

BEELDENDE THERAPIE TER VERGROTING VAN DE BEHANDELMOTIVATIE VOOR VOLWASSEN CLIËNTEN MET EEN STOORNIS IN HET GEBRUIK VAN MIDDELEN

Kortdurende ervaringsgerichte groepsinterventie gebaseerd op de verandertaal uit de motiverende gespreksvoering¹

AUTEURS/ ONTWIKKELAARS: Martine Ruijter, Maartje Lavrijsen, Olga van Mansom, Corrie Muis en Monique van der Velden (2024)

Context

Zorgprogramma's ter vergroting van de behandelmotivatie binnen de ambulante en/of klinische (forensische) verslavingszorg of als op zichzelf staande beeldende therapie groep binnen zo'n setting.

Probleemomschrijving

Probleem

De American Psychiatric Association (2013) spreekt in de DSM-5 van een stoornis in het gebruik van middelen, bij een problematisch patroon van middelengebruik, leidend tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk. Dit blijkt uit aanwezigheid van minstens twee van twaalf criteria, die beperkte controle over het middelengebruik en sociale beperkingen omvatten. De oorzaak van de stoornis ligt in het beloningssysteem van de hersenen (Volkow, 2018 & Van den Brink, 2019), men reageert minder sterk op beloning, waardoor steeds grotere hoeveelheden van het middel nodig zijn om tot een gewenst resultaat te komen. In de volksmond wordt de stoornis verslaving genoemd. Vaak is sprake van comorbiditeit, naast de stoornis in het gebruik van middelen is er sprake van een andere psychiatrische stoornis (Trimbos, 2023). De behandelmotivatie van de cliënt is bij aanvang van de behandeling vaak ambivalent (Miller & Rollnick, 2012). De autonomie, gevoel van competentie en sociale verbondenheid zijn bij de cliënt vaak laag, wat bijdraagt aan een lage motivatie om te veranderen. Autonomie is het gevoel psychologisch vrij te zijn, zelf richting te geven aan het leven en handelen (Bartelink, 2013). Competentie is het geloof in het eigen vermogen situaties te beïnvloeden (Bandora, 1994). Sociale verbondenheid is de behoefte aan interactie, verbinding en de ervaring voor anderen te zorgen (Bartelink, 2013). Met momenten ziet de cliënt in dat het middelengebruik nadelen kent, maar de cliënt ervaart in de beginfase van behandeling vooral de positieve functies van het middelengebruik (Franken & Van den Brink, 2009; Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017), zoals de stimulerende, verdovende en bewustzijns veranderende werking. De cliënt loopt steeds weer vast in oude gedragspatronen en valt terug in middelengebruik. De cliënt ervaart opnieuw zijn "positieve effect" van het middelengebruik, wat de prille motivatie vernietigt. Het is daarom belangrijk motivatie gedurende de gehele behandeling aandacht te geven.

Spreiding

In Nederland zijn er 1,7 miljoen mensen (Trimbos, 2023), die voldoen aan de classificatie stoornis in het gebruik van middelen. In het bevolkingsonderzoek Nemesis-3 (2022) had 17% van de Nederlandse bevolking in zijn leven ooit te maken gehad met middelenuitgebruik of -afhankelijkheid. Het gros heeft geen hulp nodig, omdat zij zelf in staat zijn om verandering aan te brengen in hun gebruik (De Bruijn, 2005). Het aantal cliënten dat primair voor alcohol hulp zoekt in de verslavingszorg is bijna even hoog (12.8% van de NL-bevolking), als het aantal voor cannabis, cocaïne, opiaten, ecstasy, amfetamine, GHB en andere drugs bij elkaar (Trimbos, 2023). Naar schatting 20 tot 50% van de cliënten in de reguliere GGZ te kampen met verslavingsproblemen. Onder mensen met een ernstige psychische stoornis, met name schizofrenie, bipolaire stoornissen of een depressie met psychotische kenmerken, was dat cijfer met 41%

¹ Miller & Rollnick (2016)

veel hoger (LEDD, 2023). Ongeveer 60 tot 80% van de cliënten in de verslavingszorg heeft tevens andere psychische aandoeningen. Mensen met een stoornis in het middelen gebruik maken het minste gebruik van algemene gezondheidszorg (35%) en geestelijke gezondheidszorg (28%). In Nederlandse detentiecentra heeft ongeveer 60% van de gedetineerden problemen met alcohol en/of drugs (Bulten & Nijman 2009; Oliemeulen, Vuijk, Rovers & Van den Eijnden, 2007).

Gevolgen

Een stoornis in het middelengebruik heeft forse gevolgen voor de cliënt, zijn omgeving en de maatschappij. Cliënten raken in ernstige lichamelijke, psychische en sociale problemen, relaties raken ontwricht en opleidingen worden niet afgemaakt (GGZ-Nederland, 2013). De kosten (zoals productieverliezen) zijn groot voor de zorg, justitie, politie en de economie (Suijkerbuijk, Van Gils & De Wit, 2014). Het vergroten van behandelmotivatie is in de (forensische) verslavingszorg essentieel, omdat vroegtijdige beëindiging van de behandeling veel voorkomt, ernstige consequenties heeft (terugval in middelengebruik en verhoging delictgevaar) en gebrek aan motivatie door patiënten het vaakst wordt genoemd als reden voor deze beëindiging (De Jonge, Merckx & Schippers, 2012).

Doelgroep

Cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen, met gebrekkige motivatie om te minderen, te stoppen met middelengebruik, of gedrag hieromtrent te veranderen.

Indicaties

- Cliënt is ambivalent ten aanzien van behandeling van zijn middelengebruik;
- Cliënt ervaart wel klachten en problemen, maar legt nog geen relatie met zijn middelengebruik.

Contra-indicaties

- Cliënt met een acute psychose;
- Cliënt met totaal geen probleeminzicht;
- Cliënt met een IQ lager dan 80 (zie voor deze doelgroep het kopje subtypen);
- Cliënt die een gevaar voor zichzelf of de behandelgroep vormt;
- Cliënt die herhaaldelijk onder invloed naar de sessies komt of ernstige detoxicatieklachten heeft;
- Cliënt die de Nederlandse taal onvoldoende machtig is om de werkvormen te begrijpen.

Verwijzing en selectie

De regiebehandelaar meldt de cliënt aan voor het zorgprogramma, waar dit product onderdeel van is. Bij een op zichzelf staande beeldende therapie groep, volgt na aanmelding een intakegesprek waarbij de beeldend therapeut onderzoekt of de cliënt groepsgeschikt is en open staat om beeldend te werken. Zij geeft uitleg over het vergroten van behandelmotivatie voor zijn stoornis in het gebruik van middelen, met beeldende therapie door te werken aan vergroten van autonomie, competentie en sociale verbondenheid. De motivatie en de competenties van de cliënt worden gemeten met de Motivatie meetlat (Readiness Ruler, Heather, Smailes & Cassidy 2008) en de Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE, Schipper & Broekman 2021, 2021), dit als nulmeting. De cliënt krijgt de folder over beeldende therapie.

Doelen

Hoofddoel

Vergroten van de motivatie voor behandeling van de stoornis in het gebruik van middelen. Te zien in de toename van verandertaal (gebruik van woorden als willen, kunnen, nodig vinden, zie Miller & Rollnick 2016) in het beeldend werk, de houding en de taal van de cliënt en de nametingen.

Subdoelen

- De cliënt heeft na sessie twee meer sociale vaardigheden en sociale verbondenheid, wat te zien is in een meer adequate manier van contact maken tijdens het beeldend werken en in communicatie met groepsgenoten en therapeuten;
- De cliënt voelt zich na sessie drie competentier en ervaart een positiever zelfbeeld. Dit blijkt uit de beeldende werkvormen, waarin hij tegenslag heeft overwonnen.
- De cliënt ervaart na sessie acht meer autonomie, wat blijkt uit het maken van waarnemingen in het werkstuk door cliënt, eigen keuzes en het toepassen van positieve coping vaardigheden;

- De cliënt is ambivalent ten aanzien van zijn middelengebruik. Dit is zichtbaar door een toename van verandertaal/symbolen binnen de beeldende werkvormen, het gedrag en de taal van de cliënt en de nameting met de Motivatie meetlat (Readiness Ruler, Heather et al, 2008) en MATE (Schipper, 2021).

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

Twaalf, wekelijks gegeven, sessies van anderhalf uur in een gesloten groep, van vier tot acht cliënten. De interventie kent een opbouw in drie blokken, één van 3 sessies, één van 4 en één van 5 sessies.

Inhoud van de interventie

Alle beeldende werkvormen van dit product zijn gericht op het opdoen van positieve ervaringen in drie psychologische basisbehoeften: sociale verbondenheid, competentie en autonomie (Deci & Ryan, 2002; Colleye, 2017) en het vergroten van verandertaal (uitspraken van cliënt, als “Ik kan...”, “Ik wil...” en “Ik vind het nodig om..., ik heb ...reden”), vanuit de evidence based methode motiverende gespreksvoering (MGV, Miller & Rollnick, 2016). Iedere sessie wordt een koppeling gemaakt naar de psychologische basisbehoeften en middelengebruik. De nabespreking richt zich op het uitlokken van verandertaal, opgedane ervaringen en geleerde uit het beeldend werken en de vertaling naar zijn dagelijks leven.

Het eerste blok (sessie 1-3) gaat over kennismaking met de groep, de beeldend therapeut en beeldende therapie. Het accent ligt op het vergroten van sociale verbondenheid. De werkvormen bestaan uit de herstel brugtekening (Diehls, 2008, Schmanke, 2017); Gevoelslandschap (schilderend contact maken); Hypothetisch ansichtkaart vanuit perspectief van een geliefde (Crowe 2012), alles met ruimte voor eigen invulling (Haeyen, 2018). In de nabespreking ligt het accent op het gemaakte contact, het bespreken van het beeldend werk en hun ervaring.

Het tweede blok (sessie 4-7) gaat over zelfreflectie, bewustwording van gedachten, gevoelens en gedrag rondom middelengebruik. Het accent ligt op vergroten van competentie, het onderzoeken van voorkeuren van verschillende materialen. De werkvormen bestaan uit: Het effect van gestopt zijn met middelengebruik op mij en mijn omgeving op korte en lange termijn in een tekenvorm (Matto, Corcoran & Fassler, 2003); Mijn verslaving als monster en ik in klei (externaliserende conversatie, Conner, 2017), om de verhouding tussen de verslaving en zichzelf te onderzoeken, een collage over zelfvertrouwen (Diehls, 2008) en verandering uittekenen (Crowe, 2012, p.136). De nabespreking richt zich op bekrachtigen van positieve momenten, door complimenten en empathie van groepsgenoten en therapeut.

Het derde blok (sessie 8-12) gaat over het vergroten van de ambivalentie van het gebruik van middelen. Het accent ligt op het vergroten van autonomie. De werkvormen bestaan uit Het hier en nu continuum (vrij naar Crowe, 2012); Een collage over nadelen van middelengebruik en de voordelen van verandering (Diehls, 2008, Crowe, 2012); Verbeeld een heftig incident uit je verslavingsperiode (Diehls, 2008); Verbeeld wat je doet en hoe je leven eruitziet, wanneer jouw problemen met middelenmisbruik niet langer jouw focus zijn? (Matto, et al 2003) en de herstel brugtekening, hoe ziet je brug er nu uit? (Schmanke, 2017), gevolgd door het formuleren van een hulpvraag (Bergstra, 2012). De nabespreking focust op het vergroten van verandertaal, wat de ambivalentie uitdrukt (Miller & Rollnick, 2016) en momenten waar de cliënt zelfstandig beslist.

Rol van de therapeut

De beeldend therapeut:

- heeft een accepterende basishouding, aanvaardt de cliënt zoals hij is (Baron, De Jong & Schippers, 2015) en zoekt naar beweegredenen van cliënt voor gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2009);
- respecteert autonomie van de cliënt en benadrukt zelfmanagement, de verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de cliënt en stimuleert tot vergroten van probleem gerichte expressie door zoveel mogelijk eigen regie (Baron et al, 2015) in het beeldend proces;
- streeft naar het vergroten van het vertrouwen van de cliënt in zijn eigen kunnen (competentie) om met hindernissen en veranderingen om te gaan (Baron et al, 2015);
- kan op een socratische manier inzicht geven en verandertaal uitlokken bij de cliënt (De Jonge et al 2012) dit betekent dat de cliënt zelf redenen om te veranderen benoemt en de voordelen daarvan onder woorden brengt (waar in een vervolg op terug te komen is door de therapeut);
- benadrukt positief, veranderingsgericht beeldend werk, gedrag en taal (Broothaerts, 2001).

Materialen

- Beeldend materiaal zoals papier, krijt, potlood, verf, klei, collagemateriaal, etc.;
- Testmateriaal: Motivatie meetlat (Readiness Ruler, Heather et al, 2008, valide, zie bijlage) en MATE, valide; <https://www.mateinfo.nl/>, Schippers & Broekman 2021, af te nemen door een psycholoog).

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem?

De cliënt ervaart vooral de positieve korte termijn gevolgen van middelengebruik (Franken & Van den Brink, 2009; Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017) zoals de stimulerende, verdovende en bewustzijns veranderende werking wat maakt dat de motivatie om te stoppen laag of ambivalent is (Miller & Rollnick, 2016). De oorzaak van de stoornis in het gebruik van middelen is te herleiden tot het functioneren van het beloningssysteem in de hersenen verandert (Volko, 2018; Van den Brink, 2019). Mensen met een stoornis in middelengebruik reageren minder sterk op beloning, waardoor steeds grotere hoeveelheden van het middel nodig zijn om tot hetzelfde resultaat (high te worden) te komen. Er is een verhoogde kans op een stoornis in middelengebruik, wanneer ouders hier bekend mee zijn (Trimbos, 2020).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De behandelmotivatie voor stoornis in het gebruik van middelen van de cliënt wordt aangepakt door beeldend therapeutische interventies gericht op het vergroten van autonomie, competentie en sociale verbondenheid (Deci, 2000) en verandertaal (zoals: willen, kunnen, nodig vinden, reden hebben. Miller & Rollnick, 2016).

Theoretische verantwoording

Dit product vindt zijn basis in de wetenschappelijk onderbouwde theorieën cognitieve gedragstherapie (CGT, Schipper & Merckx 2014) en motiverende gespreksvoering (MGV), waar verandertaal een onderdeel van is (Miller & Rollnick, 2016), uit de richtlijn (GGZstandaarden, 2018) en zorgstandaarden (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017) over middelengebruik. Wanneer cliënt drie fundamentele psychologische behoeften ervaart: competentie, autonomie en sociale verbondenheid vergroot zijn motivatie (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005). Deze psychologische behoeften komen terug in de beeldende werkvormen, de motiverende gespreksvoering zit in de bejegening door de therapeut, tijdens het werken en in de nabespreking van het beeldend werk. De therapeut benadrukt de uitspraken van cliënten die woorden als willen, kunnen, nodig vinden (verandertaal) bevatten, deze wijzen op vergroting van motivatie.

In dit product oefenen cliënten binnen beeldende therapie in groepsverband met nieuwe gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag. Deze ervaringen worden meegenomen en geoefend buiten de therapie. Dit maakt gedachten en gevoelens in het hier en nu direct bespreekbaar. Anders dan bij CGT, waar wordt gewerkt met door de cliënt ingebrachte situaties van buiten de therapie. De sociale leertheorie (Bandura, 1977) en het Handboek CGT bij middelengebruik en gokken (Schipper, Smeerdijk en Merckx, 2014) benadrukken de kracht van de groep, cliënten leren van elkaar en de therapeut(-en) door observatie, imitatie, identificatie en 'modellering'.

De zorgstandaarden Opiaten (2017) en Alcohol (2017) melden over vaktherapie (waaronder beeldende therapie), dat zij zinvol is voor algemene verbetering van de fysieke en psychische situatie van de cliënt, door het verbeteren van de fysieke conditie, het verkrijgen van inzicht in de samenhang van problemen en het aanleren van coping strategieën, waardoor de effectiviteit van de behandeling in multidisciplinaire setting positief kan worden beïnvloed. Volgens deze richtlijnen zijn er praktische aanwijzingen dat vaktherapie (in klinische settingen) effect heeft in termen van persoonlijk herstel. De richtlijnen Opiaten en Drugs (niet-opiaten) melden bovendien dat vaktherapie cliënt ondersteunt bij het omgaan met en het non-verbaal uiten van emoties. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie haalt in hun basis zorgprogramma forensische zorg (2019) dezelfde thema's aan voor vaktherapie in hun hoofdstuk best practice. Het stimuleren van 'empowerment' (competentie), waarvan zelfmanagement (autonomie) en coping vaardigheden een onderdeel zijn, gericht op het persoonlijk en maatschappelijk herstel van de cliënt is een belangrijk onderdeel van de behandeling bij opiaten (GGZstandaarden, 2018).

Vaktherapeutische behandelvisie

Onderliggend vaktherapeutische model is het Expressive Therapies Continuum (ETC, Hinz, 2009). Het ETC is een theoretisch raamwerk dat ondersteuning biedt in het methodisch handelen binnen beeldende therapie. Het geeft handreikingen bij het maken van therapeutische beslissingen binnen een beeldend therapeutisch behandelproces voor onder anderen doelstellingen en interventies. Het ETC focust op de omgang met beeldende materialen, betrokken handelingen en het verloop van een vormgevingsproces (Fikke, Penzes & Van Hooren, 2017).

De psychologische basisbehoeften, autonomie, competentie en sociale verbondenheid (Deci, 2000), zijn per definitie niet talig en cognitief, maar meer basaal en komen tot uiting in het doen en ervaren, wat hen uitermate geschikt maakt om te behandelen binnen de beeldende therapie (Verhofstad-Swinkels, persoonlijke communicatie, 2019). Beeldende therapie speelt in op deze basisbehoeften, door de cliënt met deze thema's te laten oefenen binnen de beeldende werkvormen, met als doel de motivatie voor behandeling van een stoornis in het gebruik van middelen te laten toenemen (Roskam, 2018). Het opdoen van succeservaringen en het exploreren van gevoelens en gedachten werkt inzichtvergroterend en

daarmee ik-versterkend, waardoor het gevoel van competentie en autonomie toe kan nemen (Bergstra, 2012, Haeyen, 2018, Schweitzer, 2009 en Van Hooren, 2018). Dit sluit aan bij een kenmerk van een stoornis in het gebruik van middelen: directe behoeftebevrediging (Bergstra, 2012) gevolgd door beloning in de vorm van dopamine (Volkow, 2018). Doordat er in groepsverband wordt gewerkt en ervaringen met elkaar worden gedeeld, bieden de beeldende werkvormen de mogelijkheid tot sociaal contact, compassie en modellering. Dit stimuleert het sociale functioneren en geeft gelegenheid nieuw gedrag te oefenen (Smeijsters, 2008).

Wetenschappelijk onderzoek

Naast de evidence based MGV en CGT, die als onderlegger dienen van dit product, vormt een aantal practice based onderzoeken naar beeldende therapie met cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen een basis. Roskam (2018) vond dat in de reguliere beeldende therapie bij middelengebruik, reeds een toename plaats vindt in competentie en autonomie. Dhiels (2008) concludeert dat haar cliënten na kortdurende gestandaardiseerde beeldende therapie een fase vooruit zijn gegaan in de Cirkel van Verandering (DiClemente & Prochaska 1998). Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2019) noemt vaktherapie als best practice. De neurobiologische wetenschappelijke onderzoeken van Volkow (2018) kunnen als verklaring dienen voor hoe de beeldende werkvormen beloningen in de hersenen te weeg brengen, die in staat zijn te concurreren met de directe en verworven motiverende eigenschappen van middelen. Zij brengen natuurlijke, gezonde beloningen (dopamine) na sociaal contact of lichaamsbeweging teweeg.

Werkzaamheid in de praktijk

Roskam (2018) concludeert uit een beschrijvende inventarisatie van interviews met beeldend therapeuten en cliënten, dat de psychologische basisbehoeften autonomie, competentie en sociale verbondenheid (Deci & Ryan, 1985) tijdens beeldende therapie voor mensen met een stoornis in het gebruik van middelen, al impliciet aan de orde komen. Dit melden zowel cliënten met deze als de beeldend therapeuten. In dit product is het accent van de beeldende therapie expliciet op de versterking van de psychologische basisbehoeften gelegd. De verwachting is dat het behandelingseffect op de motivatie daardoor zal vergroten.

Werkzame elementen

De interventie is opgebouwd uit drie blokken, eerst staat groepscohesie (sociale verbondenheid) centraal, gevolgd door succeservaringen in het beeldend werken, welke de competentie en autonomie vergroten. Wanneer deze psychologische basisbehoeften worden gevoed door de opgedane ervaringen in het beeldend werken, zal de behandelingsmotivatie toenemen (Deci & Ryan, 1985, Miller & Rollnick, 2016). Door zijn pre-verbale en ervaringsgerichte karakter omzeilt beeldende therapie verbale weerstand (Moore, 1983), helpt het alternatieve oplossingen voor problemen te onderzoeken (Matto et al, 2003) en speelt het in op herstel van de natuurlijke dopamine beloning (Volkow, 2018), doordat er wordt gestuurd op succeservaringen. Er is gekozen voor beeldende werkvormen die omschreven worden in de literatuur en waar mogelijk onderzocht zijn op de effectiviteit bij deze doelgroep. In de nabespreking wordt de ervaring cognitief gemaakt, doordat de beeldend therapeut nadruk legt op verandertaal (Miller & Rollnick, 2016).

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering

Er is een beeldende therapieruimte nodig die geschikt is voor groepen van acht cliënten, waarin alle noodzakelijke materialen en eventuele hulpmiddelen aanwezig zijn. De sessie worden begeleid door één beeldend therapeut bij vier cliënten of nog een co-therapeut bij meer dan vier cliënten. Voorafgaand aan het groepsproces is er een persoonlijk intakeproces en afname van de MATE en motivatiemeetlat. Deze worden nogmaals afgenomen aan het einde van de behandeling, om het resultaat van behandeling te meten. Er wordt afgesloten met een groepsevaluatie en een presentatie in het bijzijn van de regiebehandelaar, ter bekrachtiging voor de cliënt.

Rapportage

Na elke sessie wordt gerapporteerd op toename van verandertaal (Miller & Rollnick, 2016). Op basis daarvan wordt een individueel eindverslag gemaakt door de therapeut. De behandeling wordt gestart en afgesloten met metingen van het hoofddoel (vergroten van behandelingsmotivatie) middels de Motivatie meetlat (Heather et al, 2008) en MATE (Schipper & Broekman, 2021).

Randvoorwaarden voor de cliënt

De psychologische en materiële veiligheid moet gewaarborgd zijn, voor zowel cliënt, groepsgenoten als behandelaar. Er worden basisafspraken gemaakt in de intake en herhaald in de eerste sessie, waarin

zowel respect voor cliënt, groepsgenoten alsook voor de behandelaar geborgd zijn. Dit betekent dat een cliënt, die onder invloed van middelen is, niet kan deelnemen aan de sessie en een individueel gesprek met beeldend therapeut en/of regie-behandelaar krijgt. Zie tevens contra-indicaties.

Opleiding en competenties

- Door de FVB erkende HBO-opleiding Vaktherapie, afstudeer richting beeldende therapie;
- (Basis)kennis over middelengebruik en de interacties tussen psychiatrie en middelengebruik;
- Kennis van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie;
- Kennis van het Expressive Therapies Continuum.

Kosten van de interventie

- Vier uur indirecte tijd (dossierstudie, overleg regie-behandelaar, eindevaluatie en uitwerken tests) per aanmelding;
- Drie uur directe tijd voor intakegesprek, afname tests (bij intake en afronding) per aanmelding;
- Achttien uur directe therapietijd van één beeldend therapeut en co-therapeut;
- Twaalf uur indirecte tijd van één beeldende therapeut: registratie, rapportage, voorbereiding sessies;
- Twaalf uur indirecte tijd aan multidisciplinair overleg;
- Beeldend materiaal gemiddeld €25 (d.d.2023) per cliënt.

Bijkomende kosten (op basis van 12 sessies):

- Jaarlijkse kosten ten behoeve van lidmaatschap NVBT en eventuele registratie €1000,- (d.d. 2023).

Locatie en uitvoerders

De behandeling vindt plaats in een ambulante of klinische (forensische) behandelsetting voor stoornissen in het gebruik van middelen, door een beeldend therapeut. Het dient aanbeveling een co-therapeut (vaktherapeut of psycholoog) in te zetten, gezien de complexiteit en grootte van de (doel)groep. In een klinische behandelsetting zorgt een co-sociotherapeut, voor generalisatie naar het dagelijks leven.

Subtypen

- Individuele behandeling voor groepsongeschikte cliënten;
- Kleine groep voor cliënten met een IQ lager dan 80 (LVB). Dan wordt er verlengd met vier sessies en duren de sessies één uur. Indirecte tijd zal door minder rapportage een half uur per sessie zijn.

Ontwikkelgeschiedenis

Dit product is een eerste stap naar het doen van meer onderzoek naar beeldende therapie bij de behandeling van de stoornis in het gebruik van middelen. Het komt voort uit de jarenlange ervaring en expertise van de schrijvers van dit product en het onderzoek van Roskam (2018). Dhiels (2018) gebruikte een interventie van vier sessies en constateerde een toename in behandelmotivatie. Haar werkvormen zijn opgenomen in dit product, aangevuld met werkvormen meer gericht op de drie basisbehoeften.

Betrokkenheid doelgroep

Cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen vulden lijsten in, over hun beleving van beeldende therapie en het meten van behandelmotivatievergroting na beeldende therapie (Roskam, 2018).

Betrokkenheid experts

Er is gebruikt gemaakt van het onderzoek van Roskam (2018), waarin beeldend therapeuten, werkzaam met cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen, vragenlijsten ingevuld hebben, gericht op motivatievergroting van de cliënt. Het product is consensus based gemaakt, door het meelezen van 14 vaktherapeuten en 10 vooraanstaande professionals uit de verslavingszorg.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic Statical Manual of Mental Disorders* (5de versie). Washington, DC.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. In B. B. Wolman & L. R. Pomroy (Eds.), *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis, and neurology* (Vol. 10). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: Nederlands Jeugd instituut.
- Baron, E., De Jong, J. & Schippers, G. (2015). *Motiverende gespreksvoering*. Gedragstherapie 48-2.
- Bergstra, T. (2012). Van ontkenning via herkenning naar erkenning; de kracht van beeldende therapie bij

- dubbele diagnoseproblematiek. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2012(1), 3.
- Broothaerts, J. (2001). Verslaving en motivationele gesprekstechnieken: Handboek: *het motivationele gesprek*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Bulten, E., & Nijman, H. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, 1-6.
- Conner, S. (2017). *Externalizing Problems Using Art in a Group Setting for Substance Use Treatment*, *Journal of Family Psychotherapy*, 28:2, 187-192.
- Colleye, T. (2017). *Evidence Based Riskmanagement in Forensische Beschermd woonvormen, een model voor casusanalyse en forensische woonzorg naar het RNR-model*. Den Haag: Parnassia Groep.
- Crowe, A. & Parmenter, A. (2012). *Creative Approaches to Motivational Interviewing, Addressing the Principles*, *Journal of Creativity in Mental Health*, 7, 124-140. New York/London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- De Bruijn, H. (2005). The craving withdrawal model for Alcoholism. Amsterdam: Benecke.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective, in *Handbook of Self-Determination Research*", pp. 3-34, Rochester.
- De Jonge, M., Merckx, J.M. & Schippers, G.M. (2012). Motiverende gespreksvoering in de forensische verslavingszorg. In *Handboek forensische verslavingszorg* van E. Blaauw & H. Roozen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3–24). Plenum Press.
- Diehls, V.A. (2008). *Art Therapy, Substance Abuse, and the Stages of Change*. Unpublished Master's Thesis. Emporia, KS: Emporia State University.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2016). *Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg, Landelijk zorgprogramma voor cliënten met problematisch middelengebruik en (een risico op) delict gedrag*. Utrecht.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2019). *Basiszorgprogramma, Landelijk zorgprogramma voor forensische psychiatrische patiënten*, Utrecht.
- Fikke, D., Pénczes, I. & Van Hooren, S. (2017). *Het expressieve Therapies continuum, Een theoretisch raamwerk voor de beeldende therapie*, *Tijdschrift voor vaktherapie* 2017/2, 2-11, Utrecht.
- Franken, I., & Van den Brink, W. (red.) (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- GGZ-Nederland. (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*, Utrecht.
- GGZstandaarden. (2018). *Samenvattingskaart richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en Benzodiazepine*. Utrecht.
- Heather, N., Smailes D. & Cassidy, D. (2008). *Development of a Readiness Ruler for use with alcohol brief interventions*
- Haeyen, S. (2018). *Effects of Art Therapy, the case of personality disorders cluster B/C*. Nijmegen: proefschriftmaken.nl.
- Hinz, L. D. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A Framework for Using Art in Therapy*. New York/London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Samenvattingskaart Zorgstandaard Opiaatverslaving*. Utrecht.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Samenvattingskaart Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Utrecht.
- LandelijkExpertise- en implementatiecentrum dubbel diagnose (LEDD)(z.j.). <https://www.ledd.nl/algemene-informatie> bezocht op 23 augustus 2023
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 811-831.
- Matto, H., Corcoran J., & Fassler, A. (2003). Integrating solution-focused and Art therapies for substance abuse treatment: guidelines for practice. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 265-272.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). *Motiverende Gespreksvoering*. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau, Germany: Lambertus Verlag.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9/25.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende gespreksvoering, mensen helpen veranderen*. Houten: Ekklesia.
- Moore, R. (1983). Art therapy with substance abuse user: A review of the literature. *The Arts in*

- Psychotherapy*, 10, 251-260.
- Roskam, M. (2018). *Een onderzoek naar de effecten van beeldende therapie op de motivatie van cliënten binnen de verslavingszorg*. Breda: Avans Hogeschool Breda.
- Schmanke, L. (2017). *Art therapy and substance abuse, Enabling Recovery from Alcohol and Other Drug Addiction*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2021). *MATE-Q 2.2. Handleiding*. Nijmegen: Bêta Boeken
- Schippers, G.M., Smeerdijk, M. & Merckx, M.J.M. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken. In G.M. Schippers, M. Smeerdijk & M.J.M. Merckx (reds.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (p. 38). Utrecht: Perspectief uitgevers.
- Schweitzer, C. (Eindred.). (2009). *Handboek beeldende therapie: uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Suijkerbuijk, A., Van Gils, P. & De Wit, A. (2014). *De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen. Een review van de literatuur*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Trimbos-instituut (z.j.). *Behandeling van dubbele diagnose*. Geraadpleegd op 29 maart 2023 van <https://www.trimbos.nl/kennis/behandeling-dubbele-diagnose>
- Trimbos-instituut (z.j.). *Cijfers drugs*. Geraadpleegd op 29 maart 2023 van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/cijfers-drugs>
- Trimbos-instituut (z.j.). *KOPP/KVO: feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 18 november 2020 van <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kvo/feiten-en-cijfers-over-kopp-kvo>
- Van Hooren, S.A.H. (2018). *Vaktherapie, doen wat werkt* (oratie). Heerlen: Open Universiteit.
- Volkow, N. (2018). *Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction*. Online: Pubmed Central.

Collegae die het product consensus based maakten

Vaktherapeuten

Beeldend therapeuten

- Annette Overberg, Hunnerberg
- Beatrix Verhofstad-Swinkels, Care to Change
- Celine Schweitzer, tevens onderzoeker, Kenvak en Stenden University
- Jeanette Verhoeven, nu GW-docent, begeleidingskundige, (leer)supervisor, VU Amsterdam
- Marit van Vliet, Fivoor
- Marjan van Meegdenburg-Helmich, Tactus verslavingszorg
- Marjolein Harkema, Duurzaam verblijf, GGZ Drenthe
- Suzanne Haeyen, Lector Vaktherapie in de Gezondheidszorg, HAN, tevens onderzoeker, GGNet
- Tanja Dollenkamp, GGZ-NHN
- Tineke Bergstra, divisie beveiligde zorg, GGZ Drenthe
- Willemien van Engeland, tevens GZ-psycholoog, Tripolis, GGZ Drenthe

Psychomotorisch therapeuten

- Leon Stoffels, voorheen FVK Tactus en Kairos, nu zelfstandig

Muziektherapeuten

- Patric Driessen, Bedburg Hau, Landschapstverband Rheinland
- Puk van der Made, voorheen stagiaire, Inforsa en Pro Persona, nu Prisma

Andere disciplines

- Ans Spies, GZ-psycholoog, Mozaik, Pameijer
- Arjen Neven, Psychiater CDP en opleider Fivoor
- Dr. Eddy Brand, wetenschappelijk onderzoeker, Directie Beleid en Bestuur ondersteuning - Cluster Analyse, DJI
- Margreet van der Meer, wetenschappelijk onderzoeker, voorheen VNN, nu Tactus
- Marieke Roskam, Forensische therapeutisch werker, DJI, PI Vught
- Myrthe van Nieuwenhuyzen, GZ-psycholoog regiebehandelaar, Novadic-Kentron
- Robrecht Keymeulen, psycholoog en adviseur, De Sleutel (BE)
- Rosa Schoen, psycholoog, Trubendorffer
- Sylvia Bak, teammanager Bedrijfsvoering Behandeling en Diagnostiek, Fivoor
- Tonko Hoffman, GZ-psycholoog, voorheen Fivoor, nu in opleiding tot specialist GGZ Oost Brabant

Bijlage 1: Motivatie meetlat

Heather, Smailes & Cassidy 2008

Aangepast voor beeldende therapie door Martine Ruijter, 2023

1. Hoe belangrijk vind je het om iets te veranderen aan jouw drugsgebruik? (bereid zijn / willing)
Kleur de balk tot en met jouw cijfer.

1	2	3	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Onbelangrijk

Heel belangrijk

2. Hoeveel vertrouwen heb je in jezelf dan je kan veranderen? (in staat zijn/ able)
Kleur de balk tot en met jouw cijfer.

1	2	3	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Geen vertrouwen

Overtuigd

3. Hoe vastberaden en klaar ben je om de verandering aan te gaan? (klaar zijn voor / ready)
Kleur de balk tot en met jouw cijfer.

1	2	3	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Niet vastberaden

Zeer vastberaden