

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
24e jaargang nr.4, juli-augustus 2008
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

en het

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE**



Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)
Dr. Chris Bervoets, psychiater
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzbj.be
www.pzolv.be
tel. 050 30 18 00
fax 050 30 18 01



PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzbj.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050 31 81 65
fax 050 31 08 99

HET EVOLUTIONAIR DENKEN IN DE PSYCHIATRIE: MODEGRIL OF MEERWAARDE? DEEL 1: KRACHTLIJNEN VAN HET EVOLUTIONAIR-PSYCHOLOGISCH DENKEN *

Rudi Peeters
klinisch psycholoog,
P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW

Inleiding

—Anderhalve eeuw geleden schreef Darwin in *“The origin of species”*: “De psychologie zal op een nieuw fundament worden geplaatst, dat van de noodzakelijke verwerving van alle krachten en vermogens door middel van geleidelijke overgang” (Darwin, 1859, p. 488). Thans bevinden wij ons in de bevoorrechte positie dat we kunnen nagaan in hoeverre die profetisch bedoelde woorden uitgekomen zijn. Minstens gedeeltelijk lijken ze toch wel bewaarheid. De evolutionaire psychologie geniet thans een zekere academische status (Barkow, Cosmides & Tooby, 1992; Plotkin, 1997; Workman & Reader, 2004; Buss, 2007). Ook het grote publiek is ermee vertrouwd via enkele bestsellers (Pinker, 1998; Miller, 2000), al zijn die niet altijd even wetenschappelijk genuanceerd geschreven. In het Nederlandse taalgebied is er onder meer het werk

van Nelissen (2000, 2008). Is dit meer dan een “trendy” fenomeen, aangezien bijna alles tegenwoordig met een darwinistisch sausje overgoten en naar binnen gelepeld lijkt te worden (Buskes, 2006)? En kan het evolutiedenken ook op de ziekteleer (Nesse & Williams, 1995) en de psychopathologie (McGuire & Troisi, 1998; Gilbert & Bailey, 2000; Stevens & Price, 2000; Peeters, 2004; De Block, 2006; Magiels, 2006) toegepast worden? Titels van recente boeken als “Het nut van ziekte” (Moalem, 2007) resp. “Het nut van waanzin” (Adriaens, 2008) suggereren althans van wel. Een – bij voorkeur kritische – analyse dringt zich echter op.

Een paar fundamentele feiten uit de evolutiebiologie...

Het mechanisme van evolutie is natuurlijke selectie (Ridley, 2003). Dit proces treedt altijd en onveranderlijk

* Deze tekst zal over 4 afleveringen in *Het Perron* verschijnen. Deel 1 in het juli-augustus nummer en in het nummer van september-oktober. Deel 2 zal verschijnen in het decembernummer en in februari 2009.

op wanneer aan de volgende beginvoorwaarden voldaan is:

- variatie tussen individuen van een soort in kenmerken van anatomie, fysiologie of gedrag, bijvoorbeeld variatie in gezichtsvermogen tussen mensen;
- een minstens gedeeltelijke overerfbaarheid van het betreffende kenmerk, zodat het min of meer betrouwbaar van generatie op generatie wordt doorgegeven;
- selectiedruk vanuit de fysische of sociale omgeving: niet ieder individueel exemplaar van een soort is even goed aangepast om aan de eisen van de fysische en sociale omgeving te voldoen; bepaalde varianten van kenmerken (in anatomie, fysiologie of gedrag) dragen meer dan andere varianten bij tot de succesvolle overleving en reproductie van het ermee uitgeruste individu.

Hierdoor zullen de varianten die meest bijdragen tot overleving en reproductie selectief aan volgende generaties doorgegeven worden, daarin steeds talrijker vertegenwoordigd worden, en leiden tot het verdwijnen van alle andere varianten uit de genen-”pool” van de betreffende soort. De aldus geselecteerde varianten noemen we “adaptief”, omdat ze het ermee uitgeruste individu beter aangepast maken aan de eisen die overleving en voortplanting stellen.

De selectie betreft genen, die met minder of meer waarschijnlijkheid in de toekomstige genen-”pool”

behouden worden, maar gebeurt uiteraard via de fenotypes van al dan niet overlevende en reproducerende individuele organismen.

Natuurlijke selectie is niet “gericht” op vooruitgang of optimalisering. Het is een blind proces, zonder sturende kracht. Selectie is dus niet gericht op het “welzijn” van een individu. En het is al helemaal niet gericht op het optimaal voortbestaan van een groep organismen of van een gehele soort als zodanig. Slechts op het niveau van individuele organismen en meer bepaald van hun genen is selectie werkzaam.

Een adaptatie is een overgeërfd kenmerk, dat binnen de soort op betrouwbare wijze (met maar relatief weinig variaties meer) tot uitdrukking komt, en dat in het verleden door natuurlijke selectie is weerhouden (aan volgende generaties doorgegeven), omdat het bijdroeg tot de oplossing van een specifiek probleem van overleving of reproductie (Tooby & Cosmides, 1992). Men spreekt ook wel van “geëvolueerde mechanismen” of “geëvolueerde strategieën”.

Overigens is het als adaptief beschouwen van thans bestaande kenmerken (in anatomie, fysiologie en gedrag) van levende wezens niet zonder problemen. Daartoe moet men immers vanuit actuele gegevenheden die een soort kenmerken “terugredeneren” naar de verre voorgeschiedenis van die soort, en de eisen die de fysische en sociale omgeving

daaraan toen gesteld zou hebben. Via speculaties valt alles en uiteindelijk dan ook niets als “adaptief” te interpreteren voor vroegere (en misschien nog huidige) generaties. Dit leidt gemakkelijk tot “ad hoc”-verklaringen of tot ongebreidelde en ontoetsbare speculaties, de zogenaamde “just-so”-stories. Voorbeelden hiervan zijn even bekend als vermakelijk. De giraffe zou door natuurlijke selectie een lange nek verkregen hebben om beter bij de hoogste sappige boomblaadjes te kunnen komen en aldus beter te overleven dan exemplaren met een kortere nek... En bij de mens evolueerde de prominent vooruitstekende neus uiteraard opdat zijn eventuele bril goed op zijn plaats zou kunnen blijven zitten...

Niet alle kenmerken van een levend wezen hoeven echter direct op zichzelf adaptief te zijn. Sommige zijn “bijproducten” van andere (zelf dan wel adaptieve) kenmerken of niets anders dan “ruis” in dit verband (Cosmides & Tooby, 1992; Buss, 1999).

...waarop de evolutionaire psychologie kan voortbouwen...

Het klassieke voorbeeld van een evolutionaire verklaring van een psychologisch mechanisme betreft “vrees” (Marks & Nesse, 1994). Voor de fysiologische kenmerken van vrees is vrij aannemelijk dat ze adaptief zijn en de overleving dienen. Adrenaline

komt massaal vrij, wat het bloed helpt te stollen bij eventuele verwondingen en de lever aanzet om glucose vrij te maken, zodat de spieren de nodige energie bekomen voor de “fight and flight”-reacties. Het hart pompt sneller, zodat het bloed sneller stroomt, en stuurt meer bloed naar de spieren en minder naar het spijsverteringskanaal – als je overleving op het spel staat, heb je meer aan snel kunnen weglopen dan aan een vlotte voedselvertering.

Op deze fysiologische kenmerken van vrees kan gedurende het evolutionaire verleden inderdaad positief geselecteerd zijn. Zeer lang geleden vertoonden niet alle individuen deze fysiologische reacties even sterk bij dreigend gevaar. Precies die individuen die deze vreesreacties bij dreigend gevaar sterker dan anderen vertoonden, bleven vaker en langer in leven, voldoende lang om zich voort te planten, en daarbij die gunstige variaties door te geven aan hun nakomelingen. De voor overleving en voortplanting gunstige reactiepatronen raakten dus disproportioneel sterker vertegenwoordigd in de “genenpool” van de volgende generaties, en dit talloze malen steeds opnieuw. Op den duur kwamen daardoor generaties tot stand met praktisch nog alleen individuen bij wie dreigend gevaar leidde tot de best aangepaste fysiologische reacties, zodat we die kenmerken thans bij alle individuen van de soort aantreffen.

Geldt een en ander, mutatis mutandis, ook voor de gedragskenmerken van vrees? Geconfronteerd met een gevaar of dreiging, zoals een roofdier, reageren mensen met gedrag dat adaptief is om de dreiging af te wenden en maximale kans op overleving te garanderen. Dit kan zijn: roerloos verstijven (“freezing”), zich snel verwijderen van de bron van het gevaar (“flight”), zich agressief verdedigen (“fight”), zich onderwerpen (“defeat”; bijvoorbeeld tegenover een sterkere soortgenoot), alnaar gelang wat meest aangewezen is. Deze veelheid aan gedragsalternatieven is op zich interessant; ze wijst erop dat een aangeboren tendens tot gedrag niet rigide of stereotiep hoeft te zijn, maar kan leiden tot een flexibele keuze (uit een weliswaar beperkend “menu” van gedragsopties).

Net als de fysiologische reacties kunnen de gedragsreacties van vrees in de loop der tijden via evolutie door natuurlijke selectie begunstigd en behouden zijn. Aanvankelijk zou er dan enige variatie geweest zijn in gedragsmatige vreesreacties tussen individuen in ons voorouderlijke verleden. Die individuen die zich kenmerkten door de meest aangepaste gedragsreacties op gevaar, konden gemiddeld langer overleven en zich talrijker voortplanten dan individuen die deze reacties minder (of niet) vertoonden. Het kenmerk “aanleg tot angstig reageren” werd door hen doorgegeven aan hun talrijkere

nageslacht (aangenomen dat dit kenmerk mede door genetische factoren bepaald wordt). Deze individuen – en niet hun generatiegenoten die het kenmerk minder vertoonden – werden daardoor verre voorouders in onze afstammingslijn. Op de lange duur bleven alleen nog mensen over die allen de adaptieve gedragskenmerken van vrees als reactie op gevaar vertoonden. En zo werden deze kenmerken universeel, en vertonen ze binnen de soort geen sterke variaties meer.

De evolutionaire verklaring van vrees kan tot dusver een aardig verhaaltje lijken, maar ook niets meer dan dat. Het wordt een stuk interessanter als aannemelijk gemaakt kan worden dat vanuit deze invalshoek bepaalde aspecten van vrees verklaarbaar worden, die anderszins niet (of minder aannemelijk) verklaard kunnen worden.

En jawel, zulke aspecten zijn er inderdaad. Ik noem er slechts twee. Vrees richt zich typisch op bepaalde objecten, niet op alle mogelijke objecten. En er zit een evolutionair zinvolle systematiek in het onderscheid welke objecten wel en niet het voorwerp van vreesreacties zijn. Veel vormen van vrees betreffen slangen, spinnen, open vlakten, vermeende tekens van ziekte (bij hypochondrie), bloed... Dat waren voor onze voorouders inderdaad reële bedreigingen: je kon vergiftigd worden door een beet van een slang of spin; je kon op een

open terrein slachtoffer van een roofdier worden; je kon sterven aan een ziekte die zich openbaarde of aan een verwonding waaruit je doodbloedde... Daarentegen zijn alle riskante objecten van recente oorsprong (nog) geen object van vrees of fobie. Hoewel een elektrisch stopcontact in onze westerse wereld voor een baby thans een meer reële bron van gevaar is dan een ratelslang, zijn vreesreacties voorgeprogrammeerd voor de ratelslang en niet voor het stopcontact... Er is nog lang niet voldoende tijd (in termen van voldoende generaties) voor de evolutie beschikbaar geweest om voor deze nieuwerwetse gevaarlijke objecten adaptieve vreesreacties te programmeren via het mechanisme van natuurlijke selectie.

Ook is er een opmerkelijk leeftijdsgebonden patroon waarmee verschillende soorten vrees bij een opgroeiend kind voor het eerst optreden. En dit patroon loopt parallel met de potentiële gevaren die zich (al sinds eeuwen) plegen voor te doen, gegeven het zich uitbreidende gedragsrepertoire van het kind. Zo ontwikkelen kinderen omstreeks de leeftijd van zes maand vrees voor onbekenden en hoogtevrees. Vrees voor scheiding van de moeder treedt typisch op als het kind zo'n negen tot dertien maand oud is. Vanaf twee jaar treedt vrees voor dieren op, en nog wat later vrees voor "open ruimten", waar een kind moeilijk aan gevaarlijke dieren of aan

kwaadwillige soortgenoten zou kunnen ontsnappen als dat nodig mocht zijn. Al deze soorten vrees "passen" waar het de "timing" betreft. Het gemiddelde kind gaat omstreeks de betreffende leeftijd steeds verder van zijn veilige moeder weg de omgeving exploreren, en riskeert aldus steeds meer (potentieel noodlottige) confrontaties met deze bronnen van gevaar.

Dit patroon lijkt niet of nauwelijks opvoedingsgebonden, want het doet zich met dezelfde timing voor bij een veelheid van culturen – wat suggestief is voor een eerder aangeboren dan aangeleerd fenomeen.

Dit voorbeeld van vrees als geëvolueerd verschijnsel toont ook aan dat evolutie "achter loopt" ten opzichte van de veranderende omgeving. Gevaarlijke slangen en spinnen zijn thans niet overvloedig meer aanwezig, en de vrees voor deze dieren is thans door de inmiddels sterk veranderde leefomgeving "achterhaald". We zijn dus evolutionair aangepast aan een ancestrale, en niet aan de hedendaagse omgeving. Met die ancestrale omgeving wordt voor de menselijke soort doorgaans specifiek het Pleistoceen bedoeld. Die periode begon zo'n 1.800.000 jaar geleden, en duurde ongeveer anderhalf miljoen jaar. Ze wordt beschouwd als de meest recente periode uit de geschiedenis van de menselijke soort waarin de fysische (en sociale) selectiedruk voldoende lang ongewijzigd heeft kunnen inwerken om te leiden tot

adaptaties (geëvolueerde mechanismen, ook in het gedrag) die sindsdien praktisch niet meer gewijzigd zijn en dus ook nu nog operationeel zijn. De menselijke soort zou door de evolutie (nog) ingesteld zijn op de toenmalige omgeving en de erdoor vereiste leefwijze.

Zelfs kunnen we ons in grote lijnen een idee vormen van hoe het leven er toen aan toe ging, en waar we dus evolutionair nog op “voorzien” zijn. We weten bijvoorbeeld dat mensen toen als jagers-verzamelaars leefden in een savanneachtige omgeving in Afrika. Ze leefden er in groepjes van vijftig tot honderd leden, waren hoogstwaarschijnlijk nomadisch, aten vlees en plantaardig voedsel, kenden paarbeiding, brachten samen hun kinderen groot enz. Sommige auteurs beweren dat de mensheid niet minder dan 99,5% van haar fylogenetische geschiedenis in een dergelijk fysisch en sociaal milieu doorgebracht heeft.

...en waarvan een evolutionaire psychiatrie de bovenbouw kan vormen ?

Recent is ook het veld van de medische en psychiatrische pathologie geherevalueerd vanuit evolutionair perspectief.

Buss stelt dat een evolutionair perspectief een objectief en eenduidig criterium verschaft om te bepalen of iets “disfunctioneel” – zeg maar

“pathologisch” – is: “Dysfunction occurs when the mechanism is not performing as it was designed to perform in the contexts in which it was designed to function” (Buss, 1999, p. 399).

Voor *fysiologische* mechanismen is dit zonder meer duidelijk. Als iemand een wonde oploopt en er niet snel bloedstolling optreedt, dan is dit ontegensprekelijk disfunctioneel. Doodbloeden is immers (over)levensbedreigend. Onze soort is via natuurlijke selectie “lichamelijk geprogrammeerd” om met bloedstolling te reageren in deze context.

Ook geëvolueerde *psychologische* mechanismen (waarmee ik hier zowel gedrags- als cognitieve mechanismen bedoel) zouden volgens zo’n criterium eenduidig als al of niet disfunctioneel gedefinieerd kunnen worden. Daarbij gaat het dan om de volgende drie mogelijkheden:

- het falen van de activering: het mechanisme wordt niet geactiveerd wanneer de relevante adaptieve eis zich voordoet (bijvoorbeeld niet bang worden bij de aanblik van een potentieel gevaarlijke slang);
- het falen van de contextgevoeligheid: het mechanisme wordt in andere contexten geactiveerd dan waarvoor het bedoeld is (bijvoorbeeld zich seksueel aangetrokken voelen tot directe bloedverwanten);
- het falen van coördinatie: het mechanisme is niet goed afgestemd op andere (eveneens geëvolueerde)

mechanismen (bijvoorbeeld de beoordeling van de eigen potentiële partnerwaarde [“mate value”] laten uit de pas lopen met de feitelijke pogingen om bepaalde personen als seksuele partner voor zich te winnen: ondanks een laag ingeschatte eigen “mate value” de begeerlijkste partners voor zich proberen te winnen).

Vanuit evolutionaire perspectief ziet men een aantal fenomenen, die vanuit meer klassieke invalshoeken als “afwijkingen” of “stoornissen” benoemd en geduid worden, expliciet niet als zodanig. Meest duidelijk is dit weer voor geëvolueerde *fysiologische* mechanismen. Zo is koorts niet noodzakelijk een te bestrijden ziekteverschijnsel, maar veeleer een adaptief mechanisme. Als blijk van een adequaat geactiveerd immuunstelsel kan koorts beter niet met koortswerende middelen onderdrukt worden, want dit ondermijnt de natuurlijke afweer tegen een infectieus agens.

Een ander vaak geciteerd voorbeeld is zwangerschapsmisselijkheid, die evolutionair adaptief zou zijn voor de foetus. De moeder wordt erdoor verhinderd bepaalde soorten voedsel tot zich te nemen, die schadelijk zouden kunnen zijn voor de foetus. En inderdaad is dit fenomeen in principe beperkt tot de periode waarin de foetus buitengewoon kwetsbaar is voor eventuele toxische bestanddelen vanuit het bloed van de moeder.

Dergelijke logica kan ook toegepast worden op geëvolueerde *psychologische* mechanismen. Vaak beschreven zijn de “denkfouten” door het gebruik van heuristieken, zoals wanneer een proefpersoon snel moet antwoorden op de vraag “Zijn er meer woorden met de letter R op de eerste of op de tweede plaats?”. De proefpersoon blijkt als reactie hierop een “steekproef” van woorden te genereren en zijn oordeel op de resultaten daarvan te baseren. En dat leidt vaak tot fouten, althans volgens de strikt normatieve regels van statistiek en beslistkunde. Toch zou dit vanuit evolutionair oogpunt geen “fout”, maar zelfs zinvol en adaptief kunnen zijn. Dergelijke “shortcuts” of vuistregels leiden in een meerderheid van praktische situaties tot voldoende effectieve gedragsantwoorden, en een verder doorgedreven perfectie en efficiëntie zou in veel gevallen geen toegevoegde waarde meer opleveren. Als iemand ogenblikkelijk moet beslissen of een verdacht geluid in de nabijheid afkomstig is van een gevaarlijke slang of niet, tracht hij niet de situatie uitvoerig te analyseren en kost wat kost elke denkbare fout te vermijden. Hij maakt “impulsief” de meest veilige en conservatieve – zij het misschien objectief foutieve – gedragskeuze. Moesten onze voorouders niet overwegend aldus gehandeld hebben, dan zou ik dit hier niet eens kunnen betogen en de lezer er nu niet het zijne over kunnen denken.



MOTIVERENDE GESPREKSVOERING IN DE PSYCHOSENKLINIEK

EEN NIEUWE UITDAGING OF EEN BOEIENDE STAP IN HET RESPECTVOL OMGAAN MET DE “WEERBARSTIGE PATIËNT” ?

Wendy Dossche

Psychologe ad interim afd 21

Dr.C.Leclercq

Afdelingspsychiater

PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS ONZE-LIEVE-VROUW

Een aanzet...

—Als hulpverlener worden we vaak geconfronteerd met mensen die niet gemotiveerd zijn om te veranderen. Binnen de opnameafdeling in de psychosenkliniek kunnen we ‘een tekort aan motivatie’ concreet gaan vertalen naar een aantal situaties waarbij we botsen op massieve weerstand om te veranderen: weigeren van antipsychotica, gebrek aan motivatie om te stoppen met gebruik, een aanbod voor budgetbegeleiding afwijzen enz. ...Dit kan niet louter herleid worden naar ‘hij of zij wil niet veranderen’. Elk individu heeft daarvoor uiteraard een ander verhaal.

In sommige situaties is een directieve manier van communiceren aangewezen (bijvoorbeeld bij behandeling met antipsychotica, het aanstellen van een bewindvoerder,...). We gingen op zoek naar een

referentiekader dat een aantal handvaten biedt in de manier van communiceren wanneer weerstand opduikt.

Dat referentiekader werd motiverende gespreksvoering en richt zich vooral op een manier van communiceren, eerder dan te vervallen in enkel rigide protocollen die de particulariteit van het subject teniet doen.

We boden een training aan in het team en vertrokken vanuit een aantal impasses en moeilijkheden die het team ondervindt in de dagdagelijkse praktijk. De training beoogde vooral een veilig kader en forum te bieden om via een zoekend proces openingen te creëren in onze aanpak. Dit zonder te pretenderen dat de absolute waarheid om mensen te veranderen verborgen lag in het juist toepassen van de technieken van motiverende gespreksvoering.

Motiverende gespreksvoering: een manier van communiceren

Deze techniek is zeer goed gekend in de verslaafdenzorg omdat die ontwikkeld werd om betere resultaten te verkrijgen op een terrein waar verandering niet mogelijk is. In nieuwe publicaties werd die techniek ruimer toegepast in tal van andere sectoren in de gezondheidszorg (Schippers & De Jonghe, 2002): de jeugdreclassering (justitie); begeleiding naar tewerkstelling, somatische gezondheidszorg (stoppen met roken, bestrijding obesitas).

Miller & Rollnick zijn de auteurs van het boek *'Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering (Miller & Rollnick 2006)'* en tevens de grondleggers van deze benadering. Zij omschrijven motiverende gespreksvoering als:

'Een cliëntgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de patiënt intrinsiek gemotiveerd wordt door ambivalentie te verkennen en op te lossen'.

Een aantal basisgedachten van motiverende gesprekvoering (MG) komen voort uit het client-centered gedachtegoed van Carl Rogers; de therapeut vertrekt vanuit een authentieke empathische basisattitude en stelt de autonomie en actuele zorgen en belangen van de patiënt centraal.

MG is een directieve methode. In dat opzicht verschilt deze van Rogers

zijn eerder non-directieve benadering. MG richt zich op het bewust gaan oplossen van de ambivalentie. Ambivalentie die eenvoudigweg beschreven wordt als 'ik wil veranderen en tegelijkertijd ook niet', is heel kenmerkend voor verslaving. Ambivalentie is onderliggend aanwezig in verschillende vormen van weerstand, tot in de meest dagdagelijkse situaties (ik wil drie keer in de week sporten maar na een werkdag plof ik het liefst in de zetel voor TV, ik wil vermageren maar een dieet lijkt mij niet haalbaar,..).

MG stelt het verkennen van die ambivalentie voorop, als een soort van preliminair werk dat uiteindelijk de weg vrijmaakt om een keuze te maken. Een keuze die uiteindelijk intrinsiek tot stand komt bij het individu om te gaan veranderen. Dit kan heel concreet gebeuren door voor- en nadelen te gaan afwegen en van daaruit een beslissing te gaan vormen, dit afwegen wordt ondersteund door een manier van gespreksvoeren en specifieke methodieken.

Dit is uiteraard een procesmatig gebeuren, verandering komt niet zomaar. Motiverende gespreksvoering maakt gebruik van het 'Stages of Change' model van Prochaska en DiClemente (1983). Dat is een descriptief model dat het proces van veranderen in kaart brengt via verschillende stadia (voorbeschouwing - overpeinzing - beslissing / voorbereiding - actie - consolidatie). MG richt zich als het ware op de

voorbereiding van die fasen.

Motiverende gespreksvoering (het motivationeel model) heeft een plaats tussen het ‘paternalistisch’, het ‘overleg’ en het ‘consumentenmodel’.

We gaan hier geen exhaustieve opsomming geven van de verschillende methodieken en strategieën, daarvoor verwijzen we naar het boek (*). We pogen hier eerder een beeld te scheppen van de uitgangsprincipes van MG. Deze interpersoonlijke gespreksmethode baseert zich op vier algemene principes

Empathie

Empathisch en cliëntgericht werken is een van de fundamentele kenmerken van MG. De therapeut dient zich maximaal in te leven in de belevingswereld en/of psychische realiteit van de patiënt. Dit impliceert een aanvaardende houding en aanvaarden dat ambivalentie een normaal mechanisme is. Dit kan bijvoorbeeld door reflectief te gaan luisteren. Maar het louter empathisch handelen impliceert echter ook de tegenoverdracht hanteren en blijvend in vraag stellen, bewaken dat deze positief blijft.

Discrepantie laten toenemen

Uiteindelijk gaan we samen met de patiënt op zoek naar de ambivalente gevoelswereld die de weerstand om

te veranderen gaat voeden. We laten mensen zelf ontdekken dat er een discrepantie is tussen belangrijke doelen/waarden en hun huidig gedrag.

Wanneer deze bewust wordt gemaakt pogen we via een opbouwend afwegingsproces een discrepantie te installeren tussen de tegenwoordige toestand en de toestand die iemand wenst. Op die manier vergroot de mogelijkheid dat de patiënt zelf argumenten voor verandering gaat aandragen.

Weerstand positief hanteren

Weerstand en motivatie worden binnen deze gespreksmethode beschouwd als een afgeleide van de interactie tussen cliënt en hulpverlener: een interpersoonlijk fenomeen. De manier waarop de hulpverlener reageert maakt dat de weerstand toeneemt of afneemt. Miller & Rollnick benadrukken dat weerstand niet als een signaal van ‘niet willen meewerken’ beschouwd moet worden, maar eerder als ‘een signaal om van benadering te wisselen. Daarom is het belangrijk om ook attent te zijn als hulpverlener voor signalen die verwijzen naar weerstand.

Ondersteun persoonlijke effectiviteit

Geloof, hoop en verwachtingen zijn factoren die de draagkracht in het

proces van veranderen ondersteunen. Wanneer iemand gelooft in zijn of haar vermogen om een vooropgesteld doel te bereiken is er al heel wat winst geboekt. Als hulpverlener kunnen we dit gaan ondersteunen door bijvoorbeeld keuzealternatieven te gaan voorstellen of gaan benoemen wat er goed loopt.

We gaan er vanuit dat verandering mogelijk is, en dit draagt op zich bij tot de kracht van een self-fulfilling prophecy.

Verandertaal en weerstand

Weerstandsgedrag bij een cliënt is een signaal van dissonantie in de hulpverleningsrelatie. Zoals consonantie en dissonantie de uiteinden zijn van een relationeel continuüm, heeft ook weerstandsgedrag een conceptuele tegenhanger, die we hier ‘verandertaal’ noemen. Er zijn 4 categorieën verandertaal onderscheiden: nadelen van de status quo, voordelen van verandering, optimisme over verandering en het voornemen om te veranderen.

“Waarom drink je ?” vroeg het prinsje. “Om te vergeten.” antwoordde de dronkaard.

“Om te vergeten ?” vroeg het prinsje weer, dat al medelijden kreeg.

“Om te vergeten dat ik me schaam.” gaf de dronkaard met gebogen hoofd toe.

“En waarom schaam je je dan ?” Informeerde de kleine prins, die hem wilde helpen.

“Ik schaam me dat ik drink” besloot de dronkaard en zei verder niets meer. En verslagen ging de kleine prins verder.

“Grote mensen zijn toch wel héél, héél wonderlijk” zei hij tegen zichzelf...

Motiverende gespreksvoering integreren op een opname-afdeling in de psychosenzorg.

Het motivationeel model kent zijn plaats tussen 3 andere modellen : het paternalistisch model, het overlegmodel en het consumentenmodel.

Motivatie en weerstand zijn niet zozeer eigenschappen van de cliënt, maar eerder een afgeleide van de interactie tussen cliënt en hulpverlener.

Ethische beschouwingen hebben ook hier een plaats. Alhoewel bij deze techniek sterk de nadruk gelegd wordt op principes als respect, welwillendheid en autonomie komt het thema oneigenlijke invloed (manipulatie) steeds weer naar voren in gesprekken en trainingen.

Essentieel is dat bij deze aanpak rekening gehouden wordt met de aspiraties van de cliënt (verwachtingen tov hulpverlener) en de aspiraties van de hulpverlener (mededogen, mening, belang). Onnodig te zeggen dat die aspiraties niet altijd met elkaar overeenstemmen. De consonantie is het grootst wanneer ze allebei naar dezelfde doelen toe werken. Wanneer de aspiraties dissonant zijn,

rijst de vraag hoe de doelen en de agenda voor de hulpverlener moeten worden vastgesteld.

MG integreren in de behandelcultuur van een afdeling kan in eerste instantie door een training te geven. Belangrijk is om deze techniek te oefenen en kritisch te zijn bij elke toepassing.

Vanuit het team werden we ook geconfronteerd met een aantal beperkingen. Wanneer we spreken over mensen in een acuut stadium van psychose kunnen we niet altijd de autonomie van de patiënt in rekening brengen. Het is ook evident dat verschillende mensen in een team ook verschillende standpunten hebben over de mate van autonomie die patiënten kunnen of mogen hebben. Ook externe factoren kunnen het proces naar verandering soms in het gedrang brengen. Bijvoorbeeld bij het motiveren van mensen voor beschut wonen moeten we rekening houden met de lange wachtlijsten die op zich weer demotiverend werken.

Het acute van onze afdeling vraagt vaak naar een directieve benadering, MG is directief, en stuurt in een bepaalde richting, zonder te evolueren naar een moraliserende houding. De eigen particuliere keuze van de patiënt blijft gerespecteerd. We moeten blijven bewaken dat we niet 'te symptoomgericht gaan werken' en er naast directieve gespreksvoering ook mogelijkheid moet blijven op de afdeling voor een non-directieve

benadering in het aanbieden van ruimte voor verhaal. Kortom, het behandelen van mensen op een acute psychosenafdeling dwingt een team om zorgvuldig te kiezen tussen een autoritaire, directieve of non-directieve aanpak van de patiënt. De complexiteit van deze beslissing hangt niet alleen af van de individuele patiënt maar ook van de teamleden en de interacties tussen allen. Blijvende organisatie van supervisie lijkt hierbij noodzakelijk.

Gerard M. Schippers (2002). Motiverende gespreksvoering
Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57, p.250-265.

Miller, W. R. and S. Rollnick (2005). Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Gorinchem, Ekklesia. (*)

Miller B.(2006). Can organizations be MINTy? Motivational Interviewing Network of Trainers Volume 13, Issue 2.

Prochaska & Di Clemente (1983). Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51:390-395.

Maslow, Abraham H. Motivation and Personality(1970). Harper&Row,Inc., New York 1970

Robert R.Carkhuff. The art of helping in the 21st Century(2000). Human Resource Development Press, Inc., Massachusetts 01002.

Amador Xavier(2007). I am not sick, I don't need help! Vida Press, New York

