

Moet dat nou?!

*Motivatietechnieken bij onvrijwillige cliënten
met een licht verstandelijke beperking*

Student:	Rosalien Wensink
Klas:	4PB
Naam begeleider:	Ad van de Ven
Naam beoordelaar:	Paul Hekking
School:	Hogeschool Windesheim
Opleiding:	Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
Datum:	mei 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Casus	7
1.1 <i>Classificerende invalshoek</i>	7
1.2 <i>Hermeneutische invalshoek</i>	7
1.3 <i>Kritische invalshoek</i>	7
1.4 <i>Hulpvraag</i>	8
Hoofdstuk 2 Theorie	9
2.1 <i>Motivatie</i>	9
2.2 <i>Motivatietechnieken</i>	9
2.3 <i>Licht verstandelijk beperkte jongeren</i>	10
Hoofdstuk 3 Methode	11
3.1 <i>Toegepaste motivatietechnieken</i>	11
3.2 <i>Interventies</i>	12
Hoofdstuk 4 Resultaten	14
4.1 <i>Observatieperiode</i>	14
4.2 <i>Vervolg therapie</i>	15
4.3 <i>Concrete resultaten</i>	16
Hoofdstuk 5 conclusie	19
Hoofdstuk 6 Discussie	21
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen	22
Literatuurlijst	23
Bijlage	24
1 <i>ICF classificatie</i>	25
2 <i>The Hierarchy of Needs model</i>	26
3 <i>Activiteitenplan</i>	27
4 <i>Meetinstrument</i>	29
5 <i>Meetresultaten</i>	30

Voorwoord

Deze casestudy heb ik geschreven in het kader van mijn afstudeeropdracht voor de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan Hogeschool Windesheim.

Deze scriptie is bestemd voor medestudenten en collega therapeuten. Daarnaast ook voor iedereen die werkzaam is in de zorg en te maken hebben met onvrijwillige of ongemotiveerde cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Ten slotte vermeld ik dat deze scriptie mede tot stand is gekomen door de medewerking van Maarten Wensink, Iris Wensink en Steven Teunissen.

Mijn begeleider Ad van de Ven wil ik bedanken voor zijn begeleiding en feedback.

In het bijzonder wil ik Pim Hoek bedanken voor zijn overdracht van kennis. Hierdoor heb ik veel informatie kunnen verzamelen en toe kunnen voegen aan mijn scriptie.

Zwolle, mei 2009

Samenvatting van scriptie

Binnen de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren komt het in therapie geregeld voor dat de jongeren niet gemotiveerd zijn om te komen. Dit heeft vaak te maken met het feit dat zij niet vrijwillig naar therapie komen, maar gestuurd worden door groepsleiding, ouders, voogden of andere betrokkenen.

Jongeren met een licht verstandelijke beperking hebben vaak een laag zelfbeeld en weinig inzicht in hun eigen problematiek.

Er zijn verschillende motivatiestrategieën te vinden in theorie. Enkele zijn; de verwachtingen *waardetheorie (Tolman, 1932), The Hierarchy of Needs model (Maslow, 1954), het Stage of change model (Prochaska & DiClemente, 1983) en de acht motivatiestrategieën (Miller en Rollnick, 2005).

Binnen deze casestudy is er gewerkt met het Stage of change model (Prochaska & Diclemente, 1983) en met de acht motivatiestrategieën (Miller en Rollnick, 2005). Deze zijn toegepast binnen de therapie van een 15-jarige jongen met een licht verstandelijke beperking en agressieregulatieproblematiek. Deze jongen komt onvrijwillig in therapie. Door te werken met motivatiestrategieën is geprobeerd om deze jongen meer inzicht te geven in zijn eigen problematiek. Met uiteindelijk doel dat de jongen meer gemotiveerd naar therapie gaat en inziet dat hij daar iets kan leren.

De therapeut heeft gewerkt vanuit de voorbeschouwingfase die in het model van Prochaska en Diclemente (1983) wordt beschreven. De voorbeschouwingfase houdt in dat de cliënt zich nog niet bewust is van het probleem en ze niet overwegen om zijn gedrag te veranderen.

Daarbij heeft de therapeut vanuit de acht motivatiestrategieën gebruik gemaakt van het geven van gerichte feedback op de risico's en de consequenties die het probleemgedrag met zich mee kan brengen. Daarnaast is de therapeut actief betrokken geweest bij het proces van de cliënt. De cliënt werd onvoorwaardelijk geaccepteerd en zijn probleemgedrag werd niet negatief of positief benadrukt.

Door te werken vanuit een de beschreven attitude is er verandering opgetreden bij de cliënt. Elke week heeft de cliënt een formulier ingevuld waarin zijn motivatie en inzicht van zijn problematiek gemeten werd. Hierdoor konden ontwikkelingen goed bijgehouden worden.

Vanuit de metingen is naar voren gekomen dat de cliënt zijn motivatie gestegen is, op schaal van 0 tot 10, van een 0 naar een 8.

In de zaal was er qua gedrag ook verandering te zien. De cliënt kwam vaker op tijd, waar hij eerder regelmatig een kwartier te laat kwam. Daarnaast geeft de cliënt aan vrolijker te zijn en zich prettiger te voelen. Dit is ook tijdens therapie te zien. Zijn houding is positief veranderd. In het begin had de cliënt vaak een pet op en hield hij zijn jas aan als hij de zaal binnenkwam. Hij ging dan op de bank zitten en wachtte af wat er ging gebeuren.

Aan het eind van de therapiesessies had de cliënt zijn pet af, deed zijn jas uit en ging niet meteen zitten. Hij gaf enkele keren aan wat hij wilde doen en maakte een praatje over wat hij op school had gedaan.

Het inzicht van de cliënt is vergroot en hij geeft ook aan dat hij wat leert bij therapie.

Aan de hand van deze casus kan geconcludeerd worden dat er door middel van motivatiestrategieën ontwikkeling is te zien bij deze cliënt.

Door een andere attitude en aanpak van de therapeut kan er ook verandering optreden bij de cliënt. Aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt is hierbij erg belangrijk.

Inleiding

Deze scriptie is tot stand gekomen door eigen ervaringen op stage. Ik liep stage op Kwadrant Arkemeyde. Dit is een instelling voor licht verstandelijk beperkte jongeren. Tijdens stage ben ik in contact gekomen met verschillende cliënten. De één met een duidelijke hulpvraag voor therapie, een ander die gestuurd wordt door groepsleiding of ouders. De laatst genoemde groep kan voor problemen zorgen binnen de therapie. Jongeren met een licht verstandelijke beperking hebben vaak geen zin om naar therapie te komen. Zij worden gedwongen door ouders, verzorgers of groepsleiding die problemen zien ontstaan in het gedrag van de jongeren. Deze jongeren zien hun gedrag niet als problematisch. Ze zien niet in wat ze kunnen leren binnen therapie en willen daar ook niets leren.

Binnen mijn stage instelling komen deze cliënten regelmatig voor. Het is een actueel probleem binnen de instelling waar meerdere therapeuten mee te maken hebben. Ik wilde me graag meer verdiepen in de mogelijkheden die er zijn om deze jongeren toch zo goed mogelijk te behandelen. Ik denk dat er ook voor deze cliëntengroep mogelijkheden zijn om te leren binnen therapie. Maar de vraag is hoe pak je dit aan en welke motivatietechnieken kun je hierbij gebruiken.

De vraagstelling die ik geformuleerd heb voor mijn casestudy is hieronder beschreven:
Welke motivatietechnieken zijn specifiek toepasbaar bij LVG-jongeren met motivatieproblemen binnen de psychomotorische therapie?

Wat zijn LVG-jongeren?

Wat wordt verstaan onder motivatie?

Welke motivatietechnieken zijn er?

Welke motivatietechnieken zijn toepasbaar bij de doelgroep LVG-jongeren?

Deze vraagstelling is gebaseerd op het verruimen van mijn kennis over motivatietechnieken. Nadat ik deze kennis verruimd heb, wil ik kijken welke motivatietechnieken toepasbaar zijn op mijn doelgroep, licht verstandelijk beperkte jongeren. Door meer inzicht te krijgen op de motivatietechnieken die je kunt toepassen en de resultaten die deze technieken opleveren, kun je mogelijk beter op motivatieproblemen inspelen.

In hoofdstuk 1 wordt aandacht besteed aan de casuïstiek van Mark¹ die gedwongen naar therapie moet van groepsleiding en zijn moeder. Hierin wordt verduidelijkt wat zijn probleemgedrag inhoudt en welke hulpvraag er voortkomt vanuit groepsleiding, moeder en de cliënt zelf.

In hoofdstuk 2 is een theoretische verdieping beschreven. Er is opgezocht wat motivatie precies is, welke motivatietechnieken er bestaan en er wordt beschreven wat de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren inhoudt.

Aan de hand van hoofdstuk 2 is hoofdstuk 3 geschreven. Hierin is beschreven vanuit welke uitgangshoek de behandeling van Mark in wordt bekeken. De motivatietechnieken die gebruikt zijn binnen de therapie worden uitgebreid beschreven. Aan de hand daarvan is er een behandelingsplan uitgesteld.

In hoofdstuk 4 zijn de resultaten van het behandelingsplan beschreven. Deze resultaten zijn beschreven aan de hand van waarnemingen en aan de hand een meetinstrument dat in het hoofdstuk verder toegelicht zal worden. Aan de hand van de metingen zijn grafieken gemaakt die de resultaten verduidelijken.

¹ Wegens privacyredenen is dit niet de echte naam van de cliënt.

Aan de hand van de resultaten en bevindingen binnen de therapie is hoofdstuk 5, de conclusie, geschreven. Hierin wordt de vraagstelling beantwoord en beargumenteerd. In hoofdstuk 6 wordt teruggekeken op het proces en op de gebruikte methode, resultaten en de conclusie. Daarin zijn discussiepunten te lezen en in hoofdstuk 7 de aanbevelingen voor andere behandelaars of geïnteresseerden.

Hoofdstuk 1

Casus

Deze casestudy is gemaakt aan de hand van de casus van Mark. Mark is een 15 jarige jongen die woont op een leefgroep van Kwadrant Arkemeyde. Mark is licht verstandelijk beperkt en heeft agressieregulatieproblemen.

Mark komt onvrijwillig naar therapie. Zijn groepsleiding en moeder maken zich zorgen om zijn gedrag met oog op de toekomst.

1.1 Classificerende invalshoek

Mark is een jongen van 15 jaar. Hij heeft een laaggemiddeld IQ. (WISC-III september 2007: TIQ 78, VIQ 76, PIQ 85).

Mark heeft moeite om zijn eigen boosheid aan te voelen komen. Hij is snel geïrriteerd en reageert dan door te schelden, slaan, schoppen of met spullen te gooien.

Mark vindt het lastig als hij iets moet doen waar hij geen zin in heeft of waar hij het nut niet van inziet. Als de groepsleiding of zijn moeder hem opdraagt iets te doen waar hij geen zin in heeft, reageert Mark boos. Daarnaast vindt Mark het lastig om uitdagend gedrag van anderen te negeren. Als anderen hem pesten of plagen is hij niet in staat te negeren, maar reageert hij fel met schelden of fysieke handelingen.

Mark geeft aan dat hij zijn gedrag niet kan veranderen. Hij zegt: "Ik heb het van mijn vader, hij was ook zo."²

1.2 Hermeneutische invalshoek

Mark is een jongen van 15 jaar. Hij is 1.92 meter en heeft kort, rossig haar. Hij heeft een verzorgd uiterlijk en draagt stoere kleren. Mark luistert graag naar muziek en gaat vaak naar de stad. Hij doet dit het liefst met vrienden, omdat hij dat gezellig vindt.

Mark woont op een leefgroep voor lichtverstandelijk beperkte jongeren. Mark heeft zelf een laaggemiddeld IQ en zit op een praktijkschool. Daarvoor moet hij elke dag een uur heen en een uur terug fietsen.

Mark vindt het wel gezellig om op de leefgroep te wonen, maar vindt het vervelend dat de groepsleiding hem zo in de gaten houdt. Hij vindt dat ze vaak zeuren en zich teveel met hem bemoeien.

Mark doet dingen die hij leuk vindt met veel toewijding. Met dingen die hij minder leuk vindt, heeft hij meer moeite. Hij vindt dit niet leuk om te doen. Als anderen aandringen om het te doen, wordt Mark snel geïrriteerd.

Mark wordt dan boos en kan gaan schelden, slaan, schoppen of met spullen gaan gooien. Als Mark boos is, keert hij in zichzelf. Hij is dan niet te bereiken en wil het liefst met rust gelaten worden.

Mark geeft aan dat hij op school graag dingen goed wil doen. Hij vindt het vervelend als hij iets niet goed doet of hij gefaald heeft. Mark is onzeker over zichzelf.

Mark vindt het zelf niet leuk als hij zo boos wordt, maar geeft aan dat hij dit al zijn hele leven heeft. Hij heeft dit van zijn vader en wil niet veranderen.

Het geeft Mark veiligheid en zo overleeft Mark situaties die voor hem lastig zijn.

1.3 Kritische invalshoek

Mark is een jongen van 15 jaar. Hij woont op een leefgroep voor jongeren met een lichtverstandelijke beperking. Er wonen in totaal 8 jongeren op de groep. Mark heeft op de groep vaak irritaties en ruzie. Mark is tijdens een ruzie in zichzelf gekeerd en kan gaan schelden, schoppen, slaan of met spullen gaan gooien.

Mark woont al vanaf zijn 5^e jaar niet meer thuis. Zijn vader en moeder zijn gescheiden toen Mark nog een baby was. Zijn moeder is toen met zijn zus en hem naar een blijf-van-mijn-lijfhuis gevlucht, omdat zijn vader agressief was. Mark zijn vader is drie jaar geleden overleden. Mark heeft zijn vader drie keer gezien in zijn leven en vindt dit lastig. Hij had zijn vader graag beter leren kennen.

² Zie bijlage 1: ICF classificatie

Mark is op zijn 5^e uit huis geplaatst, omdat hij thuis agressief was en onhandelbaar. Hij heeft in verschillende instellingen gewoond en in pleeggezinnen. Mark vond het pleeggezin verschrikkelijk, omdat zijn pleegvader ook snel agressief werd en hem aan zijn vader deed denken.

Op de leefgroep waar Mark nu woont, zit hij al 2 jaar. Hier wil hij graag nog even blijven wonen, omdat hij zich er veilig voelt. Hij krijgt meer vrijheid.

Op de basisschool is Mark gepest. Hij vindt het nog steeds lastig om hierover te praten, omdat hij dit een vervelende situatie vond.

Zijn moeder en groepsleiding zijn bang dat Mark zijn boosheid niet onder controle heeft. Hij wordt erg snel boos en reageert geïrriteerd als hem iets gevraagd wordt. Ze zijn bang dat zijn gedrag hem in de toekomst problemen op kan gaan leveren.

1.4 Hulpvraag

Zoals uit de casus naar voren komt, is Mark een jongen die snel geïrriteerd wordt als hem iets gevraagd wordt waar hij geen zin in heeft. Mark vindt dat hij het niet nodig heeft om zijn gedrag te veranderen. Vanuit Mark is er geen hulpvraag aan het begin van de therapie.

Vanuit de groepsleiding en de moeder van Mark komt er wel een hulpvraag. Zij willen hulp bij het reguleren van de boosheid van Mark. Binnen de groep is het gedrag van Mark onhandelbaar en moeder ondervindt in het weekend ook last van het gedrag van Mark. Het snelle geïrriteerd raken van Mark zorgt voor strubbelingen binnen de groep en de onderlinge relatie tussen Mark en de groepsleiding.

In overleg met de pedagoog wordt besloten dat Mark wel naar therapie gaat om te zien of hiermee gedragsveranderingen plaats kunnen vinden.

Hoofdstuk 2

Theorie

Tijdens de therapie van Mark kwam steeds meer zijn motivatieprobleem naar voren. Ik heb me verdiept in de theorie om meer te weten te komen over wat motivatie nou precies is. Aan de hand van die kennis en meer informatie over motivatietechnieken hoop ik voor Mark een meer passende therapie aan te kunnen bieden.

2.1 Motivatie

In het artikel van Verstuyf en Vansteenkiste (2008) wordt het begrip motivatie omschreven als *"hetgeen wat een mens beweegt om dingen te ondernemen. De drijfveer om dingen te doen of juist niet te doen."*

In het artikel wordt er gesproken over twee verschillende vormen van motivatie; intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie.

Bij intrinsieke motivatie wordt de activiteit gedaan, omdat de persoon er zelf voldoening en plezier uithaalt. Bij intrinsieke motivatie speelt passie of geboeidheid een belangrijke rol. Als iemand een activiteit uit moet voeren waardoor hij geboeid is, zal deze activiteit met meer plezier worden uitgevoerd. Er is aansluiting bij de interesses, waardoor de activiteit met minder weerstand zal worden uitgevoerd.

Extrinsieke motivatie wordt verdeeld in drie types: externe verplichting, interne verplichting en persoonlijk belang.

Bij externe verplichting is er een gevoel van verplichting en druk, wat stress op kan leveren. Op de activiteit zal niet met plezier terug worden gekeken, omdat het proces niet prettig was.

Met interne verplichting wordt bedoeld op een verplichting die de cliënt van binnen voelt. Hij zal een gedragsverandering niet nastreven omdat hij dit wil, maar omdat hij het gevoel heeft dat het moet.

De laatste extrinsieke motivatie die wordt genoemd is het persoonlijk belang. Bij deze motivatie zal de activiteit met een gevoel van psychologische vrijheid en keuze worden uitgevoerd. De cliënt is persoonlijk overtuigd van het uitvoeren van de activiteit en het nut hiervan.

Het verschil in intrinsieke en extrinsieke motivatie ligt in het doel van de activiteit. Bij intrinsieke motivatie zal iemand de activiteit als het doel zien. Bij extrinsieke motivatie dient de activiteit een doel. Ze voeren de activiteit uit om zo een doel te bereiken dat buiten de activiteit ligt.

De Boer & Noom (2005) zijn van mening dat motivatie betrekking heeft op de mate waarin mensen bereid zijn om mee te werken aan hun behandeling. De mate van motivatie heeft effect op de uitkomst van de behandeling.

2.2 Motivatietechnieken

Er zijn veel verschillende soorten motivatietechnieken te vinden.

Voorbeelden hiervan zijn;

- De verwachtingen *waardetheorie (Tolman, 1932) waarbij de motivatie afhangt van de kans van slagen *waarde van het succes.
- Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste, Lens & Deci, 2006) waarbij het aansluiten bij de persoonlijke interesses van de cliënt centraal staat. Deze theorie wil de autonomie ondersteunen, door identificeren van persoonlijke drijfveren, persoonlijke interesses en waarden voeden en het opbouwen van nieuwe innerlijke drijfveren.
- The hierarchy of needs model (Maslow, 1954) hierin wordt geargumenteed dat de motivatie mede wordt bepaald door omgeving en omstandigheden.³

³ Zie bijlage 2: The hierarchy of needs model

- Stages of change model of transtheoretisch model (Prochaska & DiClemente, 1983) waarbij ervan uit wordt gegaan dat het ontwikkelen van motivatie een proces is. Er wordt gewerkt met 6 verschillende stadia.
- Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991; 2005) een cliëntgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie te verkennen en op te lossen. Hierbij zijn er 8 motiveringsstrategieën.
- Oplossingsgericht werken (Roeden & Bannink, 2008) is een methode waarbij gewerkt wordt vanuit de kracht van de cliënt. Er wordt gezocht naar kleine, haalbare stappen waarbij gezocht wordt naar oplossingen die de cliënt zelf al in huis heeft, maar misschien nog te weinig toepast.

2.3 Lichtverstandelijk beperkte jongeren

Op de internetsite van kenniscentrum wordt de lichtverstandelijk beperkte jongeren als volgt onderverdeeld; jongeren vallen onder lichtverstandelijk beperkt (LVG) als zij een IQ hebben tussen de 50 en 85. Zij hebben vaak problemen in de omgeving, leerproblemen, gedragsproblemen of een psychiatrische stoornis. Problematiek zoals ADHD, PDD-NOS, mishandeling, agressieregulatie, impulscontrole, weinig weerbaar, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik komt veel voor.

LVG is dus vooral een handicap als gevolg van omgevingsfactoren gecombineerd met een laag intellectueel functioneren.

De jongeren worden in de maatschappij herhaaldelijk te hoog ingeschat. Dit komt doordat qua uiterlijk niet te zien is hoe hoog het IQ van iemand is. Mede doordat het IQ verkeerd wordt ingeschat krijgen LVG jongeren soms verkeerde hulp aangeboden. De zwakbegaafdheid van een jongere valt niet gelijk op en leidt ertoe dat bijvoorbeeld een psychiatrische behandeling wordt gestart. Dit is meestal niet succesvol, omdat deze behandeling zich veel richt op het bevorderen van zelfinzicht hetgeen dat voor LVG jongeren vaak te moeilijk is.

Daarnaast zijn de LVG jongeren een kwetsbare doelgroep. Zij hebben vaak een laag zelfinzicht, waardoor ze meer beïnvloedbaar zijn dan andere jongeren van hun leeftijd. Jongeren zijn meer beïnvloedbaar door groepsgenoten, tv-programma's en internetsites. LVG jongeren hebben een laag zelfinzicht en moeite om te kijken naar hun eigen aandeel in situaties. Ze zijn vaak externaliserend ingesteld.

Hoofdstuk 3

Methode

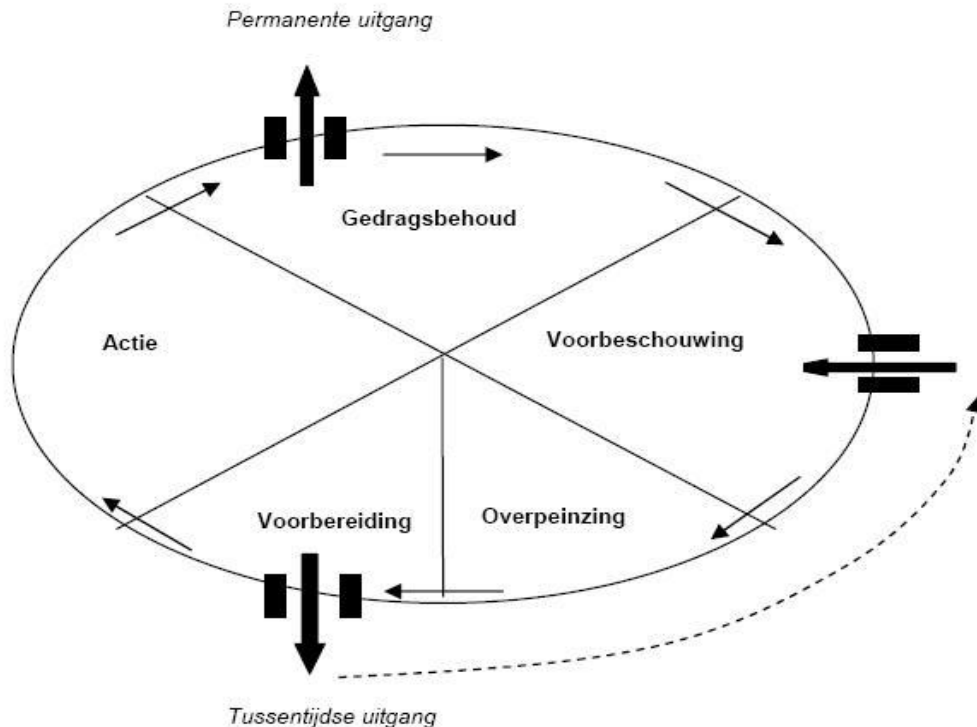
Binnen de behandeling van cliënt Mark ga ik werken aan de hand van twee motivatietechnieken. De motivatietechnieken die gebruikt gaan worden zijn het transtheoretische model van Prochaska & Diclemente (2002), ook wel Stages of change model, en de 8 motivatie strategieën van Miller en Rollnick (1991; 2005). Hier is op gericht, omdat de therapie van Mark maar een korte periode van 2,5 maand beslaat. Daarin moeten behandelingsdoelen gemaakt worden die niet te hoog gesteld zijn. In de therapie van Mark wordt er gekozen om te richten op de motivatieproblemen in de hoop Mark te prikkelen om over zijn eigen denken, voelen en handelen na te gaan denken. Zodat hij aan het eind van de therapie hopelijk in kan zien wat voor nut therapie voor hem kan hebben in zijn agressieregulatieproblematiek.

3.1 Toegepaste motiveringstechnieken

De toegepaste motivatietechnieken zijn het transtheoretische model en de 8 motivatie strategieën van Miller en Rollnick (1991; 2005).

De Boer, M & Noom, M (2005) beschrijven in hun boek het transtheoretisch model van Prochaska & Diclemente (2002). In het model, zie figuur 3.1, worden verschillende stadia van gedragsverandering onderscheiden:

- Voorbeschouwingfase (waarin men zich nog niet bewust is van een probleem en niet overweegt zijn gedrag te veranderen)
- Overpeinzingfase (voor en nadelen afwegen om gedrag te veranderen)
- Voorbereidingsfase (voornemen om het gedrag te veranderen)
- Actiefase (nieuw gedrag vertonen)
- Gedragsbehoud (nieuwe gedrag wordt volgehouden)



Figuur 3.1; transtheoretisch model

Dit model wordt ook wel het draaideurmodel genoemd. De term draaideur refereert aan het feit dat het doorlopen van deze 5 stadia geen eenmalige zaak is. Stadia kunnen diverse malen doorlopen worden of er kan een terugval zijn bij de cliënt. De ontwikkeling van motivatie is onderdeel van de eerste drie stadia. Daarin moet vanuit de voorbeschouwingfase besloten worden om actie te gaan ondernemen om gedragsveranderingen te bewerkstelligen.

Je bent als hulpverlener in staat om de cliënt te helpen in dit proces, mits je vanuit hetzelfde stadium werkt.

De therapeut richt zich in dit stadium op het laten ervaren van de risico's en de problemen die het probleemgedrag met zich meebrengen. De hulpverlener schept een sfeer waarbij onvoorwaardelijke acceptatie en een niet-moraliserende houding centraal staan. Objectieve reflecties ten aanzien van het probleemgedrag dienen hierbij consequent en consistent gegeven te worden.

De 8 motivatiestrategieën van Miller en Rollnick worden ook beschreven door De Boer, M & Noom, M (2005). Zij geven aan dat het motiveren van een cliënt niet meer gezien wordt als het overtuigen van de cliënt, maar het ondersteunen en begeleiden van de cliënt die zelf een beslissing neemt over verandering van zijn gedrag of situatie.

De 8 motivatiestrategieën die Miller en Rollnick (2005) beschrijven zijn de volgende:

- Advies geven. Door advies geven geeft de therapeut de cliënt sturing aan zijn denken.
- Barrières verwijderen. Het onderkennen en verwijderen van barrières kunnen het veranderingsproces ondersteunen. Dit geeft de cliënt vertrouwen in de therapeut, omdat deze bereidt is de cliënt zijn problemen te onderkennen en te helpen deze op te lossen.
- Keuzes verschaffen. Het bieden van keuzemogelijkheden geeft de cliënt een gevoel van vrijheid tot het maken van eigen keuzes. Deze strategie verhoogt ook het verantwoordelijkheidsgevoel van de cliënt.
- Afwegen van de voor-en nadelen. In de overpeinzingfase weegt de cliënt de voor- en nadelen van eventuele verandering af tegenover de voor-en nadelen van de huidige situatie
- Empatisch zijn. Door het uitoefenen van empathie door bijvoorbeeld warmte, respect, bezorgdheid, zorgzaamheid, ondersteuning en actieve interesses te tonen voor de cliënt, neemt de weerstand van de cliënt af en dit leidt tot grotere gedragsverandering op lange termijn.
- Feedback geven. Hierbij heeft de therapeut de taak om de cliënt de reële situatie voor te spiegelen en de consequenties en de risico's van deze situatie duidelijk te maken.
- Verhelderen van doelen. Het maken van duidelijke, haalbare doelen voor de cliënt kan helpen zodat de cliënt een helder doel voor ogen heeft wat hij wil behalen.
- Actief helpen. De therapeut neemt een attitude aan die actief helpen uitstraalt. Dit wil zeggen dat de therapeut actief betrokken is en werkelijk geïnteresseerd is in het veranderingsproces van de cliënt. Je geeft de cliënt het gevoel dat deze er niet alleen voor staat.

3.2 Interventies

Binnen de therapie zijn er delen van de motivatietechnieken gebruikt. Er wordt gewerkt vanuit de voorbeschouwingfase die beschreven wordt in het Stage of change model van Prochaska & Diclemente (2002). De therapeut richt zich in dit stadium op het laten ervaren van de risico's en de problemen die het probleemgedrag met zich meebrengen. Er wordt gekozen om vanuit de voorbeschouwingfase te werken, omdat in de observatieperiode is gebleken dat Mark met veel weerstand naar de therapie komt. Hij vindt dat zijn gedrag niet storend is en ziet er geen nut in om zijn gedrag te veranderen. Hij heeft is zich niet bewust van zijn eigen problematiek. Dit is kenmerkend voor de voorbeschouwingfase van het transtheoretisch model.

Prochaska & Diclemente (2002) beschrijven deze fase als volgt: *"De voorbeschouwingfase is de fase waarin men zich nog niet bewust is van een probleem en niet overweegt zijn gedrag te veranderen"*.

Vanuit de 8 motivatie strategieën is gekozen om te werken met de strategieën keuzes verschaffen, empatisch zijn, actief helpen en feedback geven. Er wordt voor deze strategieën gekozen met de reden om Mark meer een wij-gevoel te geven binnen de therapie. De therapeut gaat op een meer cliënt centered manier te werk. Mark staat in het middelpunt en bepaald bewust en onbewust hoe zijn behandeling eruit komt te zien. Het bewuste deel wordt gericht op keuzes verschaffen. De therapie wordt niet alleen geleid door de therapeut, maar Mark mag zelf ook een activiteit bepalen. Het onbewuste stuk wordt gericht op het onvoorwaardelijk accepteren van de cliënt door de therapeut, empatisch vermogen, feedback geven op het gedrag van de cliënt en actief bezig zijn met het proces van de cliënt.

In de therapie (duur 45 minuten) biedt de therapeut een activiteit aan die gericht is op het vergroten van de motivatie en inzicht geven op zijn problematiek en eventuele behandeling. Deze activiteiten liggen binnen de themagebieden vertrouwen, grenzen aangeven, agressie/frustratie en zelfbeeld.

Door de cliënt onvoorwaardelijk te accepteren wordt er geprobeerd een wij-gevoel te creëren, waardoor de cliënt meer zelfvertrouwen op kan doen en ervaart dat zijn gedrag niet altijd bestraft wordt.

Wel wordt er gericht feedback gegeven op gedrag dat de cliënt binnen de therapie laat zien en wat hij buiten de therapie laat zien. Het agressieve gedrag wordt niet goedgekeurd, maar ook niet afgekeurd. Er wordt neutraal naar gekeken. Wat zijn de voor-en nadelen van het gedrag en welk aandeel had de cliënt binnen de situatie.

De therapie is niet gericht om de agressieproblematiek te verhelpen of te verbeteren, maar gericht op het motiveren van de cliënt en inzicht geven in zijn problematiek en eventuele behandeling.

Hoofdstuk 4

Resultaten

Aan de hand van de theorie uit hoofdstuk 2 en de beschreven methode uit hoofdstuk 3 zijn er resultaten bereikt in de therapie.

De therapie is verdeeld in twee periodes; de observatieperiode die 10 weken heeft geduurd. Hierin is gekeken of psychomotorische therapie een geschikte therapie is voor Mark en of hij hier kan leren.

Het vervolg van de therapie heeft 2,5 maand geduurd. Binnen het vervolg van de therapie is de therapeut te werk gegaan aan de hand van de twee beschreven motivatietechnieken.

4.1 Observatieperiode

Mark is in december begonnen met psychomotorische therapie. Hij heeft een observatieperiode doorlopen van 10 weken. Hierin is gekeken naar zijn mogelijkheden binnen de psychomotorische therapie om te leren. Welke vaardigheden heeft Mark al en binnen welke vaardigheden zijn er mogelijkheden tot ontwikkeling of verbetering.

Na de observatieperiode is in overleg met de pedagoog en persoonlijk begeleider van Mark besloten om de therapieperiode door te zetten met 2,5 maand.

Dit is besloten, omdat er mogelijkheden liggen binnen Mark zijn vaardigheden om te leren binnen psychomotorische therapie. Tijdens de observatieperiode is gebleken dat Mark zijn lichaamssignalen kan herkennen en benoemen en dat hij transfers kan maken met wat hij binnen therapie doet en in zijn dagelijks leven meemaakt.

Er is besloten om een afgegrensde tijd therapie te geven, omdat Mark zelf de therapie niet door wil zetten. Door een grens te trekken in tijd, weet Mark waar hij aan toe is.

De attitude van de therapeut in de observatieperiode is te omschrijven als directief, sturend en enthousiastmerend. Binnen de observatieperiode bood de therapeut activiteiten aan die waren gericht op een brede kijk krijgen van Mark zijn gedragspatroon. Deze oefeningen waren vooral gericht op zijn gedragspatroon betreffende agressie en frustratie. Mark vond sommige activiteiten leuk, maar sommige ook helemaal niet. Aan het eind van de therapie kreeg Mark, als er tijd over was, de vrijheid om zelf nog een activiteit te kiezen.

Het kwam regelmatig voor dat Mark boos binnenkwam bij de therapie. Dit kon met verschillende dingen te maken hebben. Voorbeelden hiervan zijn: ruzie op school, discussies met de groepsleiding, te laat doorgeven van de groepsleiding dat Mark naar therapie moest en onenigheid tussen Mark en groepsleden.

Als dit voorkwam probeerde de therapeut met Mark te praten wat er gebeurd was.

Hierop kwam vaak weinig respons. Mark bleef in zijn boze bui hangen en het lukte hem en de therapeut niet om hieruit te komen.

De doelen die na de observatieperiode zijn gesteld zijn niet gericht om de agressieproblematiek te verhelpen of te verbeteren, maar gericht op het motiveren van de cliënt en inzicht geven in zijn problematiek en eventuele behandeling.

Deze insteek is gekozen, omdat het in 2,5 maand niet mogelijk is om zijn agressieproblematiek aan te pakken. Daarvoor is een langere periode nodig, waarin de cliënt eerst zijn gedrag verkent. Daarna begint de cliënt het te herkennen in situaties binnen de therapie en daarbuiten. Als de cliënt de problemen herkent kan hij er bewust mee aan de gang gaan en oefenen met nieuwe vaardigheden.

Door de motivatieproblemen aan te pakken, wordt geprobeerd Mark inzicht te geven in het nut dat therapie voor hem kan hebben. Zodat hij op een ander moment er misschien voor kiest om naar therapie te gaan om nieuwe vaardigheden te leren.

4.2 Vervolg therapie

Nadat besloten werd dat Mark zijn therapiebehandeling voortgezet zou worden met 2,5 maand, heeft de therapeut een andere attitude en behandelingsvoortgang ingezet. De attitude en behandelingsvoortgang zijn gebaseerd op de motivatietechnieken die beschreven zijn in hoofdstuk 2 en 3.

De therapeut probeerde binnen de therapie een wij-gevoel te creëren door Mark zelf keuzes te verschaffen. In de praktijk is dit toegepast door met Mark af te spreken dat de eerste activiteit aangeboden wordt door de therapeut en dat Mark de tweede activiteit zelf mag invullen.

De therapeut is minder ingegaan op het probleemgedrag van Mark. Het gedrag werd besproken en de therapeut gaf feedback hierop. Daarin werden de risico's van het gedrag en de consequenties besproken. Dit gebeurde op een neutrale manier. Mark werd hierin niet beoordeeld in zijn gedrag, maar zijn gedrag werd ook niet goedgekeurd.

De therapeut heeft Mark veel positieve feedback gegeven en geprobeerd door humor en betrokkenheid een werkrelatie met Mark op te bouwen waarin ruimte was voor inbreng vanuit de cliënt en feedback vanuit de therapeut.

In het vervolg van de therapie is Mark nog enkele keren boos binnen gekomen. Hier reageerde de therapeut begrijpend op. Er werd nagevraagd wat er gebeurd was en waarom Mark boos was. Daarna lieten we de situatie rusten.

Door Mark een activiteit te laten doen die hij leuk vond, lukte het hem beter om uit zijn boze bui te komen. Hij werd minder gefrustreerd en opgefokt. Het lukte hem om weer rustig te praten en de rode blosjes van zijn wangen, die veroorzaakt werden door de boosheid, verdwenen.

Door begrijpend te reageren en niet verder op de situatie in te gaan, is geprobeerd om Mark te laten oefenen met iets anders doen als hij boos was. Mark gaf aan dat hij door het doen van een activiteit rustiger werd. Zijn boosheid nam dan iets af, maar hij was de situatie nog niet helemaal vergeten.

De activiteiten die de therapeut heeft aangeboden waren gericht op de thema's vertrouwen, grenzen aangeven, agressie/frustratie en zelfbeeld.⁴

Binnen deze thema's was veel ruimte om Mark positieve feedback te geven op zijn gedrag. Daarnaast kwam binnen deze activiteiten ook het probleemgedrag van Mark aan de orde. Als een activiteit Mark niet lukte kon hij gefrustreerd raken. Door dit te bespreken werd geprobeerd om Mark meer zicht te geven in zijn problematiek. Er werd gericht op wat gebeurd er nu bij je, hoe komt dat en hoe kan je dat merken aan jezelf. Hierdoor werd de situatie belicht. Er werd bij Mark na gegaan wat er gebeurd in zijn lichaam en hoofd. Daarmee lokte de therapeut Mark uit de tent. Er werd nagevraagd of Mark herkende dat hij boos werd. Daarmee verkende de therapeut Mark zijn kennis over zijn eigen gedrag en gaf hierna gerichte feedback op de risico's en consequenties. Tijdens de activiteit waarbij Mark zoveel mogelijk ballonnen tegelijkertijd hoog moest houden, had Mark een positieve beleving die hij naderhand ook uitsprak. De oefening was gericht op het aangeven van grenzen. Hoeveel ballonnen kan je hooghouden en bij hoeveel ballonnen is de activiteit niet meer prettig. Mark merkte dat hij zijn eigen grenzen aan kon geven en zag dit als vergroting van zijn zelfvertrouwen. Hij gaf aan dat hij dit tijdens de therapie geleerd had.

⁴ Zie bijlage 3: Activiteitenplan

4.3 Concrete resultaten

De resultaten zijn gemeten aan de hand van een meetinstrument. Dit meetinstrument bestond uit acht meetlatten. Een meetlat telt van 0 tot 10. Boven elke meetlat staat een stelling, bijvoorbeeld: "Ik ben gemotiveerd om naar therapie te gaan" of "ik ben vaak (elke dag) geïrriteerd".⁵

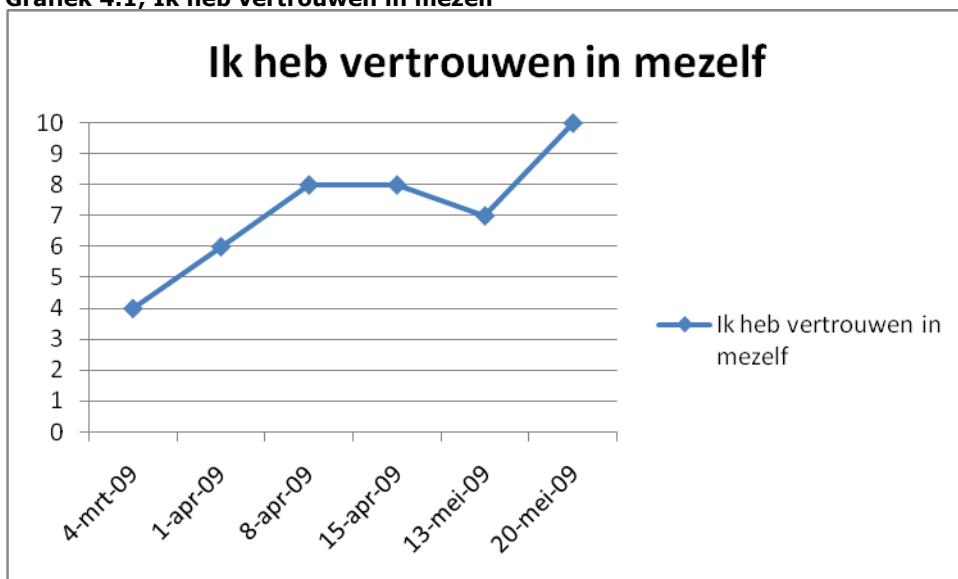
Door middel van deze meetlatten werden de resultaten van Mark bijgehouden. De eerste meting is gedaan aan het eind van de observatieperiode. De overige metingen zijn gedaan tijdens de laatste twee maanden van de behandeling.

Er is gekozen voor dit middel, omdat dit voor de doelgroep een overzichtelijke manier is om iets te meten. Zij begrijpen het systeem van het ordenen van 0 tot 10. Hierbij is uitgelegd dat 0 betekend: "Ik heb geen vertrouwen in mezelf" en dat 10 betekend: "Ik heb heel veel vertrouwen in mezelf".

Tussen de eerste en de laatste meting zijn grote verschillende waarneembaar. In de onderstaande grafieken is een overzicht te zien van de, voor het onderzoek belangrijkste, metingen. In grafiek 4.1 zijn de meetresultaten te zien van de stelling: "Ik heb vertrouwen in mezelf". In deze tabel is een groei te zien van een 4 naar uiteindelijk een 10. Wat aangeeft dat er een grote groei in ontwikkeling van zijn zelfvertrouwen is geweest.

Het zelfvertrouwen van Mark was voordat hij aan de therapie begon niet groot. Hij gaf aan dat hij graag alles goed wil doen en bang is om dingen verkeerd te doen. In de behandeling was dit een doel, omdat hierin voor Mark duidelijk kon worden dat hij binnen therapie wat kon leren. Nu is Mark zijn zelfvertrouwen vergroot. Mark vindt dit zelf prettig en zegt zich beter te voelen.

Grafiek 4.1; Ik heb vertrouwen in mezelf



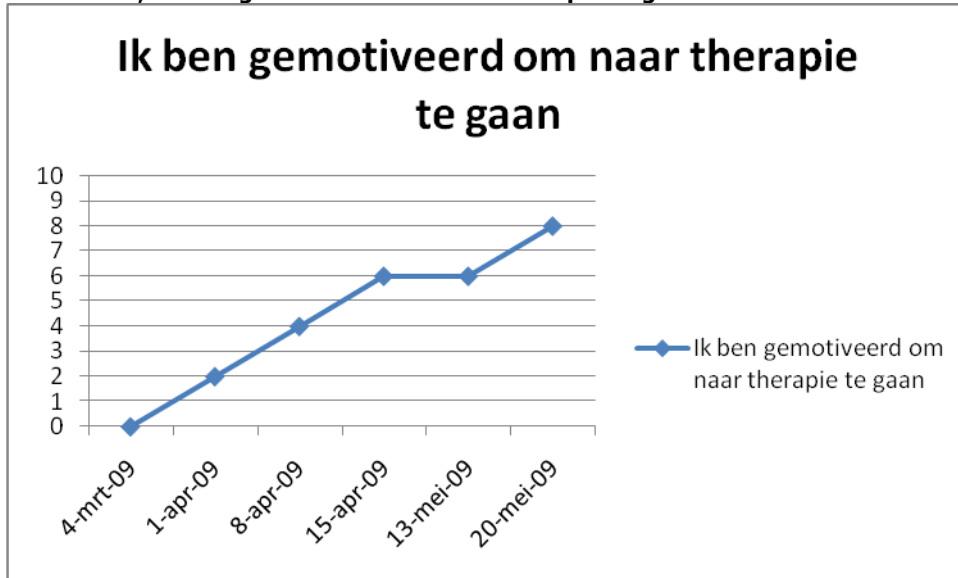
⁵ Zie bijlage 4: Meetinstrument

In grafiek 4.2 zijn de meetresultaten te zien van de stelling: "Ik ben gemotiveerd om naar therapie te gaan". Deze stelling is belangrijk voor het onderzoek, omdat dit het behandeldoel is dat de therapeut voor ogen heeft.

De therapeut probeert de motivatie van Mark te vergroten door de toegepaste motivatietechnieken.

Hierin is een zeer duidelijke stijging te zien. Waar Mark in maart een 0 aangaf bij deze stelling, gaf hij in het vervolg van de therapie een stijgende lijn aan.

Grafiek 4.2; Ik ben gemotiveerd om naar therapie te gaan



In grafiek 4.3 zijn de meetresultaten te zien van de stelling: "Ik vind het vervelend als ik boos ben". De stelling is belangrijk voor het onderzoek, omdat deze inzicht geeft in het denkpatroon van Mark. Mark gaf tijdens de eerste meting een twee bij deze stelling. Dit geeft aan dat Mark het niet vervelend vindt als hij boos is.

Gedurende de therapie is er een stijgende lijn te zien. Dit geeft aan dat Mark het steeds vervelender is gaan vinden als hij boos was. Dit lijkt te wijzen op meer inzicht in zijn eigen problematiek.

Grafiek 4.3; Ik vind het vervelend als ik boos ben



Voor het volledige overzicht van de meetresultaten verwijs ik door naar de bijlage.⁶

De verschillen die zichtbaar zijn in de grafieken, zijn niet alleen waarneembaar op papier, maar ook in de zaal. Mark komt vaker op tijd, waar hij eerder vaak een kwartier te laat kwam. Mark is de laatste twee maanden nog maar één maal boos binnen gekomen tijdens de therapie.

Hij geeft aan vrolijker te zijn en zich prettig te voelen buiten de therapie. Mark is tijdens de therapie ook vrolijker. Dit is te zien aan zijn houding. In het begin had Mark vaak zijn pet op en hield hij zijn jas aan als hij de zaal binnenkwam. Dan ging hij op de bank zitten en wachtte af wat er ging gebeuren.

De laatste weken had Mark zijn pet af en deed hij zijn jas uit als hij de zaal binnenkwam. Daarnaast ging hij niet zitten, maar bleef meestal staan. Een enkele keer vroeg hij wat we gingen doen. Hij gaf aan wat hij graag wilde doen, bijvoorbeeld voetballen, boksen of touwzwaaien.

Mark vertelde aan het begin van de therapie weinig tot niets over wat hem bezighield. Hij wachtte af en het leek erop dat hij zijn tijd uitzat. In het vervolg van de therapie begon Mark steeds meer uit zichzelf te vertellen wat hij de afgelopen week had gedaan. Daarnaast vertelde hij wat hem bezighield en als hij vervelende dingen had meegemaakt vertelde hij dit ook.

Aan het eind van de elke therapiesessie werd aan Mark gevraagd wat hij ervan vond. In het begin zei hij vaak dat hij blij was, omdat de tijd voorbij was. Daarnaast gaf hij vaak aan dat hij geen zin had om te komen en hij niets geleerd had. Mark zei dat hij het vervelend vond dat hij niet naar de stad kon, omdat hij therapie had.

Tijdens de laatste 5 weken gaf Mark aan dat hij het "wel leuk" vond om te komen. De activiteiten waren goed en hij kwam niet meer terug op de tijd. Daarnaast heeft Mark eenmaal benoemd dat hij wat geleerd had.

Bij de laatste therapie gaf Mark aan dat hij rustiger is geworden en kan merken dat hij minder snel boos wordt. Mark vertelt dat dit komt, omdat hij minder snel geïrriteerd is en rustiger kan blijven. Hij vindt het niet leuk als hij wel boos is.

Ook geeft Mark aan dat hij meer zelfvertrouwen heeft gekregen. Hij zegt in alles meer zelfvertrouwen te hebben gekregen en zich daardoor beter te voelen. Hij is vrolijker en zit lekkerder in zijn vel.

⁶ Zie bijlage 5: Meetresultaten

Hoofdstuk 5

Conclusie

In de voorgaande hoofdstukken is het behandelproces van Mark terug te lezen met de daarbij gebruikte motivatietechnieken.

Mark is een jongen van 15 met een licht verstandelijke beperking en agressiereguleringsproblemen. Hij wordt gedwongen om naar therapie te gaan door zijn groepsleiding en moeder. Die vinden zijn probleemgedrag zorgelijk.

Het belangrijkste behandeldoel dat gemaakt is na de observatieperiode is het niet gericht op de agressieproblematiek, maar gericht op het motiveren van de cliënt en inzicht geven in zijn problematiek en eventuele behandeling.

Door de cliënt inzicht te geven in zijn problematiek en de mogelijkheden van een behandeling aan te reiken, wordt het doel gesteld dat Mark gemotiveerder is om naar therapie te gaan en meer inzicht krijgt in zijn eigen problematiek.

De therapeut heeft dit resultaat proberen te bereiken door middel van het gebruik van motivatietechnieken. De motivatietechnieken die toegepast zijn, zijn de 8 motivatiestrategieën van Miller & Rollnick (2005) en het transtheoretische model van Prochaska & Diclemente (2002).

In hoofdstuk 4 zijn de resultaten beschreven van de behandeling van Mark. Hierin is een duidelijke verbetering te zien in zijn motivatie om naar therapie te gaan.

In grafiek 4.2 is een stijging te zien van 0 tot 8. Dit betekent een forse stijging van de motivatie van Mark.

Ook het inzicht in zijn eigen problematiek is verbeterd, zie grafiek 4.3. Mark gaf in maart een 2 aan bij "Ik vind het vervelend als ik boos ben". Dit betekent dat hij het niet echt vervelend vindt om boos te zijn. In de grafiek is een duidelijke stijging te zien in de grafiek. Dit betekent dat Mark in de loop van de therapie zijn eigen gedrag steeds vervelender is gaan vinden.

Daarnaast is in de grafiek 4.1 een stijging te zien in het zelfvertrouwen van Mark. Hij geeft aan meer zelfvertrouwen te hebben. En dit is ook te zien binnen de therapie. Mark is vrolijker, meer in interactie met de therapeut en geeft aan welke activiteiten hij graag wil doen.

Mark is van een vrij passieve houding in het begin van de therapie naar een actieve, betrokken houding gegaan.

Deze resultaten zijn te verklaren aan de verandering in attitude en aanpak van de therapeut. De therapeut is vanuit de voorbeschouwingfase de behandeling in gaan zetten. Deze fase houdt in dat de cliënt zich nog niet bewust is van het probleem en niet overweegt om zijn gedrag te veranderen. Deze fase sloot aan bij de beleving van Mark.

Hij ziet niet in waarom hij naar therapie moet en wil niet veranderen.

Doordat de therapeut en de cliënt vanuit dezelfde fase werkte ontstaat er minder weerstand. Prochaska en Diclemente (2002) zeggen ook in hun model: *"Weerstand tegen hulpverlening kan ontstaan wanneer de cliënt en de hulpverlener vanuit een verschillend stadium werken."*

Door deze motivatietechniek te combineren met de 8 motivatiestrategieën van Miller en Rollnick (2005) ontstond er een veilige, niet-moraliserende sfeer tijdens de therapie.

De therapeut heeft zijn attitude omgebogen van directief, sturend en enthousiastmerend naar advies gevend, empatisch, inzichtgevend en actief betrokken.

Hierdoor werd er dus een andere sfeer gecreëerd binnen de therapie waarin het gedrag van Mark niet werd afgekeurd of goedgekeurd. Er werd neutraal naar gekeken en door de therapeut werd er gewezen op de risico's en de consequenties van eventueel negatief gedrag.

De therapeut heeft zich beperkt in het aanbieden en oefenen van nieuwe gedragspatronen, omdat Mark deze niet aan wil leren. Het aanbieden van nieuwe gedragspatronen zou tegenstrijdig werken, omdat je dan de cliënt niet onvoorwaardelijk accepteert.

Door Mark zelf meer keuzes te geven binnen de therapie en de activiteiten toe te spitsen op enkele thema's, is er gekozen om Mark zelf meer verantwoordelijkheid te laten dragen binnen de therapie. Hij mocht zelf mee beslissen, waardoor hij meer het gevoel heeft gekregen volwaardig aanwezig te zijn binnen de therapie.

Doordat de therapeut zijn attitude heeft aangepast aan de hand van de twee motivatie modellen is de werkrelatie tussen de therapeut en Mark verbeterd. Deze verbetering heeft ertoe geleid dat Mark meer motivatie heeft gekregen om naar therapie te gaan, dat hij meer zelfvertrouwen heeft gekregen en dat hij meer inzicht heeft gekregen in zijn eigen problematiek.

Mark geeft dit zelf ook aan. Hij merkt dat er verandering is opgetreden in zijn gedrag. Hij geeft aan minder snel boos te worden en het vervelend te vinden als hij wel boos wordt. Daarnaast zegt hij, dat als hij boos is, hij minder boos wordt dan voor de therapie. Mark geeft aan meer zelfvertrouwen gekregen te hebben in alles wat hij doet. Hij is minder verlegen en durft goed zijn mening te zeggen. Hij vertrouwt meer op zijn eigen kunnen. Mark denkt dat dit komt door de therapie. Hij vond het prettig dat hij bij de therapie alles kon vertellen en dat hij serieus genomen werd. Dit in tegenstelling op de groep, waar hij zich niet altijd serieus genomen voelt.

De motivatietechnieken die gebruikt zijn binnen deze casestudy zijn gebruikt zijn toepasbaar bij licht verstandelijk beperkte jongeren met motivatietechnieken, omdat je hiermee de weerstand vermindert en het inzicht in eigen probleemgedrag kan vergroten. Dit doe je door je fase van behandeling aan te passen aan de fase waarin de cliënt zit. Je past je aan, aan de cliënt.

Door je aan te passen aan de fase waarin de cliënt zit, verminder je de weerstand. Je werkt samen naar een zelfde doel toe die past bij de fase waarin de cliënt denkt. Hierdoor is de kans op motivatievergroting en inzicht op de problematiek vergroot. Dit met uiteindelijk doel dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd wordt en zelf naar therapie gaat.

Een cliënt die onvrijwillig komt moet dus niet meteen afgeschreven worden voor een therapie. Dit is wat vaak gebeurt. Therapeuten denken snel: "Als de cliënt geen therapie wil en niets wil leren, heeft het ook geen zin om therapie te geven".

In de casestudy is gebleken dat deze uitspraak niet juist is. Ook jongeren met motivatieproblemen kunnen baat hebben bij behandeling, alleen moet de behandeling aangepast worden aan de cliënt.

Er moet eerst gewerkt worden aan het motivatieprobleem voordat er gewerkt kan worden aan het probleem waarvoor de cliënt aan wordt gemeld bij de therapie.

Hoofdstuk 6

Discussie

De twee motivatietechnieken die toegepast zijn op de casus van Mark zijn binnen de licht verstandelijk beperkte doelgroep toepasbaar.

Ze richten zich op de fase waarin een cliënt denkt en op de problemen die therapie voor hen kan opleveren. Door de handvatten vanuit de acht motivatiestrategieën van Miller en Rollnick (2005) is het motiveren van cliënten gemakkelijker. De strategieën werken goed in combinatie met het werken vanuit het transtheoretische model van Prochaska en Diclemente (2002)

Vanuit het transtheoretische model van Prochaska en Diclemente (2002) heb ik nu alleen gewerkt vanuit de eerste fase, de voorbeschouwingfase. Deze sloot aan op de cliënt die ik had.

Ik weet niet of de andere fases ook zo aansluiten op cliënten, maar ik denk dat dit een goed model is om in je achterhoofd te houden bij het maken van een behandelplan. De fases moeten doorlopen worden voordat gedrag ingesleten is en de cliënt het nieuwe gedrag toe kan passen.

Deze motivatiestrategieën zijn niet alleen toepasbaar op de licht verstandelijk beperkte doelgroep, maar kunnen ook breder gebruikt worden.

In andere instellingen met andere doelgroepen kunnen deze motivatietechnieken ook toegepast worden. Ze zijn algemeen en de technieken zijn daarbij ook toepasbaar.

De resultaten die ik geboekt heb door deze motivatietechnieken toe te passen zijn zeer kenmerkend. Ik vind dat er een duidelijke vooruitgang is te zien binnen de therapie van Mark. Hij heeft meer motivatie gekregen om naar de therapie te komen. Zijn zelfvertrouwen is gegroeid en hij lijkt meer inzicht te hebben in zijn eigen problematiek.

Naast de therapie zijn er natuurlijk andere mogelijkheden waardoor er een duidelijke vooruitgang te zien is in deze resultaten. Mogelijkheden zouden kunnen zijn; verbetering van de werkrelatie tussen Mark en groepsleiding, Mark die op school betere cijfers haalt, vakantie, weer, het einde van de therapie die in zicht komt etc.

Omgevingsfactoren spelen dus ook een rol. Deze sluit ik niet uit bij mijn resultaten, maar ik ben van mening dat de groei in Mark zijn ontwikkeling te maken heeft met de veranderde behandelingsstrategie van de therapeut.

Hoofdstuk 7

Aanbevelingen

In het verslag is te lezen dat het werken vanuit een bepaalde strategie invloed heeft op het behandelingsproces van de cliënt.

De twee motivatiestrategieën die zijn beschreven binnen mijn scriptie vind ik een aanvulling op mijn kennis. Door aan te sluiten bij de fase waarin de cliënt zit, kan je al veel weerstandproblemen oplossen.

Er zijn zeker mogelijkheden om jongeren met een licht verstandelijke beperking en motivatieproblemen te behandelen binnen therapie. Belangrijk hierbij is het werken vanuit fases, onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en feedback geven over de risico's en consequenties van het probleemgedrag.

Er moeten kleine, haalbare doelen worden gesteld zowel vanuit de cliënt als vanuit de therapeut en andere betrokkenen. Door kleine, haalbare doelen te maken wordt het voor de cliënt ook duidelijker wat hij leert en wat de therapie hem ook kan leveren.

Vaak gaan therapeuten er van te voren al vanuit dat cliënten die gestuurd worden en zelf geen motivatie hebben, weinig tot geen mogelijkheden hebben om te leren.

Een behandeling wordt doorgaans gericht op het probleem waarvoor de cliënt in therapie komt. Bijvoorbeeld agressieproblemen, sociale weerbaarheid, emotieregulatieproblemen enz.

Bij onvrijwillige cliënten is deze behandeling meestal niet aansluitend. De cliënten vinden zelf niet dat ze een probleem hebben en zijn van mening dat ze niets hoeven te leren.

Door de behandeling te richten op de motivatieproblemen en het inzicht geven in de problematiek wordt deze effectiever. De cliënt gaat van extrinsieke motivatie naar intrinsieke motivatie, waardoor de cliënt gedragsverandering nastreeft voor zichzelf en niet voor iemand anders.

Het voordeel daarvan is dat de geleerde vaardigheden langer blijven hangen en er een definitieve gedragsverandering kan zijn gevormd.

Voor een behandeling is het belangrijk dat je goed aansluit bij de wensen en gedachte van de cliënt. Hiervoor kan je het Stage of Change model (Prochaska & Diclemente, 2002) gebruiken. Daarin staat beschreven bij welke gedachten van de cliënt, welke fase hoort.

Hierdoor kan je een meer passende behandeling geven aan de cliënt. Dat heeft als voordeel dat de geleerde vaardigheden beter blijven hangen en het effect van de therapie op langere termijn groter is.

Als je naast het werken vanuit dezelfde fase de cliënt het gevoel kan geven binnen de therapie dat deze onvoorwaardelijk geaccepteerd wordt, werkt dit veel vertrouwen op. Dit zal de werkrelatie dan ook versterken. Wat weer ten goede komt aan de motivatie en vermindering van weerstand van de cliënt.

Literatuur

Boeken

- De Boer, M & Noom, M (2005) *Gedwongen motivatie, ots-jongeren en hun motivatie voor hulpverlening*. Uitgeverij SWP Amsterdam
- Didden, R (2006) *In perspectief, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking*. Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
- Heijkoop, J (1992) *Vastgelopen, anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen*. Uitgeverij H. Nelissen B.V. Soest
- Hoogland, W & Dik, R (2006) *Rapport over Rapporteren*. Uitgeverij Wilters-Noordhoff bv Groningen/Houten
- Miller, W.R. & Rollnick, S (2005) *Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Uitgeverij Ekklesia.
- Mevissen, L (2005) *Kwetsbaar & afhankelijk, gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking*. Uitgeverij SWP Amsterdam
- Roeden, J & Bannink, F (2008) *Handboek oplossingsgericht werken met lichtverstandelijk beperkte cliënten*. Uitgeverij Hartcourt Assessment BV
- Vandeweerd, M & Travers, E & Bauwers, A (2007) *Kom binnen, therapeutische ontmoetingen met mensen met een verstandelijke handicap*. SEN vzm, Garant-uitgevers

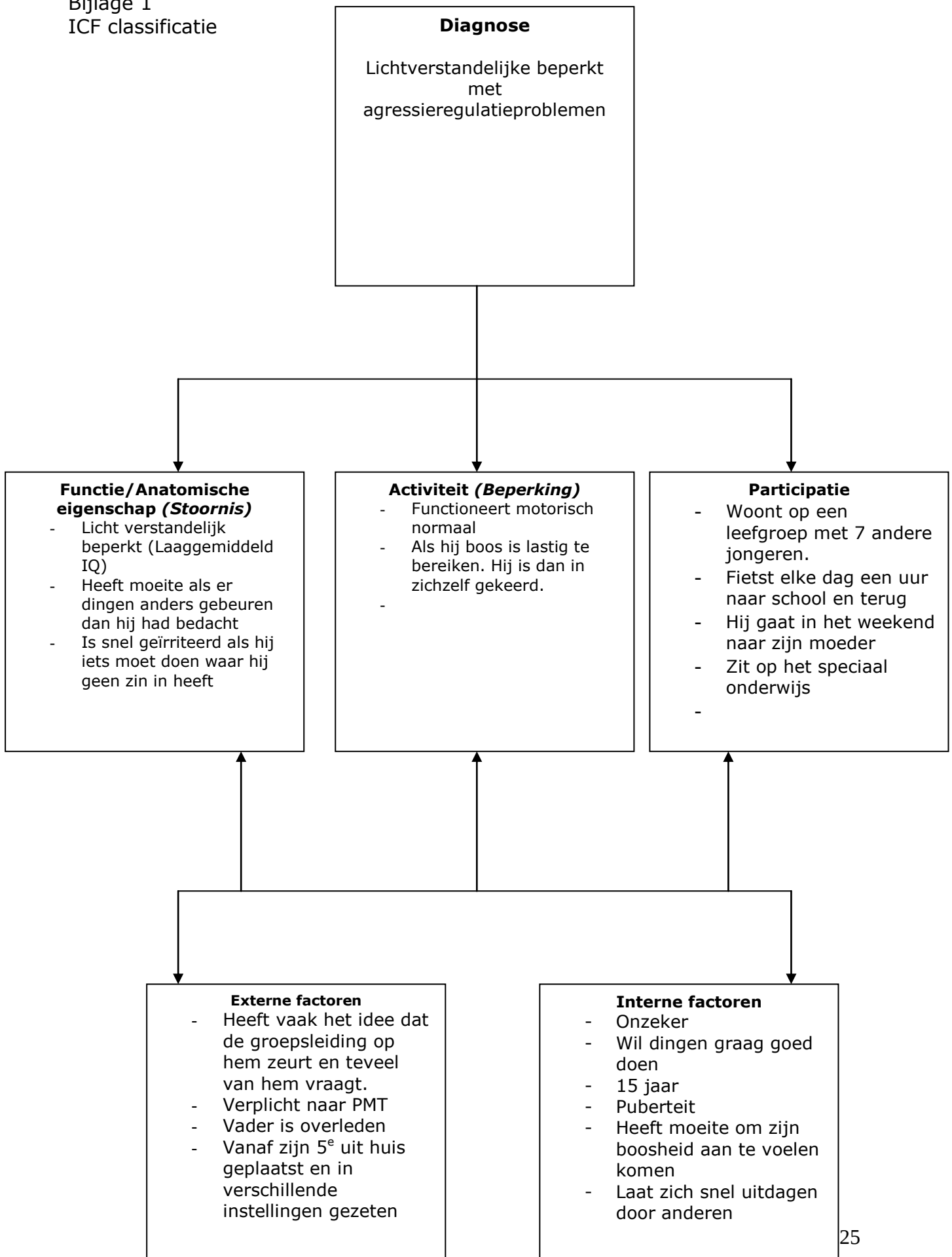
Elektronische Bronnen

- Verstuyf, J & Vansteenkiste, M (2008) *Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutische proces*.
<https://biblio.ugent.be/input?func=downloadFile&fileOId=448511>, bezocht op 18 maart 2009.
- Prochaska & Diclemente (2002) *Transtheoretisch model*.
http://doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf, bezocht op 18 maart 2009.
- *Verwachting*waardetheorie & zelfdeterminatietheorie (ZDT)*
www.ua.ac.be/download.aspx?c=*ECHO&n=57677&ct=56191&e=160812, bezocht op 8 mei 2009.
- Vansteenkiste, M (2007) *Zelfdeterminatietheorie*
<http://www.blijvendmotiveren.be/nl/Theorie.html>, bezocht op 8 mei 2009.
- Maslow (2002) *behoeftepiramide van Maslow*
http://www.menscentraal.nl/behoeftepiramide_van_Maslow.html, bezocht op 8 mei 2009.
- Shazer, S & Berg, I.K (1980) *oplossingsgericht werken*
<http://www.solution-focused.nl/tools>, bezocht op 8 mei 2009.
- Informatie over lichtverstandelijk beperkte jongeren
http://www.kenniscentrumcrossover.nl/handicap/verstandelijk/licht_verstadelvg, bezocht op 18 maart 2009

Bijlage

- 1 *ICF classificatie*
- 2 *The Hierarchy of Needs theorie*
- 3 *Activiteitenplan*
- 4 *Meetinstrument*
- 5 *Meetresultaten*

Bijlage 1
ICF classificatie



Bijlage 2

The Hierarchy of Needs theorie

In het eerste model van zijn Hierarchy of Needs theorie maakte Maslow onderscheid naar 5 niveaus in de piramide van behoeften:

1. Fysiologische behoeften

Basisbehoeften zoals lucht, water, voedsel, slaap, seks, afscheiding etc. Als deze niet worden vervuld ontstaan ziekte, irritatie, pijn, ongemak, etc.

2. Veiligheid

Stabiliteit en consistentie in een chaotische wereld. Lichamelijke veiligheid, een baan, familie, gezondheid, eigendom. Deze behoeften zijn voornamelijk psychisch van aard. Wij hebben de veiligheid van een huis en een familie nodig. Als die veiligheid niet voor elkaar is kan men het volgende niveau niet bereiken.

3. Liefde en 'ergens bij horen'

Mensen hebben de behoefte om ergens bij te horen en zich geliefd te voelen. Vriendschap, familie, seksuele intimiteit.

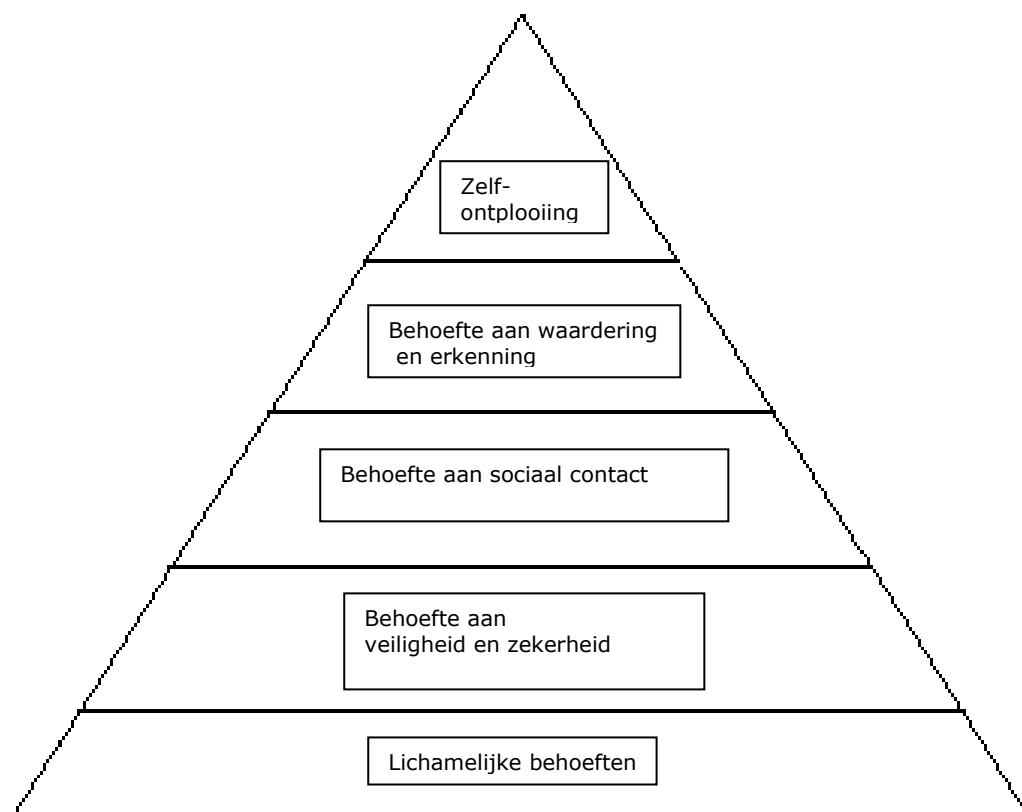
4. Zelfrespect

Er zijn twee soorten behoeften aan achting. De eerste is het zelfrespect dat bereikt wordt door bekwaamheid of het beheersen van taak. De tweede is de aandacht en de erkenning die van anderen komt. Het bewonderd willen worden kan gelijk zijn aan de behoefte aan macht.

Zelfrespect, vertrouwen, presteren, respect van anderen, respect voor anderen.

5. Zelfrealisatie of zelfverwerkelijking

Dit is de wens om jezelf uit te groeien, je volle potentieel te gebruiken. Aan deze behoefte zijn vraagstukken gekoppeld die te maken hebben met zingeving. Moraliteit, creativiteit, spontaniteit, probleemoplossend vermogen, geen vooroordelen, accepteren van gebeurtenissen.



Bijlage 3

Activiteitenplan

WAT	WANNEER	HOE	WAAROM
Observatieperiode	Dec t/m maart	Verschillende activiteiten met verschillende thema's	Om de cliënt beter te leren kennen. Waar liggen mogelijkheden en waar onmogelijkheden.
Week 1: Vertrouwensoefening. Vertrouwen op jezelf en op de ander	18 maart	Activiteit met het thema vertrouwen (mijnenveld)	Om de cliënt te laten verkennen op het gebied vertrouwen. Hoe gaat hij hiermee om.
Week 2: Grenzen aangeven (frustratie)	25 maart	Ballenregen. Activiteit waarbij de cliënt in het doel staat en probeert alle ballen die naar hem toe gegooid worden te raken. Als therapeut grenzen van de cliënt opzoeken, wat haalt hij wel wat niet. Wanneer geeft hij zijn grens aan en kan hij dus op tijd stop zeggen?	Om de cliënt te laten ervaren dat het belangrijk is om op tijd je eigen grens aan te geven. Gebeurt dit niet, wat merk je dan? Wat gebeurt er als je over je grens gaat en wanneer je hem wel op tijd aan kan geven?
Week 3: Aangepast programma ivm boosheid cliënt.	1 april	Voetbalactiviteit om de boosheid van Mark af te laten nemen.	Omdat Mark tijdens boosheid slecht aanspreekbaar is. Hij kan door een activiteit te doen vaak uit de boze bui komen.
Week 4: Afstand en nabijheid	8 april	Levenslijn tekenen. Welke situaties in het leven van de cliënt zijn belangrijk geweest?	Om meer inzicht te krijgen in de levensloop van de cliënt. Wanneer gebeurde er wat en wat voor invloed heeft dit op het gedrag van de cliënt? Om meer inzicht te krijgen in de levensloop van de cliënt. Wanneer gebeurde er wat en wat voor invloed heeft dit op het gedrag van de cliënt?
Week 5: Grenzen aangeven (frustratie)	15 april	Controlled approach Ballonnen hooghouden	Om de cliënt te laten oefenen met het aangeven van zijn grenzen. Wanneer is zijn grens bereikt en hoe merkt hij dit aan zichzelf? Het verkennen van eigen grenzen. Wat gebeurt er als je over de grens gaat.

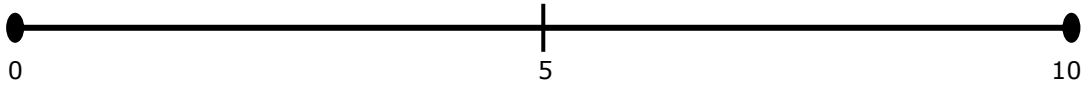
Week 6: Zelfvertrouwen Zelfbeeld Inschatten	13 mei	Activiteit met touwen. De cliënt vindt dit leuk. (Heeft hij aangegeven in de observatieperiode) De cliënt moet inschatten naar hoeveel touwen hij kan slingeren zonder op de grond te komen. Daarna hoever hij kan landen op een mat/bank/kast.	De cliënt schat zichzelf in. Klopt deze inschatting? Hoe komt het dat het wel of niet klopt? De cliënt wijzen op zijn kunnen en op zijn competenties.
Week 7: Grenzen aangeven Zelfvertrouwen	20 mei	Samenwerkingsactiviteit. De cliënt heeft samen met een stagiaire groepsleider gevraagd of deze een keer mee mag komen. We doen een samenwerkingsactiviteit om de cliënt en de groepsleiding te laten oefenen met samenwerken.	De cliënt oefenen met communiceren met de groepsleiding. Hij durft uit te spreken hoe hij de activiteit wil doen en geeft zijn grenzen aan.
Week 8: Afsluiting	27 mei	We sluiten de therapie af. De cliënt krijgt een diploma mee met wat we gedaan hebben en wat hij geleerd heeft. We eindigen met een activiteit die de cliënt uitkiest.	De cliënt sluit een periode af. Kan hij aangeven wat hij heeft geleerd en hoe hij tegenover therapie staat.

Bijlage 4

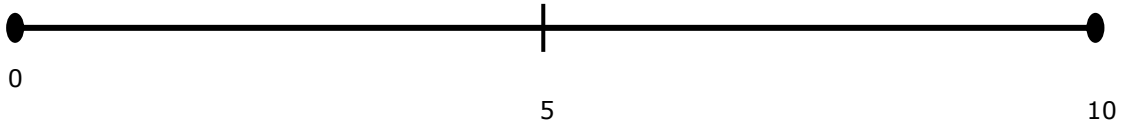
Meetinstrument

Hieronder staat een meetlat. Deze gaat van 0 naar 10. Bij elk meetlat staat een vraag. Geef aan of je het hier mee eens bent of niet. 0 is helemaal niet mee eens, 10 is helemaal mee eens.

Ik ben een vrolijk persoon.



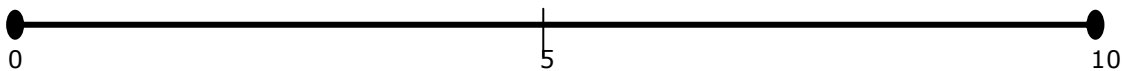
Ik heb vertrouwen in mezelf.



Ik ben gemotiveerd om naar therapie te gaan.



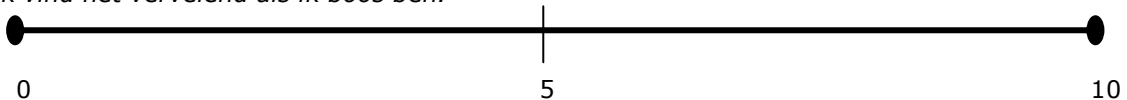
Ik heb het gevoel dat ik vaak de schuld krijg van dingen die ik niet heb gedaan.



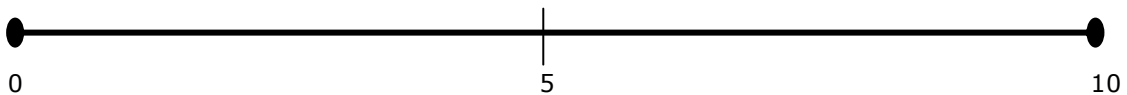
Ik ben vaak (elke dag) geïrriteerd.



Ik vind het vervelend als ik boos ben.



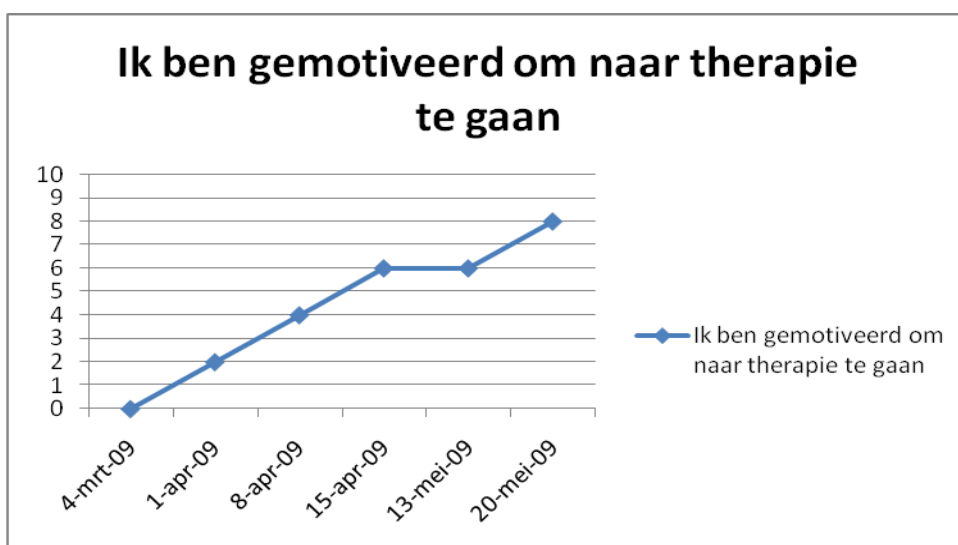
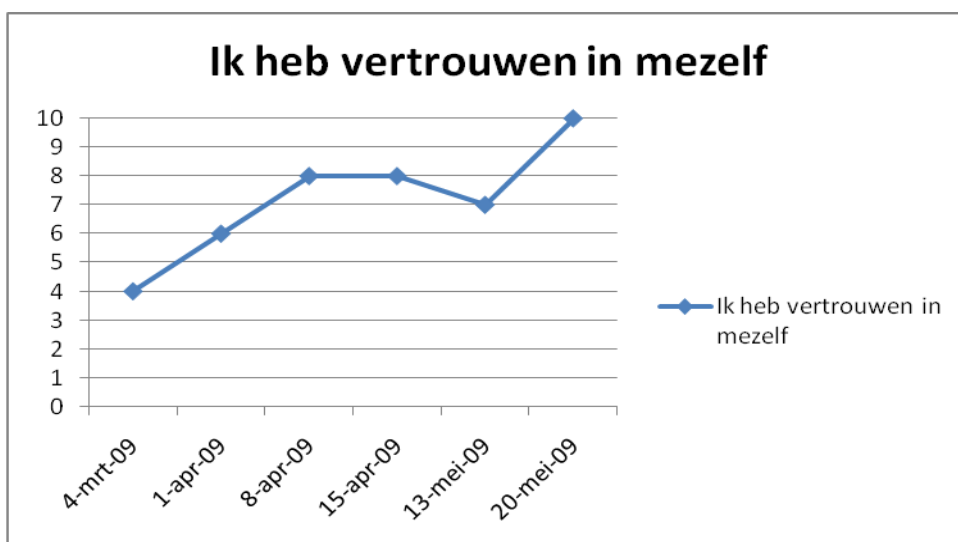
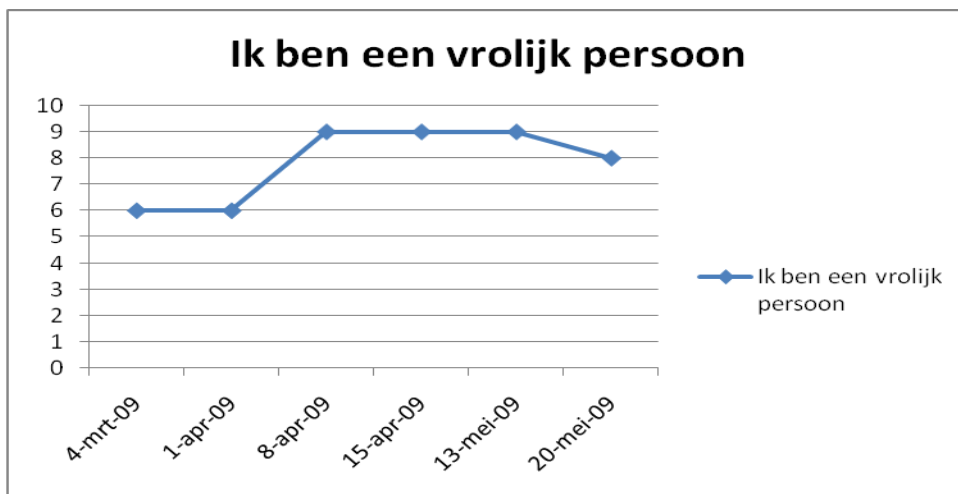
Anderen vinden het lastig dat ik snel geïrriteerd ben.



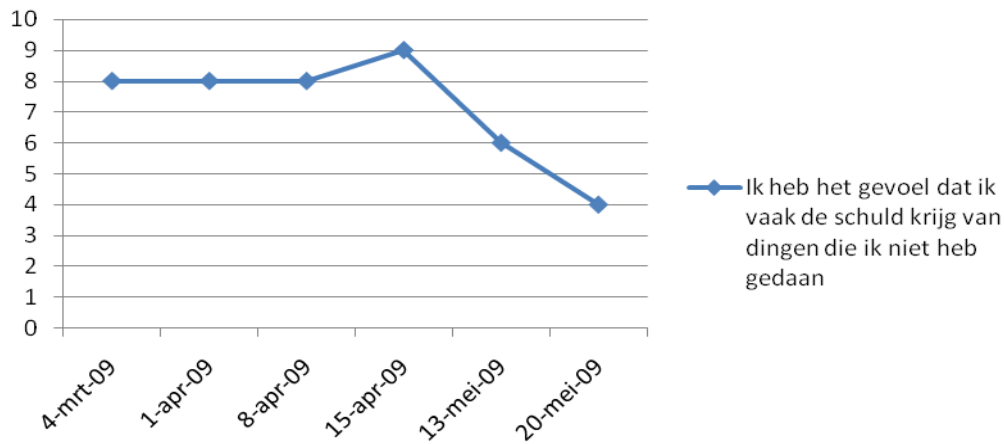
Ik vind dat ik goed reageer als ik boos ben



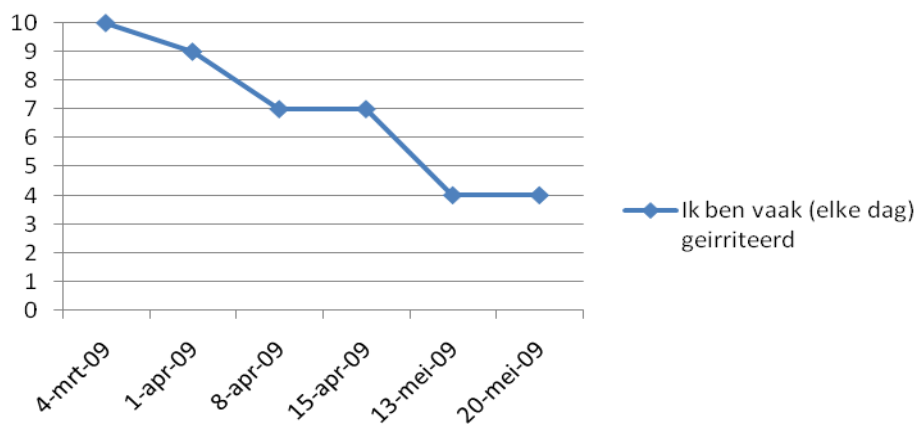
Bijlage 5
Meetresultaten



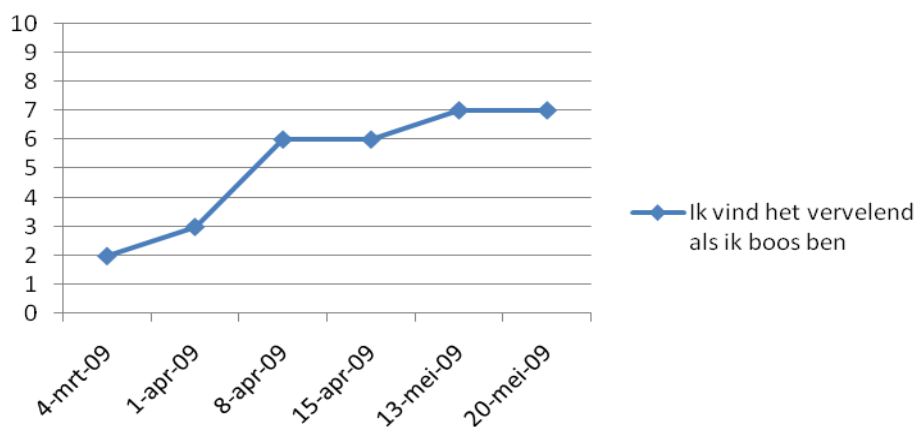
Ik heb het gevoel dat ik vaak de schuld krijg van dingen die ik niet heb gedaan



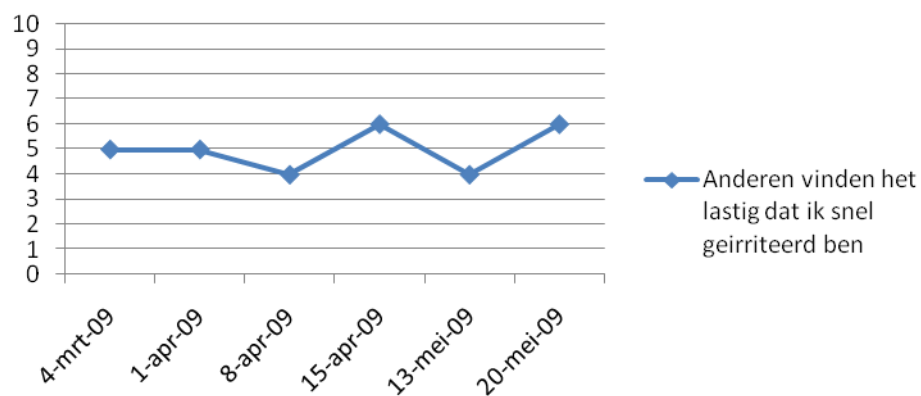
Ik ben vaak (elke dag) geïrriteerd



Ik vind het vervelend als ik boos ben



Anderen vinden het lastig dat ik snel geirriteerd ben



Ik vind dat ik goed reageer als ik boos ben

