapeutfactoren waren in beide studies krachtige bouwstenen in de actieve ingrediënten. Goede kwaliteit verandertaal (in termen van diepte, hoeveelheid en sterkte) was vrijwel altijd het gevolg van een MGv-strategie waarin de therapeutfactor ‘discrepantie creëren/waarden koppelen’ en de cliëntfactor ‘ambivalentie oplossen’ een grote rol speelden. En, hoewel de therapeutfactoren in de meeste gevallen wel een of meer cliëntfactoren activeerden, vereiste de interactie die deze factoren tot een actieve ingrediënten maakte een meer omvattende MGv-strategie, die complexer was dan het eenvoudigweg toepassen van een therapeutfactor gevolgd door een cliëntfactor. Deze strategie was toegesneden op het individuele cliëntproces van motivatie en gedragsverandering. Hierbij waren steeds verscheidene therapeutfactoren en cliëntfactoren betrokken, in interacties gedurende een langer deel van de MGv-sessies, en soms over verschillende MGv-sessies. Dit leidde dan uiteindelijk tot een actieve ingrediënt en dus tot het optreden van een verandermechanisme.

*De kwaliteit van de motiverende gespreksvoering en het optreden van verandermechanismen*

De counselors in de MCS gericht op medicatietrouw van cliënten met schizofrenie voerden over het algemeen MGv uit op het niveau van beginnende bekwaamheid. In twee van de 14 cases binnen deze MCS wezen de samenvattende scores waarmee de kwaliteit van de motiverende gespreksvoering bepaald wordt (zie tabel 1), op kwalitatief onvoldoende gespreksvoering. Bij de counselors van de tweede MCS, gericht op stoppen met roken, wezen de samenvattende scores over het algemeen op bekwaamheid met gevorderde competentie. In drie van de 24 cases was de gespreksvoering, gezien vanuit de samenvattende scores, onvoldoende. Echter, in twee van deze drie cases werden wel aanwijzingen voor verandermechanismen geobserveerd. In de kleine steekproef van de tweede MCS vonden we een associatie tussen de geobserveerde aanwijzingen voor verandermechanismen en de rookstatus

van de cliënten na 12 maanden. Met een kans van 20% op een geslaagde stoppoging in de cases waarin geen aanwijzingen voor verandermechanismen zijn geobserveerd, tegenover 72% kans in de cases waarin deze aanwijzingen wel geobserveerd zijn. Daarop is post hoc een relatief risico (RR) berekend om deze mogelijke associatie te verifiëren, waarbij een RR van 3,6 (95% BI 0,99-12,22) gevonden werd.

## Discussie

Motiverende gespreksvoering is een complexe gedragsmatige procesinterventie waarin zowel de counselor als de cliënt veel verschillende ingrediënten inbrengen. De waarde van deze ingrediënten kan afhangen van de context, dosering (frequentie en diepgang), volgorde, en van de counselor en van de cliënt (zie ook Miller & Rollnick, 2013; Hilton et al., 2016). In kwantitatief onderzoek wordt getoetst of het voorkomen van een potentiële actieve ingrediënt samenhangt met een positieve verandering in motivatiesterkte, of met het optreden van het beoogde doelgedrag. Op deze wijze kunnen echter geen contextuele, sequentiële, of cliënt-gerelateerde invloeden ontdekt worden, net zomin als de precieze condities waaronder een specifiek ingrediënt wel of juist geen (onderdeel van een) actieve ingrediënt is (zie ook Miller & Rollnick, 2014). In de hier gerapporteerde kwalitatieve studie vond een exploratie plaats van het proces van motiverende gespreksvoering plaats, gericht op de aanwezigheid en rol van actieve ingrediënten en verandermechanismen.

Hoewel in de literatuur (o.a. Lee et al., 2010; Magill et al., 2017) gesuggereerd wordt dat actieve ingrediënten enkelvoudige componenten zijn, zijn deze in dit onderzoek niet gevonden. In plaats daarvan ging het steeds om wisselende combinaties en interacties van therapeut- en cliëntfactoren. Deze lijken gerelateerd te zijn aan specifieke cliëntprocessen. Of, anders gezegd, in andere cases, met andere counselors en andere cliënten, zou dezelfde specifieke combinatie van therapeut- en cliëntfactoren mogelijk geen actieve ingrediënt zijn *omdat* de cliëntprocessen van gemotiveerd raken verschillen. Dit zou betekenen dat er geen vaste actieve ingrediënten van MGv zijn. De bouwstenen van actieve ingrediënten van MGv kunnen worden gezien als een verzameling therapeut- en cliëntfactoren. Hoe deze factoren gecombineerd worden, en in welke combinatie ze tot een actieve ingrediënt worden, hangt af van de specifieke combinatie van cliënt, counselor, en context. Hoewel in alle analysefasen de vraag gesteld is of er andere mogelijke actieve

ingrediënten gevonden dan die uit het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen, zijn er geen andere ingrediënten gevonden die (ook) een rol spelen bij het motivatieproces van de cliënt.

Ook verandermechanismen lijken enigszins cliënt- en context-gerelateerd te zijn. Afhankelijk van onder andere de aan- of afwezigheid van ambivalentie, de inhoud van de ambivalentie, van mogelijke barrières bij de specifieke gedragsverandering, en van cognities van de cliënt, kan een van de vier verandermechanismen belangrijker voor de gedragsverandering zijn dan de andere. Op grond van de frequenties waarin de verandermechanismen in deze studie lijken voor te komen, kan verwacht worden dat ‘zichzelf overtuigen’ en ‘toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy’ de belangrijkste verandermechanismen van MGv zijn.

In de tweede MCS lijkt er een associatie te bestaan tussen de rookstatus en de aanwezigheid van aanwijzingen voor het optreden van verandermechanismen. Bij cases waarin een verandermechanisme is geobserveerd, bleek de kans op succesvol stoppen met roken na een jaar 72% te zijn. Voor de cases waarin geen verandermechanisme werd geobserveerd was deze kans 20%. Het voor deze associatie gevonden relatieve risico van 3,6 (95% BI 0,99-12,22) is net niet statistisch significant, dit zou gezien de breedte van het betrouwbaarheidsinterval te maken kunnen hebben met de geringe steekproefgrootte. Daarbij geldt dat het studiedesign niet ontworpen was om een dergelijke relatie te ontdekken, en dat de analyse post hoc is uitgevoerd. Al met al is dit reden genoeg om deze bevinding uitsluitend te beschouwen als stimulans tot nader onderzoek.

Het risico van selectiebias in de kleine steekproeven in deze studie (stoppen-met-roken-groep: n=24; medicatiegebruik-groep: n=14) en de lage prevalentie van enkele cliënt- en therapeutfactoren en verandermechanismen, vereisen enige voorzichtigheid in de interpretatie van de resultaten. Daarnaast beperkt het inductieve karakter van deze studie de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Wel zijn de bevindingen mogelijk toepasbaar bij vergelijkbare cliëntengroepen en vergelijkbaar doelgedrag. En het valt te verwachten dat bij andere cliëntengroepen en bij ander doelgedrag, dezelfde therapeutfactoren en cliëntfactoren de potentiële bouwstenen voor de actieve ingrediënten zijn. In die zin is deze kennis over de samenstelling van actieve ingrediënten een stap in het begrijpen ‘hoe MGv werkt’.

In conclusie laat dit onderzoek in twee groepen cliënten zien dat de actieve ingrediënten in MGv bestaan uit wisselende combinaties van therapeutfactoren en cliëntfactoren. In verreweg de meeste gevallen ontstaan de actieve ingrediënten in een reeks van interacties tussen therapeut- en cliëntfactoren, hierbij had de cliëntfactor ‘verandertaal’ de hoogste prevalentie. De combinaties van therapeut- en cliëntfactoren in die in deze studie tot actieve ingrediënten leidden, bestonden uit factoren die al vanuit onderzoek en theorie als potentiële actieve ingrediënten beschouwd werden. Het lijkt plausibel dat het niet zozeer gaat om specifieke therapeutfactoren die specifieke cliëntfactoren in gang zetten, maar om een voldoende combinatie van (wisselende) factoren. Dergelijke combinaties fungeren als actieve ingrediënten en zetten een verandermechanisme in gang. Aan het optreden van actieve ingrediënten gaat de ontwikkeling van een vertrouwensband vooraf. De cliënt ervaart hierdoor de veiligheid om dieper over de eigen beweegredenen na te denken.

De twee belangrijkste implicaties voor de klinische praktijk zijn dan ook ten eerste het begrip van de wijze waarop actieve ingrediënten geformeerd worden tijdens de uitvoering van MGv. Namelijk dat actieve ingrediënten over langere delen van een gespreksessie ontstaan en wisselende combinaties van cliënt- en therapeutfactoren omvatten. De tweede belangrijke implicatie is de kennis over welke verandermechanismen, ofwel over welke psychische processen die de gedragsverandering verklaren, op kunnen treden. Als counselors dit begrip en deze kennis bij het toepassen van MGv in gedachten houden en de gespreksstrategie in overeenstemming brengen met het bevorderen van het verandermechanisme dat bij de cliënt en diens situatie past, kan de effectiviteit van de MGv verhoogd worden. Counselors kunnen een dergelijke strategie ontwikkelen op grond van kennis over welke cliënt- en therapeutfactoren op welke manier een rol kunnen spelen als onderdeel van actieve ingrediënten. Het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen kan daarbij behulpzaam zijn. Ten slotte geldt dat in deze studie bleek dat de aanwezigheid van een vertrouwensband tussen cliënt en counselor een voorwaarde was om tot voldoende diepgang in het gesprek te komen.

Dit artikel is gebaseerd op het academisch proefschrift waarop Jos Dobber op 1 april 2020 aan de Universiteit van Amsterdam promoveerde. Voor dit onderzoek werd financiering toegekend door het NWO (023.004.060).

**Summary** *Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing*

Although motivational interviewing (MI) often is used to strengthen client motivation for behaviour change, the question how MI works remains unanswered. Which ingredients are responsible for successful MI: what are the active ingredients (AI) and mechanisms of change (MoC)?

A literature study to find potential active ingredients and mechanisms of change, and two multiple case studies (MCS) were employed. The literature study led to nine client factors and nine therapist factors as potential AI and four potential MoC. The first MCS took place in clients with schizophrenia who received MI to stimulate long-term medication-adherence, the second in clients with heart disease to support smoking cessation. In both groups, the AI varied in composition of client and therapist factors, and none of them were a single factor or a combination of just two factors. The AI and the subsequently triggered MoC, turned out to be specific per client and context.

**Key words:** *motivational interviewing, active ingredients, mechanisms of change, behaviour change*



## Literatuur

- Allison, J., Bes, R., & Rose, G. (2012). *Motivational Interviewing Target Scheme (MITS 2.1)*. Beschikbaar op:  
[https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MITS\\_2.1.pdf](https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MITS_2.1.pdf)
- Barkhof, E., Meijer C. J., Sonnevile, L. J., Linszen, D. H., & De Haan, L. (2013). The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in non-adherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1242-1251.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychiatry Review*, 74, 183-200.
- Berger, B. A., & Villaume, W. A. (2013). *Motivational interviewing for health care professionals: A sensible approach*. American Pharmacists Association.
- Dobber, J. (2020). *Motivational interviewing: active ingredients and mechanisms of change*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Dobber, J., Latour, C., Van Meijel, B., Ter Riet, G., Barkhof, E., Peters, R., Scholte op Reimer, W., & De Haan, L. (2020). Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for medication adherence. A mixed methods study of patient-therapist interaction in patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 78.
- Dobber, J., Snaterse, M., Latour, C., Peters, R., Ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., De Haan, L., & Van Meijel. (2021). Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for smoking cessation in patients with coronary artery disease. A mixed methods study. *Frontiers in Psychology* 12, 599203.
- Dobber, J., Van Meijel, B., Barkhof, E., Scholte op Reimer, W., Latour, C., Peters, R., & Linszen, D. (2015). Selecting an optimal instrument to identify active ingredients of the motivational interviewing-process. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 268-276.
- Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD005336.
- Hilton, C., E., Lane, C., & Johnston, L. H. (2016). Has motivational interviewing fallen into its own premature focus trap? *International Journal for the Advancement of Counseling*, 38, 145-158.

- Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interviewing for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*, 726-733.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling, 93*, 157-168.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., Scott Tongan, J., & Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*, 140-157.
- Magill, M., Colby, S. M., Orchowski, L., Murphy, J. G., Hoadley, A., Brazil, L., A., & Barnett, N. P. (2017). How does brief motivational intervention change heavy drinking and harm among underage young adult drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*, 447-458.
- Martin, T., Moyers, T. B., Houck, J., Christopher, P., & Miller, W.R. (2005). *Motivational Interviewing Sequential Code for Process Exchanges (SCOPE). Coders's manual*. Beschikbaar op: <https://casaa.unm.edu/download/scope.pdf>
- McGinn, T., Guyatt, G., Cook, R., Korenstein D., & Meade, M. O. (2015). Measuring agreement beyond chance. In G. Guyatt, D. Rennie, M. O. Meade, & D. J. Cook, (Eds.), *Users' guides to the medical literature* (pp. 399-405). New York: McGraw Hill Education.
- Mifsud, J. L., Galea, J. E., Garside, J., Stephenson, J., & Astin, F. (2020). Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Plos One, 11*, e0241193.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Ernst, D. & Amrhein P. (2008). *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version 2.1*. Beschikbaar op: <https://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemporary Clinical Trials*, 37, 234-241.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. New York: Guilford Press.

Minneboo, M., Lachman, S., Snaterse, M., Jorstad, H. T., Ter Riet, G., Boekholt, S. M., Scholte op Reimer, W. J., Peters, R. J. G. (2017). Community-based lifestyle intervention in patients with Coronary Artery Disease: the RESPONSE-2 trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70, 318-327.

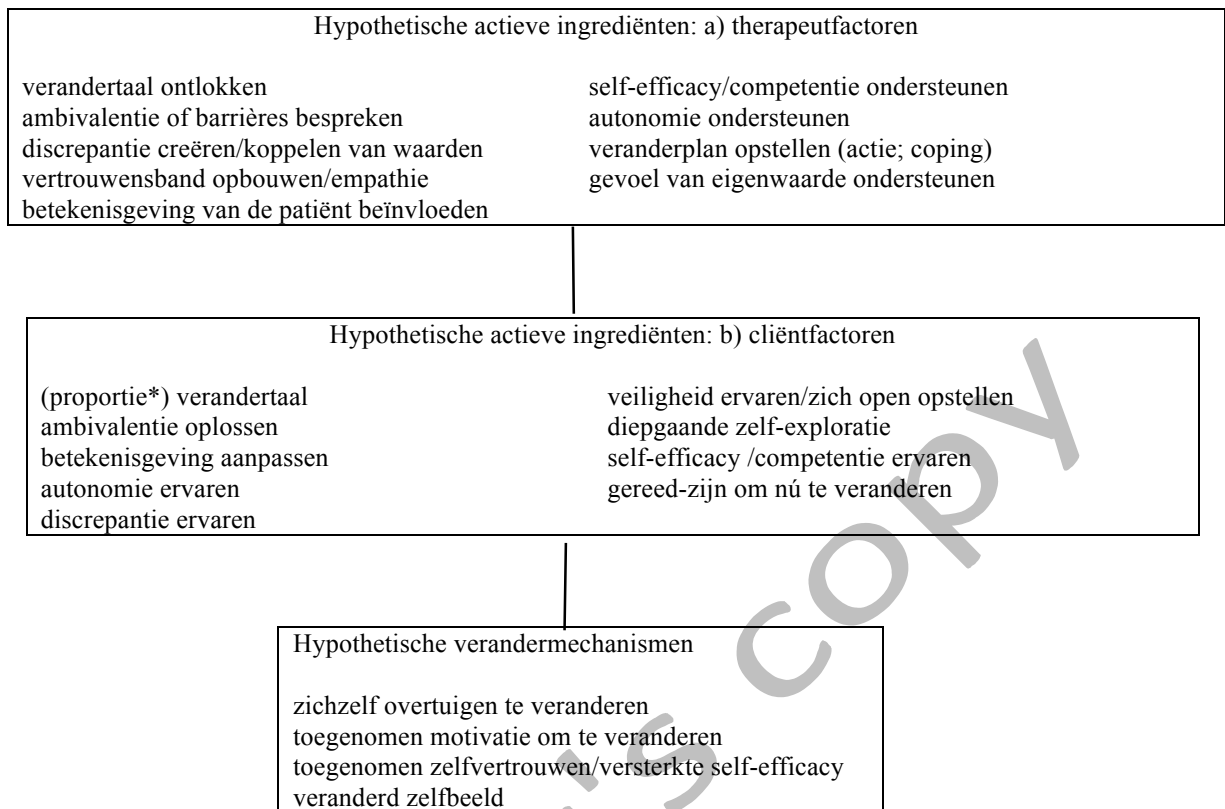
Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W. R., & Ernst, D. (2010). *Manual for the Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI). Version 3.1.1.*

Beschikbaar op: [http://casaa.unm.edu/download/MITI3\\_1.pdf](http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf)

Nock, M. K. (2007). Conceptual and design essentials for evaluating mechanisms of change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (S3), 4s-12s.

Stake, R. E. (2005). *Multiple case study analysis*. New York: Guilford Press.

Author's COPY



Figuur 1. Model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen MGv

\*proportie verandertaal = frequentie verandertaal : (totale frequentie verandertaal + behoudtaal)

<b>Score</b>	<b>Meetmethode</b>	<b>Drempelwaarde voldoende kwaliteit</b>
Relationele component MGv	Gemiddelde van drie 7-puntschalen: acceptatie, empathie, MI-spirit	Gemiddelde van 5,0 of hoger
Verhouding tussen reflecties en vragen	Aantal reflecties : totaal aantal vragen	Ratio van 1,0 of hoger
Vanuit alle vragen, het percentage open vragen	(Aantal open vragen : totaal aantal vragen) x 100	Percentage van 50 of hoger
Vanuit alle reflecties, het percentage complexe reflecties	(Aantal complexe reflecties : totaal aantal reflecties) x 100	Percentage van 40 of hoger
Percentage MGv-consistent gedrag	(Aantal counselor-uitingen : aantal MGv-consistente gedragingen) x 100	Percentage van 90 of hoger

Tabel 1. Samenvattende MISC-scores waarmee de kwaliteit van de MGv wordt weergegeven (Moyers et al., 2010)

<b>Item</b>	<b>Beschrijving</b>
1. Flexibel schakelen	De counselor kiest de activiteit die, op elk specifiek punt in het gesprek, het beste bijdraagt aan het bevorderen van gedragsverandering.
2. Houding, empathie en samenwerking	De counselor gaat een vertrouwensrelatie aan met de cliënt en laat blijken de perspectieven en gevoelens van de cliënt te begrijpen, en werkt op doelgericht samen met de cliënt.
3. Onafhankelijkheid	De counselor benadrukt de cliënt's controle over diens besluiten en gedrag, en moedigt de cliënt aan verantwoordelijkheid te nemen voor diens beslissingen en gedrag.
4. Ontlokken	De counselor ontlokt verandertaal en gaat hier dieper op in. Verder verzacht de counselor behoudtaal.
5. Navigeren	De counselor zorgt ervoor dat het gesprek zich in de richting van het veranderdoel begeeft.
6. Tegenstellingen	De counselor helpt de cliënt om het doelgedrag te koppelen aan diens waarden en levensdoelen, en bevordert (indien relevant) discrepantie tussen de waarden, doelen en het huidig gedrag.
7. Gestructureerde tools	De counselor gebruikt optionele MGv-tools om het veranderproces van de cliënt te bevorderen. Voorbeelden van deze tools zijn het gebruik van een belangrijkheidslineaal en een vertrouwenslineaal, het samen met de cliënt doorlopen van 'een normale dag', en het opstellen van een veranderplan.
8. Informatie en advies	De counselor geeft uitsluitend informatie of advies nadat de cliënt hier (impliciet of expliciet) mee instemt, De informatie en het advies wordt op een effectieve manier gegeven.
9. Betekenisgeving	De counselor probeert het perspectief van de cliënt of diens gezondheidsprobleem en op het doelgedrag te begrijpen, en probeert de betekenis die de cliënt hieraan geeft te beïnvloeden.

Onderwerp 1 t/m 8: gebaseerd op de MITS 2.1 (Alison et al., 2012).

Onderwerp 9: gebaseerd op Berger & Villaume (2013).

Tabel 2. Onderwerpen van het worksheet uit de eerste analyseronde.

Hypothetische therapeutfactoren	freq	Hypothetische cliëntfactoren	freq	Hypothetische verandermechanismen	freq
Vertrouwensband opbouwen/empathie	*	Veiligheid ervaren/ zich open opstellen Diepgaande zelfexploratie	* *		
Verandertaal ontlocken	61	Verandertaal	60	Zichzelf overtuigen te veranderen	12
		Behoudtaal** Autonomie ervaren Self-efficacy/ competentie ervaren	10 1 1		
Discrepantie creëren/ koppelen van waarden	9	Discrepantie ervaren Verandertaal	1 1		
		Betekenisgeving aanpassen	2	Zichzelf overtuigen te veranderen	2
		Ambivalentie oplossen	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Autonomie ervaren	1	Toegenomen motivatie om te veranderen	1
Ambivalentie of barrières bespreken	7	Behoudtaal** Discrepantie ervaren	2 1		
		Verandertaal	5	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Ambivalentie oplossen	2	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Betekenisgeving van de patiënt beïnvloeden	6	Betekenisgeving aanpassen	2	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Ambivalentie oplossen	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Self-efficacy / competentie ondersteunen	16	Self-efficacy/ competentie ervaren	3		
		Autonomie ervaren	1	Toegenomen motivatie om te veranderen	1
Gevoel van eigenwaarde ondersteunen	10	Self-efficacy/ competentie ervaren	1	Veranderd zelfbeeld	1
		Autonomie ervaren	1	Toegenomen motivatie om te veranderen	1
Autonomie ondersteunen	7	Autonomie ervaren	3	Toegenomen motivatie om <i>niet</i> te veranderen***	1
Veranderplan opstellen	0				

\*in vrijwel alle sessies toegepast en onderhouden.

\*\*behoudtaal is een cliëntfactor gericht op beëindigen medicatiegebruik.

\*\*\*deze cliënt voelde zich niet ambivalent over zijn besluit zijn medicatiegebruik te beëindigen.

Tabel 3. Hypothetische actieve ingrediënten (therapeutfactoren, cliëntfactoren), en verandermechanismen in 66 MGv-sessies ter bevordering motivatie voor langdurig medicatiegebruik

Hypothetische therapeutfactoren	freq	Hypothetische cliëntfactoren	freq	Hypothetische verandermechanismen	freq															
Vertrouwensband opbouwen/empathie	*	Veiligheid ervaren/ zich open opstellen	*																	
Verandertaal ontlocken	210	Verandertaal	198	Zichzelf overtuigen te veranderen	10															
				Toegenomen zelfvertrouwen/ self- efficacy versterken	3															
				Toegenomen motivatie om te veranderen	3															
		Behoudtaal**	51	Diepgaande zelfexploratie	4															
				Gereed-zijn om nú te veranderen	1															
				Autonomie ervaren	1															
				Betekenisgeving aanpassen	2															
				Ambivalentie oplossen	1															
				Self-efficacy/ competentie ervaren	3															
Discrepantie creëren/ koppelen van waarden	3			Discrepantie ervaren	1															
Ambivalentie of barrières bespreken	51			Verandertaal	1															
		Behoudtaal**	39																	
											Discrepantie ervaren	36								
																Self-efficacy/ competentie ervaren	8			
Gereed-zijn om nú te veranderen	6			Zichzelf overtuigen te veranderen	1															
		Betekenisgeving van de patiënt beïnvloeden	1			Zichzelf overtuigen te veranderen	1													
								Self-efficacy / competentie ondersteunen	3	Zichzelf overtuigen te veranderen	1									
												Gevoel van eigenwaarde ondersteunen	116	Self-efficacy/ competentie ervaren	92	Toegenomen zelfvertrouwen/ self- efficacy versterken	10			
																		Autonomie ondersteunen	8	Zichzelf overtuigen te veranderen
Veranderplan opstellen	7			Zichzelf overtuigen te veranderen	1															
		0	2																	
								4	8											
												4	1							
																0	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1	
3	1																			
		4	4																	
								4	1											
												0								

\*in vrijwel alle sessies toegepast en onderhouden.

\*\*behoudtaal is een cliëntfactor gericht op blijven roken.

Tabel 4. Hypothetische actieve ingrediënten (therapeutfactoren, cliëntfactoren), en verandermechanismen in 109 MGv-sessies ter ondersteuning van stoppen met roken



Therapeut: “Het medicatie nemen op zich...”

Cliënt: “Is geen probleem.”

T: “Je denkt gewoon zo is het nou eenmaal...”

(...)

C: “Ja, je hebt het gewoon nodig. Soms vertel ik het ook aan anderen, dat ze hun medicijnen moeten nemen. (...) Tegen jongeren zeg ik soms: je moet je medicijnen blijven gebruiken, want... ze weten het gewoon niet. (...) Bij mij is het chronisch... Ik moet de rest van mijn leven...”

(...)

T: Hoe zie jij het, denk je dat je een ziekte hebt?”

C: Ja, ja nu, als ik mijn medicatie neem, ben ik niet ziek. Maar als ik ze niet neem ben ik wel ziek, ik zie dat verschil wel ja.”

Box 1. Ingekort voorbeeld van het verandermechanisme ‘zichzelf overtuigen te veranderen’