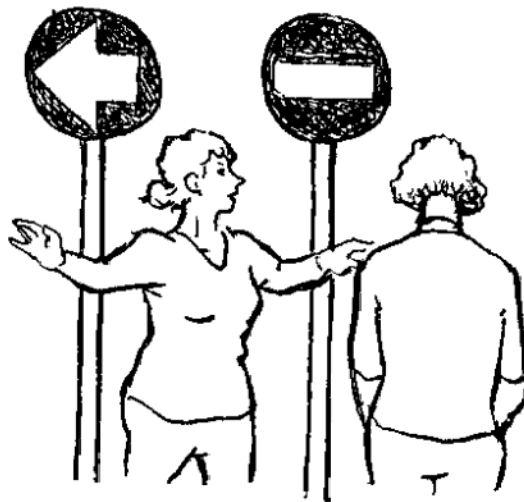


‘Waarom zou ik mijn gedrag veranderen?’



Oefenen of ervaren met een dubbel diagnose: schizofrenie en cannabisafhankelijkheid

Door:	Marijn Hoppenbrouwers
Klas:	4BC
Datum:	Juli 2008
Scriptiebegeleider:	Henriëtte van der Meijden
Scriptiebeoordelaar:	Hans Knegtering
Opleiding:	Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie, School of Human Movement and Sports, Hogeschool Windesheim, Zwolle

Voorwoord

Het moment dat ik deze opleiding ga afronden is bijna daar. De afgelopen jaren heb ik veel geleerd over het vak en niet te vergeten over mijzelf. Ook het schrijven van deze scriptie heeft bijgedragen aan het vergroten van deze kennis.

Tijdens mijn stage bij 'het circuit langdurige zorg' van de GGZ NHN in Heiloo, werd mijn interesse gewekt rond de motivatie van deze doelgroep, met in het bijzonder de dubbele diagnose cliënten, wat uiteindelijk heeft geleid tot de keuze van deze onderwerpen voor mijn scriptie.

Ik wil iedereen die er in de afgelopen jaren aan heeft bijgedragen dat ik nu bijna mijn opleiding kan afronden bedanken, met in het bijzonder Henriëtte van der Meijden voor de studieloopbaan-, stage- en scriptiebegeleiding.

Ik wens iedereen veel plezier met het lezen van mijn scriptie.

Marijn Hoppenbrouwers
Zwolle, juli 2008

Inleiding en vraagstelling

Mijn scriptie is gebaseerd op de volgende vraagstelling die ik vanuit mijn stage bij de GGZ Noord-Holland Noord heb meegenomen:

Welke indicaties zijn er voor oefenen- respectievelijk ervaringsgericht werken met cliënten met dubbeldiagnose schizofrenie en cannabisafhankelijkheid, vanuit de motiverende gespreksvoering, in ‘de fase van overpeinzing’?

In deze scriptie geef ik antwoord op deze vraag doormiddel van het koppelen van de eigenschappen van deze cliënten aan de mogelijkheden van de theorie en deze twee modaliteiten.

Mijn scriptie is als volgt ingedeeld:

In het eerste hoofdstuk zal ik de keuze voor mijn vraagstelling nader toelichten en vertellen hoe ik tot de keuze van deze onderwerpen ben gekomen.

In het tweede hoofdstuk geef ik een omschrijving van de dubbele diagnose cliënt met schizofrenie en cannabisafhankelijkheid en de samenhang tussen deze twee diagnoses.

In het derde hoofdstuk geef ik een overzicht van de huidige behandelsituatie en een diagnostische beschrijving van een casus. In de rest van mijn scriptie gebruik ik praktijkvoorbeelden van deze casus, te herkennen aan de blauw gekleurde kaders, om de theorie toe te lichten.

In het vierde hoofdstuk behandel ik de PMT modaliteiten en de toepassing hiervan op deze doelgroep. Dit wordt gevolgd door de theorie van de motiverende gespreksvoering in hoofdstuk vijf.

Ik sluit af in hoofdstuk zes met een opzet voor een wenselijke behandelsituatie volgens de hiervoor besproken bevindingen, waarna ik in de conclusie terugkom op de bevindingen die ik heb gedaan tijdens het schrijven van de scriptie en de conclusies die ik daaraan heb verbonden.

Inhoudsopgave

<u>1.</u>	<u>Verantwoording vraagstelling</u>	Blz. 5
<u>2.</u>	<u>De doelgroep</u>	Blz. 6
2.1	Schizofrenie	Blz. 6
2.1.1	Symptomatologie	Blz. 6
2.1.2	Subtypes	Blz. 6
2.1.3	Positief en negatief syndroom	Blz. 7
2.1.4	Verklaringen	Blz. 7
2.1.5	Behandelen door middel van medicatie	Blz. 7
2.1.6	Psychosociale benadering	Blz. 7
2.2	Cannabisafhankelijkheid	Blz. 8
2.2.1	Cannabis	Blz. 8
2.2.2	Afhankelijkheid	Blz. 9
2.2.3	Cannabisafhankelijkheid	Blz. 9
2.3	Dubbele Diagnose	Blz. 9
2.3.1	Omschrijving	Blz. 9
2.3.2	Behandeling	Blz. 9
2.3.3	Aanbevelingen voor behandeling van dubbele diagnose cliënten	Blz. 9
2.4	Dubbeldiagnose schizofrenie en cannabisafhankelijkheid	Blz. 10
2.4.1	De wisselwerking tussen cannabisgebruik en schizofrenie	Blz. 10
2.4.2	Cannabisafhankelijkheid en schizofrenie; kip of ei?	Blz. 10
<u>3.</u>	<u>De huidige behandelsituatie</u>	Blz. 12
3.1	De dubbele diagnose kliniek	Blz. 12
3.2	PMT	Blz. 12
3.3	De integratie van motiverende gespreksvoering in de PMT	Blz. 12
3.4	Productomschrijving PMT	Blz. 13
3.5	Casus	Blz. 14
3.5.1	Anamnese	Blz. 14
3.5.2	Classificerende diagnostiek	Blz. 14
3.5.3	Hermeneutische diagnostiek	Blz. 14
3.5.4	Kritische diagnostiek	Blz. 15
<u>4.</u>	<u>Oefenen en ervaren</u>	Blz. 16
4.1	Modaliteiten	Blz. 16
4.1.2	Oefenen	Blz. 16
4.1.3	Ervaren	Blz. 16
4.2	Toepassing op dubbele diagnose cliënten	Blz. 17
4.2.1	Oefenen met dubbele diagnose cliënten	Blz. 17
4.2.2	Ervaren met dubbele diagnose cliënt	Blz. 17

<u>5.</u>	<u>Motiverende gespreksvoering en de stadia van gedragsverandering</u>	Blz. 19
5.1	Motiverende gespreksvoering	Blz. 19
5.1.1	Ontwikkeling	Blz. 19
5.1.2	Beïnvloeden van motivatie	Blz. 19
5.1.3	Onvoorwaardelijk acceptatie en constructieve zelfconfrontatie	Blz. 19
5.1.4	Strategieën	Blz. 20
5.1.5	Beperkingen	Blz. 20
5.2	Prochaska en DiClemente	Blz. 21
5.2.1	Toepassing	Blz. 21
<u>6.</u>	<u>De nieuwe behandelstrategie</u>	Blz. 22
6.1	Keuze voor fase van overpeinzing	Blz. 22
6.2	Motiverende gespreksvoering en PMT	Blz. 22
6.2.1	Uitdrukken van empathie	Blz. 22
6.2.2	Ontwikkelen van discrepantie	Blz. 23
6.2.3	Meebewegen met weerstand	Blz. 23
6.2.4	Ondersteunen van persoonlijk affect	Blz. 24
6.3	Oefenen of ervaren in de fase van overpeinzing	Blz. 24
6.3.1	Oefengericht werken	Blz. 24
6.3.2	Ervaringsgericht werken	Blz. 24
6.4	Productomschrijving	Blz. 25
6.4.1	Oefengericht werken	Blz. 25
6.4.2	Ervaringsgericht werken	Blz. 26
<u>7.</u>	<u>Conclusie</u>	Blz. 27
	<u>Literatuurlijst</u>	Blz. 28
	<u>Bijlagen</u>	Blz. 30

1 Verantwoording vraagstelling

Mijn vraagstelling is:

Welke indicaties zijn er voor oefen- respectievelijk ervaringsgericht werken met cliënten met dubbeldiagnose schizofrenie en cannabisafhankelijkheid, vanuit de motiverende gespreksvoering, in 'de fase van overpeinzing'?

Tijdens mijn stage liep ik er tegenaan dat de dubbele diagnose cliënt vaak niet constant gemotiveerd is in zijn behandeling. Deze week is iemand gedreven in zijn behandeling, volgende week kan er alweer van alles zijn veranderd waardoor deze gedrevenheid is verdwenen. Daarnaast hebben deze cliënten vaak last van een weerstand tegen een behandeling of een specifiek onderdeel hiervan. Deze weerstand heeft vaak een negatieve uitwerking op de therapie.

Wat ook mijn interesse wekte was dat cliënten met schizofrenie vaak ook cannabis gebruiken. De veel voorkomende combinatie van de schijnbaar onschuldige en veelgebruikte drug, en de ernstige psychische stoornis schizofrenie verbaasde mij. Toen ik begreep dat het gebruik van cannabis psychosen kan uitlokken groeide mijn verbazing dat juist deze groep deze drug blijft gebruiken.

Deze verschillende aspecten maakten dat ik hierin in onderwerp zag voor mijn scriptie. In de Dubbele Diagnose Kliniek werd er gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en de bijbehorende stadia van gedragsverandering en de cirkel van Prochaska en DiClemente. Deze wilde ik daarom gebruiken om een goede aansluiting te vinden voor de PMT in de grote lijn van de behandeling van deze cliënten. Ik heb hierbinnen gekozen voor de fase van overpeinzing omdat dit een fase is waar de interventies van de therapeut van grote invloed kunnen zijn in de afwegingen die de cliënt maakt. Daarnaast kan een het gebruik van de motiverende gespreksvoering leiden tot een betere aansluiting bij de cliënt, wat de weerstand bij de cliënt verminderd en de kans op een goede relatie tussen cliënt en therapeut vergroot.

Binnen de PMT kwam ik uit bij de modaliteiten omdat deze een duidelijk kader geven waar vanuit de therapeut op kan bouwen. Wanneer je binnen de therapie bij 1 modaliteit blijft vergroot dit de effectiviteit van de therapie. Door te onderzoeken welke modaliteit bij welke omstandigheden van de cliënt aansluit kan je in de PMT effectiever aan het werk gaan.

2. De doelgroep

2.1 Schizofrenie

2.1.1 Symptomatologie

Denkstoornissen:

Binnen de denkstoornissen wordt een onderscheidt gemaakt tussen inhoudelijke en formele denkstoornissen. Inhoudelijke denkstoornissen bestaan uit afwijkende denkbeelden, opvattingen en interpretaties; de inhoudt van de gedachte klopt niet.

Bij een formele denkstoornissen klopt de vorm van denken niet; de gedachten zijn chaotisch en ongeordend. Er wordt in het geval van een denkstoornis vaak gesproken van een waan.

Waarnemingsstoornissen:

Wanneer iemand last heeft van een waarnemingsstoornis spreek men van een hallucinatie. Er zijn dan zintuiglijke ervaringen zonder aanwijsbare externe verklaring voor deze ervaring. Deze ervaringen kunnen auditief (horen) visueel (zien) olfactorisch (horen) gustatorisch (proeven) of tactiel (voelen) zijn.

Stoornissen in de stemming:

In de actieve fase van schizofrenie is er vaak sprake van angst en prikkelbaarheid. Daarnaast heeft de schizofreen vaak last van inadequaate affect. Dat wil zeggen dat de emotie niet klopt bij de situatie die zich voordoet.

Mensen met schizofrenie ervaren vaak depressieve perioden na een psychotische episode.

Cognitieve stoornissen

Dit zijn problemen in het verwerken van ingewikkelde of snel opeenvolgende indrukken. Aandacht is vaak gestoord en gedachten dwalen snel af, waardoor er niet genoeg inprenting plaatsvindt wat geheugenklachten als gevolg kan hebben.

Bewegingsstoornissen

Bewegingen kunnen aangetast zijn in de vorm van katatone symptomen. Daarmee zijn de controle en souplesse in bewegingen verloren gegaan.

2.1.2 Subtypes

Het *paranoïde type*: bij dit type staat een preoccupatie met een of meer wanen of gehoorshallucinaties op de voorgrond.

Het *gedesorganiseerde type*: dit type uit zich in onsamenhangende spraak, chaotisch gedrag en vlak of inadequaate affect.

Het *katatone type*: bij dit type is er sprake van opvallende beelden in bewegelijkheid of de afwezigheid van bewegelijkheid.

Het *ongedifferentieerde type*: hieronder vallen de schizofrenen waar de symptomen niet onder te brengen zijn bij een van de andere types.

Het *rest type*: dit is een vorm waar er nog wel symptomen van schizofrenie in lichte vorm aanwezig zijn, maar specifieke symptomen zoals beschreven bij de verschillende typen afwezig zijn.

Deze onderverdeling, zoals omschreven in de DSM4-TR wordt tegenwoordig steeds minder gebruikt. Er wordt steeds meer het onderscheid tussen het negatieve en positieve syndroom gemaakt. Dit moet dan niet gezien worden als een onderscheid tussen typen patiënten, maar tussen groepen symptomen die tegelijkertijd bij een patiënt aanwezig kunnen zijn.

2.1.3 Positief en negatief syndroom

Wanen, hallucinaties en incoherentie worden ondergebracht in het begrip *positief syndroom*. Wat zij gemeen hebben is dat zij nieuwgevormde ongewone belevingen en gedragingen zijn. Inactiviteit, verlies van interesse en apathie worden ondergebracht in het begrip *negatief syndroom*. Deze negatieve symptomen onderscheiden zich van positieve doordat het gaat om de ontbrekende gedragingen of belevingen; dat wat er eigenlijk wel zou moeten zijn. Negatieve symptomen kunnen er vanaf het begin van schizofrenie aanwezig zijn, maar ontstaan meestal na verloop van tijd. Zij zijn het opvallendst bij chronische schizofrenie patiënten.

2.1.4 Verklaringen

Onderzoekers hebben herhaaldelijk gedacht dat ze de oorzaak van schizofrenie hadden gevonden, maar achteraf bleken de ontdekkingen weinig specifiek. Intussen is duidelijk geworden dat de ontwikkeling van de stoornis te wijten is aan een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Patiënten hebben een genetisch bepaalde kwetsbaarheid, die onder invloed van psychologische en/of sociale factoren tot schizofrenie kan leiden.

De laatste jaren heeft men met behulp van de nieuwste onderzoekstechnieken allerlei hersenafwijkingen gevonden bij schizofrene patiënten. Zo blijken de hersenventrikels vergroot en is de frontale hersenschors minder actief. Daarnaast lijkt hyperactiviteit van de neurotransmitter dopamine in bepaalde hersendelen van belang. Antipsychotische medicatie ontlenen dan ook vaak hun werking aan de remmende werking op dopamine in de hersenen. De ‘dopamine-theorie’ verklaart vooral de positieve symptomen en de afwijkingen in de frontale hersenschors de negatieve symptomen die een patiënt met schizofrenie kan hebben.

2.1.5 Behandeling door middel van medicatie

Een belangrijk onderdeel van de behandeling van een patiënt met schizofrenie zijn de antipsychotica. Na twee weken gebruik verminderen vaak al symptomen maar na zes weken is het effect pas goed te bepalen. Antipsychotica hebben wel vaak negatieve bijwerkingen zoals sufheid, duizeligheid, beven en verminderde bewegelijkheid.

Binnen deze medicatiegroep wordt er onderscheid gemaakt tussen ‘klassieke’ en ‘atypische’ antipsychotica.

Klassieke antipsychotica oefenen hun werking uit via de dopamine prikkeloverdracht vanuit de substantie nigra. Overactiviteit vanuit de dopaminerge banen van de substantia nigra leidt tot wanen en hallucinaties. Antipsychotica kunnen dit blokkeren waardoor wanen en hallucinaties verminderen. Omdat dit hersengebied ook de souplesse van bewegen bepaald, kan het gebruik van antipsychotica problemen in het bewegen tot gevolg hebben.

Atypische antipsychotica hebben een vergelijkbare werking, maar minder sterk waardoor de bewegingsproblemen minder zijn. Daarnaast werkt het ook remmend op het serotonine systeem zoals dit inwerkt op de prefrontale cortex. Dit heeft tot gevolg dat ook de negatieve symptomen verminderen.

Medicatie is onmisbaar in een succesvolle behandeling, maar dan altijd in combinatie met een psychosociale aanpak.

2.1.6 Psychosociale benadering

De therapeutische relatie vormde in de psychiatrie altijd al de kern van de behandeling. In de vakliteratuur werd hieraan door veel auteurs aandacht aan besteed. Manfred Bleuler (1971) vond bijvoorbeeld dat een adequate therapeutische relatie met schizofrenie patiënten vooral gekenmerkt moet zijn door een goede acceptatie; de therapeut zou de patiënt tegemoet moeten treden deze een broer van hem zou zijn. Men moet hem niet als een moeilijk te doorgronden,

onbegrijpelijk persoon benaderen, die heel anders is dan zijn therapeut. May en Simpson (1980) adviseren om eenvoudig en directe te zijn, eerlijk waarbij men zorgt voor een optimale privacy van de patiënt maar ook niet al te grote afstandelijkheid. Fenton en McGlashan(2000) benadrukken het creëren van een voor de patiënt veilige sfeer. Dat wordt ook bereikt doordat de therapeut een overeenstemming met de patiënt bereikt over de ziekte en de nagestreefde therapie doelen. (Kanbela, 2003; 93)

2.2 Cannabisafhankelijkheid

2.2.1 Cannabis

Cannabis valt onder de bewustzijnsverminderende middelen, ook wel tripmiddelen genoemd. Door gebruik ervan veranderen zintuiglijke gewaarwordingen. Het gebruik van cannabis geeft een high gevoel, maakt lethargisch en leidt tot waarnemings- en oordeelstoornissen; de tijd lijkt bijvoorbeeld heel langzaam te gaan.

Bij hoge doseringen ontstaan soms stoornissen in het denkvermogen, waardoor de gebruiker verwart over kan komen.

De werkzame stof in cannabis is tetrahydrocannabinol (THC). De effecten houden ongeveer drie a vier uur aan en treden nauwelijks tolerantie op. Er is eerder sprake van negatieve tolerantie; bij herhaald gebruik is een langere dosis genoeg om het gewenste effecten te bereiken. Stoppen met gebruik leidt gewoonlijk niet tot onthoudingsverschijnselen.

Het grootste deel van de mensen die cannabis gebruikt doet dat recreatief, en zonder dat het tot verslavingsproblemen leidt.

2.2.2 Afhankelijkheid

Er is sprake van misbruik wanneer het functioneren thuis of op het werk negatief wordt beïnvloed en werkverzuim, rijden onder invloed, ruzies, problemen met justitie of politie en dergelijke. Dit misbruik kan uitmonden in een verslaving, of zoals dat tegenwoordig wordt genoemd; afhankelijkheid. Mensen die afhankelijk zijn ervaren een onbedwingbare drang tot het innemen van een middel. Het hele bestaan draait om het verkrijgen van de stof en alle andere interesses en activiteiten zijn daaraan ondergeschikt.

De DSM 4-TR spreekt van aan een middel verbonden stoornissen. Met die middelen worden psychoactieve middelen bedoeld, dat wil zeggen: stoffen die verandering in het psychische functioneren teweegbrengen. Daaronder vallen drugs, geneesmiddelen en toxische stoffen. De DSM4-TR onderscheid naast de stoornissen *in* het gebruik van middelen (misbruik en afhankelijkheid) ook stoornissen *door* het gebruik van middelen (zoals intoxicatie, onthoudingsverschijnselen, secundaire depressies en angsten)

Afhankelijkheid van een middel kan zich zowel lichamelijke als niet-lichamelijk uiten. Lichamelijke afhankelijkheid toont zich door tolerantie en/of onthoudingsverschijnselen. Tolerantie houdt in dat je steeds meer van het middel moet gaan gebruiken om hetzelfde effect te krijgen. Onthoudingsverschijnselen zijn onaangename fysiologische reacties op het verminderen of staken van gebruik.

Maar ook mensen die geen tolerantie en/of onthoudingsverschijnselen vertonen, kunnen afhankelijk zijn van een middel. Ze proberen dan herhaaldelijk, zonder succes, minder van het middel te consumeren of het gebruik te beheersen, en het bemachtigen van het middel, het gebruik ervan en het herstellen van de effecten van het middel nemen veel tijd in beslag. Hoewel ze beseffen dat door het gebruik sociale, psychische of lichamelijker problemen ontstaan of verergeren, blijven ze het middel gebruiken.

2.2.3 Cannabisafhankelijkheid

In vergelijking met nicotine, heroïne en alcohol is cannabis een weinig verslavende stof. Het risico van afhankelijkheid neemt toe bij langdurig frequent gebruik en gaat vaak samen met afhankelijkheid van andere middelen. Hoewel cannabis lichamelijk weinig verslavend is, is er wel sprake van een psychische verslaving. Cannabis helpt vervelende belevingen te onderdrukken en wekt prettige belevingen op. Wanneer cliënten veel last hebben van psychische klachten is het aantrekkelijk om cannabis te gebruiken omdat dit een dempend effect heeft. Dit maakt het ook moeilijk om er mee te stoppen; het is een makkelijke en directe oplossing.

2.3 Dubbele Diagnose

2.3.1 Omschrijving

Het samengaan van buitensporig gebruik van alcohol of drugs met een (andere) psychische stoornis wordt 'dubbele diagnose' genoemd. Het is een vorm van co-morbiditeit waar twee of meer psychiatrische of persoonlijkheidsstoornissen gelijktijdig aanwezig zijn. Daarbij is één van die stoornissen het gevolg van het problematische gebruik van bepaalde middelen.

Verslaving beïnvloedt een psychiatrische stoornis en omgekeerd. Over welke van de twee er het eerst ontstaat, is geen duidelijkheid. Wat wel bekend is, is dat het hebben van psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen de kwetsbaarheid voor stoornissen als gevolg van alcohol- of druggebruik vergroot. Omgekeerd kunnen alcohol- en druggebruik de psychiatrische stoornissen verergeren. Juist wanneer bepaalde middelen worden gebruikt om symptomen van psychiatrische stoornis(sen) te verzachten, vergroot de kans op verslaving.

2.3.2 Behandeling

Als cliënten met een dubbeldiagnose opgenomen zijn in een behandelomgeving, vraagt dat expertise en geduld van de hulpverleners. De cliënten zijn door hun emotionele instabiliteit sneller agressief en verstoren daarmee regelmatig het behandelproces. Het zich houden aan afspraken is voor deze cliënten moeilijk. Behandelingen worden vaak vroegtijdig afgebroken, en de terugval in gebruik van middelen is hoog. Zowel de psychische als verslavingsstoornissen krijgen vaak een chronisch karakter. Daarnaast hebben cliënten vaak negatieve ervaringen met de hulpverlening gehad waardoor zij terughoudend zijn of weigeren om een behandeling te ondergaan.

Een werkwijze waarbij alle problematieken gelijktijdig worden behandeld lijkt de voorkeur te hebben. Er is dan wel een groot belang bij het differentiëren bij de doelgroep: er bestaat onder cliëntenbevolking een grote verscheidenheid in motivatie voor de behandeling.

2.3.3 Aanbevelingen voor behandeling van dubbel diagnose cliënten

- Bied bij dubbel diagnose de verschillende interventies in sterke samenhang aan.
- Behandel bij schizofrenie, borderline-persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis de psychopathologie en het middelenmisbruik gelijktijdig.
- Sequentiële behandeling (middelenmisbruik eerst aanpakken) wordt aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Aandacht voor maatschappelijke problemen (bijv. dakloosheid) mag nooit ontbreken.
- Over het algemeen is bij de aanpak van dubbele-diagnoseproblematiek (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd.
- Motiverende gespreksvoering heeft altijd een plaats in het behandel aanbod.

- Abstinentie is een goed behandelgoal, zij het soms op de lange termijn. Voorkom dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt doordat er omtrent het middelenmisbruik te hoge eisen zijn gesteld.
- Adequate (medicamenteuze) behandeling van bijkomende psychische stoornissen moet in de verslavingszorg prioriteit krijgen.

(Posthuma, T., Vos, R., & Kerkmeer, M., 2003)

2.4 Dubbel diagnose schizofrenie en cannabisafhankelijkheid

De helft van de mensen met ernstige, aanhoudende psychische stoornissen - zoals schizofrenie - heeft te kampen met buitensporig gebruik van alcohol en drugs. Mensen met schizofrenie neigen meer naar consumptie van drugs en alcohol, de zogenaamde psychoactieve middelen, dan het gemiddelde van andere bevolkingsgroepen.

2.4.1 De wisselwerking tussen cannabisgebruik en schizofrenie

Het gebruik van allerlei soorten drugs (ook hasj) kan een provocerende factor zijn voor het uitbreken van een psychose of schizofrenie. (Andreasson e.a., 1987, Jablensky & Sartorius, 1991, Linszen e.a. 1994,1995; Buckley 2002; Andreasson e.a. 1989; Andreasson e.a. 1988). Nog onlangs heeft het Britisch Medical Journal een nummer gewijd aan de uitlokkende invloed van cannabis op schizofrenie die door verschillende onderzoekers aangetoond werd (Zammit e.a. 2002). De kans op het krijgen van een psychose is ongeveer 1%, maar cannabisgebruik kan dit risico verhogen tot 5%. (Kanbela, 2003;37)

Uit onderzoeken blijkt dat er een verband bestaat tussen cannabisgebruik en schizofrenie. Maar cannabisgebruik is niet de oorzaak van schizofrenie; er zijn mensen met schizofrenie die nog nooit cannabis hebben gebruikt en cannabisgebruikers die niet schizofreen worden. Maar het risico schizofrenie te ontwikkelen neemt wel toe met de frequentie van het cannabisgebruik. Cannabis verhoogd vooral het risico op schizofrenie wanneer de persoon al aanleg heeft voor deze ziekte. Bij mensen met een bestaande schizofrenie blijft cannabis de symptomen in de vorm van wanen en hallucinaties aanwakkeren. Toch kan het gebruik ervan bij schizofreniepatiënten zeer hardnekkig zijn. Alle waarschuwingen en controles ten spijt kunnen zij cannabis blijven gebruiken, in het besef dat cannabis het beloop van de schizofrenie ongunstig kan beïnvloeden. Cannabis blijft voor cliënten met schizofrenie aantrekkelijk omdat het zowel de positieve als negatieve symptomen van schizofrenie dempt. Het effect van cannabisgebruik sluit precies aan op wat de schizofrenie biologisch en psychologisch mist. Het kan de overvloed aan belevingen afremmen en bij een te kort aan belevingen deze doen opleven.

2.4.2 Cannabisafhankelijkheid en schizofrenie; kip of ei?

Er zijn vijf gangbare hypothesen over het verband tussen schizofrenie en cannabisgebruik: (1) schizofrenie veroorzaakt cannabisgebruik (zelfmedicatie-hypothese), (2) gebruik van andere middelen veroorzaakt mede schizofrenie, (3) cannabisgebruik en schizofrenie worden beide veroorzaakt door andere belangrijke factoren (confounding-hypothese), (4) cannabisgebruik veroorzaakt schizofrenie bij personen met aanleg voor schizofrenie (interactiehypothese) (5) en cannabis gebruik levert een unieke, eigen bijdrage aan het ontstaan van schizofrenie (etiologische hypothese). (Smit, Bolier, Cuijpers, 2004)

Onderzoekers kunnen dus geen sluitend antwoord geven op de vraag hoe het verband tussen cannabisgebruik en schizofrenie precies in elkaar steekt. Hoewel dit wel van belang is voor het begrip van het ontstaan van de problematiek is dit voor de meeste behandelaars niet van

belang. Het is wél belangrijk om in te gaan op het probleem dat wanneer iemand al schizofrenie heeft, cannabisgebruik de klachten kan verergeren. Het cannabisgebruik houdt de schizofrenie symptomen in stand of verergert ze. Voor de behandeling van de schizofrenie is het dus belangrijk dat de cliënt gemotiveerd wordt om te stoppen met het gebruik.

3 De huidige behandelsituatie

3.1 De dubbele diagnose kliniek

De hoofddoelen van de behandeling in de dubbele diagnose kliniek zijn:

- verminderen van de psychiatrische (psychotische) symptomen en de verslaving;
- stabiliseren van de psychiatrische stoornis; medicatie, voorlichting, psycho-educatie en het aanleren van vaardigheden zijn hierbij belangrijke onderdelen;
- beperken van middelengebruik en de problemen die daarmee samenhangen; het streven is totale onthouding, ook op lange termijn, maar in de praktijk moet nog blijken of dit haalbaar is;
- verbeteren van het globale functioneren;
- rehabilitatie, dat wil zeggen; niet genezen maar leren omgaan met, is het doel.

Als benaderingsmethode binnen deze behandeling wordt er binnen de kliniek gewerkt met de motiverende gespreksvoering. Zo goed als alle medewerkers hebben hier cursussen voor gevolgd en het wordt in de gesprekken met de cliënten regelmatig toegepast. In het dagelijkse contact schiet dit er nog wel eens bij in; het ongewenste gedrag van een dubbele diagnose cliënt lokt makkelijk autoritair gedrag uit bij het personeel. Daarnaast zijn er vaak ook een aantal cliënten op de afdeling aanwezig die, vanwege hun psychische en lichamelijke problemen, op sommige momenten de autoritaire benadering nodig hebben.

Het vraagt van het personeel grote flexibiliteit om constant te wisselen in de manier van benaderen afhankelijk van de persoon die zij voor zich hebben.

3.2 PMT

Er wordt twee keer in de week PMT, en één keer sport en spel gegeven. De PMT duurt een uur, voorafgegaan door 45 minuten fitness. De groep varieert van 2 tot 12 personen. Dit aantal is afhankelijk van hoeveel mensen andere afspraken hebben op het moment van de PMT, wie er psychisch in staat toe zijn en het aantal mensen dat weigert deel te nemen. In de PMT wordt er per sessie gewerkt aan een thema. Dit thema laat de therapeut afhangen van de sfeer die in de groep hangt, de samenstelling van de groep of thema's die in het dagelijkse leven van de cliënten op de afdeling spelen.

De sessie bestaat meestal uit twee of drie activiteiten met hetzelfde thema. Tussendoor worden de bevindingen van de cliënten besproken. De therapeut heeft hier een erg sturende rol in omdat de cliënten uit zelf weinig terug geven. Er ontstaan vaak discussies tussen therapeut en cliënt, of cliënten onderling over de zin of onzin van een oefening of de therapie in z'n geheel. Wangedrag binnen de therapie wordt vaak ook uitvoerig besproken. Zo kan het gebeuren dat een activiteit 30 minuten stil ligt om van alles te bespreken.

3.3 De integratie van motiverende gespreksvoering in de PMT

Hoewel de PMT-ers wel de cursussen voor motiverende gespreksvoering hebben gevolgd wordt deze binnen de PMT niet zo veel toegepast. Binnen de cursus werd er vooral aandacht besteed aan de toepassing voor de persoonlijk begeleiders. Omdat de gesprekken die de therapeut binnen de PMT voert andere aanleidingen hebben dan de besproken gesprekken uit de cursus is het moeilijk om deze direct te vertalen naar een aanpak binnen de PMT.

3.4 Productomschrijving PMT

Om een overzicht te geven van de behandelbenadering heb ik gebruik gemaakt van een productomschrijving zoals gebruikt in het boek 'In Beweging' (M. van Hattum en G. Hutschemaker).

Rationale: Cliënten met een dubbele diagnose zijn gebaat bij gestructureerde bewegingsactiviteiten waarbij hun gedrag en beweegredenen ter discussie worden gesteld. Hierdoor wordt hun bewustzijn van afwijkend gedrag verhoogd en de mogelijkheid geboden om te oefenen met ander gedrag.

Indicaties: De behandeling is bedoeld voor alle cliënten van de dubbele diagnose kliniek die deel kunnen en willen nemen.

Contra-indicaties:

Lichamelijke klachten die deelname onmogelijk maken

Psychische klachten die de deelname van anderen ernstig beïnvloeden; bijvoorbeeld na een conflict

Duidelijk verstorende psychotische belevingen

Doelen:

Bewust worden van ongewenst gedrag

Vergroten van sociale vaardigheden

Kans op terugval verminderen

Interventies:

Onderzoeken van en experimenteren met diverse bewegingsactiviteiten

Stimuleren van samenwerken

Verbeteren sociale vaardigheden

Motiveren tot deelname

Aanspreken op ongewenst gedrag

Randvoorwaarden:

Een goed uitgeruste PMT ruimte

Minstens HBO opgeleide Psychomotorische Therapeut

Minstens 1 extra personeelslid van de dubbele diagnose kliniek of afdeling PMT

Subtypen: Het aanbod is in principe toepasbaar op elke cliënt van de dubbele diagnose kliniek, onafhankelijk van de verscheidenheid van diagnosen.

Behandelduur en frequentie: Afhankelijk van de opname in de dubbele diagnose kliniek en planning van andere activiteiten.

Eindtermen: De grootst mogelijke mate van zelfverwerkelijking die voor de betreffende cliënt haalbaar is.

3.5 Casus

3.5.1 Anamnese:

Peter is een man van 26 met een brede bouw, bruine ogen en bruin haar. Hij woont bij zijn ouders en heeft geen broers of zussen. Peter beschrijft zijn jeugd als niet bijzonder. Hij was op jonge leeftijd al vaak alleen thuis omdat zijn ouders druk waren met hun bedrijf. Hij had daardoor thuis veel vrijheid om te doen en laten wat hij wilde. Zo kon hij vanaf zijn pubertijd makkelijk thuis experimenteren met drugs en alcohol. Zijn ouders waren zich hier niet bewust van omdat zijn gedrag geen opvallende vormen aannam.

Toen hij zijn HAVO diploma had behaald nam hij een baantje bij een telemarketing bedrijf en ging op zichzelf wonen. Vanaf dat moment stond het genieten van het leven en zo min mogelijk verantwoordelijkheid centraal. Al snel gingen drank en drugs gebruik een steeds grotere rol spelen in zijn leven. Cannabis ging hij dagelijks gebruiken, drank en andere drugs zoals cocaïne, ketamine en MDMA in het weekend. Op zijn negentiende kreeg Peter zijn eerste psychose. Hij herstelde hier snel van maar pakte ook snel zijn oude leven weer op wat een tweede psychose tot gevolg had. Na deze psychose is hij een tijd opgenomen geweest op de PAAZ; hier merkte hij dat hij door niet te gebruiken tot meer in staat was. Na zijn ontslag hield hij het even vol om te minderen met het middelen gebruik, maar het vrije en onverantwoordelijke leven dat ook zijn vrienden leefden bleef te aantrekkelijk. Een derde en vierde psychotische episode volgde.

3.5.2 Classificerende diagnostiek:

DSMIV-TR:

As 1: Schizofrenie*, cannabisafhankelijkheid*

As 2: trekken van antisociale persoonlijkheidsstoornis*

As 3: x

As 4: Werkeloos, terug in huis bij ouders door gebrek aan inkomsten

As 5: GAF 50

** voor omschrijving zie bijlagen*

3.5.3 Hermeneutische diagnostiek

Peter is enigszins kind, zijn ouders hebben een eigen bedrijf waarmee zij beiden altijd veel bezig zijn. In de omgeving van zijn ouderlijk huis zijn zij en hun bedrijf bij veel mensen bekend. Hoewel Peter best met zijn ouders overweg kan voelt hij zich niet zo verbonden met hoe zij in het leven staan. Uiterlijk vertoon en geld zijn voor hen erg belangrijk, voor Peter zelf telt dit veel minder. Hij is op zijn zeventiende dan ook het huis uitgegaan omdat hij geen zin had 'de schijn langer op te houden'. Vanaf het moment dat hij op zichzelf woonde is hij zich erop gaan richten vooral van het leven te genieten. Samen met vrienden werd het doel om zoveel mogelijk te beleven. Hij is na de HAVO dan ook meteen gaan werken zodat hij wat geld had om leuke dingen te doen. Leuke dingen doen bestond vooral uit veel uitgaan, drinken en drugs gebruiken. Inmiddels wordt hij door zijn psychische klachten gedwongen zijn levensstijl aan te passen. Maar zijn vrienden hebben niet dezelfde klachten waardoor het moeilijk is om zichzelf een regime op te leggen wanneer anderen onregelmatig leven en vrij kunnen gebruiken.

In de familie worden zijn problemen vooral toegedekt; zijn ouders willen graag dat hij behandeld wordt en steunen hem hierin maar zij willen het verborgen houden voor de

omgeving. Peter is daarom ook niet gewend om te praten over zijn problemen en voelt zich hier ook ongemakkelijk onder.

Inmiddels is hij werkeloos en woont door geldgebrek weer bij zijn ouders.

Dat het zo ver is gekomen dat hij weer bij zijn ouders moest intrekken vind hij een dieptepunt. Hij zweeft nu in het dilemma tussen zelfstandigheid door meer verantwoordelijk gedrag en het 'vrije leven'.

Om tot een succesvolle behandeling te komen moet zowel de schizofrenie als de cannabisafhankelijkheid aandacht krijgen. Hij wil wel stoppen met het gebruik van cannabis, maar merkt dat dit steeds moeilijker wordt door de klachten die hij zonder de cannabis ondervindt van de schizofrenie. Hij weet echter ook dat het gebruik van cannabis zijn schizofrenie verergert.

3.5.4 Kritische diagnostiek:

Er zijn een twee hoofdfactoren die de situatie van Peter duidelijk beïnvloeden. Doordat hij vrienden heeft die gebruiken is heeft hij vaak drugs binnen handbereik. Daarbij is het gebruik van drugs en het genieten van het effect hiervan een groot deel van de band die Peter heeft met zijn vrienden. Stoppen met gebruiken heeft dus een grote invloed op zijn sociale omgeving. Daarbij levert het voor Peter ook vaak een groot gevoel van onrechtvaardigheid op; waarom kunnen zij wel zonder verregaande gevolgen gebruiken en hij niet?

Zijn ouders en hun omgeving hebben ook invloed. Dat zij anders in het leven staan heeft hij vrede mee, maar hij vind het wel moeilijk dat ze weinig moeite doen om zijn levensfilosofie te begrijpen. Hij heeft het gevoel dat ze teleurgesteld zijn dat hij niet zo is als zij. Doordat er eigenlijk niet over gepraat mag worden heeft krijgt Peter weinig letterlijk tegengeluid, maar voelt hij door de manier waarop zij er mee omgaan dat zij zich voor hem schamen. Maar hij weet en merkt ook wel dat ze wel veel van hem houden; ze steunen hem ook in zijn behandeling.

4. Oefenen en ervaren

4.1 Modaliteiten

Binnen de PMT zijn er verschillende uitgangspunten waar vanuit de therapeut kan werken. Een van de onderverdelingen waar vanuit de PMT-er zijn interventies kan ordenen zijn de modaliteiten. De modaliteiten zijn oefenen, ervaren en ontdekken. Deze drie modaliteiten geven elk gerichtheid, kleur en diepte aan de therapie.

Het ontdekkingsgericht werken richt zich op onderwerpen of gebeurtenissen uit het verleden waar de cliënt nu last van heeft. Hoewel het voor individuele cliënten wel aan de orde kan zijn, heeft het voor de grote lijn van de behandeling en in het kader van de gedragsverandering niet de voorkeur om deze werkwijze als uitgangspunt te nemen. Wanneer een cliënt een specifiek obstakel uit het verleden zou willen aanpakken, kan deze werkwijze in een behandeling daarvoor wel passend zijn, mits de cliënt emotioneel en inzichtelijk aan dit niveau van therapie toe is.

4.1.1 Oefenen

De modaliteit oefenen komt voort uit de gedragstherapie. Deze benaderingswijze gaat er vanuit dat de mens een lerend wezen is en dat hij reageert op de wereld en de wereld reageert op hem; een relationeel mensbeeld. Het maakt dan ook niet uit hoe we zo zijn geworden, maar om welk gedrag je vertoont en door welke stimuli dit wordt veroorzaakt. Psychisch ziek zijn is het gevolg van verkeerd aangeleerd gedrag of een tekort aan psychosociale vaardigheden. In het oefengericht werken wordt de aandacht gericht op het trainen van de gedrags-, waarnemings-, en belevingsmogelijkheden. De hulpvraag zal in dit geval in termen van het functioneel oefenen als onderdeel van een bredere psychische of psychosociale hulpvraag geformuleerd worden.

In de therapie gaat het om oefenen, herhalen en daardoor inslijpen van nieuwe vaardigheden en gewoontes. Dit betekent dat de therapeut voorschrijft hoe de cliënt wat moet doen. Het is belangrijk om de doelen stapsgewijs op te bouwen, te herhalen en veel te complimenteren.

4.1.2 Ervaren

De modaliteit ervaren komt voort uit het humanistische cliënt gerichte werken. Deze stroming gaat er vanuit dat ieder mens anders is en dat de mens beter wordt door te reflecteren. De interactie met de ander en het andere staat centraal. Wanneer er geen optimale interactie is, komt de mens niet tot zelfactualisatie. Dit gebrek aan zelfactualisatie en het daaropvolgende gebrek aan autonomie zorgt voor ziekte.

In het oefengericht werken doet de cliënt nieuwe ervaringen op binnen een bewegingssituatie. Er worden ervaringen aangeboden die de vaak verstarde interactie met de omgeving opent en andere mogelijkheden biedt. Het anders leren omgaan met de omgeving in een door de hulpverlener gestructureerde situatie staat centraal. Aan de hand van deze opgedane ervaringen kan de transfer naar buiten gemaakt worden; wat betekent dit voor de cliënt buiten de therapieomgeving? De cliënt kan binnen deze vorm vertrouwd raken met zijn mogelijkheden, zijn krachten en oplossend vermogen. Hierdoor ontstaat er vertrouwen in zichzelf en in de relatie met de therapeut.

De therapeut legt niet uit hoe het moet, maar wát er moet gebeuren. De cliënt kan hier dan zijn eigen invulling aan geven, waarna hierop gereflecteerd kan worden. Hij geeft eigen invulling eraan, waarnaar de therapeut terug kan vragen. Daarnaast kan er ingegaan worden de ervaringen van de client. Het is belangrijk om situaties te creëren, die uitnodigen tot dit ervaren en die van de cliënt vraagt om zichzelf te laten zien. Voor de therapeut betekent dit

dat hij transparant moet zijn; betrouwbaar en doorzichtig, zodat de cliënt zich veilig genoeg voelt om dit te laten zien.

4.2 Toepassing op dubbele diagnose cliënten

De modaliteiten oefenen en ervaren zijn beide toe te passen bij de dubbele diagnose cliënt met schizofrenie en cannabisafhankelijkheid. Er zijn echter ook een aantal factoren waarmee rekening gehouden dient te worden. Zo zijn daar de symptomen van de schizofrenie en de cannabisafhankelijkheid, en de specifieke aspecten die deze combinatie van problemen met zich mee brengt. Beide modaliteiten kunnen hier op verschillende manieren op inspelen. De meest voorkomende en aanwezige symptomen zijn; te veel aan activiteit in beweging en gedachten, te kort aan activiteit in beweging en gedachten, gebrek aan beleving, een korte concentratie en weerstand tegen behandeling.

4.2.1 Oefenen met dubbele diagnose cliënten

Het oefengericht werken sluit aan bij de dubbele diagnose cliënt omdat het een doelgerichte en gestructureerde manier van werken is. Door het gebrek aan concentratie en overzicht is het voor de DD cliënt prettig wanneer dingen voor hem zijn gestructureerd en het doel duidelijk is. Het oefengericht werken aan sportieve doelen zal voor een aantal cliënten erg aanspreken. Het verbeteren van een vaardigheid werkt erg stimulerend omdat dit een positieve uitwerking heeft op de eigenwaarde. Wanneer de cliënt ergens beter in wordt voelt hij zich ook beter over zichzelf. Daarnaast heeft de cliënt ook moeite om het eigen kunnen in te schatten. Door dingen te meten en vast te leggen krijgen zij hier meer zicht op, wat leidt tot een realistischer beeld over zichzelf.

Het oefenen van sociale vaardigheden is moeilijker om aan te bieden, omdat veel DD cliënten de overtuiging uitdragen dat hier niets aan ontbreekt. Bij het aanbieden hiervan ontstaat vaak weerstand waardoor de activiteit niet het wenselijke resultaat voor beide partijen heeft. Het is dus noodzakelijk dat de cliënt zelf aan de vaardigheid wil werken om de activiteit tot een succes te laten zijn.

Voor de cliënten die niet gemotiveerd zijn om in beweging te komen zal deze modaliteit niet erg uitnodigend zijn en vraagt het veel overtuigingskracht van de therapeut.

De activiteit is mikken op de basket vanaf verschillende afstanden met als doel het oefenen met het inschatten van eigen kunnen. In eerdere activiteiten heeft Peter ervaren dat het voor hem moeilijk is om zijn eigen kunnen in te schatten. Hij is onzeker over zijn vaardigheden maar wil dit niet laten blijken aan anderen. Hierdoor heeft hij twee strategieën ontwikkeld; bluffen of doen alsof het hem niks interesseert. Hij heeft hierdoor steeds meer moeite zijn eigen kunnen in te schatten. Door binnen de activiteit per gooibeurt opnieuw in te schatten kan hij zelf aftasten waar de grens van zijn kunnen ligt. De therapeut stimuleert om de tijd te nemen voor de inschatting en helpt bij het evalueren van het verkeerd inschatten; waar moet rekening mee gehouden worden bij het inschatten? Ook bij aanpassingen van het arrangement lukt het hem steeds beter om verschillende factoren in te berekenen bij het maken van zijn inschatting.

4.2.2 Ervaren met dubbele diagnose cliënten

Het ervaringsgericht werken sluit aan bij de DD cliënt omdat dit hem de ruimte geeft om dingen zelf te ontdekken. Wanneer de cliënt snel weerstand voelt bij wat de therapeut hem aanbied kan een ervaringsgerichte activiteit uitnodigend werken. Omdat er bij het ervaren geen verplichtingen zitten aan hoe het ingevuld moet worden is de cliënt hier vrij in. In het navragen van de ervaring is het dan ook belangrijk om niet oordelend te zijn over de keuzes en de beleving van de cliënt. Wanneer deze het gevoel heeft zich te moeten verantwoorden zal deze sneller weerstand voelen.

Hoewel het er bij het ervaren om gaat dat de cliënt zelf dingen invult is het wél belangrijk dat het kader waarin dit gebeurt gestructureerd is. Door randvoorwaarden als bijvoorbeeld de duur en de structuur van de activiteit vast te stellen geeft het de cliënt genoeg houvast om met de opdracht aan de slag te kunnen.

De modaliteit kan ook gebruikt worden om het gevoel van identiteit van de cliënt te versterken. Dubbele diagnose cliënten worden vaak gezien als de ziekte die ze hebben, waarbij de aandacht voor de persoon die zij zijn verdwijnt. Zijzelf gaan ook geloven dat zij niet meer zijn dan deze dingen. Door middel van ervaren kan de cliënt bijvoorbeeld weer ontdekken wat hij prettig vindt en wat niet. Dit geeft meer informatie over de persoon achter het ziektebeeld en de verslaving en geeft ook aandacht aan de gezonde kant van de cliënt. Door te ervaren kan de cliënt kijken naar over welk gedrag hij tevreden is en naar welk gedrag hij zou willen veranderen.

De activiteit is het aangeven van je grenzen binnen het spel zonder regels. Een spel wordt gestart met enkel de manier van scoren en de teamindeling vastgesteld. Wanneer een deelnemer gedurende het spel een verandering wil aanbrengen mag hij de bel gebruiken die bij de therapeut staat. Het spel wordt dan stilgelegd om de mogelijke aanpassingen te bespreken.

Peter begint enthousiast aan het spel, maar raakt zichtbaar steeds minder betrokken. In de tussenevaluatie zegt hij hier niet zo'n leuk spel te vinden. Na doorvragen geeft hij aan het moeilijk te vinden om het overzicht te bewaren tijdens het spel waardoor hij er niet goed 'in zit'. Een aantal aanpassingen worden gedaan en aan het eind van het spel kan Peter goed meedoen. In de eindevaluatie komt Peter tot de conclusie dat door wat aanpassingen het spel voor hem beter te spelen was, maar dat hij er zelf nooit aan had gedacht om zelf deze aanpassingen bedacht had, laat staan dat hij het voorgesteld had aan de rest van de groep.

5. Motiverende gespreksvoering en de stadia van gedragsverandering

5.1 Motiverende gespreksvoering

Motivatatie om verlichting van klachten te bereiken is nog geen motivatie tot gedragsverandering. Bij de meeste problemen is er sprake van lijdensdruk, zodanig dat degene die de problemen heeft maar al te graag meewerkt aan die verandering. Denk bijvoorbeeld aan angst-en depressieklachten. Maar het gebruik van bijvoorbeeld alcohol, tabak en drugs heeft echter ook belangrijke positieve gevolgen. Dan is de motivatie voor verandering niet vanzelfsprekend en moet bewerkt worden.

5.1.1 Ontwikkeling

In 1991 publiceerde de Amerikaanse psycholoog William R. Miller, samen met zijn Britse collega Steve Rollnick *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. In dit boek presenteerden ze de theorie en praktijk van motiverende gespreksvoering. In 2002 publiceerden zij een nieuwe versie van dit boek waarin de eerder beschreven theorieën zijn aangescherpt.

Motiverende gespreksvoering is een persoonsgerichte, directieve gespreksstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen door het verhelderen en oplossen van ambivalentie voor verandering. Het is ontwikkeld voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen maar wordt ook gebruikt in andere gebieden van de geestelijke gezondheidszorg.

Motiverende gespreksvoering wijkt sterk af van de stereotype benadering van mensen met gewoonteproblemen. Vaak wordt gedacht dat een harde, agressieve confrontatie met het gedrag en de consequenties ervan het beste is. Weerstand dient gebroken en leugenachtige ontkenning ontmaskerd te worden. Miller en Rollnick wijzen een dergelijke confronterende aanpak af. Uit een meta-analyse van effectiviteitsstudies in de alcoholhulpverlening concludeerden ze dat er voor de werkzaamheid van *confrontational counseling* geen empirische evidentie bestaat (Miller e.a., 1995). Het platweg voorhouden van de negatieve consequenties en het overtuigen van patiënten van het slechte van hun gedrag blijkt ineffectief te zijn en geen verandering teweeg te brengen.

5.1.2 Beïnvloeden van motivatie

In de geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer aandacht besteed aan het motiveren van de cliënt. Behandelaars kunnen vaak goed vertellen wat de cliënt moet veranderen om beter te worden, maar het lukt de cliënt dan toch vaak niet om het gedrag te veranderen en die gedragsverandering vol te houden. Het is daarom van belang dat de behandelaars niet alleen vertellen wat de cliënt anders moet doen, maar ook helpt om de motivatie van de cliënt te begrijpen en te beïnvloeden. Een hulpmiddel hierbij is motiverende gespreksvoering.

5.1.3 Onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie

Motiverende gespreksvoering stoelt op twee principes, te weten *onvoorwaardelijke acceptatie* en *constructieve zelfconfrontatie*. De hulpverlener bouwt aan een relatie die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze. Het principe van onvoorwaardelijke acceptatie houdt in dat de hulpverlener geen gedrag veroordeelt, ook al is het zelfdestructief. Het uiteindelijke doel van de hulpverlener is niet gedragsverandering,

maar harmonie van wensen en gedrag. De voorwaarde om probleemgedrag niet moraliserend tegemoet te treden maakt het toepassen van motiverende gespreksvoering moeilijk voor al degenen die niet bereid en in staat zijn hun eigen (voor)oordelen over probleemgedrag op te schorten.

Constructieve zelfconfrontatie verwijst ernaar dat voor verandering van gedrag vaak wel een confrontatie nodig is - niet met de wensen en opvattingen van anderen, maar met de tegenstrijdigheden in zichzelf. De kern van motiverende gespreksvoering bestaat dan ook uit het selectief, maar niet moraliserend, voorhouden van gegevens die de hulpverlener weet van de persoon zelf.

5.1.4 Strategieën

In de motiverende gesprekvoering gaat men uit van een viertal strategieën.

1. druk empathie uit

Empathisch reageren vormt een basisstrategie van motiverende gespreksvoering. Door middel van reflectief luisteren laat de hulpverlener blijken dat hij begrijpt wat de patiënt zegt, voelt en denkt. Dit vormt de basis van adequate emotionele en cognitieve reflecties, die de mogelijkheid tot verandering verhogen doordat zij ervaringen ordenen en expliciteren.

2. ontwikkel discrepantie

In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te verstoren tussen de krachten die de gewoonte continueren en de overwegingen om te veranderen. De hulpverlener doet dit door selectief te reflecteren op wat de patiënt vertelt. Hij zal bij voorkeur datgene uitlokken en reflecteren wat op positieve verandering wijst. Door het uitlokken, sturen en inprenten (laten herhalen) van zelfmotiverende uitspraken roept hij discrepantie op tussen de huidige stand van zaken en de toestand die iemand wenst.

3. beweeg mee met weerstand

Als er in een gesprekscontact sprake is van weerstand dan kan de hulpverlener daar gebruik van maken. Hij kan zich in het standpunt van de patiënt verplaatsen en diens argumenten herhalen, eventueel met een zekere overdrijving. Achter weerstand gaat vaak kracht schuil, in de vorm van eigenzinnigheid of koppigheid. Die kracht kan ook in de 'goede' richting worden aangewend. Een mooie metafoor is te vinden in de 'judo-techniek', waarbij van de kracht en het momentum van de tegenstander ten eigen bate gebruik gemaakt kan worden. Tevens kan deze weerstand als in indicatie gezien worden door de therapeut om een ander weg in de slaan in de behandeling.

4. ondersteun persoonlijke effectiviteit.

De hulpverlener versterkt en ondersteunt het vertrouwen dat de patiënt in zichzelf heeft in staat te zijn datgene te doen dat nodig is om hun doel te bereiken: de zelf-effectiviteit. Geloof en hoop zijn van invloed op het slagen van gedragsverandering. De hulpverlener versterkt de succeservaringen van patiënt door verandering in gedrag te bevestigen. Verder lokt hij positieve ervaringen uit.

5.1.5 Beperkingen

De toepasbaarheid van motiverende gespreksvoering is, gezien de nadruk op eigen verantwoordelijkheid, beperkt. In alle situaties waarin men maatregelen wil nemen die tegen de wil van de cliënt ingaan of die zijn bedoeld voor een cliënt die niet in staat is tot zelfcontrole, kan motiverende gespreksvoering niet gebruikt worden. Te denken valt aan verwarde, niet bij hun bewustzijn verkerende, aan ernstige cognitieve tekorten lijdende of anderszins niet-aansprekbare personen, of personen die men tegen zichzelf wenst te beschermen.

In het geval van dubbele diagnose cliënten zou het kunnen dat iemand nog zo veel last heeft van bijvoorbeeld wanen en hallucinaties dat het niet mogelijk is om vanuit zijn motivatie de

behandeling te benaderen. Pas als deze symptomen zodanig zijn verminderd, door bijvoorbeeld medicatie, dat de cliënt zelf duidelijk onderscheid kan maken tussen zijn persoonlijke eigenschappen en keuzes enerzijds en de symptomen anderzijds, kan er goed via deze methode gewerkt worden.

Daarnaast is motiverende gespreksvoering een democratische, op verleiding en overreding berustende benadering. Sommige mensen laten zich mogelijk meer aanspreken door een autoritaire, dwingende benadering. Wanneer een dubbele diagnose cliënt al meerder malen in behandeling is geweest en al decennia lang met dezelfde problemen kampt, zou het kunnen dat deze niet (meer) de capaciteiten heeft om vanuit eigen motivatie zijn gedrag te veranderen. Ook bij deze groep zal de benadering volgens de motiverende gespreksvoering niet veel effect hebben. Deze zullen niet door eigen motivatie tot het besluit komen hun gedrag te veranderen. Ook voor behandelaars is het niet altijd mogelijk om de motiverende gespreksvoering goed toe te passen. Wanneer het voor de behandelaar niet mogelijk is om zich niet oordelend en open op te stellen naar de wensen van de cliënt zal het moeilijk zijn de motiverende gespreksvoering succesvol te gebruiken.

5.2 Pochaska en Diclemente

De methodiek van de motiverende gespreksvoering maakt gebruik van de door Prochaska en DiClemente ontwikkelde theorie over stadia van gedragsverandering*.

De cirkel van Prochaska en DiClemente kwam tot stand toen ze een antwoord zochten op de vraag hoe mensen veranderen. Ze kwamen tot een beschrijving van een aantal stadia die iemand achtereenvolgens doorloopt wanneer beslissingen genomen worden om gewoontes te doorbreken. Deze cirkel is niet een volledige weergave van de werkelijkheid; in de werkelijkheid loopt het meer door elkaar heen. Deze cirkel geeft een overzicht van wat er in de motivatie gebeurt. We kunnen zien waar de cliënt staat in zijn motivatie tot verandering wat indicaties geeft aan de therapeut waar hij in moet steken in de behandeling.

5.2.1 Toepassing

Wanneer de behandelaar een positief aandeel wil hebben in de gedragsverandering van de cliënt is het noodzakelijk om aan te sluiten bij waar deze op dat moment staat in zijn proces. Het is bijvoorbeeld niet passend te onderhandelen over een behandelingsdoel als de cliënt zich nog in het stadium bevindt van de voorbeschouwing. Zo is het ook niet zinvol nog veel gevoelens te reflecteren als de cliënt vraagt naar concrete hulpmiddelen om zijn beslissing in daden om te zetten.

Door dit model te gebruiken krijgt de behandelaar goed zicht op welk niveau hij bij de cliënt moet insteken om deze verder te helpen. Dat zal direct effect hebben omdat de cliënt zich begrepen en gesteund voelt waardoor er een beter contact ontstaat. Mocht de poging tot verandering mislukken is er plaats om hierover te praten. In het geval van meer autoritaire vormen van hulpverlening schaamt de cliënt zich eerder tegenover de behandelaar waardoor hij contact soms zelfs verbreekt. Door het gedrag niet te veroordelen blijft het contact met de behandelaar in stand, wat weer nieuwe mogelijkheden creëert voor het vervolgen van de behandeling.

* voor omschrijving en model zie bijlage

6 De nieuwe behandelstrategie

6.1 Keuze voor fase overpeinzing

Ik heb voor deze scriptie gekozen om in te gaan op de fase van overpeinzing uit de motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente*. Ik heb gekozen voor deze fase omdat dit de fase is waar de therapeut veel invloed kan uitoefenen op de besluitvorming van de cliënt. Deze maakt de afweging in behoud of verandering van zijn ongewenste gedrag. De therapeut moet zijn interventies goed afstemmen omdat hij de keuze van de cliënt in positieve maar ook in negatieve richting kan beïnvloeden.

Voor Peter staat er 1 groot dilemma in zijn leven centraal; zijn huidige levensstijl voortzetten met mogelijk verdere afglijding als gevolg, of zijn levensstijl grondig aanpassen om beter te functioneren. Hoewel hij niet tevreden is met hoe hij nu in het leven staat wil hij ook niet afscheid nemen van zijn 'vrije levensvisie'. Hij verblijft dus in de fase van overpeinzing.

6.2 Motiverende gespreksvoering en PMT

In de komende paragrafen verbind ik de strategieën van de motiverende gespreksvoering met de PMT.

6.2.1 Uitdrukken van empathie:

Wanneer de cliënt zijn invulling geeft aan een activiteit laat hij zichzelf daarin zien. Het is belangrijk dat de therapeut hierin empathisch reageert; dat hij wil begrijpen waarom de cliënt zich zo laat zien. Hierdoor krijgt de cliënt meer ruimte om te laten zien wie hij is en te onderzoeken wat hij anders zou willen. Door deze strategie toe te passen creëert de therapeut een veilige sfeer waarin dit kan. Wanneer de cliënt gedrag vertoont wat niet wenselijk is, is het aan de therapeut om dit bespreekbaar te maken. Ook hier is het uitdrukken van empathie erg belangrijk; wanneer de cliënt het gevoel heeft begrepen te worden is er meer mogelijkheid tot gesprek en verdere beïnvloeding dan wanneer het contact tussen beiden onderbroken wordt door een conflictsituatie.

Peter is negatief aanwezig in de PMT. Op alle voorstellen van de therapeut reageert hij negatief, wil hij niet meedoen en wanneer hij wel meedoet stelt hij zich passief op waardoor hij de therapie ook voor anderen verstoort. Wanneer de therapeut opmerkt dat hij anders aanwezig is dan de afgelopen keren reageert hij geïrriteerd; 'ik heb vandaag gewoon geen zin in dit gezeur'. Wanneer de therapeut zegt dat wel vervelend is voor hem dat hij dan wel aanwezig moet zijn kijkt hij verbaasd op. 'Ja, dat is het zeker!' Wanneer de therapeut verder vraagt over wat er aan de hand is verteld Peter wat hem dwarszit.

Een autoritaire/dwingende houding van de therapeut roept vaak een verongelijkte reactie op bij de cliënt doordat hij niet wordt erkent in de last die hij ervaart. Doordat de therapeut empathie toonde ten aanzien van de last die Peter had van de situatie voelde hij zich begrepen, wat hem meer ruimte gaf om hierover te praten. Dit geeft een opening voor de therapeut om bespreekbaar te maken hoe hij anders om kan gaan met dat waar hij mee zit, wat inzicht geeft wat wenselijker gedrag is in zo'n situatie.

* zie bijlage

6.2.2 Ontwikkelen van discrepantie:

De cliënt doet binnen de PMT ontdekkingen over zijn doen en laten. Het is de taak van de therapeut om de ordening van deze bevindingen zo te beïnvloeden dat de cliënt een duidelijker onderscheid ziet tussen welk gedrag hij wil voortzetten en van welk gedrag hij afstand wil nemen; de discrepantie. Dit kan de therapeut doen door vooral de voordelen van een gedragverandering te benadrukken. Door bijvoorbeeld vooral aandacht te geven aan wenselijk gedrag en positieve ervaringen zal de cliënt geneigd zijn hier meer van te laten zien, en meer afstand te nemen van het niet wenselijke gedrag. Dit kan bijvoorbeeld door de behaalde doelen binnen de activiteit vast te leggen en te benadrukken.

In een samenwerkingopdracht waarbij een puzzel opgelost moet worden verloopt de communicatie rommelig. Doordat het niet lukt raken de deelnemers gefrustreerd. Peter richt zijn frustratie op één van zijn groepsleden. De therapeut legt de activiteit stil en bespreekt met de cliënten hoe het beter zou kunnen. Peter benadrukt de negatieve invloed van anderen. Doordat de therapeut hier geen aandacht geeft aan deze opmerkingen en alleen vragen stelt over het verbeteren van de situatie verdwijnt langzamerhand de negatieve stemming en wordt er samen een plan gemaakt.

In dit voorbeeld geldt; wat aandacht krijgt groeit, wat geen aandacht krijgt verminderd. Wanneer de cliënt geen aandacht krijgt door negatief gedrag zal hij dit sneller opgeven.

6.2.3 Meebewegen met weerstand:

Bij deze strategie staat omschreven als de therapeut zich moet verplaatsen in het standpunt van de cliënt en diens argumenten herhalen, eventueel met enige overdrijving.

Door dit toe te passen blijf je uit het conflict en de cliënt hoort zijn eigen uitleg voor zijn gedrag.

Het meebewegen met weerstand kan in sommige situaties ook betekenen dat de therapeut moet besluiten een andere weg in te slaan in de behandeling; weerstand kan een indicatie zijn dat de huidige strategie geen aansluiting vindt bij de cliënt.

De activiteit is weigeren je plek op te geven wanneer een ander daarom vraagt, ondanks de overredingskwaliteiten van deze persoon. Er wordt terug gevraagd op de gevoelens die het nee blijven zeggen oplevert en het herkennen van patronen hierin.

‘Wat een onzin, hier heb ik geen zin in’.

‘Waarom niet?’.

‘Ik vind dit onzin, ik heb dit niet nodig’.

‘Je wilt niet meedoen, omdat jij het niet nodig hebt om te oefenen met nee zeggen?’ (herhalen)

‘Nee ik kan echt wel nee zeggen als ik dat wil’.

‘Als jij het wil lukt jouw in alle situaties om nee te zeggen ondanks dat het aanbod wel aantrekkelijk is?’ (herhalen en overdrijven)

‘Nou ja, meestal wel’

‘Meestal, dus niet altijd; kan je ook een voorbeeld bedenken van wanneer het minder makkelijk is om nee te zeggen’.

‘ummm nou ja’

‘Zou je zo’n voorbeeld kunnen gebruiken om je in te leven in deze activiteit?’

Door wat Peter zei met enige overdrijving te herhalen, werd hij gevraagd zijn eigen verantwoording te beoordelen. Hierdoor kwam hij zelf met een motivatie waarom hij wel zou kunnen oefenen binnen deze activiteit.

6.2.4 Ondersteunen van persoonlijke effectiviteit.

Door activiteiten aan te bieden waarin er gewerkt wordt aan het verbeteren van sportieve en psychosociale vaardigheden groeit de persoonlijke effectiviteit. Wanneer de cliënt iets bereikt voelt hij zich beter over zichzelf. Dit geeft moed voor het aanpakken van andere uitdagingen. Het is dan wel noodzakelijk dat er een stapsgewijze opbouw in zit. Hierdoor is er een grotere kans op een succeservaring en is deze ook beter zichtbaar voor cliënt. De therapeut moet er voor zorgen dat de cliënt de prestatie aan zijn eigen mogelijkheden tot prestatie verbindt.

De 'pedalo's' (2 voetplankjes met 6 wielen waarop voortbewogen kan worden) vind Peter interessant, maar ook wel gevaarlijk; je kan snel uit balans raken, dus vallen is een realistisch risico. Hij heeft al een aantal keer gekeken, maar zag het tot nu toe nog niet zitten om het zelf te doen.

Na vragen en aanwijzingen van de therapeut over het organiseren van zijn veiligheid stelt hij zijn eigen plan op hoe hij het aanpakken. Geconcentreerd begint hij met twee sterke hulpen die hij duidelijk instrueert. Wanneer de therapeut complimenteert op zijn aanpak kijkt hij bedenkelijk op.

Na twee banen met hulp en één baan met hulp binnen handbereik, doet hij het alleen. Nadat hij afstapt verschijnt er een voorzichtige glimlach op zijn gezicht: 'dit is echt een te gek ding'.

'En je vond het eerst zo eng.'

'Ja, het viel uiteindelijk best wel mee'

'Je hebt dit helemaal zelf mogelijk gemaakt, door stapsgewijs je eigen aanpak te volgen.'

'Tja', zegt hij zachtjes.

In deze activiteit heeft Peter een sportieve vaardigheid verkregen waardoor hij zich meteen beter voelde, en een psychosociale vaardigheid geoefend, namelijk het maken van een plan zodat hij het aandurft nieuwe dingen te leren.

6.3 Oefenen of ervaren in de fase van overpeinzing

In deze fase twijfelt de cliënt over het veranderen van zijn gedrag. Het doel van de therapeut is in deze fase is het positief beïnvloeden van deze overweging.

6.3.1 Oefengericht werken

In de fase van overpeinzing maakt de cliënt de afweging of hij wil veranderen of niet. Dit is grotendeels afhankelijk van zijn geloof in zichzelf om dit te kunnen.

Wanneer de cliënt niet geloofd dat het hem zal lukken om zijn gedrag te veranderen, zal hij ook geen poging ondernemen om dit te proberen. Het is aan de therapeut om de zelfeffectiviteit van de cliënt te vergroten zodat de cliënt gaat geloven dat hij zijn gedrag zelf kan veranderen.

Door een oefengerichte activiteit aan te bieden creëert de therapeut een mogelijkheid tot verkrijgen of verbeteren van een vaardigheid.

Door de resultaten van zijn aanpak te benadrukken door bijvoorbeeld het aantal behaalde punten of niveau vast te leggen wordt het voor de cliënt zichtbaar wat hij zelf heeft bereikt. Hierdoor groeit het vertrouwen in zichzelf en dus ook in zijn mogelijkheden tot veranderen; de zelfeffectiviteit.

Binnen deze modaliteit kan er ook al letterlijk geoefend worden met het leren van nieuw gedrag, door wenselijk gedrag in te oefenen in een daarvoor ontworpen bewegingssituatie. Dit kan de voorbereiding zijn voor een gedragsverandering buiten de PMT. Dit zou bijvoorbeeld invloed kunnen hebben op manier waarop de cliënt aan zijn behandelingsproces deelneemt.

6.3.2 Ervaringsgericht werken

In het ervaringsgericht werken is het doel voor de cliënt om te ontdekken hoe hij dingen doet en ervaart en of en hoe hij dit anders zou willen.

Door ervaringsgericht te werken kan de therapeut de cliënt de mogelijkheid bieden om stil te staan bij hoe hij in elkaar steekt. Wanneer hij meer inzicht krijgt in hoe hij functioneert, kan hij ook beter een afweging maken in het wel of niet veranderen van zijn gedrag. De cliënt en zijn beleving staan hierin dus centraal.

De therapeut oefent invloed uit op de keuze van de cliënt, door de bevindingen die de cliënt doet, selectief te benoemen. Hierbij schenkt hij meer aandacht aan de positieve gevolgen van een gedragsverandering en de negatieve gevolgen van gedragsbehoud.

6.4 Productomschrijving

Om tot een keuze te komen voor oefengericht respectievelijk ervaringsgericht werken heb ik beide werkwijzen uitgewerkt aan de hand van de in paragraaf 3.4 besproken productomschrijving. Door deze omschrijvingen naast de motivatiekenmerken van de cliënt kan de therapeut komen tot een keuze in benaderingswijze en de beschreven handvaten gebruiken.

6.4.1 Oefengericht werken

Rationale: Dubbele diagnose cliënten met schizofrenie en cannabisafhankelijkheid zijn gebaad bij gestructureerde bewegingssituaties waarin zij kunnen oefenen met zowel sportieve als psychosociale vaardigheden.

Indicaties: Deze benaderingswijze is bedoeld voor cliënten die in hun overweging tot gedragsverandering geblokkeerd worden door een tekort aan zelfvertrouwen of een gebrek aan specifieke psychosociale vaardigheden.

Contra-indicaties:

Lichamelijke klachten die deelname onmogelijk maken

Psychische klachten die de deelname van anderen ernstig beïnvloeden; bijvoorbeeld na een conflict

Duidelijk verstorende psychotische belevingen die het voor de cliënt onmogelijk maken in het hier en nu deel te nemen.

Doelen:

Het kunnen komen tot een plan van aanpak

Het verbeteren van psychosociale vaardigheden

Succeservaringen opdoen

Interventies:

Het structureren van activiteiten

Instrueren tot methodisch denken

Succeservaringen genereren

Stimuleren van wenselijk gedrag

Randvoorwaarden:

Een goed uitgeruste PMT ruimte

Minstens HBO opgeleide Psychomotorische Therapeut met kennis over de toepassing van de strategieën van motiverende gespreksvoering.

Subtypen: Deze benaderingswijze kan zowel op groepsniveau als individueel toegepast worden.

Behandelduur en frequentie: Gedurende de opname twee keer in de week.

Eindtermen: De cliënt is in staat een plan van aanpak te maken voor het leren van een vaardigheid.

6.4.2 Ervaringsgericht werken

Rationale: Cliënten met de dubbele diagnose schizofrenie en cannabisafhankelijkheid zijn gebaad bij gestructureerde bewegingssituaties waarbij hij ervaringen op doet met betrekking tot zijn keuzes in zijn gedrag. Aan de hand van deze ervaringen kan hij conclusies trekken over het continueren dan wel doorbreken van gedragspatronen. Daarnaast is hij gebaad bij een therapeutische setting waar hij kan experimenteren met andere mogelijke gedragingen.

Indicaties: Deze benaderingswijze is geschikt voor cliënten die in hun overweging tot gedragsverandering geblokkeerd worden door een gebrek aan inzicht in hun onwenselijke gedrag en de last die zij daaraan ondervinden of door een gebrek aan inzicht in de keuzemogelijkheden die zij hebben in hun benaderingsstrategie.

Contra-indicaties:

Lichamelijke klachten die deelname onmogelijk maken

Psychische klachten die de deelname van anderen ernstig beïnvloeden; bijvoorbeeld na een conflict

Duidelijk verstorende psychotische belevingen die het voor de cliënt onmogelijk maken in het hier en nu deel te nemen.

Doelen:

Bewust worden van onwenselijk en zelfsaboterend gedrag

Vergroten van kennis over verschillende benaderingswijzen

Interventies:

Structureren van ervaringen en omstandigheden

Spiegelen van gedrag

Steunen

Uitnodigen tot ervaren

Randvoorwaarden:

Een goed uitgeruste PMT ruimte

Minstens HBO opgeleide Psychomotorische Therapeut met kennis over de toepassing van de strategieën van motiverende gespreksvoering.

Subtypen: Deze benaderingswijze kan zowel op groepsniveau als individueel toegepast worden.

Behandelduur en frequentie: Gedurende de opname twee keer in de week

Eindtermen: De grootst mogelijke mate van zelfverwerkelijking die voor de betreffende cliënt op dat moment haalbaar is.

7. Conclusie

Beide modaliteiten zijn goed inzetbaar in de behandeling van dubbele diagnose cliënten met schizofrenie en cannabisafhankelijkheid, maar op verschillende momenten. Deze momenten hangen af van de motivatie die de cliënt op dat moment heeft.

De moeilijkheid is dat in een groep de cliënten niet iedereen op hetzelfde moment in dezelfde motivatie zitten. Het is dus onmogelijk om voor zo'n groep een vaste benaderingswijze vast te leggen. Maar het is wel mogelijk om vast te stellen welke indicaties er zijn om op een bepaalde wijze te handelen. Daarnaast zijn er handvaten om om te gaan met de problemen die het tegelijkertijd werken met verschillend gemotiveerde cliënten met zich mee brengt.

De principes van de motiverende gespreksvoering komen goed van pas om ondanks de weerstand en wisselende motivatie in te spelen op de cliënten. Vanwege de groepssamenstelling is het niet mogelijk om altijd bij iedereen aan te sluiten, maar door deze methode heeft de therapeut wel handvaten hoe hij in deze situatie het contact met de cliënt het best kan onderhouden. Het sluit dan weliswaar niet helemaal aan bij de individuele hulpvragen van dat moment, maar door deel te blijven nemen kunnen cliënten wel dingen blijven opsteken.

Binnen een individuele therapie zou het beter mogelijk zijn om aan te sluiten bij de fase waarin de cliënt zich op dat moment bevindt. Maar de groep biedt meer mogelijkheden in het ervaren en oefenen van psychosociale vraagstukken. De interactie met anderen en de keuzes die de cliënten hierin maken zijn erg belangrijk in de behandeling van hun problemen.

Ik heb deze doelgroep gekozen omdat het voor deze groep zo noodzakelijk is om beide aspecten van de dubbele diagnose tegelijk aan te pakken. Gaandeweg door mijn scriptie heen heb ik wel gemerkt dat de uitkomst ook toegepast zou kunnen worden op cliënten met andere diagnoses. Specifiek voor deze doelgroep is dat activiteiten altijd gestructureerd aangeboden moeten worden, en dat deze cliënten veel geholpen moeten worden met het ordenen en waarderen van opgedane ervaringen.

In de productomschrijving ben ik uiteindelijk gekomen tot indicaties voor oefen- en ervaringsgericht werken. Daarbij geeft dit ook richtlijnen waar de therapeut zich op moet richten binnen de modaliteit.

Literatuurlijst

Boeken:

W. Vanderreycken en R. van Deth (2004), Psychiatrie, van diagnose tot behandeling (2^e druk), Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

American Psychiatric Association (2001), Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (2^e druk), Lisse: Swets & Zeitlinger

Henk T. van der Molen, Sandra Perreijn, Marcel A. van den Hout (1997), Klinische psychologie; theorieën over psychopathologie, Groningen: Wolters-Noordhoff

William R. Miller, Stephen Rollnick (2006), Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering,
Lauwrens van der Leer (vertaler) Gorinchem : Ekklesia

Geert Dom (1999), Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan
Berchem : EPO

Pim Cuijpers (2000), Cannabis
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Dirk J. Korf (2004), Sterke wiet: een onderzoek naar blowgedrag, schadelijkheid en afhankelijkheid van cannabis
Amsterdam: Rozenberg

Mirek Kanbela (2003), Psychosen en schizofrenie: theorie en behandeling
Lisse: Swets en Zeitlinger

M. van Hattum, G. Hutschemaekers (2000), In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie
Utrecht: Trimbos-instituut

Artikelen:

H. van der Meijden- van der Kolk (1995), Psychomotorische therapie in de psychiatrie
Uit: Reader Inleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie 2000-2001, Calo
Zwolle

T. Posthuma, R. Vos, & M. Kerkmeer (2003), Aanbevelingen voor behandeling van dubbele diagnose cliënten.

F. Smit, L. Bolier & P. Cuijpers (2004),. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 59

Reader:

Diagnostiek, indicatie en behandeling, 2005-2006

Collegedictaten:

2005-2006, Module BA&PMT, docent: Pauline Fellingner

Bijlage 1

Omschrijving DSMIV-TR

Schizofrenie:

A. Kenmerkende symptomen: Twee (of meer) van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):

- (1) wanen
- (2) hallucinaties
- (3) onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie)
- (4) ernstig chaotisch of katatoon gedrag
- (5) negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie

B. Sociaal/ Beroepsmatig disfunctioneren: Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen als werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau dat voor het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kinderleeftijd of adolescentie ligt is niet gelukt het niveau te bereiken, dat op relationeel, school of beroepsmatig terrein verwacht kon worden).

C. Duur: Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met symptomen met prodromale of restsymptomen. Gedurende deze prodromale of restperiode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).

D. Uitsluiting van schizoaffectieve of stemmingstoornissen: Een schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat ofwel (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes tegelijk met symptomen van de actieve fase zijn voorgekomen met de totale duur die kort was in verhouding tot de duur van de actieve en de rest-periode.

E. Uitsluiting van het gebruik van middelen/of een somatische aandoening: De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

F. Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: Indien er een voorgeschiedenis is met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende tenminste één maand)of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.

Bijlage 2

Omschrijving DSMIV-TR

Afhankelijkheid van een middel:

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of leiden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van 12 maanden voordoen.

- (1) tolerantie
- (2) onthouding
- (3) het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was
- (4) er bestaat een aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
- (5) een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettigroken), of aan het herstel van de effecten ervan
- (6) belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel
- (7) het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkige of terugkerende lichamelijke of psychisch probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd door het middel (bijvoorbeeld actueel cocaïnegebruik ondanks het besef dat een depressie door cocaïne veroorzaakt wordt of doorgaan met het drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik)

Bijlage 3

Omschrijving DSMIV-TR

Antisociale persoonlijkheidsstoornis:

A. Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en scheiding van de rechten van anderen vanaf het vijftiende jaar aanwezig, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

- (1) niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden tot arrestatie kunnen zijn
- (2) oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwenden ten behoeve van eigen voordeel of plezier
- (3) impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen'
- (4) prikkelbaarheid en agressiviteit zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging
- (5) roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen
- (6) constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen
- (7) ontbreken van spijtgevoelens, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben

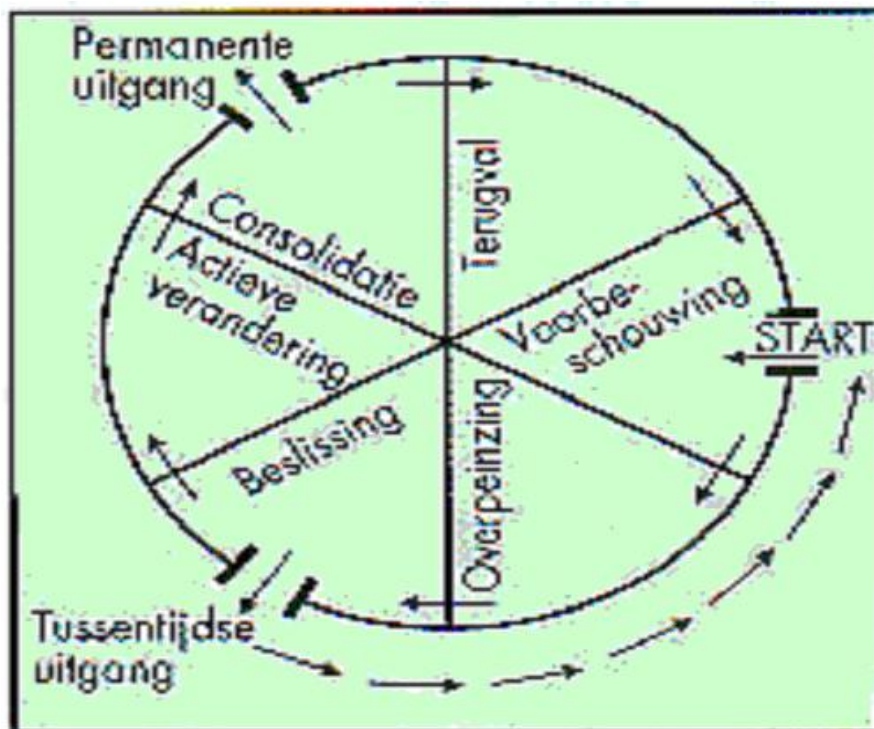
B. De leeftijd is ten minste achttien jaar.

C. Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis (zie pagina 100) beginnend voor het vijftiende jaar.

D. Het antisociale gedrag komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes.

Bijlage 4

De stadia van gedragsverandering



Stadium 1: voorbeschouwing

In dit stadium hebben mensen niet de bedoeling om in de nabije toekomst een actie te ondernemen. Soms zien zij niet in hoe zij zelf een oplossing kunnen zijn voor hun probleem, of is het vertrouwen in zichzelf aangetast. Wanneer iemand al vaker pogingen heeft gedaan om te veranderen maar deze pogingen steeds mislukken, zakt de motivatie om het nog eens te proberen. Verdere pogingen om te veranderen worden opgegeven, om niet nogmaals met een mislukking te worden geconfronteerd.

In dit stadium is het van belang om op een positieve manier aandacht te vragen voor het thema. Dit kan door de voorgestelde verandering op een objectieve manier te bespreken; door feiten te geven.

In deze fase is kennis toename een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor gedragsverandering; 'weten' is niet gelijk aan 'doen'.

Stadium 2: overpeinzing

In dit stadium hebben mensen de intentie om hun gedrag in de nabije toekomst te veranderen. Het afwegen van de voordelen en de nadelen van een gedragsverandering is het belangrijkste proces in deze fase. Een overzicht te maken van de voor en nadelen van de verandering kan helpen in het tot een keuze te komen. Zodra die balans in het voordeel van het gezonde gedrag begint over te hellen, groeit de bereidheid tot actie. Gedrag wordt immers in sterke mate bepaald door de verwachte effecten ervan. Een open en luisterende houding van de therapeut is in deze fase erg belangrijk.

Stadium 3: beslissing en voorbereiding

In dit stadium is het de bedoeling om in de nabije toekomst een actie te ondernemen. In deze fase is er een concreet plan om de levensstijl te veranderen.

Het expliciteren van een bepaalde beslissing (concreet formuleren van de acties) en de verbintenis om dat inderdaad vol te houden (een contract afsluiten), zijn concrete hulpmiddelen. Bepaalde hindernissen belemmeren mensen de stap van overpeinzing naar actie te zetten. Deze hindernissen tot gedragsverandering onderzoeken en zoeken naar oplossingen zijn strategieën die gebruikt kunnen worden om goed voorbereid te zijn voor de actie. De hindernis wordt hanteerbaar, controleerbaar, en leidt niet onmiddellijk tot 'opgave' van het vooropgestelde doel.

Stadium 4: actie

In dit stadium veranderen mensen hun gedrag nadat ze bepaalde barrières hebben overwonnen. De patiënt werkt een concreet plan voor gedragsverandering uit. Doelen worden het best opgesplitst in korte, middellange en lange termijn doelen. Het noteren van de doelen, de termijnen, de streefdatum voor het realiseren van het uiteindelijke doel werkt motiverend. Bij het stellen van doelen is het belangrijk om zeker in het begin te zorgen voor succeservaringen; deze werken belonend en vergroten de kans dat de persoon zal volhouden. Moeilijke situaties worden in het begin best vermeden. Successen, hoe klein ook, geven meestal de moed om door te zetten, niet-haalbare doelen leiden tot motivatieverlies en uitval.

Stadium 5: consolideren

Wie het nieuwe gedrag al meer dan zes maanden volhoudt zit in de consolidatiefase; de gedragsverandering is bereikt. Toch krijgen deze mensen nog geregeld te maken met de verleiding of de neiging om te vervallen in het oude gedrag.

Stadium 6: terugval

In dit model is ook de terugval opgenomen. Dit is omdat er niet als negatief of als een mislukking naar wordt gekeken. Het wordt gezien als een belangrijk leermoment om de veranderingscirkel opnieuw te doorlopen en het probleemgedrag te ontleden. Zo krijg je meer inzicht met het oog op de toekomst. De terugval wordt zo benaderd dat het niet leidt tot opgave, maar tot een nieuwe poging.

Velen geven op zodra ze een kleine terugval hebben, vooral op basis van de wijze waarop ze de terugval interpreteren. De positieve zelfperceptie die de persoon had toen hij begin aan de gedragsverandering wordt verdrongen door een negatieve zelfevaluatie. Dit heeft een negatieve zelfperceptie tot gevolg wat de kans op uitval verhoogd. Ze ondernemen geen verdere pogingen, om niet nog eens met een mislukking te worden geconfronteerd en hun zelfwaarde niet totaal te verliezen. De therapeut tracht in geval van falen de patiënt op een realistische wijze te overtuigen van zijn mogelijkheden en zelfeffectiviteit. Succes moet worden toegeschreven aan zijn persoonlijke mogelijkheden en inzet en niet aan toevallige factoren zoals geluk of een lage moeilijkheidsgraad.