

What to do, what to do?

*Psychomotorische therapie binnen de dubbel
diagnostiek, begrepen vanuit de motiverende
gesprekstechnieken.*



Dubbele diagnose

GGZ Breburg Groep - Novadic Kentron

*Geert Jansen
Windesheim
BPT-deeltijd
10-6-2008*

Scriptiebegeleider: Paul Verschuur

What to do, what to do?

*Door:
Geert Jansen*

Psychomotorische therapie binnen de dubbel diagnostiek, begrepen vanuit de motiverende gesprekstechnieken.

In dit artikel verkrijgt u meer informatie over het psychomotorische therapie binnen de doelgroep dubbel diagnostiek. De doelgroep die in de laatste jaren expliciet lijkt toegenomen, wordt bestempeld als complexe, moeilijke en ongemotiveerde doelgroep. Door de complexiteit van de doelgroep wordt het des te belangrijker dat de behandelvorm hierop aansluit. Dit artikel gaat verder in op de vraag; hoe gemotiveerde gesprekstechnieken kunnen worden geïntegreerd binnen de psychomotorische therapie. De vraag wordt beantwoord vanuit literatuuronderzoek gekoppeld aan ervaringen vanuit werksituaties, gerelateerd aan de doelgroep dubbel diagnostiek.

Inleiding

Dit artikel gaat in op technieken uit de psychomotorische therapie, die worden ingezet bij de behandeling van patiënten binnen de dubbel diagnostiek en verkeren in het stadium van overweging. Het artikel start met een algemene uitleg over de doelgroep dubbel diagnostiek en vervolgt met het model volgens Prochaska en DiClemente waaraan motiverende gesprekstechnieken zijn gekoppeld. De psychomotorische therapie binnen de doelgroep dubbel diagnostiek wordt uiteindelijk gekoppeld aan de technieken van motiverende gespreksvoering.

Dubbele diagnose

Tegenwoordig worden er steeds meer eisen aan mensen gesteld en wordt er toenemend beroep gedaan op de competitiviteit en flexibiliteit van de mens. Men meent over voldoende voldoende vaardigheden te beschikken om hiermee om te gaan, zowel op lichamelijk, geestelijk als materialistische vlak. Juist deze tijd typeert zich door toenemende mate van eenzaamheid en verveling, internpersoonlijke conflicten, sociale angsten, sociale druk en slapeloosheid.

Uit onderzoek is gebleken dat zowel bij mensen zonder bijkomende psychiatrische problemen als mensen met psychiatrische problemen, deze gezien worden als reden om gebruik te maken van psychoactieve middelen (Noordsy, 1991, Drake & Meuser, 2000). Het verband tussen middelenmisbruik en psychische problemen is uitermate complex. Men onderscheidt de 4 mogelijke vormen van interactie tussen middelengebruik en psychische problemen (Geert Dom, 1999):

1. Middelenmisbruik is een gevolg van een psychische stoornis;
2. Middelenmisbruik geeft aanleiding tot psychische problemen;
3. Middelenmisbruik en de psychische aandoening ontstaan vanuit een gemeenschappelijke onderliggende kwetsbaarheid;
4. Middelenmisbruik en de psychische aandoening bestaan onafhankelijk van elkaar.

Het samengaan van verslavingsproblematiek en een psychiatrische stoornis hebben een sterke negatieve invloed op elkaar, maar ook negatieve consequenties voor het behandelproces.

De dubbeldiagnostiek klinieken bestaan nog maar kort. Tot 1980 kon er volgens de DSMIV-tr maar één diagnose gesteld worden. Verslaving werd tot die tijd gezien als uiting van antisociaal gedrag. Na 1980 werd het mogelijk om meerdere stoornissen te classificeren bij een persoon.

Het Trimbos Instituut heeft onderzoek gedaan naar de eventuele wisselwerking tussen een psychische problematiek en een verslavingsproblematiek. Onderzoekscijfers wijzen uit dat:

- 20-50% van de GGZ populatie kampt met verslavingsproblemen;
- 60-80% van de patiënten in de verslavingszorg heeft psychische problemen.

Naar aanleiding van deze gegevens kan men concluderen dat behandeling van beide noodzakelijk is.

Behandeling

Wanneer men in de behandeling het middelenmisbruik niet meeneemt, vergroot men de kans op terugval en heropnames, dak- en thuisloosheid, grotere psychologische en (dus) economische kosten. De wijze van behandeling en de volgorde daarbij verschilt van elkaar. Dit is mede afhankelijk van het psychische ziektebeeld, het soort middel en de motivatie van betreffende persoon. De volgorde van behandeling is sequentieel of gelijktijdig, waarbij sterk wordt aanbevolen om verschillende interventies in sterke samenhang aan te bieden (Dubbele diagnose, dubbele hulp; richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, resultaten scoren 2003). Centrale elementen in een geïntegreerde behandeling zijn de focus op de patiënt, de continuïteit en consistentie van zorg, coördinatie van zorginspanning en een goede communicatie tussen betrokken hulpverleners bij voorkeur binnen een multidisciplinair team en binnen dezelfde behandelsetting (Drake&Meuser, 2000). De belangrijke criteria die van belang zijn bij het behandeladvies, zijn de bekendheid met de patiënt en de ernst van de symptomatologie (bron: Dubbele diagnose, Dubbele hulp; richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, resultaten scoren 2003).

Motivatatie

Motivatatie een term en een belangrijk aspect in de behandeling. Maar wat betekent motivatie nu eigenlijk, en hoe kunnen we deze interpreteren in de behandeling van dubbele diagnosepatiënten?

Motivatatie is geen persoonlijkheidskenmerk en komt niet voort uit de autoriteit van de hulpverlener. Men gaat ervan uit dat de patiënt zelf een specifieke veranderingsstrategie kiest, bepaalt en volhoudt en dat deze strategie beïnvloedbaar is. Motivatie kan gezien worden als eigenschap die aan verandering onderhevig is en waarop invloed uitgeoefend kan worden.

Daarom wordt motivatie binnen de behandeling van dubbel diagnostiek gezien als de bereidheid om te veranderen.

De motivatie voor gedragsverandering van de patiënt bij de behandeling van dubbele diagnoseproblematiek wordt gezien als belangrijke parameter. Hierin is niet alleen de intrinsieke motivatie van invloed maar ook de invloed en de druk vanuit de omgeving. Motivatie kan worden beïnvloed door allerlei inter- en intrapersoonlijke factoren, die zich op een natuurlijke wijze voordoen, en tevens door specifieke interventies.

Drie belangrijke componenten van motivatie bestaan uit:

- Gereedheid;
- Bereidheid;
- Vermogen.

De populatie dubbel diagnostiek staat bekend om de relatief lage therapietrouw en de hoge uitval tijdens de behandeling. Als hulpverlener moet men rekening houden met deze aspecten. Het ontdekken en begrijpen van iemands motivaties is een belangrijke eerste stap naar verandering. In plaats van je te richten op de vraag, waarom iemand een bepaalde verandering niet wil, is het eerste doel te onderzoeken wat iemand dan wél wil. Het onderwerp wordt hier dan niet vermeden, er wordt op deze wijze 'n context gecreëerd waar verandering mogelijk is.

Het tegelijkertijd of na elkaar aanwezig zijn van tegengestelde waarden, zijn gevoelens waar dubbele diagnosepatiënten dagelijks mee te maken krijgen. Hiermee doelt men op de term ambivalentie, wat tevens een algemeen menselijke ervaring is in een stadium in een normaal veranderingsproces. Dat mensen in ambivalentie vast komen te zitten is heel gewoon. Conflicten tussen aantrekking en vermijding kunnen bijzonder moeilijk oplosbaar zijn voor iemand die dat op eigen kracht probeert.

Het oplossen van ambivalentie kan een sleutel tot verandering zijn, en dus is er, als de ambivalentie eenmaal is opgelost, vaak weinig nodig om verandering tot stand te brengen. Als men het belang van verandering voelt, heeft dit te maken met discrepantie. Discrepantie wordt gezien als de basis van de verandering: geen discrepantie, dan ook geen motivatie.

Uit deze gegevens kan men concluderen dat met name bij de doelgroep dubbel diagnosepatiënten het belang is om motivatie tot gedragsverandering vast te stellen, zodat men als hulpverlener hierop gericht en gedoseerd interventie op kan toepassen.

Model van Prochaska en DiClemente

De verschillende fases van motivatie zijn weer te geven in een hulpverleningsmodel, namelijk in het Transtheoretische model volgens Prochaska en DiClemente (Prochaska & DiClemente, 2002). Dit model gaat ervan uit dat de mens onderhevig is aan vele veranderingen. Men heeft getracht om een kader op te stellen waarin de (therapeutische) veranderingen die plaatsvinden en de processen die daarbij een rol spelen weer te geven. Met als doel om hulpverleners en patiënten meer inzicht te geven in de verschillende elkaar opvolgende veranderingsstadia.

De belangrijkste insteek van dit model is de mate waarin mensen gemotiveerd zijn om hun gedrag binnen een bepaalde termijn te veranderen.

Het idee achter het model is dat mensen verschillende fases doorlopen om tot verandering te kunnen komen. Dit moet men zien als een dynamisch gebeuren, het verloopt procesmatig en kan weergegeven worden als een draaideurmodel. Men doorstaat de verschillende stadia waarbij men op elk willekeurig moment ervoor kan kiezen om te stoppen. De patiënt moet binnen elk stadia verschillende fases doorlopen, voordat men verder kan gaan met de volgende.

Het desbetreffende model bestaat uit 6 stadia

Het voorbeschouwingstadium

De patiënt is zichzelf nog niet bewust van zijn probleem. De omgeving rondom de patiënt ervaart des te meer problemen. Mede hierdoor staat dit stadium bekend door ontkenning en weerstand van de patiënt. Waarbij de patiënt vaak niet uit zichzelf op zoek gaat naar hulp, maar vaak worden gestuurd vanuit de omgeving. Dit zorgt er mede voor dat de patiënt vaak veel druk ervaart.

Het beschouwingstadium

De patiënt gaat meer naar zichzelf kijken, waarbij hij/ zij bewust wordt van zijn fouten en ziet in wat zijn leven zo problematisch kan maken. De problemen worden vaak gezien als problemen vanuit zijn omgeving, waar hij/ zij geen invloed op kan uitoefenen (projectiemechanisme). Men kan in dit stadium voor- en nadelen overwegen, waarbij men al dan wel of niet een beslissing maken om het gedrag te veranderen.

Het beslissingsstadium

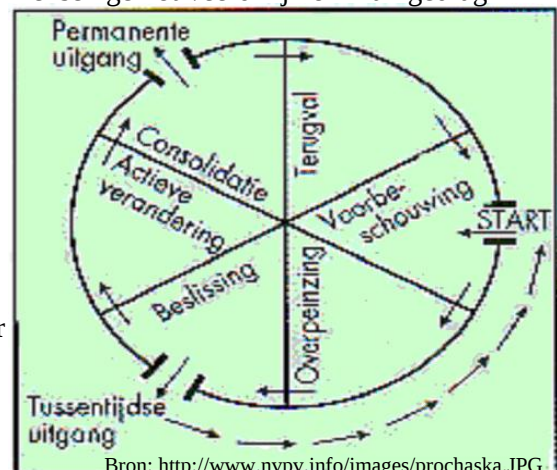
Dit stadium gaat van start wanneer de patiënt een besluit heeft genomen om in de nabije toekomst effectief tot een gedragsverandering te komen. Het gaat hierom een overgang van overpeinzing naar actieve verandering.

Het actiestadium

Men komt tot een actieve verandering, waarbij men het gedrag concreet gaat modificeren en zelf zal gaan kiezen hoe, waar en wanneer men dit gaat doen. Het behalen van succes hierin is van belang op het zelfwaarde gevoel en het gevoel van zelfredzaamheid.

Het consolidatiestadium

Het gedrag wordt duurzaam gemaakt, waarbij men de gedragsverandering gaat integreren in het gedrag van de persoon. Men moet aandacht besteden om niet terug te vallen in het oude probleemgedrag.



Het Terugvalstadium

Men gaat de eventuele terugval naar het oude gedrag niet als mislukken bestempelen. Het wordt gebruikt als belangrijk leermoment om de veranderingscirkel opnieuw te doorlopen. Men gaat reflecteren op het probleemgedrag, waarbij men meer inzicht kan verkrijgen op voorgenoemde.

Het is zowel voor de hulpverlener als voor de patiënt van belang om te weten in welke stadium de patiënt zich bevindt. Beide partijen krijgen hierbij zicht op het gehele proces, waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt waar hij/ zij staat in het proces. Doordat de hulpverlener aan de patiënt aanduidt in welke stadium van de veranderingscirkel hij/ zij zich bevindt, creëert men voor beide partijen een inzichtelijk proces. Het inzicht zorgt ervoor dat zowel de behandelaar als patiënt verantwoordelijk is voor de voortgang van het proces. Daarnaast heeft de desbetreffende behandelaar de mogelijkheid om de interventie aan te passen aan het stadium waarin de patiënt zich bevindt.

Interventies

Het model biedt de hulpverlener steunpunten waarop hij/ zij de behandeling kan aanpassen. We kunnen op gebied van interventies drie fases onderscheiden. Afhankelijk van het stadium waarin de patiënt zich bevindt zijn deze als volgt; de uitlok-, de informatie- en onderhandelingsfase. Zo zal de hulpverlener de patiënt moeten helpen om het proces daadwerkelijk te ondersteunen dat aan een gedragsverandering voorafgaat.

De uitlokfase

In de voorbeschouwingfase ervaart de patiënt zelf geen problemen. Voornamelijk de omgeving ervaart de klachten en voeren de druk op bij de patiënt. Zodra de patiënt zich bewust wordt en zichzelf de moeite waard vindt om te veranderen, wordt de stap om over zijn problemen na te denken en om zijn gedrag onder ogen te zien kleiner. De rol als hulpverlener is om zelfmotiverende uitspraken bij de patiënt uit te lokken, die zijn zelfbeeld en zijn bezorgdheid verhogen.

De informatiefase

Wanneer de motivatie van de patiënt steeds verder wordt geconcretiseerd, blijken er meer problemen op te spelen. Men heeft een tekort aan bezorgdheid over het probleem, gecombineerd met de angst om niet in staat te zijn om te veranderen, verhinderen vaak de overgang naar de effectieve beslissingsfase. De rol van de hulpverlener hierin is om de interventies te richten om de bezorgdheid bij patiënt verder worden opgedreven. Dit kan men door niet alleen gebruik te maken van verschillende luistertechnieken, maar ook door creatieve vragen te stellen en gebruik te maken van paradoxale technieken. Het is van essentieel belang om als hulpverlener op een neutrale manier objectieve informatie te geven aan de patiënt. Hierdoor helpt men de patiënt meer inzicht te verwerven in zijn probleem.

De onderhandelingsfase

Wanneer de patiënt een beslissing moet nemen om te komen tot een actieve verandering, zal mede een moment zijn dat de hulpverlener de rol in moet nemen als onderhandelaar. Het bespreken van voor- en nadelen van het oude en nieuwe gedrag werkt hierin vaak verhelderend. De hulpverlener treedt hierin passief, noch dirigerend op. Het is van belang dat de hulpverlener het respect opbrengt voor de eventuele keuze die de patiënt maakt.

Het maken van een verandering is onderhevig aan vele invloeden, de rol van zowel de patiënt maar ook de rol van de hulpverlener is hierin van groot belang. Het contact en de interventies van de hulpverlener kunnen veel invloed hebben op de keuze van verandering die de patiënt zal maken. Het is hierin van belang dat de hulpverlener ruimte creëert waarin de patiënt een persoonlijke keuze kan maken. De rol van de hulpverleners gecombineerd met de verschillende interventies, moet men zien als informatief maar ook ter ondersteuning van de beslissing. Het is daarom in deze fase van belang om de juiste interventies te plegen, om betreffende stadium positief af te sluiten.

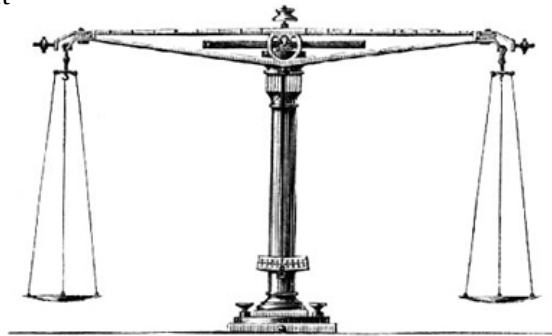
De attitude van de betreffende hulpverlener (ongeacht de discipline) is dus van belang op het behandel- en/ of veranderingsproces van de patiënt. Qua attitude is het van belang dat men naast een

gezamenlijkheid ook een éénduidig attitude aan kan nemen. Door binnen je instelling een gezamenlijke attitude uit te stralen naar de patiënten, zorgt men voor een gelijke behandeling. Door gebruik te maken van de zogenaamde motiverende gespreksvoering technieken, kan men als hulpverlener zijnde een gezamenlijke attitude uitstralen die tegemoet komt aan de verschillende stadia van veranderingen.

Stadium van overweging

Men heeft in het leven verschillende keuzes variërend van onschuldige kleinere keuzes tot keuzes die je leven kunnen veranderen. Wat maakt het nu dat men een bepaalde keuze maakt en wat heeft invloed op deze keuze?

Gedurende het stadium van overweging groeit het besef dat er mogelijke problemen zouden zijn. Niet alleen de omgeving ervaart de problemen, maar ook de patiënt zelf begint de problemen te zien en soms te ervaren. Doordat hij/ zij deze gaan zien en ervaren, wordt het mede mogelijk dat men gaat denken aan eventuele veranderingen. Er ontstaat een aarzeling, men gaat de voor en nadelen van gebruik afwegen. Men krijgt hierdoor meer zicht op het gevolg van middelgebruik, en gaat opzoek naar de oorzaak van dit gebruik.



Het stadium van overweging wordt ook wel de beschouwingfase genoemd, men ervaart de problemen maar is nog geheel overtuigt wat hij/ zij met deze problematiek moet doen. Door je therapeutische attitude hierop aan te passen, zorgt men er mede voor dat je de betreffende patiënt hierin optimaal kunt begeleiden. De vraag die nu blijft staan is; wat is nu de optimale therapeutische attitude die men als psychomotorische therapeut moet uitstralen in de behandeling van patiënten in deze fase? Dit heeft alles te maken met de hieronder beschreven motiverende gesprekstechnieken. Dit is naast een vooraanstaande therapeutische techniek, ook een voorgeschreven behandelrichtlijn in behandeling van dubbel diagnose patiënten binnen het VOF D.D. (samenwerkingsovereenkomst tussen GGZ-mb en Novadic Kentron)

Motiverende gespreksvoering

Tallose onderzoeken uit verschillende landen hebben aangetoond dat korte interventies effectief zijn voor het verminderen van zwaar of problematisch drank- en/ of drugsgebruik. (bron: motiverende gespreksvoering William R. Miller, Stephen Rollnick, 2007) Wanneer iemand een behandeling vrijwillig afmaakt, ervaart men hierin meer profijt in de vorm van gedragsverandering. Het is mogelijk dat zowel trouw aan de behandeling als positieve resultaten te maken hebben met een eventuele derde factor- zoals de motivatie om te veranderen. Onderzoek heeft uitgewezen dat de empathie van de hulpverlener van doorslaggevend belang kan zijn voor de respons van de patiënt op de behandeling. Omgekeerd geldt vaak ook dat een confronterende hulpverlening in verband gebracht kan worden met een hoog uitvalcijfer en relatief slechte resultaten. Hoe meer de confrontatie de hulpverlener tijdens de behandeling toepast, des te meer de patiënt kan gaan drinken. (William R. Miller & Stephen Rollnick, 2007)

Het ontbreekt de patiënten vaak aan gebrek aan leed. Vernedering, schaamte, schuld en angst zijn niet de primaire aanjagers van verandering. De ironie wil dat zulke ervaringen een mens juist kan verlammen, waardoor verandering minder voor de hand ligt. Aan een actieve constructieve verandering ligt vaak een aspect van intrinsieke waarde ten grondslag. Deze intrinsieke motivatie voor verandering komt op gang in een ontvankelijk, bevestigend klimaat, dat de veiligheid biedt die een mens nodig heeft om het wellicht pijnlijke heden te onderzoeken. De mens lopen in het maken van hun keuze niet vast, omdat ze weinig zicht hebben op de nadelen van hun situatie, maar doordat ze er minstens twee gevoelens bij hebben. Het is aan de hulpverleners om te onderzoeken en te volgen wat de client ervaart en wat er vanuit zijn of haar perspectief werkelijk toe doet.

Motiverende gespreksvoering is clientgericht en zet de mens in het middelpunt, ze zijn gericht op het zorgen en de perspectieven van het individu. Daarnaast sturen motiverende gespreksvoering aan op het oplossen van ambivalentie, en het in een bepaalde richting sturen van een verandering. Het moet niet worden gezien als een bundel van technieken, maar meer als een methode van communicatie. Waarbij deze zich richt op het uitlokken van iemands intrinsieke motivatie om te veranderen, door het verkennen en het oplossen van ambivalentie. Dit is doorslaggevend als het gaat om het uitlokken van veranderingen.

De definitie van motiverende gespreksvoering:

Clientgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de patiënt intrinsiek gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie te verkennen en op te lossen.

Bepaalde reacties van de patiënt, in het bijzonder verandertaal en weerstand, zijn aanduidingen van consonantie, dissonantie en betrouwbare voorspellers van de kans op gedragsverandering. Binnen de termen van motiverende gespreksvoering geeft de hulpverlener een reactie op de verandertaal, dit om deze taal te versterken en om de weerstand juist te verminderen.

Er worden binnen de motiverende gespreksvoering uitgegaan van vier algemene principes:

1. Druk empathie uit;
Door vakkundig reflectief te luisteren, tracht de hulpverlener de gevoelens en perspectieven van de patiënt te begrijpen, zonder dat hij/ zij hierbij oordeelt, kritiseert en/ of beschuldigt.
2. Ontwikkel discrepantie;
Veranderingen moeten worden gemotiveerd door een waargenomen discrepantie tussen huidig gedrag en belangrijke doelen of waarden.
3. Meegaan met de weerstand;
Vermijd discussies, waarbij nieuwe perspectieven worden uitgelokt maar niet opgelegd.
4. Ondersteun persoonlijke effectiviteit
De client is verantwoordelijk voor het kiezen en uitvoeren van verandering, ondersteun deze keuze. Zorg ervoor dat je geen keuze gaat opleggen waardoor het een selffulfilling prophecy wordt.

De meerwaarde van motivatieverhogende interventies staan onomstotelijk vast. Bij de behandeling van dubbele diagnoseproblematiek wordt dan ook aanbevolen om zo vroeg mogelijk te beginnen met het motiveren van de patiënt. De motiverende gespreksvoering dient altijd ingezet te worden naast andere zinvolle psychosociale of medicamenteuze therapieën.

Motiverende gesprekstechnieken versus psychomotorische therapie

Welke plaats zou psychomotorische therapie hierin kunnen innemen en wat voor effect zou deze bijvoorbeeld hebben op de fase van beschouwing? Heeft de integratie van motiverende gespreksvoering met psychomotorische een meerwaarde op de fase van beschouwing?

De hulpverlener krijgt de belangrijke taak om de patiënt te betrekken bij de behandeling, door nuttige adviezen en praktische hulp te bieden. Hierdoor raakt de patiënt gemotiveerd om aan de problematiek te werken. In het stadium van overweging is het van belang dat men als hulpverlener een samenwerkingsrelatie met de patiënt opbouwt, door hulp te bieden, goed te luisteren en motivatiegesprekken te voeren. Waarbij het van belang is dat men als attitude niet te confronterend is, maar wel patiënten inzicht geeft in de problematiek. Het contact tussen patiënt en hulpverlener staat centraal. Wanneer contact tussen patiënt en hulpverlener toeneemt, heeft het uiteindelijke resultaat dat men over kan gaan op stadium van overtuiging.

Als psychomotorische therapeut komt men veel in aanmerking met verschillende aspecten van motivatie. Met name binnen de verschillende bewegingsactiviteiten wordt er een beroep gedaan op motivatie van patiënten. Daar waar men als bewegingsagoog de belangrijkste insteek heeft om patiënten te activeren, stimuleren en motiveren gaat psychomotorische therapie verder. Door verschillende (bewegings-)activiteiten aan te bieden die inzicht geven op het denken, voelen en handelen van de patiënt, zorgt men ervoor dat de patiënt zichzelf bewust kan worden van zijn problematiek. De keuze van een geschikte activiteit is hierin belangrijk, toch kan men voorop stellen dat de therapeutische attitude die men als therapeut aanneemt bepalend is. De combinatie van een

inzichtgevende oefening met onderzoekende en ondersteunende therapeutische attitude zou ideaal zijn. Een voorkomend onderwerp van therapie binnen de behandeling van dubbele diagnose patiënten zijn grenzen. Men past de activiteit zodanig aan zodat de patiënt uitgelokt wordt om op zoek te gaan naar zijn/ haar grenzen. De wijze waarop men met deze grens omgaat en deze kunnen aanvoelen zorgt voor waardevolle informatie die men in de therapie kan behandelen. Men kan en mag zich bewust worden van de problematiek rondom het onderwerp grenzen, maar men hoeft hier niet mee geconfronteerd te worden. Door de confrontatie loop je als therapeut het risico dat de patiënt hier van schrikt en uiteindelijk een uitweg zal opzoeken. Dit ten nadelen van de werkrelatie tussen patiënt en therapeut. Het doel van het aanbieden van (bewegings-) activiteiten is dan ook inzichtgevend, waarbij men als therapeut zijnde een onderzoekende en ondersteunende attitude aanneemt. Men kan de verschillende activiteiten zodanig inrichten dat de patiënt de mogelijkheid krijgt samen met de therapeut te zoeken naar wat hij/ zij nu echt wil. Het gaat hierin niet om wat de ideeën van de therapeut zijn, maar welke overwegingen de patiënt maakt die zijn keuze kunnen beïnvloeden. Waarin je als therapeut zijnde de patiënt uitlokt tot het doen van motiverende uitspraken. Dit vergt van de therapeut dat hij/ zij adequaat reageert op bepaalde uitspraken van de patiënt. De interventies die men als therapeut zijnde maakt, zijn er op gebaseerd om de patiënt in het denken, voelen en uiteindelijk handelen te krijgen. Door gebruik te maken van de roos van Leary gekoppeld aan de theorie van model van Prochaska en DiClemente en de motiverende gesprekstechnieken, zorgt men voor een zowel ondersteunende als uitdagende attitude ten opzichte van de patiënt. Deze kunnen als resultaat hebben, dat de patiënt vertrouwen verkrijgt in de therapeut. Dit wordt uiteindelijk gezien als basis voor een werkrelatie tussen patiënt en therapeut, waarbij de patiënt de mogelijkheid verkrijgt tot gedragsveranderingen.

Conclusie

Gedurende het stadium van overweging gaan de patiënten bewust nadenken over de voor en nadelen van gebruik, psychomotorische therapie kan hier deel van uit maken. Naast het inzien van de lichamelijke/ fysieke gevolgen van middelenmisbruik, kan men ook meer inzicht verkrijgen in het psychische welbevinden van de patiënt. De informatie die men hieruit verkrijgt kan met de patiënt worden bekeken en geëvalueerd, waarbij het belangrijk is dat de eventuele keuze bij de patiënt komt te liggen. De patiënt is verantwoordelijk voor het maken van de keuze, de therapeut kan hierin ondersteunen en begeleiden. Waarbij men als therapeut het contact met de patiënt gebruikt als belangrijk doel van de behandeling. Het contact komt uiteindelijk ten goede aan proces tot middelenonafhankelijkheid.

Informatie over de auteur

Geert Jansen is bewegingsagoog binnen het GGZ-mb, centrum van non verbale therapie. Specifiek werkzaam op de afdeling VOF dubbele diagnostiek. Naast zijn werk als bewegingsagoog is hij inmiddels afgestudeerd aan Windesheim, opleiding tot psychomotorische therapeut. Waarbij hij zijn therapeutische ontwikkeling zal voortzetten bij de Pompestichting te Nijmegen.

Literatuurlijst:

- Boeken
 - resultaten scoren (2003)
Dubbele diagnose, Dubbele Hulp; richtlijnen voor diagnostiek en behandeling
 - Geert Dom (1999)
Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan
 - William. R. Miller & Stephen Rollnick (2007)
Motiverende gespreksvoering
 - DSMIV-tr
- Internet
 - Transtheoretisch model Prochaska en DiClemente
www.doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf
 - Transtheoretisch model Prochaska en DiClemente
www.caleidoscoop.be/inhouden/inhouden09/art_5_28.html
 - www.ggzmb.nl
 - www.ggz.nl
- Personen gesproken
 - Johan Manders, zorgmanager Dubbele diagnostiek
 - Kees Vermeulen, zorgmanager Centrum van non Verbale Therapie