
MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

In een bruikbare methodiek voor cliënten met dubbele diagnoseproblematiek in de ambulante GGZ?

Martje van Giffen, auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige i.o.

Inleiding

Binnen de transmurale zorg van de GGZ Amsterdam komt regelmatig dubbele diagnoseproblematiek voor (DD problematiek). Vooralsnog ontbreken harde cijfers voor de precieze aanwezigheid van verslavingsproblematiek bij deze GGZ-populatie, maar naar schatting heeft éénderde deel hier mee te maken. Deze hypothese is gebaseerd op literatuurgegevens, praktijkervaring en de frequente keren dat verslavingsproblematiek als onderdeel van het probleem van cliënten wordt genoemd in het crisisberaad en behandelplanbesprekingen. Co-morbiditeit is in de GGZ een veelvoorkomend probleem. Dat geldt voor zowel angst-, en stemmings- als psychotische stoornissen. De percentages variëren per aandoening tot 90%. Afhankelijkheid van psycho-actieve stoffen is een van die vormen van co-morbiditeit. Ook hier weer wisselt de prevalentie met de aard van de aandoening, maar deze kan oplopen van 40-50% bij psychotische stoornissen.' (van der Stel, 2003:233). Professor Gerard M. Schippers (verbonden aan het Amsterdam Institute for Addiction Research) noemt de volgende op diverse onderzoeken gebaseerde percentages (symposium Amsterdam 2004):

- Ca. 30% van de mensen met psychiatrische problemen heeft een verslaving;
- 47% van de schizofrenen heeft een verslaving;
- 24% van de mensen met een angststoornis heeft een verslaving;
- 30% van de patiënten opgenomen in een psychiatrische instelling heeft een verslaving.

'Voor de Verenigde Staten worden in de GGZ percentages van 20 tot 50 genoemd...In Nederland worden vergelijkbare percentages geschat (Geerlings & Brink, 1995; Jong, Wielen en Verheul, 1996). Uit: Kenmerken van dubbele diagnosecliënten, Trimbos Instituut, 2000) Een binnen de ambulante GGZ dus niet te verwaarlozen groep.

Verslaving veroorzaakt bij cliënten, hun hulpverleners en de samenleving vaak veel ellende. 'De kans op chroniciteit neemt toe wanneer zowel de psychiatrische stoornis als de verslaving niet adequaat worden behandeld. Vaak is nog onduidelijk waar de behandeling moet plaatsvinden en welke aspecten van de stoornissen eerst behandeling behoeven' (Geerlings en Van den Brink, 1993:77). 'De behandeling komt vaak moeilijk tot stand, omdat samenwerkingsverbanden volgens een geprotocolleerde behandeling vereist zijn. In de praktijk worden deze patiënten nog vaak afgeschoven. Een schizofrene patiënt kan dan bijvoorbeeld niet worden opgenomen in een psychiatrische kliniek omdat hij verslaafd is... Een dergelijke 'catch-22' benadering is niet alleen slecht voor de patiënt, maar ook voor zijn familie en zijn omgeving' (Geerlings en van den Brink, 1993:81). Een voor mij herkenbare situatie, waar ik in mijn dagelijkse werk geregeld tegenaan loop: in de psychiatrie hebben we vaak onvoldoende kennis van verslavingsproblematiek om deze goed te kunnen behandelen. Vaak levert dat gevoelens van machteloosheid, frustratie en dikwijls ook afwijzing of veroordeling en een sanctionerende houding op. 'Verslavingsproblematiek behandelen we hier niet, daar zijn we niet voor'. In de verslavingszorg ontbreken vaak voldoende kennis en ervaring op het gebied van de psychiatrie, hetgeen kan leiden tot afwijzing van cliënten met psychiatrische problematiek. Samenwerking is in het Amsterdamse tussen beide sectoren nog onvoldoende structureel op gang gekomen. Het gevolg is dat cliënten dikwijls tussen de wal en het schip vallen en

worden onderbehandeld. Door een focus op psychiatrische symptomen en diagnoses en een overlap tussen symptomen als gevolg van psychiatrische aandoening en middelenmisbruik wordt in de psychiatrie middelengebruik soms onvoldoende uitgevraagd. Als gevolg daarvan wordt middelenmisbruik mogelijk ondergediagnosticeerd en dus onderbehandeld. Daarbij ontkennen of bagatelliseren cliënten zelf vaak hun middelengebruik en vinden ze het niet nodig of te ingewikkeld om naar de verslavingszorg te gaan. Daardoor blijven veel problemen liggen en verergeren. De meeste hulpverleners zullen weinig moeite hebben de gevolgen van middelenmisbruik in combinatie met psychiatrische problemen zoals financiële problemen, relationele problemen, gezondheidsproblemen, overlastproblemen, stemmingsproblemen, ontruimingsprocedures en ten slotte dakloosheid bij deze cliëntengroep uit hun eigen praktijk te herkennen. Daarom ben ik via literatuurstudie nagegaan of motiverende gespreksvoering (MGV) wellicht een van de methodieken is die moet worden opgenomen in een adequaat sociaal-psychiatrisch behandelaanbod voor cliënten met DD problematiek. Mijn bevindingen wil ik in dit artikel bespreken.

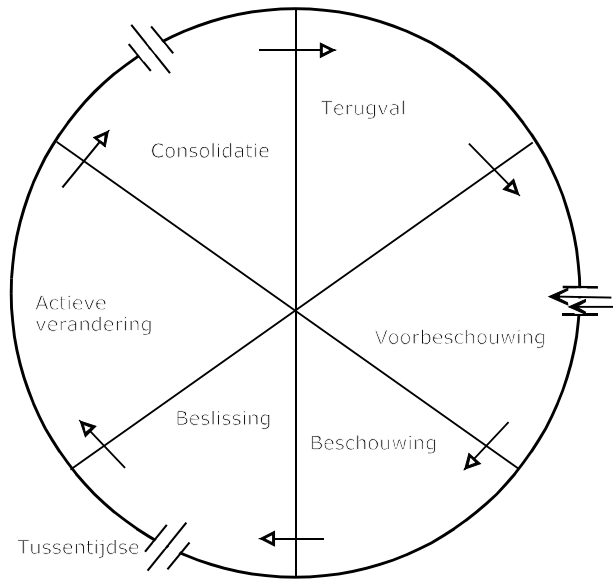
Bespreking van motiveringsgesprekken

Motiverende gespreksvoering is voortgekomen uit het boek 'Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior' van William R. Miller en Steve Rollnick (1991).

Miller had voorafgaand aan de publicatie van dit boek in een aantal reviews van de literatuur omtrent de effectiviteit van behandelingen in de verslavingszorg geconstateerd dat de therapeutische resultaten meestal niet meer dan 10 a 20% overschrijden. Dit bracht Miller ertoe te poneren dat er in dit domein gedurende de laatste 50 jaar geen substantiële verandering qua behandelresultaten had plaatsgevonden. Nadere analyse bracht aan het licht dat de minst toegepaste methodieken, te weten cognitief-gedragstherapeutische methodieken, wel een significante impact op de efficiëntie van de therapieën hadden. Zo bleken behandelingen die de klemtoon legden op een negotiatiemodel in de therapeutische relatie, op een empathische therapeutische stijl en op strategieën die het verslavingsgedrag direct aanpakken, effectief te zijn. Wanneer deze ingrediënten gekaderd werden in een 'community reinforcement approach', dat wil zeggen een benadering die de patiënt in zijn sociale context plaatst met oog voor systeembegeleiding, waren de resultaten zeer positief. Ook het individueel opstellen van een behandelplan bleek superieur ten opzichte van een standaard behandelpakket (Broothaerts 2001:26,27). In hun boek uit 1991 presenteerden Miller en Rollnick de theorie en praktijk van motiverende gespreksvoering, een directieve, persoonsgerichte gespreksstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen door het helpen verhelderen en oplossen van ambivalentie voor verandering (Schippers 2002:251). Uitgangspunt voor gedragsverandering in deze gesprekstechniek is dus motivatie en de tot standkoming daarvan.

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. De hulpverlener veroordeelt geen gedrag, ook al is het zelfdestruïctief. Het uiteindelijke doel van de hulpverlener is niet gedragsverandering, maar harmonie van wensen en gedrag. Van belang is dus dat de hulpverlener in staat is zijn 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.

De methodiek maakt gebruik van de door Prochaska en DiClemente (Prochaska e.a., 1992) ontwikkelde theorie over stadia van gedragsverandering. Zij onderzochten hoe mensen intentioneel, met en zonder professionele interventie, verandering tot stand brengen. Dit leidde tot een integratief model, waarin de verschillende stadia van verandering worden weergegeven. Het veranderingsproces wordt door hen beschreven in zes stadia, namelijk: 1) voorbeschouwingfase 2) contemplatiefase 3) beslissingsfase 4) actiefase 5) consolidatiefase 6) terugval (Broothaerts 2001:29). In figuur 1 worden de zes stadia visueel weergegeven.



Figuur 1. De stadia van verandering volgens Prochaska en DiClemente

Wanneer iemand in het stadium van onverschilligheid of onwetendheid verkeert, zal in motiverende gespreksvoering de nadruk liggen op het geven van informatie en het leggen van een verband tussen het te veranderen gedrag en ervaren zorgen of problemen. Bij iemand die verandering overweegt-het volgende stadium-zal de nadruk liggen op het beslissen tot en beginnen met het beoogde gedrag. Daarop volgend nog de stadia van veranderactie, gedragsbehoud en (eventueel) terugval (Broothaerts 2001:28-37). Motiverende gespreksvoering bereidt op die stadia voor (Schipper 2002:251-253).

Uit de principes van motiverende gespreksvoering vloeien een aantal strategieën voort. Uit het principe van onvoorwaardelijke acceptatie volgt dat de hulpverlener empathisch reageert, discussie vermijdt en de zelfeffectiviteit van de patiënt versterkt. Uit het principe van constructieve zelfconfrontatie volgt dat de hulpverlener cognitieve dissonantie oproept door de ambivalentie van de patiënt ten opzichte van gedragsverandering te vergroten en gebruik te maken van eventuele weerstand. Hij doet dit door het uitlokken, herhalen en versterken van op positieve verandering gerichte, uitspraken. 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.

Een techniek die hij kan gebruiken is de patiënt de lasten van de huidige leefstijl te laten uiteenzetten. De hulpverlener streeft naar explicitering en verscherping van verschillen tussen huidige leefstijl en belangrijke doelen. Door het uitlokken, sturen en inprenten (laten herhalen) van zelfmotiverende uitspraken roept hij cognitieve dissonantie op bij de patiënt.

Technieken die worden gebruikt bij motiverende gespreksvoering zijn: open vragen stellen, reflectief luisteren en samenvattend ordenen. De constructieve zelfconfrontatie wordt bereikt door materiaal selectief te reflecteren, door te provoceren, door informatie te verstrekken en door inprenting, dat wil zeggen, benadrukken door te herhalen (Schippers 2002:254,255).

Casuïstiekbespreking

Laat ik deze theoretische verhandeling illustreren met een onlangs gevoerd motiveringsgesprek. Dit vond plaats tussen mij en een 35 jarige cliënt, gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis. Voor het gemak noem ik hem Jan.

Jan is in het verleden meerdere keren manisch-psychotisch gedecompenseerd. Cannabismisbruik lijkt daarin een grote rol te spelen. Jan heeft de nodige psycho-educatie gehad over het vergrote risico van cannabismisbruik bij een bipolaire stoornis. Hij heeft dit goed begrepen en is overtuigd van de gevaren die in zijn geval aan hasjgebruik kleven. Onlangs heeft hij op eigen initiatief de geadviseerde medicatie sterk verminderd en is hij na een periode van abstinentie weer gaan blowen, zij het minder frequent dan voorheen. Ik maak hem duidelijk dat ik zijn gedrag niet veroordeel, maar zijn gedrag graag beter wil begrijpen en daarom benieuwd ben naar zijn motieven. In antwoord op mijn vragen hierover vertelt hij me dat hij zich met medicatie niet zichzelf voelt en last heeft van enorme moeheid. Hij heeft gemerkt dat hij zich zonder medicatie evenmin goed voelt: hij wordt dan nerveus en onrustig, gaat transpireren en raakt snel geagiteerd. Daarom gebruikt hij nu toch weer wat medicatie en blowt om zijn vermoeidheid, teleurstelling over zijn leven en somberheid minder te voelen. Ik vraag zijn teleurstelling over zijn leven verder uit en toon begrip. Ik vat samen dat vooral zijn psychotische decompensaties hem parten spelen. Dan bespreken we zijn lastige dilemma's ten aanzien van medicatie- en hasjgebruik. Ik informeer naar zowel de positieve- als de negatieve effecten van hasj op hem. Jan vertelt op korte termijn als positief effect te ervaren dat hij even zijn zorgen vergeet en goed slaapt. Als negatieve effecten ziet hij dat hij de nacht erop slecht slaapt, zich de volgende dag achterdochtiger en onrustiger voelt en zijn dag/nachtritme ontregelt raakt. Ik benoem dat hij meer nadelen dan voordelen noemt. Ik informeer naar wat hij van zijn leven had verwacht, hoe hij er nu tegenaan kijkt, en wat hij nu wil bereiken. Hij benoemt in ieder geval niet psychotisch te willen worden. Ik vraag wat hij nodig heeft om een decompensatie te voorkomen. Hij antwoordt dat hij daarvoor een geregeld leven, medicamenteuze ondersteuning en gesprekken nodig heeft. Ik confronteer hem met de tegenstrijdigheid van zijn doel en zijn blowgedrag en herinner hem aan de informatie over de relatie tussen bipolaire stoornis, cannabis- en medicatiegebruik. Ik vraag hoe hij met die tegenstrijdigheid wil omgaan en wat nu voor hem het zwaarste weegt. Hij benoemt dat hasjgebruik het behalen van zijn doel in de weg kan staan en besluit zo min mogelijk te gebruiken. Toch levert het hem soms even een goed gevoel op en dat wil hij niet helemaal kwijt. Daarom is zijn doel gecontroleerd gebruik en geen abstinentie. Wanneer ik vraag om concretisering, spreekt hij uit niet meer dan 2 joints per week te willen gebruiken. We gaan na welke andere copingstrategieën hij ter beschikking heeft voor de momenten dat hij zich zo rot voelt. Hij vertelt dat voetballen en afleiding met zijn vrienden hem goed kunnen doen en hem kunnen helpen niet of minder te blowen. Ik vat deze strategie samen en benoem dat dit een krachtige en constructieve strategie is. Sporten verbetert zijn conditie en kan daardoor voor meer energie zorgen.

Vervolgens bespreken we op soortgelijke wijze het medicatiegebruik en zetten de voor- en nadelen tegen elkaar af. Hij kiest ervoor om wel medicatie te blijven gebruiken, maar blijft aanhikken tegen de bijwerkingen. We spreken af samen met de psychiater te gaan onderzoeken wat de meest optimale dosering is, een dosering die bescherming biedt tegen een decompensatie maar zo min mogelijk bijwerkingen geeft. We besluiten dit gesprek met de afspraak samen op zoek te gaan naar een goed evenwicht tussen zo min mogelijk medicatie en zo min mogelijk hasjgebruik en de afspraak hierover in gesprek te blijven. Ook zal Jan de komende tijd voor zichzelf nog eens kritisch nagaan op welke momenten hij naar hasj verlangt en wat de effecten zijn wanneer hij blowt.

In de casus van Jan zijn de volgende methodische stappen van de motiverende gespreksvoering gebaseerd op het model van Miller en Rollnick (1991), gehanteerd:

- 1) Probleemgedrag of gewoonte aan de orde stellen. Met de cliënt vaststellen of deze in staat is om zijn gedrag te bespreken. Zo ja, dan meteen verder naar stap 4. Zo niet:
- 2) Samen met cliënt vaststellen wat voor de cliënt een actueel probleem is.
- 3) Samen met cliënt vaststellen of deze in staat is een relatie te leggen tussen dit probleem en het beoogde probleemgedrag of gewoonte.
- 4) Samen met cliënt vaststellen of deze het belangrijk genoeg vindt om probleemgedrag te veranderen. Deze bereidheid wordt vastgesteld en gestimuleerd door na te gaan welke voor- en nadelen de cliënt aan huidig gedrag waarneemt en welke voor- en nadelen hij verwacht van veranderen.
- 5) Samen met cliënt vaststellen of deze in staat en eraan toe is om het gedrag te veranderen. Het vertrouwen in eigen kunnen kan worden versterkt door het benadrukken van positieve elementen.
- 6) Samen met cliënt vaststellen welke veranderingen voor hem of haar in aanmerking komen; doelen worden vastgesteld (b.v. abstinentie of gecontroleerd gebruik).
- 7) Samen met cliënt vaststellen welke wegen worden bewandeld om het doel te bereiken.
- 8) Elke stap leidt tot expliciete overeenstemming, eventueel tot een contract (Schipper 2002:260,261)

Van belang is dat de hulpverlener voortdurend aftast of de cliënt in staat is tot een volgende stap in het veranderproces. Alleen als er overeenstemming is tussen hulpverlener en cliënt over een onderwerp, gaat de hulpverlener verder.

Is motiverende gespreksvoering een best practice interventie?

Het succes van motiverende gespreksvoering bij alcoholproblemen is overtuigend aangetoond. Bien, Miller en Tonigan (1993) en Noonan en Moyers (1997) hebben dat in hun overzichten van de gedane studies laten zien. Motiverende gespreksvoering bij verslaving is verder onderzocht bij het roken van tabak (DiClemente, 1991; Colby e.a., 1998), heroïnegebruik (Saunders e.a., 1991; Van Bilsen, 1991; Saunders e.a., 1995), cocaïnegebruik in combinatie met depressie (Daley e.a., 1998) en marihuana-gebruik (Stephens e.a., 2000) (Schipper 2002:253). Een gerandomiseerd follow-up onderzoek in Groot-Brittannië toont het succes van motiveringsgesprekken in combinatie met cognitieve gedragstherapie en systeembegeleiding aan bij schizofrene cliënten met middelenmisbruik (Haddock et al.2003:418).

Vanwege het succes beveelt een rapport van de WHO (Heather, 1993) motiverende gespreksvoering aan als de belangrijkste benadering bij alcoholproblemen.

Concluderend laat onderzoek naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering het volgende zien:

- MGV is een effectieve interventie als voorbereiding op gedragsverandering.
- Het effect van MGV neemt toe wanneer deze gecombineerd wordt met intensieve vervolgbehandeling (Parc 2003:41).

Contra-indicaties voor motiverende gespreksvoering

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. Te denken valt aan verwarde, niet bij hun bewustzijn verkerende, aan ernstige cognitieve tekorten lijdenden of anderszins niet aanspreekbare personen.

Geschiktheid van motiverende gespreksvoering voor implementatie in een te ontwikkelen DD behandelaanbod bij de ambulante GGZ

Motiverende gesprekstechnieken lijken goed bruikbaar voor implementatie in een DD behandelaanbod van de ambulante GGZ. Ze kunnen daar het voortraject vormen voor behandeling in of in samenwerking met de verslavingszorg, voor opname en behandeling op een DD kliniek of een transmuraal DD behandeltraject. Ook in het geval van terugval na behandeling in verslavingszorg kan MGV haar diensten bewijzen. De hierboven genoemde contra-indicaties maken duidelijk dat motiverende gespreksvoering niet bij alle cliënten kan worden toegepast.

Een belangrijke aanbeveling is een attitudeverandering in de ambulante GGZ, een verandering die gericht moet zijn op de ontwikkeling van een niet veroordelende empathische en sanctionerende houding ten opzichte van verslavingsproblematiek, een houding waarbij verslaving wordt gezien als een serieus probleem, dat dikwijls ten nauwste samenhangt met een variëteit aan psychiatrische problematiek. Literatuurstudie maakt duidelijk dat een integraal behandelaanbod, dat wil zeggen de behandeling van zowel de psychiatrische als de verslavingsproblematiek de aangewezen weg is (Mueser, Drake et al 2003; Resultaten Scoren 2003; Health Canada 2002). Dit is een veelomvattend onderwerp en reikt te ver voor dit artikel. Een integraal behandelaanbod voor DD cliënten moet veel meer omvatten dan alleen motiverende gespreksvoering. Maar de vraag of motiverende gespreksvoering als strategie moet worden opgenomen in een dergelijk integraal behandelaanbod wordt door mij positief beantwoord.

Literatuur

- Broothaerts, Jean-Pierre & Tack, Mark
2001, *Verslaving en motivationele gesprekstechnieken*, Garant-Uitgevers Leuven-Apeldoorn
- Geerlings, P. & Brink, W. van den
1993, *Verslaving en psychische comorbiditeit*, Bohn Stafleu Van Lochem Houten
- Haddock, Gillian et al
Cognitive-behavioral therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse, British journal of psychiatry 2003, 183, 418-426
- Health Canada/Centre for Addiction and Mental Health
2002, *Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*, Publications Health Canada Ottawa, Ontario
- Van der Stel, J.
2003, Verslavingszorg en psychiatrie, *Pleidooi voor het afschaffen van grenzen*, In: Psychopraxis, jaargang 5, nummer 6, december 2003
- Meeuwissen, J.; Kroon, H.; Eland, A.
2001, *Een basisprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose*, Trimbos Instituut Utrecht

- Mueser, K.; Noordsy, L.; Drake, E., Fox, L.
2003, *Integrated treatment for dual diagnosis*, The Guilford Press New York
London
- Parnassia Addiction Research Centre
2003, *Dubbele Diagnose Dubbele Hulp*, Richtlijnen voor diagnostiek en
behandeling Den Haag
- Schippers, Gerard & de Jonge, Jannet
Motiverende gespreksvoering, 2002 Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,
57, 250-265