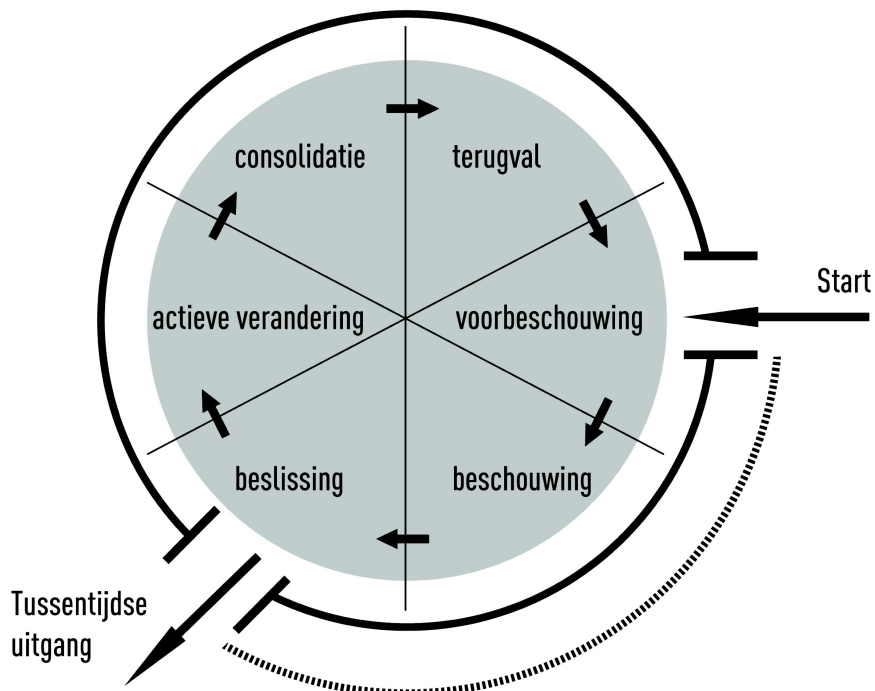


Hoe veranderen mensen hun gedrag?

Eerstelijnswork in de welzijns- en gezondheidssector is vaak gericht op het **veranderen van gedrag**: minder alcohol drinken, op de juiste manier voorgeschreven medicatie slikken, vaker ontspannen, meer bewegen... Arts, apotheker, verpleegkundige, diëtist, tandarts, maatschappelijk werker of welke hulpverlener¹ dan ook geeft een weloverwogen advies mee en stelt vervolgens vast dat de cliënt zich daar niet aan houdt. Als de cliënt zijn gedrag toch enige tijd verandert - bijvoorbeeld stopt met drinken - dan hervalt hij vaak weer plots in zijn oude patroon. Het 'gebrek aan motivatie' en het 'steeds weer hervallen' van mensen bezorgt hulpverleners meer dan eens gevoelens van machteloosheid. Nog vaak wordt het niet veranderen gezien als een simpel tekort aan inzicht of wilskracht, een 'alles of niets'-situatie.

Gewoontegedrag veranderen gebeurt echter niet van vandaag op morgen. Het is een lang proces. Het **Model van Verandering** (Prochaska en DiClemente) toont er belangrijke kenmerken van. Hun fasenmodel (zie figuur van cirkel) beschrijft het hele traject dat een persoon tijdens een veranderingsproces doorloopt, van vóór het moment dat hij zijn probleem onderkent tot en met de gestabiliseerde hantering ervan. Hoe lang iemand in een bepaald stadium zit, kan erg uiteenlopend zijn. Meestal doorloopt iemand dit proces verschillende keren, hij kan ook op elk moment terugkeren naar een vorige fase. Het is dus geen vast stramien dat bij iedereen op dezelfde manier verloopt.

Men kan ook voor verschillend gedrag in een andere fase 'zitten'. Iemand gebruikt bijvoorbeeld dagelijks cannabis en ziet hier geen enkel probleem in (voorbekouwing), hij experimenteerde eerder met cocaïne, maar is daar volledig mee gestopt (consolidatie).



¹We benoemen alle eerstelijnsworkers in de teksten met de algemene term 'hulpverlener'.

Voor de leesbaarheid worden cliënt en hulpverlener benoemd met 'hij'. In de praktijk kan 'hij' natuurlijk evengoed een vrouw zijn.

De stadia van gedragsverandering

▪ Voorbeschouwing

In eerste instantie ziet de persoon het gebruik niet als een probleem en neemt verandering dan ook niet in overweging.

↳ *"Ik heb geen probleem. Mijn ouders zijn het probleem: ze zeuren de hele tijd en nu pakken ze ook nog eens mijn zakgeld af!"*

De omgeving (partner, ouders, werkgever, school, hulpverlener) vindt meestal als eerste dat er een probleem is en dat verandering nodig is. Deze druk vanuit de omgeving wordt door de persoon vaak wel als lastig ervaren.

▪ Beschouwing

In dit stadium wordt iemand zich bewust van een mogelijk probleem. Naast de voordelen gaat de gebruiker ook oog krijgen voor de nadelen van het gebruik. Hij heeft als het ware twee stemmetjes in zijn hoofd. Enerzijds is er een stem die stelt "ik heb geen probleem, ik kan dus rustig verder gebruiken" en die argumenten geeft om niet te veranderen; anderzijds is er een stem die zich afvraagt of de problemen die men ervaart te maken kunnen hebben met het gebruik en die argumenten aandraagt voor **verandering**.

↳ *"Zou die maagpijn toch met mijn drinken te maken hebben?"*

Dit gaat gepaard met een sterk gevoel van ambivalentie. Zowel behoud als verandering hebben verleidelijk positieve én sterk negatieve aspecten die afwisselend op de voorgrond treden.

▪ Beslissing

Wanneer een van de kanten van de ambivalentie gaat doorwegen, begint een beslissing zich af te tekenen. Iemand kan beslissen om (nog) niets te veranderen aan zijn middelengebruik. Daardoor keert hij terug naar de voorbeschouwingsfase (tussentijdse uitgang). Als het belang van verandering voldoende groot aanvoelt, beslist hij dat hij iets aan zijn gebruik moet veranderen.

↳ *"Ik zou beter stoppen. Die pillen helpen toch niet meer. Ik ga een andere oplossing zoeken voor mijn slaapprobleem."*

↳ *"Straks verlies ik mijn werk nog, ik ga op zondag niet meer gebruiken."*

Eens men beslist heeft om te veranderen moet nog concreet worden wat men precies wil veranderen (stoppen, minder gebruiken, risico's beperken, ...) en op welke manier (alleen, met de hulp van een vertrouwenspersoon, in de alcohol- en drughulpverlening, ...). De overgang naar actieve verandering wordt voorbereid.

▪ Actieve verandering

Pas in deze fase zet iemand zijn beslissing effectief om in gedrag en wordt de verandering ook zichtbaar voor de omgeving. Meestal gaat dit met vallen en opstaan.

↳ *X probeert te stoppen met roken, eerst met kauwgom, dan met nicotinepleisters.*

↳ *Y probeert minder om te gaan met vrienden-gebruikers en contact te herstellen met enkele 'oude vrienden'. Soms lukt het om enkel 's avonds een jointje te roken, soms worden het er toch weer vijf op een dag.*

▪ Consolidatie

Iemand probeert de verandering te behouden en te integreren in zijn dagelijks leven. Hij heeft een nieuw gedragspatroon ontwikkeld.

↳ *Mevrouw drinkt slechts 2 glaasjes wijn per dag en haalt geen sterkere drank meer in huis.*

▪ Terugval

Terugval is de terugkeer naar het oude gedragspatroon. Terugval maakt wezenlijk deel uit van het gedragsveranderingsproces, het hoort erbij. Een uitschuiver leidt niet per se tot een volledige mislukking. Daarom is het belangrijk om terugval als een ervaring met leermogelijkheden te zien: in welke situatie was het moeilijk om de verandering vol te houden en hoe kan men daar in de toekomst mee omgaan?

↳ *Z kwam een oude vriend tegen en liet zich verleiden tot een lijntje coke. Hij gebruikt nu weer wekelijks.*

Basiscondities voor gedragsverandering

Een veranderingsproces komt maar op gang als aan verschillende voorwaarden is voldaan. Deze condities blijven doorheen het hele veranderingsproces belangrijk en bepalen ook of de verandering duurzaam is. De concrete invulling ervan verschilt naargelang de fase van het veranderingsproces waarin de cliënt zich bevindt. De hulpverlener kan deze condities beïnvloeden via motiverende interventies en op die manier de cliënt een stap 'verder helpen' in zijn veranderingsproces.

Meestal zal de cliënt niet het hele proces met één hulpverlener doorlopen. Elke hulpverlener kan aan het proces bijdragen, hoe beperkt zijn contact met de cliënt ook is.

▪ Veiligheid

Iemand zal pas veranderen als hij zich aanvaard voelt zoals hij is. Voelen dat zijn waarden en doelen gerespecteerd worden, geeft de cliënt de veiligheid om in de spiegel te kijken.

De cliënt voelt zich pas veilig in de hulpverleningscontext als hij duidelijk weet hoe het er aan toe gaat, wat de hulpverlener wel of niet van hem verwacht én – erg belangrijk – als hij de keuze heeft om al dan niet te veranderen.

Ook de ruimere context is van belang: heeft de cliënt de ruimte om met de moeilijke stappen tot duurzame verandering bezig te zijn of wordt zijn energie opgeslorpt door turbulenties in zijn dagelijks leven (de huisbaas dreigt bijvoorbeeld hem op straat te zetten)?

Als iemand stil kan staan bij zijn situatie kan hij meer inzicht krijgen in de consequenties van zijn eigen gedrag en het in vraag gaan stellen (beschouwing). Ook voor iemand die beslist heeft zijn gedrag te veranderen is een veilige context erg belangrijk om nieuw gedrag te durven uitproberen.

▪ Kennis

Om te kunnen veranderen is kennis van het probleem een noodzakelijke voorwaarde. De cliënt dient inzicht te hebben in zijn eigen gedrag en de gevolgen ervan. Door informatie over alcohol- of druggebruik, misbruik en afhankelijkheid te linken aan de eigen situatie kan iemand een eigen risico-inschatting maken. De cliënt weet bijvoorbeeld vanaf hoeveel glazen per dag hij gezondheidsrisico's loopt.

Daarom is het ook belangrijk dat de omgeving wijst op de consequenties van het gedrag van de cliënt. Bijvoorbeeld: de dokter vertelt dat hij een te hoge bloeddruk heeft, de werkgever stelt dat het niet kan dat hij blijft te laat komen op zijn werk,... Gaandeweg gaat de cliënt linken leggen tussen zijn gedrag en de signalen die hij krijgt, de problemen die hij ondervindt (beschouwing).

Ook kennis over het veranderingsproces kan de cliënt helpen om in beweging te komen en vol te houden. Cliënt weet bijvoorbeeld best dat veranderen een lang en moeilijk proces is en dat herval erbij hoort. Een cliënt die beslist om te veranderen moet ook weten wat de verschillende methoden en mogelijke hulpmiddelen zijn om te veranderen. Op die manier kan de cliënt voor- en nadelen gaan afwegen en de weg kiezen die het best bij hem past.

Eenmaal de cliënt daadwerkelijk verandering begint in te voeren in zijn dagdagelijkse leven (actieve verandering) en nieuwe manieren moet leren om om te gaan met situaties waarin hij gewoon is te gebruiken, is het belangrijk dat hij weet welke deze hoog-risico situaties voor hem precies zijn en welke processen dan spelen. Vaak dient de cliënt nieuwe vaardigheden te leren om met deze situaties om te gaan.

▪ Belang

Verandering komt pas op gang wanneer het belang van de verandering voldoende groot is. Dit is het geval als het spanningsveld tussen het huidige gedrag en de waarden en doelen die iemand heeft groot is. Het gaat hierbij om de perceptie van het verschil. De vraag is dus: in welke mate heeft de cliënt besef van de nadelen van zijn huidige gedrag en de voordelen van verandering (probleembesef)? En in welke mate is hij daar bezorgd over?

De besluitvorming tot verandering is geen simpele rationele optelsom van de voor- en nadelen van het gedrag, maar veeleer een complex gegeven. De cliënt staat voor twee (of meer) alternatieven die allebei hun verleidelijk positieve als sterk negatieve aspecten hebben en

wordt geconfronteerd met allerlei verwachtingen uit de omgeving. De cliënt worstelt dus met een sterk gevoel van ambivalentie (beschouwing).

Een bruikbare manier om deze ambivalentie voor te stellen is de metafoor van een weegschaal of een beslissingsbalans. Zowel aan het huidige gedrag als aan de diverse opties tot verandering zijn heel wat voordelen en nadelen verbonden. De waardering van elk onderdeel kan met de tijd fluctueren.

Als de persoon alle aspecten van zijn situatie overziet en een balans opmaakt, kan één kant van de ambivalentie gaan doorwegen. Een beslissing gaat zich aftekenen.

De druk (maar even relevant is de steun) van de omgeving zorgt mee voor de last die de cliënt tot verandering kan bewegen. Bijvoorbeeld ouders die verbieden uit te gaan, de partner die tijdelijk het huis verlaat, de werkgever die een waarschuwing geeft, kunnen bijdragen tot veranderingsbesluiten voor zover de cliënt deze signalen hertaald in een bedreiging van voor hem betekenisvolle doelen en waarden (bijvoorbeeld kunnen uitgaan, contacten onderhouden met vrienden; zijn relatie behouden, een verantwoordelijke partner zijn; zijn job behouden, een bekwame werknemer zijn...).

Je zou kunnen veronderstellen: 'Hoe groter de ervaren last en het belang van de verandering, hoe meer kans dat iemand verandert'. Hier moet een belangrijke kanttekening bij gemaakt worden. Het belang moet in evenwicht zijn met de zelfwaarde en het competentiegevoel van de cliënt, anders kan het probleembesef verlamdend werken.

▪ Zelfwaarde

Iedereen kent de uitdrukking 'waar een wil is, is een weg'. Deze vereenvoudiging veronderstelt dat als je maar genoeg wil veranderen, er daadwerkelijk verandering zal optreden. Over mensen die niet veranderen wordt vaak gezegd dat ze geen karakter hebben. Willen veranderen (hoog belang van verandering) is echter onvoldoende. Wie zichzelf niet de moeite waard vindt, heeft weinig of geen reden om zijn gedrag te wijzigen. Alleen wie zichzelf de moeite waard vindt, zal op een bepaald moment in botsing komen met wat hem schaadt. Iemand moet ook voldoende vertrouwen hebben in zijn eigen vermogen om de verandering tot een goed einde te brengen. Pas als mensen geloven dat ze in de verandering kunnen slagen (competentiegevoel of persoonlijke effectiviteit), zullen ze daadwerkelijk voor de gedragsverandering kiezen. Zo niet is de kans groot dat ze hun ideeën, hun waarden en doelen zullen bijstellen en hun gedrag ongewijzigd laten.

Deze conditie is doorheen het hele veranderingsproces belangrijk. Zeker ook wanneer de cliënt daadwerkelijk verandering begint in te voeren in zijn dagdagelijkse leven en – wat veelal heel moeilijk is – een nieuwe manier moet leren om met risicosituaties om te gaan.

Hoe kan een hulpverlener motivatie bevorderen?

Het model laat ons zien dat motivatie om te veranderen geen alles-of-niets gegeven is. De hulpverlener kan bovendien de motivatie beïnvloeden. Hij bevordert de basiscondities voor verandering.

Motiverende Gespreksvoering werd door Miller en Rollnick ontwikkeld. Het is een cliëntgerichte en directieve gespreksstijl om te bevorderen dat de cliënt intern gemotiveerd wordt tot verandering van zijn gedrag door het helpen verhelderen en oplossen van de ambivalentie rond verandering.

Motiverende gespreksvoering is cliëntgericht omdat ze gericht is op de actuele zorgen en perspectieven van het individu. Het principe van onvoorwaardelijke acceptatie houdt in dat de hulpverlener de waarden en doelen en het tempo van de cliënt aanvaardt en het 'probleemgedrag' niet moraliserend tegemoet treedt.

Tegelijk is motiverende gespreksvoering directief, want ze stuurt doelbewust aan op het oplossen van ambivalentie, in de richting van verandering. Dit betekent niet dat de hulpverlener de redenen om te veranderen opdringt. Hij onderzoekt samen met de cliënt diens waarden en doelen en waar diens gedrag ermee in tegenspraak is. Op die manier wordt interne motivatie opgebouwd.

De hulpverlener bouwt aan een relatie die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze.

Deze houding staat in tegenstelling tot een confronterende benadering.

Vaak wordt er nog vanuit gegaan dat mensen met alcohol- of drugproblemen op een harde manier moeten geconfronteerd worden met hun gedrag en de consequenties ervan. De persoon wijzen op de negatieve consequenties van het gedrag en bestoken met argumenten om te veranderen zou het beste zijn om snel verandering teweeg te brengen.

Echter, dit heeft als effect dat die persoon gaat argumenteren waarom hij geen probleem heeft en niet moet veranderen. Er wordt dus weerstand uitgelokt.

Dit is eigen aan ambivalentie: als de omgeving één kant benadrukt, treedt automatisch de andere kant sterker naar voor in de beleving van de cliënt. Hierdoor haakt de cliënt vaak volledig af en wordt het contact verbroken.

Dat de hulpverlener de verantwoordelijkheid bij de cliënt laat, betekent ook dat hij de cliënt niet gaat vertellen wat 'het probleem' is en wat dan de beste oplossing is.

Hulpverleners trappen soms in deze valkuil. Vaak ligt hieraan een 'helpreflex' ten grondslag. De hulpverlener wil de cliënt beschermen tegen de negatieve gevolgen van zijn gedrag, probeert zoveel mogelijk problemen van de cliënt op te lossen en zegt wat het beste voor hem zou zijn. Op die manier neemt de hulpverlener echter de verantwoordelijkheid over. De cliënt zal dit ook niet aanvaarden. Hij zal argumenteren waarom hij geen probleem heeft en de zwakke kanten/nadelen van de voorgestelde oplossing opsommen ("Ja, maar...").

Hoe motiverende gespreksvoering concreet in zijn werk gaat leest u bij 'Contact opbouwen' en 'Omgaan met weerstand'.

Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld voor de omgang met mensen met alcohol- en drugproblemen, maar is toepasbaar gebleken voor heel wat ander problematieken.

Motiverende gespreksvoering wordt toegepast in een counselingsetting, maar binnen deze gespreksstijl zijn ook kortdurende en minimale interventies ontwikkeld (Brief Interventions – Minimal Interventions). Deze blijken evidence based effectief bij alcoholproblemen en het onderzoek is ook veelbelovend voor de toepassing naar andere problematieken.

Voor meer informatie hierover verwijzen we u naar het dossier 'Vroeginterventie'¹²

De verschillende principes en nodige strategieën worden doorheen de verschillende verdiepingen van het huis besproken. Mogelijk wekt dit de indruk dat één welbepaalde hulpverlener het hele veranderingsproces begeleidt. In de realiteit zal dit vaak anders verlopen. Veelal zullen verschillende hulpverleners en omgevingsfiguren interveniëren. Iedere hulpverlener kan binnen zijn rol bijdragen aan motivatie voor verandering, hoe kort of beperkt zijn contacten met een cliënt ook zijn.

In essentie gaat het erom af te stemmen op waar de cliënt zich bevindt in zijn veranderingsproces en de condities om te veranderen te bevorderen.

¹²Dossier vroeginterventie. Verstuyf, G. (VAD, 2007)