

## Interview met Gerard Schippers: 'Je bent geneesheer, geen gedragsveranderaar'

Vorige maand beschreef *In de praktijk* waarom 'de negatieve boodschap' niet werkt bij het bewerkstelligen van gedragsverandering bij uw patiënten. Wat wél kans van slagen heeft is een motiveerende gespreksvoering. Psycholoog Gerard Schippers, werkzaam bij JellinekMentrum en Brijder Verslavingszorg, alsmede hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie aan het AMC, vertelt over de gesprekstechnieken, hoe de huisarts deze kan aanwenden, maar ook waar de verantwoordelijkheid van de huisarts begint en ophoudt als het gaat om gedragsverandering.

### Uit de verslavingszorg

'De methode is ontwikkeld in de verslavingszorg', vertelt Schippers. 'William Miller, een Amerikaanse psycholoog met wie ik grote verwantschap voel, beschreef de methode in '91 in het boek *Motivational Interviewing*, dat inmiddels een klassieker is geworden. En wat ik in dat boek las, was een manier van werken die ik mij al min of meer had eigengemaakt. Miller ging uit van een elegante *client-centered* benadering in de gedragstherapie en beschreef dat mensen eerst een aantal cognitieve dingen moeten veranderen voor ze hun gedrag kunnen aanpakken. Voor artsen is dat echt een *eye-opener*: die zien dat hun patiënten destructief gedrag vertonen en begrijpen niet waarom ze dat niet veranderen. En artsen beseffen maar al te goed dat ze dan gesprekstechnisch tekortschieten.'

### Lekker slecht gedrag...

Kerngedachte bij de motiverende gespreksvoering is dat vóór iemand zijn gedrag kan veranderen, hij zich dat eerst als echt wenselijk moet voorstellen. Schippers: 'Het lijkt misschien voor de hand te liggen dat iemand graag van zijn slechte gewoonten afwil, maar dat is niet zo. Mensen kunnen om allerlei redenen vasthouden aan hun destructieve gedrag. Bovendien verwachten artsen veel te grote veranderingen ineens. Dat kunnen mensen helemaal niet.'

Schippers denkt dat artsen dat prima kunnen zien aan hun eigen gedrag. 'Veel artsen zijn innige innemers van alcohol; als zij dat willen aanpakken, lukt hen dat net zomin. Dat geldt ook voor hun gedrag tegenover bijvoorbeeld partners en kinderen. En zelfs in ons professioneel handelen doen we dingen ons hele leven lang op de manier die we tijdens onze opleiding hebben geleerd. Het is heel lastig om je te realiseren dat je handelt volgens bepaalde patronen en nog lastiger om daarvoor alternatieven voorhanden te krijgen. Wij artsen kunnen onszelf niet zomaar veranderen, en dat is bij de patiënt niet anders.'

### Gezondheid onbelangrijk?

Een tweede belangrijk besef is dat gezondheid kennelijk niet de belangrijkste motivator is in het leven van mensen. 'Zeker huisartsen putten zich uit voor de gezondheid van de patiënt, toegewijd en

bereidwillig. En dan is het een persoonlijke frustratie om te zien dat de patiënt zijn eigen gezondheid niet het belangrijkste motief in zijn leven blijkt te vinden.'

De vraag rijst onmiddellijk wat dan wél sterke motivatoren zijn in een mensenleven. Schippers: 'Meestal heeft dat te maken met een positief zelfbeeld. Mensen willen iets betekenen, gezien worden door anderen, trots kunnen zijn op prestaties, controle hebben over hun leven, aanzien genieten, gewaardeerd worden. Kortom, iemand zijn. Daar willen mensen veel voor doen en dat is waar ze de hele dag mee bezig zijn. En dat hoeft niet strijdig te zijn met gezond gedrag, maar gezondheid op zich is dus niet het belangrijkste. En soms is gezond gedrag zelfs wél strijdig met die sterkere motivatoren: "Als ik stop met roken, of drinken, frustreert me dat en dan lukt het me niet meer om..." En dat kan dan worden ingevuld met iets wat de patiënt zwaarder vindt wegen dan kortademigheid of een kater.'

### Ieders persoonlijke motivatie

Het is dus niet voldoende om mensen aan te spreken op hun ongezonde gedrag. De kans op succes is groter als je ontdekt wat voor de individuele patiënt tegenover je de sterkste motivator is. 'Als een vrouw het belangrijk vindt dat ze aantrekkelijk is, en dat beeld valt voor haar samen met slank zijn, dan kun je daar misschien op insteken bij het aanpakken van haar overgewicht. Daar kun je haar dan op prikkelen: "Weet je zeker dat je aantrekkelijker zult zijn als je tien kilo afvalt?" Zo zet je haar op het been van de voordelen van afvallen.'

Het is volgens Schippers nadrukkelijk niet zo dat je daarvoor als huisarts de psycholoog moet gaan uithangen. 'Je moet je natuurlijk wel openstellen voor wat de patiënt belangrijk vindt, maar je kunt dat gewoon inventariseren met behulp van wat simpele vragen. "Waarom is roken zo belangrijk voor je? Wat is er zo dierbaar aan? Wat zou je zo missen als je niet meer rookte? Wat zou de winst voor jou zijn als je zou stoppen?" Maar ook moet je benoemen waarom iets niet klopt in de afwegingen van de patiënt. "Dus die kortademigheid is niet zo belangrijk, want roken geeft jou troost (of: je komt al zoveel tekort, of: je hebt het al zo moeilijk, of: je gaat er heus niet mee stoppen omdat je omgeving zo zeurt). Maar daar moet jij dan wel een prijs voor betalen!" En de patiënt beseft dat, want iedereen weet tegenwoordig echt wel wat de schade van roken is. Maar bovenal: als je ervoor zorgt dat de patiënt zelf dit soort argumenten noemt, worden ze eigenlijk meteen al ontkracht.'

### Fase 1: Ontkenning

Schippers gaat in op de diverse fasen die ieder mens doorloopt als het gaat om gedragsverandering en waarbij de hulpverlener niet veel meer kan doen dan het tempo van de patiënt volgen. In de ontkenningsfase ('Ik drink helemaal niet te veel!'; 'Mijn kind is niet te dik!')



wordt gedragsverandering niet overwogen. Schippers: 'Als hulpverlener kun je dan nog niet veel. Wel moet je heldere en objectieve informatie aanbieden en de relatie tussen het gedrag en de klachten aantonen. Vaak zal de patiënt in deze fase het eigen gedrag bagatelliseren (zeggen dat hij maar drie glazen per dag drinkt, terwijl het duidelijk minstens het dubbele is). Je kunt dan vragen om het

gedrag te concretiseren: 'Ik wil graag dat je de komende twee weken bijhoudt hoeveel je per dag drinkt en op welke momenten. Wil je dat doen en me daarover komen vertellen?' Je krijgt dan echter alleen een eerlijk verslag als de patiënt niet het gevoel heeft dat je hem op zijn gedrag zult afrekenen. Daarom moet je uitdragen dat je het ongezonde gedrag - en dus de patiënt - niet veroordeelt. Dat kan alleen als je beseft dat je niet verantwoordelijk bent voor het gedrag van je patiënt, en dat je hem daar dus niet op hoeft af te rekenen.'

### Fase 2: Onderkenning

In deze fase zijn mensen ambivalent: ze hebben nog niet veel zin hun gedrag aan te passen, maar onderkennen al wel dat hun gedrag ongezond is en overwegen in hun hoofd dat het beter zou zijn dit te veranderen. Schippers: 'Als hulpverlener moet je dan voorzichtig zijn en niet te hard gaan hollen, want de patiënt is nog niet zo ver. Wel kun je in deze fase de ambivalentie vergroten en de motieven om te veranderen verder blootleggen. Als het lukt dit gesprek gaande te houden, gaat de aantrekkelijkheid van het veranderen groeien. Daartoe moet ook worden gezocht naar de kracht van de patiënt. ("Ik ben ertoe in staat.") Je moet dus diens zelfvertrouwen vergroten.'

### Fase 3: Experimenteren

Omdat het essentieel is dat mensen in deze fase positieve ervaringen opdoen, spreekt de hulpverlener een korte termijn en een haalbaar doel af. Bijvoorbeeld tegen iemand die heel veel drinkt: 'We spreken af dat je een weeklang maar één fles wijn per dag drinkt. Dan kom je volgende week vertellen hoe dat is gegaan.' Schippers: 'Elke verandering is winst. En elke verandering die je kunt toeschrijven aan de kracht van een patiënt, is extra winst. Daarom is het goed om de patiënt zelf de doelen te laten bepalen: "Wat denk jij dat haalbaar is tot de volgende afspraak?" Soms rem ik ze daar bewust in af: "Vraag je nu niet te veel van jezelf? Is dat niet een wat al te grote verandering?" Want het is belangrijk dat de patiënt succesvol is bij de gedragsverandering en tevreden kan zijn over zichzelf. Dus moeten de stapjes klein zijn. Bij succes kun je de stappen later altijd nog vergroten.'

### Grenzen aan verantwoordelijkheid

Schippers vindt het belangrijk dat artsen beseffen dat gedragsverandering vaak geen haalbare kaart is. 'Een huisarts is geneesheer, geen gedragsveranderaar, en bovenal zullen we moeten accepteren dat sommige mensen niet kunnen of willen veranderen. Als je dat voor ogen houdt, is het niet zo frustrerend als patiënten niet doen wat jij zegt. Jij hebt als arts de verantwoordelijkheid voor het geven van goede informatie en het leggen van relaties tussen klacht en gedrag. Bij COPD zeg je dus niet "Ik wil dat u ophoudt met roken", maar "Ik wil dat u zich realiseert wat het effect is van roken op COPD." Vervolgens kun je inventariseren wat dat voor de patiënt betekent: "Zit u daarmee? Heeft u er ooit aan gedacht dit te veranderen?" Maar zelfs als dit positieve antwoorden oplevert, betekent het niet dat je er als huisarts iets aan moet doen. Wel moet je ook dan weer goede informatie bieden: "Stel dat u zou willen stoppen met roken, weet u dan hoe u dat moet doen? Weet u waar u hulp zou kunnen krijgen?" En ook die informatie moet je dan weer kunnen geven. Maar verder gaat je verantwoordelijkheid als arts niet. Je bent verantwoordelijk voor het gedrag tijdens het consult, niet voor dat van de patiënt daarbuiten.'

### Do's and don'ts

Voor wie samen met de patiënt wil streven naar gezonder gedrag, heeft Schippers een paar tips.

- ▶ Neem niet te veel hooi op je vork. Gedragsverandering vergt heel veel geduld, zowel vóór de patiënt zover is dat hij voldoende is gemotiveerd, als tijdens de kleine stapjes van het veranderingsproces zelf.
- ▶ Laat nooit je afkeuring blijken. Taboegeladen onderwerpen zijn voor de patiënt lastig te bespreken (en ongezond gedrag is 'taboe' in een op gezondheid gericht instituut als de huisartsenpraktijk). Alleen als je houding volkomen neutraal is, zal de patiënt zich durven blootgeven.
- ▶ Schakel een SPV'er in. De huisartsenpraktijk is wellicht wel de goede plek om patiënten te motiveren tot gezond gedrag, maar de huisarts is daarvoor misschien niet de goede persoon.
- ▶ Volg een training als je motiverende gesprekstechnieken wilt toepassen; dat is ook voor jezelf nieuw gedrag en dat leer je alleen aan met behulp van feedback. Die training is ook goed voor andere praktijkmedewerkers, want: 'Bij de praktijkondersteuner gaat de begeleiding van diabetes ook te veel over calorieën en te weinig over gedrag.'
- ▶ Stel je in lastige situaties voor hoe je met je puberende kinderen omgaat. Die gun je van harte dat ze een leuke tijd hebben, maar je wilt toch graag dat ze veilig thuiskomen. Hoe doe je dat? Je neemt ze apart, je laat ze zelf praten, je neemt hun overwegingen serieus. Kortom: je stapt in hun wereld. Dat is ook de beste aanpak bij je patiënten.

*Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk*