

Actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreksvoering¹

JOS DOBBER

Samenvatting

Hoewel motiverende gespreksvoering (MGv) veel gebruikt wordt om intrinsieke motivatie voor gedragsverandering te bevorderen, is onduidelijk hoe MGv werkt. De vraag is dus welke ingrediënten verantwoordelijk zijn voor succes: wat zijn de actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv? Nadat een literatuurstudie was verricht 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 gevonden als potentiële actieve ingrediënten, en vier potentiële verandermechanismen van MGv. In beide multiple casestudies bleken deze potentiële actieve ingrediënten geen enkelvoudige factoren te zijn, of korte combinaties tussen een therapeutfactor en een cliëntfactor, maar te ontstaan gedurende een langere gespreksperiode waarin verschillende therapeutfactoren en cliëntfactoren betrokken waren. De actieve ingrediënten en de daardoor geactiveerde verandermechanismen bleken cliënt- en contextspecifiek te zijn.

Trefwoorden: motiverende gespreksvoering, actieve ingrediënten, verandermechanismen, gedragsverandering

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

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Counselors kunnen een effectieve motiverende gespreksstrategie ontwikkelen door zich te richten op de verandermechanismen van MGv die het best bij de situatie van de cliënt passen.
- ▶ Verandermechanismen worden geactiveerd door actieve ingrediënten uit de interventie motiverende gespreksvoering, deze actieve ingrediënten omvatten wisselende combinaties van cliënt- en therapeutfactoren.

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 en medicatietrouw. Omdat het om duurzame gedragsverandering gaat en 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: (1) belangrijkheid/willen veranderen, (2) vertrouwen/geloof te kunnen veranderen, en (3) *readiness* (bereid zijn om nú te veranderen). Voldoende intrinsieke motivatie om tot gedragsverandering over te gaan ontstaat pas als al deze drie componenten aanwezig zijn. Als de cliënt gedragsverandering weliswaar 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 zowel zelf motieven vindt om te veranderen als zich competent genoeg voelt om de verandering succesvol uit te 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 de cliënt zelf: 'As I hear myself talk, I learn what I believe' (Bem, 1967; Miller & Rollnick, 2002). Veel cliënten staan echter ambivalent tegenover 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 gespreksstijl zoals die oorspronkelijk door Carl Rogers beschreven is’ (Miller & Rollnick, 2014, p. 235).

Vier elkaar overlappende processen ondersteunen de counselor bij het adequaat navigeren tijdens de MGv-sessies. Dit zijn: engageren (een vertrouwensrelatie bewerkstelligen), focussen (zich richten op een specifieke gedragsverandering), ontlokken (de cliënt zo ondersteunen dat deze 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 dat de interventie MGv in verschillende studies verschillende inhoud krijgt en koppelen dit fenomeen 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 prangerender in het licht van verschillende *randomized controlled trials* (RCT's) en *systematic reviews* naar deze interventie. Mede afhankelijk van doelgroep en doelgedrag vindt een deel van de studies duidelijke effecten (onder andere: Gates et al., 2016; Lundahl et al., 2013) en een ander deel gemengde resultaten (onder andere: 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 bij het beïnvloeden van gedragsverandering: therapeutfactoren, cliëntfactoren en verandermechanismen. De eerste twee vormen de ingrediënten die door therapeut en cliënt in de interventie worden ingebracht, terwijl verandermechanismen verwijzen naar processen die voortkomen uit die therapeutfactoren, cliëntfactoren en de interactie daartussen. Verandermechanismen verklaren hoe therapeutfactoren en cliëntfactoren 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, namelijk die cliëntfactoren, therapeutfactoren en/of interacties tussen de factoren die de verandering in gang zetten (Nock, 2007). Omdat onduidelijk is hoe MGv werkt en er wisselende resultaten gevonden zijn in effectstudies naar 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 zij en de processen

die in MGv een rol spelen via kwalitatief onderzoek methodisch en diepgaand bestudeerd worden. Dit is het onderwerp van het proefschrift (Dobber, 2020) dat de basis vormt van het voorliggende artikel. De vraagstelling van dit proefschrift en daarmee ook van dit artikel luidt: wat zijn de actieve ingrediënten en verandermechanismen van motiverende gespreksvoering?

METHODEN

.....

Literatuurstudie

.....

Om potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen te vinden, is er eerst een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Die vond plaats in PsycInfo en PubMed met twee search strings in de vorm van vrije zoektermen (namelijk (1) *motivational interviewing AND active ingredients*, en (2) *motivational interviewing AND mechanisms of change*) en in handboeken over MGv (zoals: Miller & Rollnick, 2002, 2013). De uitkomst 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 uitgevoerd (Stake, 2005) om therapeutfactoren, cliëntfactoren en hypothetische verandermechanismen in het proces van MGv te exploreren (Dobber et al., 2020, 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. In de tweede fase verschuift het analyseniveau naar alle cases samen. In deze fase wordt de inhoud van alle worksheets in clusters geordend, 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 van de cases

.....

Elke case bestond uit een audio-opname van de gesprekken en een transcriptie van die gesprekken. Deze transcriptie was verder aangevuld 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). Deze co-

dering vond plaats met de Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (SCOPE; Martin et al., 2005). De relationele componenten (empathie, autonomie, samenwerking, acceptatie en ontlocken) werden gecodeerd aan de hand van 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 werd uitgedrukt (Dobber et al., 2015) (zie tabel 1). Alle betrokken codeurs ontvingen een codeertraining van 37 uur. In beide studies is 20% van de audio-opnamen dubbel gecodeerd door twee codeurs, onafhankelijk van elkaar, teneinde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid 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 van de cases

.....

De eerste MCS-fase, waarin de afzonderlijke cases werden geanalyseerd, bestond uit twee analyseronden 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 die ontwikkeld is op basis van het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen (zie figuur 1).

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 de 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.

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

20

Score	Meetmethode	Drempelwaarde voldoende kwaliteit
Relationele component MGv	Gemiddelde van drie zevenpuntsschalen: 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 2 *Onderwerpen van het worksheet uit de eerste analyseronde*

Item	Beschrijving
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, laat blijken de perspectieven en gevoelens van de cliënt te begrijpen, en werkt doelgericht samen met de cliënt.
3. Onafhankelijkheid	De counselor benadrukt de controle van de cliënt 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 huidige 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 belangrijkheidslijnaal en een vertrouwenslijnaal, 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 worden op een effectieve manier gegeven.
9. Betekenisgeving	De counselor probeert het perspectief van de cliënt op diens gezondheidsprobleem en op het doelgedrag te begrijpen, en probeert de betekenis die de cliënt hieraan geeft te beïnvloeden.

Noot. Onderwerp 1 t/m 8: gebaseerd op de MITS 2.1 (Allison et al., 2012); onderwerp 9: gebaseerd op Berger & Guillaume (2013).

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 antipsychotische medicatie beëindigd hadden. De interventie bestond uit maximaal vijf MGv-gesprekken met een vaste, recent in MGv-getrainde hulpverlener (een psychiater, psycholoog of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige). Deze MCS omvatte in totaal 66 MGv-gesprekken (voor meer gegevens, zie: Dobber et al., 2020).

De tweede MCS vond plaats bij 24 cliënten die na een recent doorgemaakt hartinfarct of ondergane 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 telefonisch stoppen-met-rokencoaching aanbiedt. Deze tweede MCS omvatte in totaal 109 MGv-gesprekken (voor meer gegevens, zie: Dobber et al., 2021). De cases uit deze multiple case study zijn afkomstig uit de RESPONSE-2-studie (Minneboo et al., 2017), waarin de rookstatus van de deelnemers werd vastgesteld via een test op cotinine in de urine. 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 meerdere verandermechanismen, is er post hoc een relatief risico (RR) berekend om deze mogelijke associatie te verifiëren.

.....

Literatuurstudie en model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen in MGv

.....

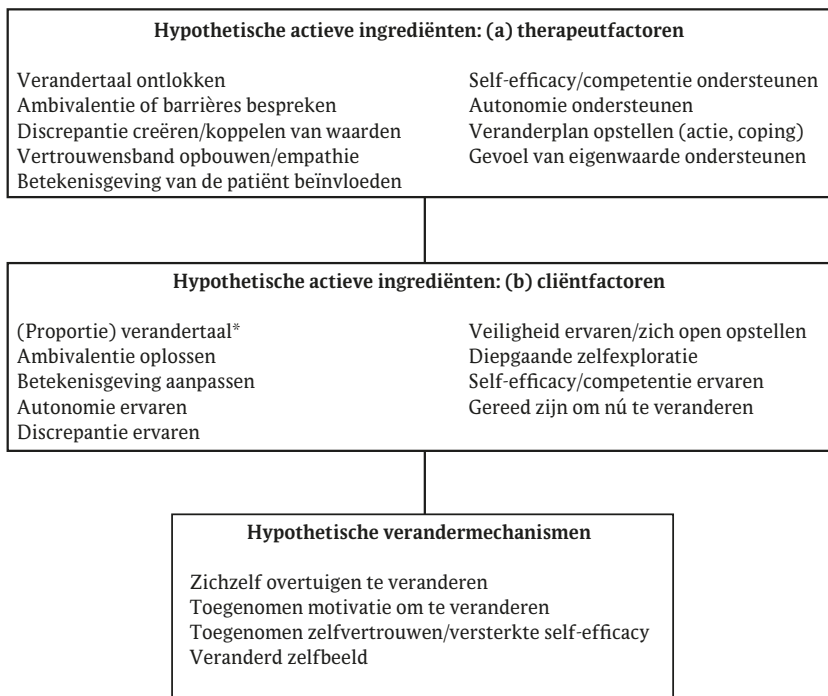
De zoekopbrengst bestond uit 89 artikelen. Op grond van titels en samenvattingen zijn 56 artikelen geëxcludeerd (deze gingen niet specifiek over actieve ingrediënten of verandermechanismen van MGv, gingen helemaal niet over MGv, betroffen studieprotocollen, waren RCT's gericht op effectiviteit en niet 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 (zie figuur 1).

Multiple casestudies

.....

Van de medicatiegebruiksgroep waren 66 van de 76 MGv-sessies op audiotape beschikbaar (86,8%). Voor de stoppen-met-rokengroep 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. Op de hoofdlijn echter, die van de actieve ingrediënten en de verandermechanismen, bestond volledige overeenstemming.



FIGUUR 1 Model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv. *(Proportie) verandertaal = frequentie verandertaal : (totale frequentie verandertaal + behoudtaal)

Multiple casestudies: actieve ingrediënten>

In beide cliëntengroepen (cliënten met schizofrenie en cliënten met een coronaire hartziekte (CHZ)) was ‘ontlocken van verandertaal’ en ‘verandertaal uiten’ de meest voorkomende therapeutfactor respectievelijk cliëntfactor. De proportie van deze factoren lag in beide groepen boven de 50%. In geen van beide cliëntengroepen kwam de therapeutfactor ‘veranderplan opstellen’ 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 of barrières bespreken’ en ‘self-efficacy/competentie ondersteunen’ ongeveer twee keer zoveel 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-rokengroep. 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 medicatiegebruiksgroep betrof 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 gedurende grotere delen van de sessie, en soms gedurende twee sessies, waarbij verschillende therapeut- en cliëntfactoren een rol speelden, en waarbij die serie van interacties in dit specifieke gesprek een actief ingrediënt werd dat een verandermechanisme triggerde.

Multiple casestudies: verandermechanismen

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

Van de vier hypothetische verandermechanismen werden in beide cliëntengroepen drie verandermechanismen herkend. Terwijl het verandermechanisme 'toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy' niet werd geobserveerd bij de medicatiegebruiksgroep, werden bij de stoppen-met-rokengroep 13 keer cliëntuitingen geobserveerd die op de aanwezigheid van dit verandermechanisme duiden. Het verandermechanisme 'veranderd zelfbeeld' werd slechts één keer herkend, namelijk in de medicatiegebruiksgroep. Veruit het meest geobserveerd is het verandermechanisme 'zichzelf

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

Hypothetische therapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische verandermechanismen	Frq.
Vertrouwensband opbouwen/empathie	*	Veiligheid ervaren/ zich open opstellen Diepgaande zelfexploratie	* *		
Verandertaal ontlocken	61	Verandertaal	60	Zichzelf overtuigen te veranderen	12
		Behoudtaal**	10		
		Autonomie ervaren Self-efficacy/competentie ervaren	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

26

Hypothetische therapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische verandermechanismen	Frq.
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				

Noot. Frq. = frequentie.

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

Hypothetische therapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische verandermechanismen	Frq.
Vertrouwensband opbouwen/empathie	*	Veiligheid ervaren/zich open opstellen	*		
Verandertaal ontlocken	210	Verandertaal	198	Zichzelf overtuigen te veranderen	10
				Toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy	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				

Hypothetische therapiefactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische veranderingmechanismen	Frq.
Discrepantie creëren/koppelen van waarden	3	Discrepantie ervaren Verandertaal	1 1		
Ambivalentie of barrières bespreken	51	Ambivalentie oplossen Verandertaal Behoudtaal** Discrepantie ervaren Self-efficacy/competentie ervaren	1 39 36 8 5		
		Diepgaande zelfexploratie	6	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Gereed zijn om nú te veranderen	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Betekenisgeving van de patiënt beïnvloeden	6	Betekenisgeving aanpassen	3	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Self-efficacy/competentie ondersteunen	116	Self-efficacy/competentie ervaren	92	Toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy	10
				Zichzelf overtuigen te veranderen	2
		Verandertaal	8	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Behoudtaal** Autonomie ervaren	7 2		
		Diepgaande zelfexploratie	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Gevoel van eigenwaarde ondersteunen	3	Verandertaal	1		
Autonomie ondersteunen	4	Autonomie ervaren Verandertaal	4 1		
Veranderplan opstellen	0				

Noot. Frq. = frequentie.

* In vrijwel alle sessies toegepast en onderhouden.

** Behoudtaal is een cliëntfactor gericht op blijven roken.

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 12 cliënten in de stoppen-met-rokengroep en bij acht cliënten in de medicatiegebruiksgroep werden in de beschikbare audio-opnamen in het geheel geen verandermechanismen herkend.

Kader 1: ingekort voorbeeld van het verandermechanisme 'zichzelf overtuigen te veranderen'

.....

Therapeut (T): Het medicatie nemen op zich ...

Cliënt (C): Is geen probleem.

T: Je denkt gewoon, zo is het nu 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.

Multiple casestudies: het gebruik van actieve ingrediënten door counselors

.....

In beide studiepopulaties 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 of 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 van waarden' en 'betekenisgeving van de cliënt beïnvloeden' te gebruiken. Deze twee

therapeutfactoren waren in beide studies krachtige bouwstenen in de actieve ingrediënten. Kwalitatief goede verandertaal (in termen van diepte, hoeveelheid en sterkte) was vrijwel altijd het gevolg van een MGv-strategie waarin de therapeutfactor ‘discrepantie creëren/koppelen van waarden’ en de cliëntfactor ‘ambivalentie oplossen’ een grote rol speelden. En hoewel de therapeutfactoren in de meeste gevallen wel een of meerdere cliëntfactoren activeerden, vereiste de interactie die deze factoren tot actieve ingrediënten maakte een meeromvattende 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 gedurende verschillende MGv-sessies. Dit leidde dan uiteindelijk tot een actief ingrediënt en dus tot het optreden van een verandermechanisme.

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 inbrengt. 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: Hilton et al., 2016; Miller & Rollnick, 2013). 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 cliëntgerelateerde 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, gericht op de aanwezigheid en rol van actieve ingrediënten en verandermechanismen.

Hoewel in de literatuur (zie onder andere: Lee et al., 2010; Magill et al., 2017) gesuggereerd wordt dat actieve ingrediënten enkelvoudige componenten zijn, is dat 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. Met andere woorden, 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 zijn 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 contextgerelateerd te zijn. Afhankelijk van onder andere de aan- of afwezigheid van ambivalentie, van 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-rokengroep: $n = 24$; medicatiegebruiksgroep: $n = 14$), en de lage prevalentie van enkele cliënt- en therapeutfactoren en verandermechanismen, manen tot enige voorzichtigheid bij 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. Te verwachten valt 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 van 'hoe MGv werkt'.

In conclusie laat dit onderzoek bij 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, waarbij de cliëntfactor 'verandertaal' de hoogste prevalentie had. De combinaties van therapeut- en cliëntfactoren 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 begrip van de wijze waarop actieve ingrediënten gevormd worden tijdens de uitvoering van MGv, namelijk dat actieve ingrediënten gedurende langere delen van een gespreksessie ontstaan, en wisselende combinaties van cliënt- en therapeutfactoren omvatten. De tweede belangrijke implicatie is kennis over welke verandermechanismen zich kunnen voordoen, ofwel kennis over welke psychische processen de gedragsverandering kunnen verklaren. 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 MGv verhoogd worden. Counselors kunnen een dergelijke strategie ontwikkelen op grond van kennis over wel-

ke cliënt- en therapeutfactoren op welke manier een rol spelen als onderdeel van actieve ingrediënten. Het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen kan daarbij behulpzaam zijn. Ten slotte bleek uit deze studie dat de aanwezigheid van een vertrouwensband tussen cliënt en counselor een voorwaarde is om tot voldoende diepgang in het gesprek te komen.

Jos Dobber is verbonden aan het Centre of Expertise Urban Vitality, Faculteit Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam. *Correspondentieadres:* Tafelbergweg 51, 1105 BD Amsterdam. E-mail: j.t.p.dobber@hva.nl.

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.

Keywords *motivational interviewing, active ingredients, mechanisms of change, behaviour change*

Literatuur

- Allison, J., Bes, R., & Rose, G. (2012). *Motivational Interviewing Target Scheme (MITS 2.1)*. 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]. 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, B. (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*. <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). 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*. <https://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. 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.
- 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*. 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*. Guilford Press.