

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



THEMANUMMER
Verslaving

JAARGANG 57 NUMMER 4 DECEMBER 2024

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Saleminck, *hoofddirecteur*
Miriam Lommen, *adjunct-hoofddirecteur*
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Anouk Vanden Bogaerde
Leentje Vervoort
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudie Bockting,
prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K.
Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr.
Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van
Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske
Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof.
dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser,
dr. Rianne de Kleine, em. prof. dr. Kees
Korrelboom, prof. dr. Ernst Koster, prof. dr.
Marije van der Lee, prof. dr. Sandra
Mulkens, prof. dr. Saskia van der Oord, dr.
Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De Raedt,
prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey Roelofs, prof.
dr. Agnes Scholing, prof. dr. Christiaan
Schotte, prof. dr. Anne Speckens, prof. dr.
Philip Spinhoven, prof. dr. Johan Vlaeyen,
dr. Marisol Voncken, prof. dr. Reinout
Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61
3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam
(basisontwerp)

© 2024

Boom uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Aanwijzingen voor auteurs

De auteursrichtlijnen vindt u op
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.



.....

Het is weer een groot genoegen om een themanummer van het tijdschrift *Gedragstherapie* aan te kondigen, ditmaal over verslaving. Problematisch middelengebruik komt veel voor, wat maakt dat velen van u er direct of indirect (als comorbide problematiek) mee te maken hebben. Vanuit de VGCT-sectie Verslaving hebben professor Reinout Wiers en professor Anneke Goudriaan tal van auteurs bereid gevonden om voor dit themanummer een artikel te schrijven over recente ontwikkelingen op het gebied van de behandeling van verslavingen, met implicaties voor comorbiditeit. Ik hoop van harte dat dit nummer, een actueel en waardevol naslagwerk, aansluit bij jullie interesse.

Op deze plaats spreek ik graag mijn hartelijke dank uit aan alle auteurs die een bijdrage hebben geleverd. Een speciaal woord van dank richt ik aan Reinout Wiers en Anneke Goudriaan, alsmede aan Marissa de Vries, die tijdens de eindfase veel extra werk heeft verzet. Het verzorgen van een themanummer is een hele klus, waarvoor een lange adem nodig is: het eerste contact erover vond reeds in september 2022 plaats. En nu ligt er dan een heel mooi nummer: heel veel dank daarvoor. Blader zeker ook door naar de volgende bladzijde, voor het ten geleide van de gastredactie bij dit themanummer.

Veel leesplezier.

Elske Salemink
Hoofdredacteur

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004001>

Ten geleide bij het themanummer Verslaving

REINOUT WIERS & ANNEKE GOUDRIAAN

Een speciaal nummer over verslaving in het tijdschrift *Gedragstherapie* – het zal sommige lezers wellicht verbazen: zoveel aandacht krijgt verslaving niet, bijvoorbeeld op het jaarlijkse najaarscongres van de VGCT. Toch is het een belangrijk onderwerp, zoals we hier zullen beargumenteren en in dit nummer hopen te laten zien.

Verslaving is op Europees niveau een van de meest voorkomende en kostbare van alle mentale en hersenaandoeningen. Als tabaksverslaving en problematisch alcoholgebruik worden meegenomen, is het zelfs nummer één in frequentie en kosten, gevolgd door depressie, dementie, beroerte en angststoornissen (Effertz & Mann, 2013). Nu denkt u misschien: ‘Tja, roken, dat is natuurlijk slecht voor een mens, maar wat heeft het met psychische stoornissen te maken?’ Recent onderzoek heeft laten zien dat roken tijdens de adolescentie een belangrijke rol speelt bij de escalatie van andere mentale problemen. Zo lieten Jorien Treur en collega’s zien dat wanneer één van twee van een eeneiige tweeling gaat roken, bij die persoon de aandachtsproblemen toenemen (Treur et al., 2015). Door het genetisch gecontroleerde design van dergelijk onderzoek is goed vast te stellen dat roken naar alle waarschijnlijkheid aandachtsproblemen versterkt, terwijl veel rokers denken dat het hun concentratie juist verbetert. Roken tijdens de adolescentie is ook gerelateerd aan het ontstaan van internaliserende problemen (angst, depressie), met evidentie voor causale relaties beide kanten op (Fluharty et al., 2017). Verder is er toenemende aandacht voor de rol die roken speelt bij het in stand houden van andere verslavingen – een van de redenen waarom bij de behandeling van die andere verslavingen ook rookverslaving tegenwoordig aandacht krijgt en cliënten geholpen worden om ermee te stoppen. Dat dit de nodige voeten in aarde heeft, komt aan bod in het artikel van Maartje van Lakerveld en collega’s in dit nummer (van Lakerveld et al., 2024). Er zijn dus goede redenen om roken – of beter: tabaksverslaving – serieus te nemen bij het voorkomen en behandelen van psychische stoornissen. Hetzelfde geldt voor problematisch alcoholgebruik, waarvan algemener bekend is dat het negatieve gevoelens en gerelateerde internaliserende problemen kan ver-

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004002>

sterken. Het zal nu wel duidelijk zijn dat het redelijk is om verslaving als een van de belangrijkste psychische en hersenaandoeningen te zien, wat recent Nederlands bevolkingsonderzoek (Nemesis) opnieuw heeft bevestigd (ten Have et al., 2023).

In de diverse bijdragen in dit nummer staan twee thema's centraal: (1) behandeling van verslaving bij comorbiditeit, en (2) nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de behandeling van verslavingen, met implicaties voor andere stoornissen. In veel bijdragen speelt comorbide problematiek een rol, waarbij een lastige omstandigheid is dat verslavingszorg en zorg voor andere geestelijke gezondheidsproblemen traditioneel gescheiden werelden zijn, terwijl de problematiek van cliënten zich slecht aan deze scheidslijn houdt. Dit heeft als problematisch gevolg dat cliënten nogal eens tussen wal en schip terechtkomen: dat hun mentale probleem niet wordt behandeld zolang ze een verslaving hebben. Wat daarbij wellicht ook een rol speelt is stigma, dat ook een belangrijke factor is bij de marginalisatie die veel mensen met een verslaving ervaren; zie de bijdrage van Marjolein Morselt-van Tongeren en collega's (2024).

Twee bijdragen gaan over autisme en verslaving, een minder bekende combinatie dan ADHD en gedragsproblemen en verslaving. Johan van Zanten en collega's (2024) bespreken de hoofdlijnen van een geïntegreerde (groeps)behandeling voor verslaving voor cliënten met een verslaving en autisme. Verder wordt het gerelateerde boek *Grip* van Bosma en van Zanten besproken door Joanneke VanDerNagel (2024). Sera Lortye, Nathalie Faber en collega's (2024) bespreken de comorbiditeit tussen posttraumatische stressstoornis (PTSS) en verslaving, twee diagnoses die vaak samen voorkomen en gemeen hebben dat ze allebei relatief vaak over het hoofd gezien worden. De auteurs bespreken de opzet en resultaten uit de voormeting van een grote gerandomiseerde klinische studie (RCT) naar een behandelprotocol waarin zowel PTSS als verslaving behandeld wordt.

In de ggz en de verslavingszorg speelt de computer een steeds prominere ondersteunende rol, wat belangrijk is vanwege de vergrijzende bevolking en dreigende personeelstekorten in beide sectoren. Voorwaarde is natuurlijk wel dat de behandeling dan ook effectief is, wat in het algemeen zo blijkt te zijn, althans als deelnemers blijven meedoen, wat een uitdaging is. Daarom is begeleiding belangrijk, die ook deels geautomatiseerd kan worden (voor een recent systematisch overzicht, zie Koelen et al., 2022). Maria Schouten en collega's (2024) bespreken een gerandomiseerde studie waarin jongvolwassenen met depressie en problematisch alcoholgebruik die een face-to-facebehandeling kregen voor depressie aanvullend digitaal behandeld werden. In één groep werd deze aanvullende digitale behandeling alleen gericht op de depressie, terwijl in een andere groep ook het alcoholgebruik via een digitale interventie werd behandeld, wat effectief bleek voor het alcoholgebruik en gerelateerd was aan een langdurig positief effect op kwaliteit van leven.

Een andere familie van gecomputeriseerde interventies richt zich op cognitieve vertekeningen (biases). Deze cognitieve-biasmodificatie (CBM)-methode was oorspronkelijk vooral gericht op het detecteren van mogelijke mechanismen bij psychopathologie, vanuit de gedachte dat de sterkste test van causaliteit een experimentele manipulatie van de bias is, waaruit dan de effecten op stoornisgerelateerde kenmerken zouden moeten blijken. Inmiddels zijn verschillende vormen van CBM effectief gebleken bij diverse stoornissen (voor een recent overzicht, met nadruk op mogelijkheden voor klinische implementatie, zie Vrijsen et al., 2024), in veel gevallen ter ondersteuning van een klinische behandeling. Bij (alcohol)verslaving geldt die effectiviteit voor het wegtrainen van de automatisch geactiveerde neiging om alcoholgerelateerde stimuli te benaderen (toenaderingsneiging), waardoor iemand met een verslaving meer controle krijgt over de keuze om wel of niet te gebruiken. Zie ook de bespreking van Eline Bol in dit nummer van het boek *Akrasia: Over vrije wil, verslaving en verandering* (Bol, 2024). Op basis van diverse positieve gerandomiseerde studies is CBM inmiddels een aanbevolen toevoeging aan de behandeling van alcoholverslaving in Duitsland en Australië (waar de meeste studies plaatsvonden) en als mogelijke toevoeging in de meest recente Nederlandse klinische richtlijnen. Nicolle van Mil en collega's (2024) bespreken deze specifieke vorm van CBM, met voorbeelden van implementatie in de praktijk. Wat betreft het centrale thema comorbiditeit is het nog goed om te noemen dat een recente grote klinische studie naar effecten van CBM als toevoeging aan abstinentiegerichte behandeling van alcoholverslaafden, bij cliënten met internaliserende problemen sterkere effecten vond, in vergelijking met cliënten zonder internaliserende problemen (Salemink et al., 2022).

Een ander technisch hulpmiddel dat steeds meer wordt toegepast binnen CGT is virtual reality (VR). Simon Langener, Samantha Murray en collega's (2024) bespreken een toepassing van VR in de gedragstherapeutische behandeling voor verslaving gericht op mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB), die beter vaardigheden kunnen oefenen met VR.

Verder komt de vraag aan de orde wat verslavingsonderzoek bijdraagt aan ontwikkelingen in behandelingen. Motiverende gespreksvoering (MGV) is ontwikkeld in de context van de behandeling van verslaving, en in het Nederlandse standaardprotocol voor verslaving (Merkx, 2014) worden MGV en CGT gecombineerd. Er is inmiddels evidentie dat dit ook bij andere stoornissen een positief effect zou kunnen hebben. Zo blijkt MGV ook de effectiviteit van CGT bij angst te vergroten (Marker & Norton, 2018). Jannet de Jonge en collega's (2024) laten zien hoe MGV gebruikt kan worden om interventies cultuursensitiever te maken, wat ook breder ingezet kan worden dan bij verslaving alleen.

Ten slotte is ook de 'derde golf' van psychologische interventies niet aan de behandeling van verslaving voorbijgegaan. Marissa de Vries en collega's (2024) bespreken de eerste ervaringen in een klinische studie die CGT en

ACT vergeleek in de verslavingszorg; over het algemeen werden gelijke effecten van CGT en ACT gevonden in de klinische praktijk. Harmen Beurmanjer en collega's (2024) bespreken op basis van de huidige stand van de literatuur de mogelijkheden van ACT en mindfulness voor de behandeling van chronischepijnpatiënten met opiaatverslaving. Voor deze combinatie liet een recente Amerikaanse studie zeer positieve resultaten zien (Garland et al., 2022), wat de klinische relevantie ervan verder onderstreept.

Samenvattend hopen we dat dit speciale nummer het belang van verslaving en klinisch verslavingsonderzoek voor de cognitieve gedragstherapie benadrukt, niet alleen voor mensen die werkzaam zijn in die sector, maar juist ook voor mensen die in de algemene ggz werken en wellicht vaker bij hun cliënten met (de gevolgen van) verslaving te maken hebben dan ze zelf beseffen.

Reinout Wiers is hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie aan de Universiteit van Amsterdam en codirecteur van het centrum voor Urban Mental Health, een interdisciplinair UvA-onderzoeksprogramma. Hij is lid van de sectie Verslaving van de VGCT en gastredacteur voor dit nummer van *Gedragstherapie* over verslaving (en uiteraard niet betrokken bij de recensie van zijn boek).

Anneke Goudriaan is bijzonder hoogleraar Werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, verbonden aan Amsterdam UMC en Arkin en de TOPGGZ-afdeling van Jellinek, voorzitter van de sectie verslaving van de VGCT en gastredacteur voor dit nummer over verslaving.

Correspondentieadres: Reinout Wiers, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Programmagroep Developmental Psychology, Postbus 15916, 1001 NK Amsterdam. E-mail: r.wiers@uva.nl

Referenties

- Beurmanjer, H., Damen, K., Ellerbroek, H., & Schellekens, A. (2024). Behandeling van stoornissen in het gebruik van voorgeschreven opioïden bij patiënten met chronische pijn: Een practitioner review. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 489-502. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004012>
- Bol, E. (2024). Minderen tegen beter weten in [Boekbespreking]. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 505-508. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004014>
- de Jonge, J., Dobber, J., Taguba, C., Bouteh, K., van Putten, E., & Latour, C. (2024). Motiverende gespreksvoering cultuursensitiever maken: Geleerde lessen van jonge statushouders. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 460-471. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004010>
- de Vries, M., Bol, E., van Yperen, M., Breeuwsma-Geurts, E., de Beurs, E., & Goudriaan, A. (2024). Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment therapy bij verslaving: Een cohortstudie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 472-488. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004011>
- Effertz, T., & Mann, K. (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe, with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction.

- European Neuropsychopharmacology*, 23, 742-748. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.07.010>
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19, 3-13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Garland, E. L., Hanley, A. W., Nakamura, Y., Barrett, J. W., Baker, A. K., Reese, S. E., Riquino, M. R., Froeliger, B., & Donaldson, G. W. (2022). Mindfulness-oriented recovery enhancement vs supportive group therapy for co-occurring opioid misuse and chronic pain in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 182, 407-417. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0033>
- Koelen, J. A., Vonk, A., Klein, A., de Koning, L., Vonk, P., de Vet, S., & Wiers, R. (2022). Man vs. machine: A meta-analysis on the added value of human support in text-based internet treatments ('e-therapy') for mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 96, 102179. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102179>
- Langener, S., Murray, S., Berkhoff, M., Bouman, Y., Didden, R., & VanDerNagel, J. (2024). Ontwikkeling van ondersteuning met virtual reality in de verslavingsbehandeling van cliënten met een LVB: Een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 447-459. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004009>
- Lortye, S. A., Faber, N. N.M., Marquenie, L. A., Goudriaan, A. E., Arntz, A. A., & de Waal, M. M. (2024). Het TO-PA-onderzoek naar PTSS bij verslaving: Achtergrond en klinische kenmerken. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 399-415. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004006>
- Marker, I., & Norton, P. J. (2018). The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 62, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.04.004>
- Merkx, M. J. M. (2014). Individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk, & M. J. M. Merkx (red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 105-264). Resultaten Scoren.
- Morselt-van Tongeren, M., Markus, W., & de Jong, C. (2024). 'Het heeft wel degelijk zin': Aanpak van demoralisatie bij verslavingsbehandeling. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 375-385. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004004>
- Salemink, E., Rinck, M., Becker, E., Wiers, R. W., & Lindenmeyer, J. (2022). Does comorbid anxiety or depression moderate effects of approach bias modification in the treatment of alcohol use disorders? *Psychology of Addictive Behaviors*, 36, 547-554.
- Schouten, M., Goudriaan, A., Dekker, J., & Blankers, M. (2024). Digitale interventies voor comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik: Een (kosten)effectieve aanpak? *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 416-434. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004007>
- ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22, 275-285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>

- Treur, J. L., Willemsen, G., Bartels, M., Geels, L. M., van Beek, J. H. D. A., Hupertz, C., van Beijsterveldt, C. E. M., Boomsma, D. I., & Vink, J. M. (2015). Smoking during adolescence as a risk factor for attention problems. *Biological Psychiatry*, 78, 656-663. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.06.019>
- van Lakerveld, M., Goudriaan, A., & Derksen, M. (2024). Implementatie en impact van rookvrijbeleid binnen de verslavingszorg: Een scoping review. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 348-374. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004003>
- van Mil, N., de Fuentes-Merillas, L., Markus, W., & Wiers, R. (2024). Approach bias modification training (ApBM): Als aanvulling op een klinische behandeling bij patiënten met een stoornis in alcoholgebruik. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 435-446. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004008>
- van Zanten, J., Walhout, S., de Fuentes-Merillas, L., & Bosma, M. (2024). Behandeling van mensen met een autismespectrumstoornis en verslaving: Een handreiking voor de praktijk. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 386-398. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004005>
- VanDerNagel, J. (2024). Grip voor cliënten met verslaving en autisme [Boekbespreking]. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 503-504. <https://doi.org/10.5553/TGo16774542024057004013>
- Vrijssen, J. N., Grafton, B., Koster, E. H. W., Lau, J., Wittekind, E., Bar-haim, Y., Becker, E. S., Brotman, M. A., Joormann, J., Lazarov, A., Macleod, C., Manning, V., Pettit, J. W., Rinck, M., Salemink, E., Woud, M. L., Hallion, L. S., & Wiers, R. W. (2024). Towards implementation of cognitive bias modification in mental health care: State of the science, best practices, and ways forward. *Behaviour Research and Therapy*, 179, 104557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104557>

Implementatie en impact van rookvrijbeleid binnen de verslavingszorg

Een scoping review

MAARTJE VAN LAKERVELD, ANNEKE GOUDRIAAN & MARLOES DERKSEN

Samenvatting

Gezien de hoge prevalentie van rokers binnen de verslavingszorg en de daarmee gepaard gaande mortaliteit en morbiditeit, is ondersteuning van cliënten bij stoppen met roken essentieel. Deze *scoping* review analyseert 39 studies vanaf 2016 over de implementatie en impact van rookvrijbeleid in de verslavingszorg. De prevalentie van rokers varieert tussen 49% en 94%. Hoewel er evidencebased behandelingen (zoals counseling) en nicotinevervangende middelen beschikbaar zijn, bereiken deze slechts een beperkt aantal cliënten. Andere aspecten van rookvrijbeleid, zoals rookvrije terreinen en training voor medewerkers, zijn ook onderzocht. De effecten van deze maatregelen op stoppen met roken zijn wisselend. Barrières voor succesvol rookvrijbeleid zijn onder andere de implementatie en handhaving van rookvrije terreinen, een sterke rookcultuur en negatieve opvattingen van zowel medewerkers als cliënten. Een uitgebreid rookvrijbeleid, inclusief behandeling, voorlichting, rookvrije terreinen en consistente training van medewerkers, kan ondersteunend zijn, ook in de Nederlandse verslavingszorg.

Trefwoorden: rookvrijbeleid, verslavingszorg, stoppen met roken

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Implementeer een breed rookvrijbeleid in de verslavingszorg, met consequente behandeling, regelmatige training van medewerkers en rookvrije terreinen.

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004003>

- ▶ Besteed aandacht aan mogelijke negatieve aannamen bij medewerkers en cliënten, en zorg ervoor dat beide groepen goed geïnformeerd zijn en gemotiveerd om achter het rookvrijbeleid en het doel van stoppen met roken te staan.
- ▶ Zorg voor een wettelijke basis die het rookvrijbeleid ondersteunt en handhaaft.

INLEIDING

.....

In 2020 rookte 22,3% van de wereldbevolking en stierf naar schatting de helft van de rokers die niet stopten aan de gevolgen van roken (WHO, 2023). Voor het tegengaan van tabaksgebruik wereldwijd heeft de World Health Organisation (WHO) een verdrag afgesloten, de WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC; WHO, 2023). In dit verdrag staan beleidsmaatregelen voor landen om dit te realiseren, samengevat onder de termen *monitor, protect, offer help, warn people, enforce bans* en *raise taxes* (afgekort: MPOWER). Onderzoek laat zien dat 71% van de wereldpopulatie nu bereikt wordt met een van de verschillende beleidsopties binnen dit programma gericht op stoppen met roken (SMR; WHO, 2023). Wereldwijd probeert de WHO op deze wijze tabaksgebruik te verminderen.

In Europa worden de verschillende beleidsmaatregelen die landen nemen bijgehouden op de zogeheten Tobacco Control Scale. Nederland stond in 2021 nummer vier op de ranglijst en lijkt daarmee ambitieus binnen Europa, waar het in 2019 nog op de veertiende plek stond (Joossens et al., 2022). In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende stappen gezet om te komen tot een rookvrije generatie. Dit is vastgelegd in het Nationaal Preventieakkoord (Rijksoverheid, 2018). In dit preventieakkoord heeft de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toegezegd om in 2025 rookvrij te zijn volgens de gouden standaard van het Global Network of Tobacco Free Healthcare Services (Rijksoverheid, 2018). Deze gouden standaard betekent dat een instelling een breed beleid invoert, met acht pijlers, te weten: (1) bestuur en beleid, (2) communicatie, (3) opleiding, (4) stoppen-met-roken-zorg, (5) rookvrije omgeving, (6) gezonde werkplek, (7) maatschappelijke betrokkenheid, en (8) monitoring en evaluatie.

Voor de verslavingszorg, als onderdeel van de ggz, was de afspraak om in 2020 rookvrij te zijn. De verslavingszorg lijkt dus een voortrekkersrol te vervullen voor het nationale rookvrijbeleid. In de verslavingszorg lijkt het percentage rokers twee tot vier keer hoger te liggen dan in de algemene bevolking (Guydish et al., 2011; Hayhurst et al., 2021; Lien et al., 2021). Bij verslavingszorginstelling Jellinek rookte 75% van de cliënten in de periode 2016 tot en met 2019 (van Lakerveld et al., 2022). Mensen hebben een grotere kans om vroegtijdig te overlijden aan de gevolgen van roken dan aan de gevolgen van andere middelen (CDC, 2024). Een longitudinaal onderzoek van Callaghan en collega's (2018) liet zien dat 36% tot 49% van de overlijdens van mensen die in behandeling waren (geweest) voor verslaving (dus voor *substance use disorder*; SUD) toe te schrijven was aan de gevolgen van roken. Dit maakt ro-

ken een van de dodelijkste verslavingen (van Amsterdam et al., 2009). Gezien de hoge prevalentie, morbiditeit en mortaliteit onder deze doelgroep, is een rookvrijbeleid dat mensen bij SMR ondersteunt belangrijk.

In 2017 is een review van Knudsen gepubliceerd die rookvrijbeleid in de verslavingszorg tussen 2000 en 2015 in kaart bracht (Knudsen, 2017). Knudsen concludeerde dat slechts weinig SUD-behandelingsprogramma's counseling of farmacotherapie voor SMR aanboden, en dat er organisatorische barrières waren, zoals beperkte training, inadequate middelen en een rookcultuur. Ook concludeerde Knudsen dat SMR-diensten vaker beschikbaar waren in medisch georiënteerde behandelomgevingen, in grotere behandelprogramma's met uitgebreide diensten en in programma's die afhankelijk waren van vergoedingen (bijvoorbeeld verzekering of Medicaid). Tevens concludeerde ze dat de persoonlijke vaardigheden en attitudes van counselors, hun percepties van de steun van managers en collega's voor SMR, en de beschikbaarheid van middelen gecorreleerd waren met implementatie. Tot slot vond ze dat overheidsbeleid dat vereiste dat behandelprogramma's tabaksbehandeling aanboden zowel de adoptie als de implementatie daarvan verhoogde, maar dat deze diensten nog steeds slechts een bescheiden percentage van de cliënten bereikten.

Het onderzoek van Knudsen geeft een eerste overzicht van rookvrijbeleid in de verslavingszorg tot 2015; na die periode zijn er nieuwe ontwikkelingen geweest. Het doel van deze scoping review is om een overzicht te geven van de onderzoeken vanaf 2016 over implementatie en impact van rookvrijbeleid in de verslavingszorg, en om te kijken hoe dit mogelijk vertaalt naar de Nederlandse context.

METHODE

.....

Doelstelling

.....

Het doel van deze scoping review is om de literatuur over rookvrijbeleid en de impact ervan in de verslavingszorg vanaf 2016 in kaart te brengen. Vervolgens wordt deze literatuur samengevat in verschillende thema's, teneinde inzicht te krijgen in de huidige stand van de kennis. Tot slot worden aan de hand hiervan aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

Zoekstrategie

.....

In februari en maart 2024 werd op internet een zoekopdracht uitgevoerd door naar literatuur te zoeken in de databases Ovid-EMBASE en MEDLINE, en wel met de zoektermen: 'smoking cessation' OR 'tobacco use cessation' AND 'SUD treatment'. Ook zijn deze databases gebruikt om te zoeken naar Nederlandse literatuur met de zoektermen: 'stoppen met roken' AND 'ver-

slavingszorg' OR 'behandeling verslaving'. Alleen *peer-reviewed* artikelen zijn meegenomen. Daarnaast zijn alleen Engels- en Nederlandstalige artikelen vanaf 2016 meegenomen. Artikelen die geen empirisch onderzoek rapporteerden of abstracts voor conferenties zijn niet meegenomen. Ook zijn artikelen in een andere behandelsetting en artikelen die niet gingen over implementatie of impact van rookvrijbeleid niet meegenomen. De kwaliteit van de geïncludeerde artikelen is niet beoordeeld.

Dataverzameling en analyse

We extraheerden data over locatie, setting (bijvoorbeeld klinisch of ambulant), onderzoeksontwerp en deelnemers. Daarnaast extraheerden we data over de thema's prevalentie, rookvrijbeleid, impact, barrières en faciliterende factoren.

RESULTATEN

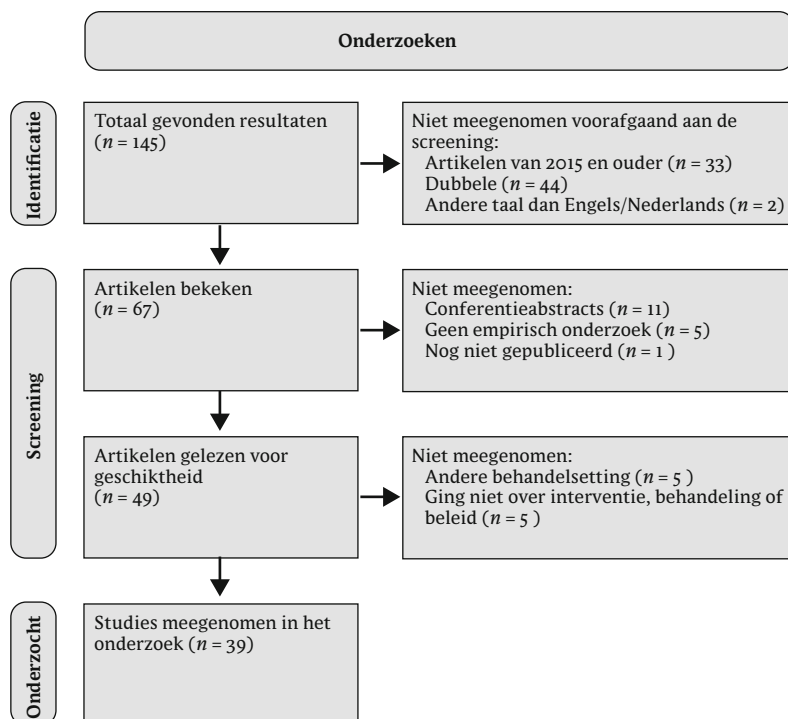
Op basis van de Engelstalige zoekstrategie werden 145 resultaten geïdentificeerd. Uit de Nederlandse zoekstrategie kwamen geen resultaten naar voren. Na screening zijn er in totaal 39 unieke en relevante artikelen geïncludeerd. Het proces van identificatie tot inclusie van de artikelen is weergegeven in een stroomdiagram (zie figuur 1).

Van deze 39 studies werden er 33 uitgevoerd in de Verenigde Staten (VS), twee in Canada, en één per land in Noorwegen, Verenigd Koninkrijk (VK), Australië en Portugal. Er waren 23 artikelen uit een klinische setting, twee vanuit ambulante zorg, één uit dagbehandeling en één na klinische detox. Vier artikelen gingen over alle typen SUD-zorg, twee gebruikten een nationale database en bij drie ging het om zorg voor veteranen. Vier rapporteerden over experimenten (waarvan twee over een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT)), 12 over quasi-experimenten, 17 over observaties, vijf betroffen kwalitatieve studies, en één gebruikte een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden (zie tabel 1 in de bijlage).

THEMA'S EN BEVINDINGEN

Prevalentie van rokers in de SUD-populatie

In 24 artikelen werd de prevalentie van rokers binnen de SUD-populatie benoemd. De laagste prevalentie die werd benoemd is 49% (Hayhurst et al., 2021), en de hoogste prevalenties zijn 93% voor de klinische populatie en 94% voor cliënten van een methadonpoli (Bjørnstad et al., 2022). Dit zijn de percentages van respectievelijk het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.



FIGUUR 1 Stroomdiagram van het proces van identificatie tot inclusie van de artikelen

Rookvrijbeleid

Van de 28 artikelen die rookvrijbeleid onderzochten, benoemden 19 evidencebased behandelingen, zoals counseling, nicotinevervangende middelen (NVM) of farmacotherapie. Zeven artikelen gaven meer gedetailleerde informatie over de aangeboden behandelingen. Zes hiervan rapporteerden dat roken bij cliënten werd uitgevraagd, met een variatie in percentages tussen 62% en 72% (McCuistian et al., 2021, 2024). Eveneens zes artikelen vermeldden dat counseling werd aangeboden, met percentages tussen 30% en 62% (Madden & Fogger, 2021; McCuistian et al., 2024). Alle zeven artikelen gaven aan dat NVM of farmacotherapie beschikbaar was, waarbij de percentages varieerden tussen 21% en 32% (McCuistian et al., 2021, 2024). Daarnaast benoemden vier artikelen dat cliënten werden doorverwezen, met percentages tussen 25% en 40% (McCuistian et al., 2021). Drie artikelen meldten dat cliënten stopadvies ontvingen, met een variatie in percentages tussen 44% en 67% (Guydish, Kapiteni et al., 2020; Madden & Fogger, 2021).

Naast het behandelaanbod werden andere aspecten van een breder rookvrijbeleid besproken. Acht artikelen beschreven de aanwezigheid of implementatie van rookvrije terreinen. Vijf artikelen rapporteerden over speciale trai-

ningen voor medewerkers. Drie artikelen benoemden beleid gericht op breder welzijn (Campbell et al., 2022, 2024; McCuistian et al., 2022). Andere besproken onderwerpen waren: overheidsbeleid (bijvoorbeeld belasting of beloning voor rookvrijbeleid); contingency management (een behandelmethode waarbij een beloning wordt gegeven voor het behalen van behandeldoelen); een SMR-hulplijn; beleid rondom vaperen (het gebruik van e-sigaretten); regels voor medewerkers die samen roken met cliënten; de verspreiding van het beleid in de omgeving; en de rol van de directie bij het ondersteunen van het programma.

Impact

In elf artikelen werden percentage stoppers of rokers aan het einde van de interventie benoemd. Het hoogste percentage stoppers tijdens behandeling was 74% en het laagste 20% (McCuistian et al., 2022; Rohsenow, Tidey et al., 2017). Bij follow-up was het hoogste 14% tot 18% (na 3 maanden) en het laagste 4% tot 2% (na 1 jaar) (Bonevski et al., 2021; Hayhurst et al., 2021).

Zestien artikelen benoemden de impact van beleid op stoppen. Twaalf rapporteerden een significante vermindering van het percentage rokers en/of een vermeerdering van stoppers na behandeling. Zes artikelen rapporteerden geen significante impact op stoppen met roken en twee een toename van roken tijdens behandeling. Vijf artikelen rapporteerden een toegenomen gebruik van NVM. Drie artikelen rapporteerden dat er na interventie minder sigaretten per dag werden gerookt (Bonevski et al., 2021; Madden & Fogger, 2021; Romano et al., 2021). In twee artikelen werd een toename van de stopwens gerapporteerd (Gubner et al., 2019; Hemmy Asamsama et al., 2019).

Ten aanzien van overig rookvrijbeleid lieten Campbell en collega's (2024) zien dat verschillende onderdelen van dergelijk beleid (rookvrije terreinen, behandeling, medewerkerstraining) breed kunnen worden ingevoerd. Rookvrije terreinen lijken effectief in het ondersteunen bij stoppen met roken (Gubner et al., 2019; Romano et al., 2021). Tot slot rapporteerden Rohsenow en collega's (2017) dat contingency management op korte termijn effectief was en Castaldelli-Maia en collega's (2022) dat de medewerkers-training bijdroeg aan kennis en kunde over SMR.

Barrières en faciliterende factoren

Barrières rond rookvrije terreinen werden besproken in zes artikelen. Rookvrije terreinen worden vaak niet volledig nageleefd (Gubner et al., 2019). Zo gaf in één artikel slechts 47% van de medewerkers aan dat hun werkplek volledig rookvrij was (Campbell et al., 2024). Daarnaast maken wettelijke verplichtingen het soms moeilijk om rookvrije terreinen te implementeren (Campbell et al., 2022; McCuistian et al., 2021). Het ontbreken van een rookvrij terrein werd genoemd als een belemmering om te stoppen met roken, terwijl sport-

faciliteiten en rookvrije zones voor niet-rokende cliënten werden voorgesteld als mogelijke oplossingen (DePhilippis et al., 2023; Leal et al., 2021).

Twaalf artikelen benoemden de rol van medewerkers. Vijf artikelen wazen op het belang van training voor medewerkers. Als gevolg van personeelsverloop blijkt er vaak een kloof te bestaan tussen het veronderstelde en het werkelijke aantal medewerkers dat getraind is (Campbell et al., 2022, 2024). Daarnaast speelt de heersende rookcultuur onder medewerkers een rol. Vier artikelen rapporteerden het percentage rokende medewerkers, met een range tussen 22% en 39% (Guydish et al., 2021, 2023). Medewerkers die zelf roken lijken minder toegewijd te zijn aan SMR-zorg (Guydish et al., 2021; Streck et al., 2023). Ook lijken er bij medewerkers mythen rondom SMR te bestaan: rookvrije zorg houdt cliënten af van behandeling, zorgt voor gedragsproblemen, doet af aan de behandeling, hoort niet thuis in de verslavingszorg en het is oneerlijk om tabak af te pakken (R. A. Brown et al., 2017; Castaldelli-Maia et al., 2022; Fallin-Bennett et al., 2018; Hemmy Asamsama et al., 2019).

In zes artikelen werd besproken hoe roken door cliënten wordt gezien. Er is vaak een overtuiging dat roken kan helpen bij het stoppen met andere middelen (Martínez et al., 2023; Matthews et al., 2023) en is er een gebrek aan vertrouwen dat stoppen met roken gaat lukken (Campbell et al., 2020; Fallin-Bennett et al., 2018; Madden & Fogger, 2021). Het consequent aanbieden van behandeling en aan cliënten laten zien dat SMR onderdeel van de behandeling is, waren faciliterende factoren (Campbell et al., 2017; Leal et al., 2021).

Vier artikelen richtten zich op hoe externe factoren en beleid van invloed zijn op SMR-zorg. Zo blijken hoge accijnzen, financiering van zorg vanuit de overheid, uitgebreide verzekeringsdekking en tabaksreclame impact te hebben op SMR (Abraham et al., 2017; Campbell et al., 2016; Yip et al., 2020).

DISCUSSIE

.....

Aangezien iemand een grotere kans heeft om te overlijden aan de gevolgen van roken dan aan ander middelengebruik (CDC, 2024), is het belangrijk om cliënten in de verslavingszorg te ondersteunen bij SMR. Het doel van deze scoping review is om een overzicht te geven van de onderzoeken vanaf 2016 naar implementatie en impact van rookvrijbeleid in de verslavingszorg. We vonden dat de prevalentie van rokers binnen de SUD-populatie hoog was en varieerde van 49% tot 94% in de onderzochte artikelen. De meeste artikelen beschreven evidencebased behandelingen, waarbij roken vaak wel wordt uitgevraagd, maar counseling en NVM nog niet alle cliënten bereiken. Daarnaast zijn andere onderdelen van een breed rookvrijbeleid onderzocht, zoals rookvrije terreinen en medewerkerstraining. Beleid en interventies hadden wisselende effecten op stoppercentages. Barrières voor rookvrijbeleid waren: een rookvrij terrein niet kunnen implementeren of behouden,

een rookcultuur; en een negatieve houding van medewerkers en cliënten over SMR tijdens behandeling.

De review over SMR in de verslavingszorg tussen 2000 en 2015 toonde aan dat 86% van de cliënten naar hun rookstatus werd gevraagd, 30-40% counseling ontving, en 12-29% nicotinevervangende middelen (NVM) of medicatie kreeg (Knudsen, 2017). In de huidige studie werd roken uitgevraagd bij 62-72% van de cliënten, werd counseling aangeboden aan 30-62%, werd NVM of farmacotherapie geboden aan 21-32%, vond doorverwijzing plaats bij 25-40%, en werd stopadvies gegeven aan 44-67% van de cliënten (Guydish, Kapiteni et al., 2020; Madden & Fogger, 2021; McCuistian et al., 2021, 2024;). Rookstatus lijkt dus minder vaak te worden uitgevraagd, maar behandeling bij tabaksgebruik wordt vaker geboden dan in het onderzoek van Knudsen (2017). Naast het bieden van behandeling werden rookvrije terreinen onderzocht; deze leken in combinatie met behandeling het meest effectief (Gubner et al., 2019; Romano et al., 2021). Het is mogelijk dat behandeling in combinatie met een rookvrije omgeving effectief is omdat cliënten dan geen rook-cues krijgen, waardoor ze mogelijk minder trek ervaren en dus minder terugvallen (Allenby et al., 2020; Betts et al., 2021; Waters et al., 2014).

Binnen deze studie varieert de impact van rookbeleid op stoppen sterk, met stoppercentages tussen 20% en 74% tijdens de behandeling, en tussen 4% en 18% bij follow-up (Bonevski et al., 2021; Hayhurst et al., 2021; McCuistian et al., 2022; Rohsenow, Martin et al., 2017). In 12 artikelen werden positieve resultaten gerapporteerd, maar in zes artikelen geen significante resultaten of zelfs een toename van roken tijdens behandeling. Hierbij kunnen aannamen van cliënten een rol spelen. Zo kwam in het huidige onderzoek naar voren dat er vaak een gebrek aan vertrouwen is dat stoppen met roken gaat lukken (Campbell et al., 2020; Fallin-Bennett et al., 2018; Madden & Fogger, 2021) of dat roken kan helpen bij het stoppen met andere middelen (Martínez et al., 2023; Matthews et al., 2023). Volgens de theorie van gepland gedrag (*theory of planned behaviour*) dragen houding en een gevoel van zelfeffectiviteit (*self-efficacy*) bij aan het voornemen tot gedragsverandering en uiteindelijk tot die gedragsverandering zelf (Ajzen, 1991). Het is mogelijk dat een negatieve houding en/of weinig vertrouwen dat SMR gaat lukken, bijdragen aan het niet behalen van langdurige abstinentie van tabak.

Naast barrières bij cliënten worden in deze review de meeste barrières bij medewerkers benoemd. Dit kan gaan over aannamen bij medewerkers, zoals: rookvrije zorg houdt cliënten af van behandeling, zorgt voor gedragsproblemen, doet af aan de behandeling, hoort niet thuis in de verslavingszorg en het is oneerlijk om tabak af te pakken (R. A. Brown et al., 2017; Castaldelli-Maia et al., 2022; Fallin-Bennett et al., 2018; Hemmy Asamsama et al., 2019). Zoals ook benoemd in de eerdere review van Knudsen (2017), lijkt er sprake te zijn van een rookcultuur, mogelijk in stand gehouden door het hoge percentage rokers onder medewerkers (tussen 22% en 39% in de huidige review). Ook blijkt door hoog personeelsverloop het percentage getrainde werknemers snel te

dalen (Campbell et al., 2022, 2024). Tot slot worden regels rond rookvrije terreinen niet altijd nageleefd (Campbell et al., 2024; Gubner et al., 2019). Dit laat zien dat medewerkers een sleutelrol hebben in effectief rookvrijbeleid en dat het belangrijk is om medewerkers consequent te trainen, met aandacht voor hun houding en aannamen ten aanzien van SMR.

Extern beleid, zoals accijnzen, financiering vanuit de overheid, uitgebreide verzekeringsdekking en tabaksreclame, blijken impact te hebben op SMR (Abraham et al., 2017; Campbell et al., 2016; Yip et al., 2020). Wettelijke verplichtingen maken het soms moeilijk om rookvrije terreinen te implementeren (Campbell et al., 2022; Gubner et al., 2019; McCuistian et al., 2021). Echter, in sommige gevallen kunnen zulke verplichtingen de implementatie ook faciliteren: in de studie van E. Brown en collega's (2012) werd 47% van de SUD-programma's rookvrij omdat dit door de staat verplicht werd gesteld (37% was al rookvrij en 16% werd na de deadline rookvrij).

Belangrijk bij Knudsen (2017) waren onderwerpen als instellingsfactoren (wel of geen medische setting), financiering, systematische implementatie van beleid, lage implementatie van SMR-zorg in de praktijk, en het feit dat ondanks wettelijke regelgeving SMR-zorg slechts een laag percentage cliënten bereikt. Dit zijn thema's die in de in deze review opgenomen onderzoeken weinig tot geen aandacht kregen.

Hoewel de WHO inzet op een wereldwijde reductie van roken, kwamen er van de 39 artikelen 35 uit Noord-Amerika. Hoe generaliseerbaar is de informatie daaruit naar de Nederlandse context? Dertien artikelen kwamen uit Californië, dat wat betreft welvaart en voortrekkersrol mogelijk gelijkenis heeft met Nederland (American Lung Association, 2023; Joossens et al., 2022; US News, z.d.; Yanatma, 2024). Het percentage rokers verschilt echter aanzienlijk: ongeveer 10% in California en 19% in Nederland (American Lung Association, 2024; Bommelé & Willemsen, 2023). Daarnaast is de zorg in de Verenigde Staten anders georganiseerd dan in Nederland (Tikkanen et al., 2020).

Bij gebrek aan Nederlandse artikelen binnen de verslavingszorg kan wel al gekeken worden naar de ziekenhuiszorg. Hierin zien we dat er enige motivatie is bij cliënten en medewerkers om te stoppen en dat er ook negatieve verwachtingen bij behandelaren leefden, maar dat die in de praktijk lijken mee te vallen (van den Berg et al., 2024; Vermeulen et al., 2020). Daarnaast rapporteerde de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen in 2023 dat 80% van de ziekenhuizen rookvrij was en in 2024 72%. Vooral op plekken waar cliënten lang verblijven, waar panden worden gedeeld of waar er overlast is van omwonenden is volledig rookvrij worden moeilijker, ook omdat het niet bij wet verplicht is (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2023, 2024).

Sterke punten en beperkingen van de review

Deze review omvat een uitgebreid overzicht van de literatuur tussen 2016 en 2024, waarin alle resultaten gestructureerd zijn weergegeven en in thema's

uitgewerkt. Deze informatie geeft hierdoor aanknopingspunten voor een effectief rookvrijbeleid in de Nederlandse verslavingszorg. Wel zijn de meeste artikelen afkomstig uit Noord-Amerika, waardoor de bevindingen niet volledig te generaliseren zijn naar de Nederlandse context. Daarnaast zijn er beperkte zoektermen gebruikt, waardoor het mogelijk is dat niet alle literatuur is meegenomen. Ook is de kwaliteit van de artikelen in deze review niet getoetst.

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

Om in Nederland tot een rookvrije verslavingszorg te komen, kan worden ingezet op een breed rookvrijbeleid, met consequent behandelen, regelmatig trainen van medewerkers en rookvrije terreinen. Om dit mogelijk te maken, is een wettelijke basis ondersteunend. Ook zal het belangrijk zijn om aandacht te hebben voor mogelijke negatieve aannamen van medewerkers en cliënten, en om beide groepen zo te informeren en motiveren dat ze achter het rookvrijbeleid en het doel van SMR gaan staan.

Hoewel de genoemde onderdelen van een rookvrijbeleid uit de literatuur naar voren komen, zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar SMR in de verslavingszorg en naar rookvrijbeleid in Nederland, zodat onderzoek ook in de Nederlandse context meer aanknopingspunten biedt. Ook zou een brede systematische review, gebruikmakend van de methodiek Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR, z.d.), meer in detail kunnen onderzoeken welke determinanten leiden tot het succes of het mislukken van rookvrijbeleid. Ook zou er meer in detail kunnen worden gekeken naar de behandeling van stoornissen in tabaksgebruik, juist omdat mythen en weinig zelfvertrouwen hierbij een rol spelen. Tot slot zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar implementatie van beleid: Hoe wordt dergelijk beleid ingevoerd? Hoe wordt het consequent volgehouden? Hoe wordt er gezorgd voor een cultuuromslag waarin roken niet meer thuishoort in de verslavingszorg?

CONCLUSIE

De internationale literatuur laat zien dat de prevalentie van rokers binnen de SUD-populatie hoog is. Gezien de morbiditeit en mortaliteit van roken, is het belangrijk om cliënten te ondersteunen bij SMR. Een breed rookvrijbeleid, met behandelen en informeren van cliënten, rookvrije terreinen en het consequent trainen van medewerkers, lijkt ondersteunend te kunnen zijn, ook voor de Nederlandse verslavingszorg. Daarnaast is een wettelijke basis die een breed rookvrijbeleid ondersteunt belangrijk en zal er aandacht moeten zijn voor het informeren en motiveren van cliënten en medewerkers om achter het doel van stoppen met roken te staan. Verder onderzoek is echter noodzakelijk.

BIJLAGE

TABEL 1 Overzicht van de resultaten

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Bertucci et al., 2024	VS	Ambulant met veteranen	Experiment	332 cliënten	Prevalentie: 59% Rookvrijbeleid: <i>Treatment as usual</i>; bij wens voor SMR kreeg de controlegroep behandeling in de vorm van counseling en nicotinevervangende middelen (NVM); in de experimentele groep werd verwacht dat cliënten voor hun SUD-behandeling ook naar de behandeling over roken gingen; dit werd ook bijgehouden. Impact: 25% stopte en 55% kreeg NVM in de experimentele groep; en 3% in de controlegroep stopte en 15% kreeg NVM. Ook maakte 72% van de experimentele groep de behandeling af, in vergelijking met 56% van de controlegroep.
McCuis-tian et al., 2024	VS	Klinisch	Quasi-experiment	11 programma's 185 baseline; 225 na interventie	Prevalentie: 60% Rookvrijbeleid: Van de 11 programma's kregen 5 een rookvrij terrein, 3 hadden het al en 3 hebben het niet ingevoerd. Bij 72% werd roken uitgevraagd, 62% ontving counseling, 32% NVM, 33% een verwijzing. Impact: Daling van het aantal rokers van 60,3% naar 40,5% en meer NVM/medicatie voor SMR (van 31,9% naar 45,6%) na de interventie.
Campbell et al., 2024	VS	Klinisch	Quasi-experiment	11 programma's directeuren en staf: 163 pre-interventie en 128 post-interventie	Rookvrijbeleid: Ieder programma moest beleid maken of aanscherpen vanuit het Tobacco Free for Recovery interventieprogramma; moest daarnaast roken uitvragen en cliënten behandelen door getrainde professionals; tot slot moest het beleid doorvoeren dat stoppen met roken en algeheel welzijn verbeterde. Impact: Meer rookvrije terreinen (van 3 naar 8), training van staf (van 1 naar 10) en SMR-ondersteuning van cliënten (NVM van 6 naar 10, psycho-educatie van 6 naar 11). Barrières: Van de rookvrije terreinen die directeuren aangaven, gaf 47% van de medewerkers aan dat het werk daadwerkelijk volledig rookvrij was. 10 van de 11 directeuren gaven aan dat de staf getraind was, maar 50% gaf aan deze training te hebben ontvangen: mogelijk door hoog verloop.

Saloner et al., 2023	VS	Nationale vragenlijst	Observatie	46.895	Prevalentie: SUD 61% en SUD + strafrechtelijke juridische betrokkenheid 77% Impact: De prevalentie van rokers in de SUD-groep ging van 61% naar 51% tussen 2010-2019, een significant verschil. De groep met SUD en een strafrechtelijke juridische betrokkenheid daalde niet significant: van 77% naar 76%. Dit laat zien dat dit een groep is waarin de prevalentie van tabaksgebruik hoog blijft.
DePhilipis et al., 2023	VS	Klinisch met veteranen	Quasi-experiment	312 veteranen in 4 verslavings-klinieken	Rookvrijbeleid: <i>Contingency management</i> om SMR te bekrachtigen met koolstofmonoxidemetingen. Daarnaast was er counseling en NVM. Er waren geen rookvrije terreinen. Barrières: Het niet hebben van rookvrije terreinen of onvoldoende motivatie zijn mogelijke redenen waarom veelal niet het hele programma werd afgemaakt (12 dagen = 44% van het programma werd gemiddeld gedaan).
Pagano et al., 2023	VS	Klinisch	Observatie	395 cliënten	Prevalentie: 69% Rookvrijbeleid: Omdat cliënten die roken vaker ook ander ongezond gedrag laten zien, met psychische en fysieke problemen tot gevolg, zou SMR-zorg zich breder op welzijn moeten richten.
Matthews et al., 2023	VS	Klinisch	Kwalitatief	41 (oud-)cliënten	Rookvrijbeleid: Cliënten gaven aan dat er niet over roken werd gesproken, behalve als ze dit zelf aangaven. Impact: Tijdens behandeling werd er meer gerookt (24% startte, 20% rookte meer, 32% bleef hetzelfde, 20% verminderde en 5% stopte), terwijl er na behandeling minder werd gerookt en meer gestopt (0% startte, 10% rookte meer, 27% bleef hetzelfde, 24% verminderde en 34% stopte). Barrières: 85% gaf aan dat SUD-behandeling geen effect had op roken of roken juist aanmoedigde. Cliënten geloofden vaak dat roken hielp om abstinente te worden van het primaire middel.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Martínez et al., 2023	VS	Klinisch	Observatie	18 instellingen 534 cliënten en 183 klinische staf	Prevalentie: 64% van de cliënten en 23% van de medewerkers. Rookvrijbeleid: 64% van de cliënten gaf aan dat roken was uitgevraagd, terwijl 44% van de medewerkers aangaf het vaak te doen. 23% van de cliënten gaf aan dat ze NVM aangeboden hadden gekregen, terwijl 28% van de medewerkers aangaf deze vaak te gebruiken. Faciliterende factor: Wanneer medewerkers vonden dat NVM-gebruik werd aangemoedigd, was er ook meer wens om te stoppen met roken bij cliënten. Barrières: Cliënten vonden SMR minder belangrijk en hadden minder vertrouwen in de kennis/kunde van behandelaren dan behandelaren zelf dachten te hebben. Deze discrepanties kunnen effect hebben op SMR.
Guydish et al., 2023	VS	Klinisch	Experiment	7 klinische programma's 174 cliënten, 74 staf	Prevalentie: 77% voor cliënten en 39% voor medewerkers. Rookvrijbeleid: Medewerkerstrainingen werden gegeven, directie moest achter het programma staan en er werd een beloning gegeven voor het rookvrijbeleid. Impact: Er waren geen significante effecten, voor zowel cliënten als medewerkers. Het roken bij cliënten ging van 77 naar 67%, het vragen naar roken van 72% naar 78%, het krijgen van counseling van 47% naar 45% en het krijgen van medicatie van 35% naar 18% in beide groepen samen.
Streck et al., 2023	VS	Niet gespecificeerd	Mixed methods: kwalitatief en observatie	12 programma's 23 coaches kwantitatief, 20 kwalitatief	Prevalentie: 32% van de coaches. Faciliterende factor: Coaches waren positief over SMR-behandeling. Barrières: 32% rookte zelf en was minder toegewijd aan SMR. Rookcultuur: roken is een geaccepteerde verslaving in verslavingsbehandeling, gaven aan samen met cliënten te roken.

Campbell et al., 2022	VS	Klinisch	Quasi-experiment	6 programma's met 6 directeuren en 165 bij meting 1 en 176 na 18 maanden bij meting 2	Rookvrijbeleid: Rookvrije terreinen, tabaksgebruik uitvragen en behandelplan en beleid gericht op welzijn dat SMR ondersteunt (bijvoorbeeld een sportplek in plaats van een rookruimte). Impact: 5 van de 6 hadden rookvrije terreinen, alle medewerkers kregen trainingen en meer SMR-zorg in alle programma's. Barrières: Eén had geen rookvrij terrein, omdat lokale wetgeving een rookgebied verplichtte. Hier ook 40% van staf had geen training gehad, vanwege verloop.
Bjørnstad et al., 2022	Noorwegen	Alle	Observatie	548 cliënten – 335 geanalyseerd	Prevalentie: 94% voor methadonverstrekking en 93% voor klinische populatie. Impact: 7% van de cliënten van de methadonverstrekking en 32% van de klinische cliënten stopte, wat significante verschillen waren. Met name jonge klinische cliënten hadden meer kans om te stoppen tijdens behandeling.
McCushtian et al., 2022	VS	Klinisch	Observatie	7 programma's 249 baseline, 275 interim, 219 post-interventie	Rookvrijbeleid: Rookvrije terreinen, tabaksgebruik uitvragen en behandelplan en beleid gericht op welzijn dat SMR ondersteunt (bijvoorbeeld een sportplek in plaats van rookruimte). In het artikel wordt de impact van rookvrije terreinen onderzocht. Impact: Aantal rokers daalde van 54,2% naar 26,6%; pre- en post rookvrij terrein, meer SMR-behandeling van 11,9% naar 25,2%. Het opnemen van SMR in het behandelplan steeg eerst en daalde bij de laatste meting, er was geen verschil wat betreft uitvragen van tabaksgebruik. Barrières: Twee hadden geen rookvrij terrein, omdat lokale wetgeving een rookgebied verplichtte.
Castaldi-Maia et al., 2022	Portugal	Niet gespecificeerd	Quasi-experiment	203 behandelaren	Rookvrijbeleid: Medewerkerstraining Impact: Artsen en <i>social workers</i> hadden een negatievere houding dan psychologen over SMR. Training verbeterde scores over kennis en kunde SMR-zorg. Barrières: De items waar artsen en social workers hoog op scoorden waren: SMR hoort niet in een verslavingsbehandeling, het kan herstel in de weg staan en het is oneerlijk tabak weg te nemen.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Fokuo et al., 2022	VS	Klinisch	Kwalitatief	16 directeuren	Rookvrijbeleid: Pre-implementatiefase van rookvrijbeleid: invoering van rookvrije terreinen, aanbieden van SMR-behandeling en het trainen van medewerkers. Faciliterende factoren: Voordeel van het beleid ten opzichte van het oude beleid, extern beleid of aanmoediging, commitment en zelfvertrouwen van de directeur en het belang erkennen van opinieleiders. Barrières: Kosten, rookcultuur, rokende medewerkers, te weinig expertise, cliënten niet meenemen in de besluitvorming.
Guydish et al., 2021	VS	Klinisch	Observatie	363 staf 639 cliënten	Prevalentie: 60% cliënten en 22% medewerkers. Rookvrijbeleid: 64% was gevraagd naar rookstatus, 57% kreeg counseling, 26% kreeg medicatie en 33% werd verwezen. Barrières: 22% van de behandelaren rookte, 32% totaal gebruikte tabaksproducten. Hogere percentages rokende medewerkers was geassocieerd met minder SMR-zorg en minder overtuiging dat cliënten zouden moeten stoppen.
Madden & Fogger, 2021	VS	Klinisch	Quasi-experiment	118 vrouwen	Prevalentie: 90% Rookvrijbeleid: Kort advies (67% kreeg kort advies te stoppen) en 30% kreeg counseling en/of NVM. 37% wilde geen behandeling. Impact: Niemand stopte, maar wel minder sigaretten per dag. Barrières: Omgeving nodigde niet uit tot SMR. Cliënten rapporteerden hoge scores wat betreft de wens te stoppen, maar lage scores op zelfvertrouwen.
McCushtian et al., 2021	VS	Klinisch	Observatie	24 programma's 576 cliënten	Prevalentie: 68% bij witte cliënten, 55% bij Spaans-Amerikaanse cliënten en 56% bij Afro-Amerikaanse cliënten. Rookvrijbeleid: Spaans-Amerikaanse en Afro-Amerikaanse cliënten ontvingen meer SMR-zorg dan witte cliënten. Van de witte cliënten werd 62% gevraagd naar rookstatus, 36% geadviseerd hoe te stoppen, 25% werd verwezen, 41% kreeg een vorm van counseling en 19%

						kreeg medicatie/NVM. Bij de Spaans-Amerikaanse cliënten werd 66% gevraagd naar rookstatus, 48% geadviseerd hoe te stoppen, 40% werd verwezen, 62% kreeg een vorm van counseling en 21% kreeg medicatie/NVM. Bij de Afro-Amerikaanse cliënten werd 59% gevraagd naar rookstatus, 57% geadviseerd hoe te stoppen, 36% werd verwezen, 65% kreeg een vorm van counseling en 32% kreeg medicatie/NVM.
Nguyen et al., 2021	VS	Klinisch	Observatie	562 cliënten		Prevalentie: 66%. Het percentage cliënten dat alleen tabak gebruikte was gelijk aan multi-gebruikers (beide 33%). Barrière: Rokers in SUD-behandeling gebruiken vaak meer soorten nicotine, met name degenen die hebben gevapt om te stoppen met roken en mensen met psychische klachten.
Leal et al., 2021	VS	Klinisch	Kwalitatief	4 locaties 59 cliënten en 23 medewerkers		Prevalentie: Per locatie: 74%, 75%, 66% en 65% Rookvrijbeleid: Taking Texas Tobacco Free: rookvrije terreinen, mede-werkerstraining, behandeling door klinici, NVM en uitdragen van het beleid naar de omgeving. Barrières: Er waren geen vervangende activiteiten, dus roken bleef een sociale bezigheid. Stress en stigma zorgden voor verminderde stopwens. Staf gaven aan dat gebrek aan organisatiesupport en mythen rondom roken barrières waren. Faciliterende factoren: Het geven van verschillende NVM, regelmatige counselingssessies, opties om te bewegen of te sporten, en het huisvesten van niet-rokende cliënten in niet-rokensecties van de kliniek.
Bonevski et al., 2021	Australië	Na klinische detox	Quasi-experiment	100		Prevalentie: 83% Rookvrijbeleid: NVM of vape meegegeven na detoxopname in combinatie met telefonische SMR-hulplijnsessies. Impact: Beide werden veel gebruikt en er was een afname van het aantal sigaretten per dag bij zowel vape als NVM. Na 3 maanden waren 14% van de cliënten met vape en 18% van de cliënten met NVM gestopt met roken, dit verschil was niet significant.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Hayhurst et al., 2021	VK	Nationale drugsmonitor	Observatie	106.472	Prevalentie: 49% Rookvrijbeleid: Slechts 3% kreeg behandeling voor tabaksverslaving. Impact: Roken lijkt in het begin zelfs toe te nemen tijdens behandeling (62% ten opzichte van 57%). Pas later na de behandeling nam roken af: 39% rookte bij de laatste follow-up.
Romano et al., 2021	Canada	Klinisch	Quasi-experiment	480 cliënten	Prevalentie: 55% Rookvrijbeleid: Eerst werd een evidencebased behandeling voor tabaksverslaving geïntroduceerd en hierna ook een rookvrij terrein. Impact: Cliënten die behandeling plus rookvrij-terreinconditie hadden, stopten vaker, rookten minder en deden vaker een stoppoging binnen 3 maanden na behandeling. Van de gehele populatie (inclusief cliënten die niet rookten bij de start) rookte 45% van cliënten niet bij gewone behandeling, 5% meer dan bij de start; bij alleen de evidencebased behandeling rookte 56% niet (ook 5% meer dan bij de start) en bij behandeling en rookvrij terrein rookte 66% niet (21% meer). Er was geen negatieve behandelimpact op het primaire middel.
Yip et al., 2020	VS	Alle	Observatie	1702 cliënten	Prevalentie: 78% Faciliterende factor: Cliënten in een uitgebreide Medicaid-verstrekende staat waren vaker verzekerd (90% vs. 54%) en roken werd meer uitgevraagd (79% vs. 72%). Mensen met verzekering stopten vaker tijdens behandeling (49% vs. 30%).
Guydish, Kapiteni et al., 2020	VS	Klinisch	Observatie	340 cliënten	Prevalentie: 69% Rookvrijbeleid: 65% was gevraagd naar rookstatus, 44% kreeg advies hoe te stoppen, 34% kreeg een verwijzing, 55% kreeg counseling en 28% kreeg medicatie of NVM. Velen wilden stoppen (59% had het afgelopen jaar geprobeerd te stoppen en 33% dacht de komende maand te willen stoppen), maar de meesten wilden hier geen hulp bij (62%).

Campbell et al., 2020	VS	Klinisch	Observatie	562 cliënten – 329 voor analyse	Prevalentie: 61%. Rokers hebben vaker ooit gebloed (93%) en cliënten die ooit gebloed hebben, hebben meer kans op vapegebruik. Rokers die nooit gebloed hadden, wilden vaker stoppen. Barrière: Rokers die wel ooit gebloed hadden, wilden vaker hulp bij het stoppen, omdat ze minder zelfvertrouwen hadden om te stoppen.
Guydish, Wahleithner et al., 2020	VS	Klinisch	Observatie	259 programma's	Rookvrijbeleid: 10,8% van de klinische programma's had een rookvrij terrein. De meesten hadden beleid op vpen, 48% had regels over samen roken (medewerkers en cliënten) en 35% van de programma's gaf aan interesse te hebben in een rookvrij terrein. Er waren twee manieren van beleid: ofwel cliënten waren verplicht te stoppen bij start behandeling, ofwel zij mochten nog roken buiten het terrein.
Smith et al., 2020	Canada	Ambulant ziekenhuis	Quasi-experiment	105 cliënten	Prevalentie 86% Rookvrijbeleid: Counseling (2 sessies) voor stoppen met roken werd gegeven en NVM waren beschikbaar. 38% wilde stoppen en deed mee aan de interventie. De resultaten hiervan zijn niet gerapporteerd.
Hemmy Asamsama et al., 2019	VS	Klinisch veteranen	Quasi-experiment	117 veteranen	Prevalentie: 82% Rookvrijbeleid: Medewerkers kregen training, tabak werd uitgevraagd, gediagnosticeerd en parallel behandeld. Impact: Roken ging van 82% voor interventie naar 77% na interventie (niet significant). Er was meer gebruik van NVM (van 35% naar 62%) en cliënten hadden ook meer stopwensen na invoering rookvrijbeleid (41% naar 46%). Alleen op de variabelen tabaksgebruik, stoppogingen, abstinentie, belang van SMR en het zelfvertrouwen om te stoppen veranderden waren er geen significante verschillen. Barrière: De angst dat cliënten eerder uit zouden vallen bij een rookvrije opname of gedragsproblemen zouden hebben: dit bleek niet zo te zijn.

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Gubner et al., 2019	VS	Klinisch	Quasi-experiment	591 totaal	Prevalentie: 82% Rookvrijbeleid: Rookvrije terreinen werden ingevoerd en de belasting ging 3 maanden later met \$ 2 omhoog (staatsbeleid). Impact: Rookvrije terreinen zorgden voor minder roken, verhoging van de prijs van tabak niet. Het percentage rokers na rookvrije terreinen was 65% en na invoering van belasting 72%. Ook de stopwens steeg eerst en daalde daarna van 41% naar 46% naar 32%. Tot slot was hetzelfde patroon zichtbaar bij medewerkers en cliënten die samen rookten: 35% naar 24% naar 30%. Barrière: Verslappen van het beleid (3x rookpauzes in het programma na het eten) na 3 maanden beleid; dit wordt als verklaring gegeven voor de initiële positieve trend en vervolgens het afzakken ervan.
Fallin-Bennett et al., 2018	VS	Klinisch	Kwalitatief	10 medewerkers en 42 cliënten	Prevalentie: 93% Faciliterende factoren: Voordelen van stoppen waren gezondheid, ondersteuning hebben en minder opruimen van het terrein. Barrière: Cliënten gaven aan roken te zien als sociale bezigheid en manier van omgaan met stress. Geen alternatieve coping hebben, angst dat rookvrijbeleid cliënten zou weggagen en opzien tegen problemen met implementatie. Cliënten gaven een 7 (op schaal 0-10) voor hoe belangrijk ze SMR vonden, maar slechts een 2 voor vertrouwen.
Acquavita et al., 2017	VS	Klinisch	Kwalitatief	21 vrouwen (zwanger of bevallen binnen 12 maanden)	Prevalentie: Van alle rokende deelnemers rookte 41% door tijdens zwangerschap zonder stoppoging, 32% probeerde te stoppen, maar viel terug, 5% stopte na de bevalling en 14% stopte met roken en bleef gestopt. Hoge prevalentie zwangere rokers onder SUD-populatie. Barrière: Voor deze vrouwen waren een rokende partner en stress barrières. Ze herkenden de risico's voor de gezondheid van hun kind meer dan voor hun eigen gezondheid.

R. A. Brown et al., 2017	VS	Dagbehandeling	Quasi-experiment	19 cliënten in fase 1 en 16 in fase 2	Rookvrijbeleid: Programma voor motiveren tot het gebruik van de al bestaande SMR-hulplijn. Impact: De helft wilde een verwijzing naar een SMR-hulplijn, maar slechts 3 van de 8 heeft 1 of meer sessies bij de hulplijn gedaan. Niemand stopte met roken. Barrière: Angst dat SMR de behandeling voor abstinentie op andere middelen negatief beïnvloedt en geen tijd of geld tijdens verslavingsbehandeling voor aparte SMR-zorg. Omdat weinig mensen in zorg kwamen, bij de grotere RCT een warme overdracht gedaan, dus koud verwijzen is onvoldoende.
Abraham et al., 2017	VS	Niet gespecificeerd	Observatie	10.413 programma's (nationale database)	Rookvrijbeleid: 60% screende voor tabaksverslaving, 41% had counseling voor SMR en 26% gaf farmacotherapie. Faciliterende factor: In staten waar hogere accijnzen op tabak golden en meer geld naar preventie ging, werd meer SMR-zorg gegeven. Dus om SMR-zorg te verbeteren zou accijns op tabak en geld naar preventie verhoogd kunnen worden.
Rohseno, Martin et al., 2017	VS	Klinisch	RCT	363 cliënten	Rookvrijbeleid: 1 groep werd beloond met een steeds oplopend bedrag bij iedere keer negatief CO blazen, anderen kregen vast bedrag. Impact: Vouchers (contingency-managementbehandeling) heeft positief effect op stoppen tijdens de behandeling (20% was volledig abtinent vs. 5% in de non-voucher-groep). Echter, op de lange termijn maakte het geen verschil: na 1 maand (9% vs. 8%), na 3 maanden (5% vs. 3%), na 6 maanden (4% vs. 2%) en na 1 jaar (4% vs. 2% gestopt met roken).
Campbell et al., 2017	VS	Alle	Observatie	683 cliënten	Prevalentie: 92% Impact: 7,6% stopte met roken tijdens behandeling. Faciliterende factoren: Mensen die gezondheidswinst aangaven en SMR als onderdeel zagen van hun eigen behandelplan waren meer succesvol met het stoppen. Cliënten van methadonprogramma stoppen minder vaak dan ambulante cliënten (7% vs. 21%).

Auteur(s)	Land	Setting	Design	Deelnemers	Thema
Rohsenow, Tidey et al., 2017	VS	Ambulant	RCT	137 cliënten	Rookvrijbeleid: Cliënten kregen varenicline of een placebo, of kregen NVM of een placebo en beide groepen kregen korte sessies (5-10 minuten) van getrainde psychologen. Impact: Varenicline bleek na 3 maanden beter te werken dan NVM (13% vs. 3% gestopt). Na 6 maanden was er geen significant verschil (9% vs. 3%). Wanneer gekeken werd naar cliënten die in ieder geval 77% van de medicatie hadden genomen (die medicatietrouw waren), dan stopte 27% met varenicline en 4% met NVM; dit bleef na 6 maanden.
Campbell et al., 2016	VS	Alle	Observatie	1113 cliënten in 24 programma's	Prevalentie: 78% Barrière: Het dagelijks geconfronteerd worden met rookreclames en de mate van ontvankelijkheid voor tabaksreclames was geassocieerd met rookstatus. Ontvankelijkheid voor rookreclames was ook geassocieerd met meer roken.
de Dios et al., 2016	VS	Klinisch	Observatie	322 Spaanssprekende cliënten	Prevalentie: 53% Barrière: Roker zijn in de eerste maand van behandeling is geassocieerd met meer kans op terugval in middelengebruik.

Maartje van Lakerveld is gz-psycholoog bij Jellinek en promovendus, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC.

Anneke Goudriaan is gz-psycholoog bij Jellinek en bijzonder hoogleraar Werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC.

Marloes Derksen is universitair docent bij de afdeling Klinische informatiekunde, Amsterdam UMC.

Correspondentieadres: Maartje van Lakerveld, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam. E-mail: maartje.van.lakerveld@jellinek.nl

Summary *Implementation and impact of smoke-free policies within addiction care: A scoping review*

Given the high prevalence of smokers within addiction care and the associated mortality and morbidity, support for smoking cessation is essential. This scoping review analyzes 39 studies since 2016 on the implementation and impact of smoke-free policies in addiction care. The prevalence of smokers ranges from 49% to 94%. Although evidence-based treatments, such as counseling and nicotine replacement therapies, are available, they only reach a limited number of clients. Other aspects of smoke-free policies, such as tobacco free grounds and staff training, have also been investigated. The effects of these measures on smoking cessation are variable. Barriers to successful smoke-free policies include the implementation and enforcement of tobacco free grounds, a strong smoking culture, and negative attitudes of both staff and clients towards smoking cessation during treatment. A comprehensive smoke-free policy, including treatment, client education, smoke-free premises, and consistent staff training, can be supportive, even in Dutch addiction care.

Keywords *smoke-free policy, smoking cessation, SUD treatment*

Referenties

- Abraham, A. J., Bagwell-Adams, G., & Jayawardhana, J. (2017). Availability of tobacco cessation services in substance use disorder treatment programs: Impact of state tobacco control policy. *Addictive Behaviors*, 71, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2017.02.007>
- Acquavita, S. P., Talks, A., & Fiser, K. (2017). Facilitators and barriers to cigarette smoking while pregnant for women with substance use disorders. *Nicotine and Tobacco Research*, 19, 555-561. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw268>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Allenby, C., Falcone, M., Wileyto, E. P., Cao, W., Bernardo, L., Ashare, R. L., Janes, A., Loughhead, J., & Lerman, C. (2020). Neural cue reactivity during acute abstinence predicts short-term smoking relapse. *Addiction Biology*, 25, e12733. <https://doi.org/10.1111/adb.12733>
- American Lung Association. (2024, May 14). *Adult cigarette smoking by state*. www.lung.org/research/trends-in-

- lung-disease/tobacco-trends-brief/data-tables/ad-cig-smoking-state
- Bertucci, S., Schultz, E., Stevenson, B., & Fu, S. S. (2024). An opt-out tobacco treatment group intervention within an intensive substance use disorders treatment program: Initial outcomes in the Veterans Health Administration. *Nicotine and Tobacco Research*. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntae134>
- Betts, J. M., Dowd, A. N., Forney, M., Hetelekides, E., & Tiffany, S. T. (2021). A meta-analysis of cue reactivity in tobacco cigarette smokers. *Nicotine and Tobacco Research*, 23, 249-258. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa147>
- Bjørnstad, E. D., Vederhus, J. K., & Clausen, T. (2022). High smoking and low cessation rates among patients in treatment for opioid and other substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04283-6>
- Bommelé, J., & Willemsen, M. (2023). *Kerncijfers roken 2022*. Trimbos-instituut. www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2090-kerncijfers-roken-2022
- Bonevski, B., Manning, V., Wynne, O., Gartner, C., Borland, R., Baker, A. L., Segan, C. J., Skelton, E., Moore, L., Bathish, R., Chiu, S., Guillaumier, A., & Lubman, D. I. (2021). QuitNic: A pilot randomized controlled trial comparing nicotine vaping products with nicotine replacement therapy for smoking cessation following residential detoxification. *Nicotine and Tobacco Research*, 23, 462-470. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa143>
- Brown, E., Nonnemaker, J., Federman, E. B., Farrelly, M., & Kipnis, S. (2012). Implementation of a tobacco-free regulation in substance use disorder treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 319-327. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.08.006>
- Brown, R. A., Hecht, J., Bloom, E. L., Minami, H., Kahler, C. W., Abrantes, A. M., Dubreuil, M. E., Gordon, A., Price, L. H., & Ondersma, S. J. (2017). Development and preliminary pilot evaluation of a brief tablet computer intervention to motivate tobacco quitline use among smokers in substance use treatment. *American Journal on Addictions*, 26, 587-594. <https://doi.org/10.1111/ajad.12559>
- Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37, 97-105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>
- Campbell, B. K., Le, T., Andrews, K. B., Pramod, S., & Guydish, J. (2016). Smoking among patients in substance use disorders treatment: Associations with tobacco advertising, anti-tobacco messages, and perceived health risks. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42, 649-656. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1183021>
- Campbell, B. K., Le, T., Kapiteni, K., Gubner, N. R., & Guydish, J. (2020). Correlates of lifetime blunt/spliff use among cigarette smokers in substance use disorders treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116, 108064. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108064>
- Campbell, B. K., Le, T., McCuistian, C., Bonniot, C., Delucchi, K., & Guydish, J. (2024). Policy and practice changes associated with a tobacco-free initiative in residential substance use disorder treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://doi.org/10.1080/02791072.2024.2316278>
- Campbell, B. K., Le, T., McCuistian, C., Hosakote, S., Kapiteni, K., & Guydish, J. (2022). Implementing tobacco-free policy in residential substance use disorders treatment: Practice changes among staff. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 2, 100033. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100033>

- Campbell, B. K., Le, T., Tajima, B., & Guydish, J. (2017). Quitting smoking during substance use disorders treatment: Patient and treatment-related variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.11.002>
- Castaldelli-Maia, J. M., Gil, F., Torales, J., & Ventriglio, A. (2022). Exploring nicotine dependence treatment commitment and quality of care among Portuguese substance use disorder treatment professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108541>
- CDC. (2024, September 17). *Smoking and Tobacco Use: Cigarette Smoking*. www.cdc.gov/tobacco/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
- CFIR. (z.d.). *The Consolidated framework for implementation research – Technical assistance for users of the CFIR framework*. Geraadpleegd 26 oktober 2024 van <https://cfirguide.org>
- de Dios, M. A., Cano, M. Á., Childress, S., Vaughan, E., Cerna, Y., & Niaura, R. (2016). Smoking status and substance use treatment outcomes among Spanish speakers enrolled in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 72, 1037-1048. <https://doi.org/10.1002/jclp.22302>
- DePhilippis, D., Khazanov, G., Christoffer-son, D. E., Wesley, C. W., Burden, J. L., Liberto, J., & McKay, J. R. (2023). History and current status of contingency management programs in the Department of Veterans Affairs. *Preventive Medicine*, 176. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107704>
- Fallin-Bennett, A., Parker, K. A., Miller, A., Ashford, K., & Hahn, E. J. (2018). Smoking and tobacco-free policies in women's residential substance use disorder treatment facilities: A community-engaged approach. *Nicotine and Tobacco Research*, 20, 1386-1392. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx211>
- Fokuo, J. K., McCuistian, C. L., Masson, C. L., Gruber, V. A., Straus, E., Wong, J., & Guydish, J. R. (2022). Pre-implementation assessment of tobacco cessation interventions in substance use disorder residential programs in California. *Substance Use and Misuse*, 57, 1345-1355. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2079139>
- Gubner, N. R., Williams, D. D., Le, T., Garcia, W., Vijayaraghavan, M., & Guydish, J. (2019). Smoking related outcomes before and after implementation of tobacco-free grounds in residential substance use disorder treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.001>
- Guydish, J., Kapiteni, K., Le, T., Campbell, B., Pinsker, E., & Delucchi, K. (2020). Tobacco use and tobacco services in California substance use treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 214. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108173>
- Guydish, J., Le, T., Hosakote, S., Straus, E., Wong, J., Martínez, C., & Delucchi, K. (2021). Tobacco use among substance use disorder (SUD) treatment staff is associated with tobacco-related services received by clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108496>
- Guydish, J., McCuistian, C., Hosakote, S., Le, T., Masson, C. L., Campbell, B. K., & Delucchi, K. (2023). A cluster-randomized trial of a brief multi-component intervention to improve tobacco outcomes in substance use treatment. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 18. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00539-w>
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J., & Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addic-

- tion treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 401-411. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntro48>
- Guydish, J., Wahleithner, J., Williams, D., & Yip, D. (2020). Tobacco-free grounds implementation in California residential substance use disorder (SUD) treatment programs. *Journal of Addictive Diseases*, 38, 55-63. <https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1713687>
- Hayhurst, K. P., Jones, A., Cairns, D., Jahr, S., Williams, E., Eastwood, B., & Millar, T. (2021). Tobacco smoking rates in a national cohort of people with substance use disorder receiving treatment. *European Addiction Research*, 27, 151-155. <https://doi.org/10.1159/000508869>
- Hemmy Asamsama, O., Miller, S. C., Silvestri, M. M., Bonanno, C., & Kronilou, K. (2019). Impact of implementing a tobacco and recreational nicotine-free policy and enhanced treatments on programmatic and patient-level outcomes within a residential substance use disorder treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 107, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.09.004>
- Joossens, L., Olefir, L., Feliu, A., & Fernandez, E. (2022). *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*. www.tobaccocontrolscales.org/TCS2021
- Knudsen, H. K. (2017). Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 215-225. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1183019>
- Leal, I. M., Taing, M., Correa-Fernández, V., Obasi, E. M., Kyburz, B., Le, K., Koshy, L., Chen, T. A., Williams, T., Casey, K., O'connor, D. P., & Reitzel, L. R. (2021). Addressing smoking cessation among women in substance use treatment: A qualitative approach to guiding tailored interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5764. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115764>
- Lien, L., Bolstad, I., & Bramness, J. G. (2021). Smoking among inpatients in treatment for substance use disorders: Prevalence and effect on mental health and quality of life. *BMC Psychiatry*, 21, 244. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03252-9>
- Madden, B. J., & Fogger, S. A. (2021). Implementing clinical practice guidelines for tobacco cessation in a women's residential substance use treatment facility. *Journal of Addictions Nursing*, 32, 159-164. <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000403>
- Martínez, C., Lisha, N., McCuistian, C., Strauss, E., Deluchi, K., & Guydish, J. (2023). Comparing client and staff reports on tobacco-related knowledge, attitudes, beliefs and services provided in substance use treatment. *Tobacco Induced Diseases*, 21, 45. <https://doi.org/10.18332/tid/160974>
- Matthews, H., Diamond, J. B., Morrison, D., Teitelbaum, S. A., & Merlo, L. J. (2023). Patient experiences with tobacco use during substance use disorder treatment and early recovery: A mixed method analysis of phone interview responses. *Journal of Addictive Diseases*, 41, 251-257. <https://doi.org/10.1080/10550887.2022.2103352>
- McCuistian, C., Kapiteni, K., Le, T., Saffier, J., Delucchi, K., & Guydish, J. (2022). Reducing tobacco use in substance use treatment: An intervention to promote tobacco-free grounds. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 135, 108640. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108640>
- McCuistian, C., Le, T., Delucchi, K., Pagano, A., Hosakote, S., & Guydish, J. (2021). Racial/ethnic differences in tobacco use and cessation services among individuals in substance use treatment. *Journal of Psychoactive*

- Drugs*, 53, 483-490. <https://doi.org/10.1080/02791072.2021.1977874>
- McCuistian, C., Lisha, N. E., Campbell, B., Cheng, C., Le, J., & Guydish, J. (2024). Reducing tobacco use in substance use treatment: The California tobacco free initiative. *Addictive Behaviors*, 155, 108025. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108025>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2023, 24 april). 80% van de NVZ-leden is rookvrij. <https://nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/80-van-de-nvz-leden-rookvrij>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2024, 7 maart). 72% ziekenhuizen en revalidatiecentra helemaal rookvrij. www.nvz-ziekenhuizen.nl/actualiteit-en-opinie/72-ziekenhuizen-en-revalidatiecentra-helemaal-rookvrij
- Nguyen, N., Kapiteni, K., Straus, E. R., & Guydish, J. (2021). Factors associated with dual and polytobacco use among people in residential substance use disorder treatment. *American Journal on Addictions*, 30, 496-504. <https://doi.org/10.1111/ajad.13206>
- Pagano, A., McCuistian, C., Le, T., Campbell, B. K., Delucchi, K., Woodward-Lopez, G., & Guydish, J. (2023). Smoking behavior and wellness among individuals in substance use disorder treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55, 330-341. <https://doi.org/10.1080/02791072.2022.2095942>
- Rijksoverheid. (2018). *Nationaal preventieakkoord*. www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Tidey, J. W., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2017). Treating smokers in substance treatment with contingent vouchers, nicotine replacement and brief advice adapted for sobriety settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.012>
- Rohsenow, D. J., Tidey, J. W., Martin, R. A., Colby, S. M., Swift, R. M., Leggio, L., & Monti, P. M. (2017). Varenicline versus nicotine patch with brief advice for smokers with substance use disorders with or without depression: Effects on smoking, substance use and depressive symptoms. *Addiction*, 112, 1808-1820. <https://doi.org/10.1111/add.13861>
- Romano, I., Costello, M. J., Sousa, S., Li, Y., Bruce, D., Roth, D., Mackillop, J., & Rush, B. (2021). Evaluating the associations between exposure to tobacco interventions during inpatient treatment and substance use outcomes: Findings from a natural experiment. *Journal of Addiction Medicine*, 15, 201-210. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000737>
- Saloner, B., Li, W., Flores, M., Progovac, A. M., & Lê Cook, B. (2023). A widening divide: Cigarette smoking trends among people with substance use disorder and criminal legal involvement. *Health Affairs (Project Hope)*, 42, 187-196. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00901>
- Smith, P. M., Seamark, L. D., & Beck, K. (2020). Integration of an evidence-based tobacco cessation program into a substance use disorders program to enhance equity of treatment access for northern, rural, and remote communities. *Translational Behavioral Medicine*, 10, 555-564. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz162>
- Streck, J. M., Regan, S., Werner, M., Glynn, A., Villanti, A. C., Park, E. R., Wakeman, S. E., Evins, A. E., & Rigotti, N. A. (2023). Preliminary feasibility of integrating tobacco treatment into SUD peer recovery coaching: A mixed-methods study of peer recovery coaches. *Addiction Science and Clinical Practice*, 18, 25. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00380-3>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020).

- International profiles of health care systems 2020*. Commonwealth Fund.
- US News. (z.d.). *States with the highest household income* | US News best states. Geraadpleegd 25 oktober 2024 op www.usnews.com/news/best-states/rankings/opportunity/economic-opportunity/household-income
- van Amsterdam, J. G. C., Opperhuizen, A., Koeter, M. W. J., van Aerts, L. A. G. J. M., & van den Brink, W. (2009). *Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. RIVM.
- van den Berg, C., van Berkel, C. J. M., van der Meer, P. B., Tijsterman, B. W. A., van Balkom, A. W. M., Scheepers, F. E., & Batalla, A. (2024). Effecten van een rookvrijbeleid op attitudes zorgpersoneel en agressie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 66, 70-75.
- van Lakerveld, M. C., Koster, J. C. A., de Wildt, W. A. J. M., Blankers, M., & Goudriaan, A. E. (2022). Impact van rookvrijbeleid op rookgedrag van cliënten in behandeling voor stoornis in middelengebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 604-608.
- Vermeulen, J. M., Doedens, P., Schirmbeck, F., van den Brink, W., & de Haan, L. (2020). Implementatie van een stoppen-met-rokenprogramma in een psychiatrisch ziekenhuis: Eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 266-273.
- Waters, A. J., Szeto, E. H., Wetter, D. W., Cinciripini, P. M., Robinson, J. D., & Li, Y. (2014). Cognition and craving during smoking cessation: An ecological momentary assessment study. *Nicotine and Tobacco Research*, 16. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt108>
- World Health Organization (WHO). (2023, July 31). *Tobacco*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco
- Yanatma, S. (2024, July 8). *European average salary rankings: Where does your country stand?* Euronews. www.euronews.com/business/2024/07/08/european-average-salary-rankings-where-does-your-country-stand
- Yip, D., Gubner, N., Le, T., Williams, D., Delucchi, K., & Guydish, J. (2020). Association of Medicaid expansion and health insurance with receipt of smoking cessation services and smoking behaviors in substance use disorder treatment. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 47, 264-274. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09669-1>

Aanpak van demoralisatie bij verslavingsbehandeling

MARJOLEIN MORSELT-VAN TONGEREN, WIEBREN MARKUS

✉ CORNELIS DE JONG

Samenvatting

Demoralisatie wordt gekenmerkt door gevoelens van hopeloosheid, hulpeloosheid, wanhoop en isolatie, te midden waarvan iemand slechts probeert te overleven (Costanza et al., 2020). Demoralisatie komt vaak voor bij patiënten met een stoornis in middelengebruik. Dit artikel beschrijft het concept demoralisatie, de prevalentie ervan bij verschillende patiëntengroepen en het specifieke risico voor mensen met stoornis in middelengebruik. Tevens bespreekt het artikel de uitdagingen bij het herkennen en classificeren van demoralisatie, de impact op behandeluitkomsten, en het belang van vroegtijdige identificatie en interventie.

Trefwoorden: demoralisatie, prevalentie, middelengebruik, Demoralisatieschaal (DS), vroegtijdige identificatie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Het herkennen van demoralisatie is essentieel om de behandel-effectiviteit en het welzijn van patiënten met een stoornis in middelengebruik te verbeteren.
- ▶ Gedemoraliseerde patiënten projecteren vaak negatieve gevoelens op zorgverleners, wat de interactie kan bemoeilijken en behandelresultaten nadelig kan beïnvloeden.
- ▶ Gebruik van de Demoralisatieschaal, samen met een klinisch oordeel, helpt bij vroege identificatie van demoralisatie, waardoor destructief gedrag vermindert en behandelresultaten verbeterd kunnen worden.

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004004>

INLEIDING

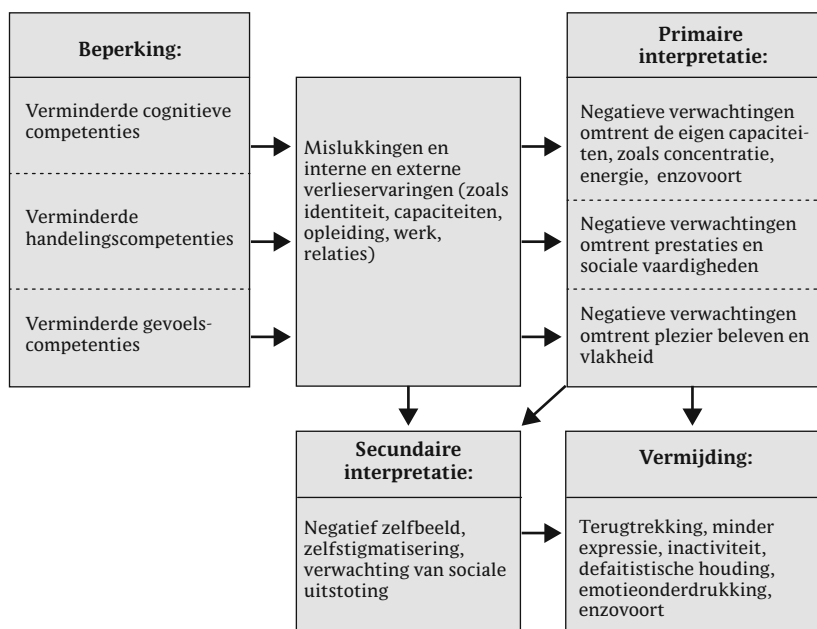
.....

Patiënten met een stoornis in middelengebruik lopen een verhoogd risico op demoralisatie (Robinson, Kissane, Brooker, Hempton et al., 2016). Middelengebruik gaat vaak gepaard met destructieve en ongezonde levenspatronen. Deze patiënten ervaren vaak problemen op somatisch, sociaal-maatschappelijk en psychisch gebied (de Weert-van Oene & de Jong, 2019). Vergeleken met mensen zonder psychische aandoeningen hebben zij een relatief lage frustratietolerantie, en relatief hoge niveaus van woede, angst en agressie (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; Hogarth et al., 2017; Koob, 2006). Vaak hebben ze moeite met het omgaan met stressvolle gebeurtenissen of met het nastreven van doelen in hun leven (Fenley & Williams, 1991; Koob et al., 1998). Veel patiënten krijgen daardoor een hopeloos en hulpeloos gevoel over hun toekomst en hun vooruitzichten. Deze psychologische aspecten van verslaving zijn nauw verbonden met de kenmerken van demoralisatie (de Weert et al., 2017).

In psychiatrische populaties wordt een hoge prevalentie van demoralisatie gezien (Tecuta et al., 2015). Onderzoek naar demoralisatie bij opioïde-afhankelijke patiënten toonde aan dat zulke patiënten op alle subschalen van de Demoralisatieschaal opvallend hogere scores behaalden dan kankerpatiënten (de Jong et al., 2008). Studies toonden een prevalentie van 43% (van Tongeren et al., 2022) tot 86% (de Weert-van Oene & de Jong, 2019) in patiënten met een stoornis in middelengebruik en bijkomende psychiatrische stoornissen.

Demoralisatie is een gemoedstoestand gekenmerkt door hopeloosheid, hulpeloosheid, wanhoop en isolement (Costanza et al., 2020). Voor patiënten met schizofrenie is een cognitief model ontwikkeld dat zich richt op overdreven negatieve verwachtingen over eigen capaciteiten en sociale uitstoting (zie figuur 1; Staring & van der Gaag, 2010). Dit model geeft inzicht in de negatieve gevolgen van demoralisatie op patiënten met schizofrenie.

Wanneer we kijken naar wat er uit de literatuur bekend is over demoralisatie bij patiënten met middelenaafhankelijkheid, zien we veel overeenkomsten met het cognitief model voor patiënten met schizofrenie. Beide groepen ervaren – wanneer zij gedemoraliseerd zijn – een verlies in perspectief, oftewel een doel in het leven (Kissane et al., 2004). Als iemand er herhaaldelijk niet in slaagt om te stoppen met middelengebruik, kan dit leiden tot aangeleerde hulpeloosheid (Zhang et al., 2016). Hulpeloosheid wordt ervaren als falen en kan leiden tot terugval in middelengebruik. Patiënten blijven piekeren, worden inactief en er ontstaat geen nieuw aangepast toekomstperspectief. Lage verwachtingen over bijvoorbeeld de eigen cognitieve competenties overheersen: ‘Ik kan mijn emoties niet onder controle krijgen’ (Koob, 2006) of: ‘Ik heb moeite om mijn doelen te plannen’ (Fenley & Williams, 1991; Koob et al., 1998). Ook handelingscompetenties gaan tekortschieten:



FIGUUR 1 *Cognitief model van demoralisatie (Staring & van der Gaag, 2010)*

‘Het lukt me toch niet om te stoppen met middelengebruik’ (Zhang et al., 2016), evenals de gevoelscompetenties: ‘Ik ben afgevlakt’ of: ‘Ik kan nergens meer van genieten’ (Costanza et al., 2020; Staring & van der Gaag, 2010). Er is vaak een gebrek aan copingvaardigheid, het zelfvertrouwen is aangetast, en gevoelens van onmacht en betekenisloosheid overheersen. Een gedemoraliseerd persoon voelt zich niet in staat om zich onder tegenspoed staande te houden en is ervan doordrongen niet te voldoen aan eigen of andermans verwachtingen. Daardoor hebben gedemoraliseerde personen moeite met stressvolle situaties en voelen zij zich machteloos om betekenisvolle veranderingen in hun leven aan te brengen (Berardelli et al., 2019). Het model van figuur 1 maakt schematisch inzichtelijk wat demoralisatie doet bij een gedemoraliseerde patiënt en kan ook toegepast worden bij patiënten met een stoornis in middelengebruik.

Verschillende studies laten zien dat demoralisatie een belangrijke voorspeller van suïcidaliteit kan zijn. Zo is er een sterke positieve correlatie tussen demoralisatie en suïcidale gedachten bij patiënten die een psychiatrische afdeling voor spoedeisende hulp bezoeken, wat benadrukt dat hogere demoralisatiescores samenhangen met meer suïcidale gedachten (Costanza et al., 2020). Aan de andere kant wordt gezien dat bij psychiatrisch opgenomen patiënten niet demoralisatie maar inzicht in de ziekte significant geassocieerd is met een hoger suïcidaal risico (Berardelli et al., 2021). Deze bevindingen benadrukken de noodzaak van een differentiële diagnose en

contextspecifieke interventies om suïcidaal gedrag effectief te kunnen voorspellen en voorkomen (Costanza et al., 2020). Vroegtijdige identificatie van demoralisatie kan een sleutelrol spelen bij het verminderen van destructief gedrag, zoals terugval in drugsgebruik en suïcidaal gedrag.

Het is belangrijk om demoralisatie te onderscheiden van depressie, aangezien ze weliswaar overlap vertonen, maar niet identiek zijn (Clarke & Kissane, 2002; de Figueiredo, 1993; Mehnert et al., 2011). Depressie en demoralisatie zijn belangrijke voorspellers van suïcidaliteit, maar ze opereren via verschillende mechanismen. Depressie leidt tot suïcidaliteit door anhedonie en een algeheel verlies van motivatie (Clarke & Kissane, 2002; de Figueiredo, 1993), terwijl demoralisatie tot suïcidaliteit leidt door gevoelens van hulpeloosheid en verlies van betekenis en richting (Belvederi Murri et al., 2020; Bobevski et al., 2022). Het is belangrijk voor zorgverleners om beide factoren te herkennen en te behandelen, teneinde het risico op suïcidaliteit effectief te kunnen verminderen.

BELANG VAN HET HERKENNEN VAN DEMORALISATIE

.....

Er zijn meerdere redenen waarom het zo belangrijk is demoralisatie te herkennen. Het verminderen van demoralisatie kan verlichting geven van symptomen en persoonlijk herstel bevorderen, en daarmee mogelijk ook het herkrijgen van controle over middelengebruik bewerkstelligen (de Weert-van Oene & de Jong, 2019). Demoralisatie hangt ook samen met motivatie voor behandeling. Als demoralisatie niet vermindert, zullen verdere therapeutische interventies minder effectief zijn (de Jong et al., 2008).

Het is daarnaast belangrijk om te beseffen dat demoralisatie niet alleen de patiënt negatief beïnvloedt, maar ook een effect heeft op de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Gedemoraliseerde patiënten projecteren hun gevoelens van demoralisatie op hun zorgverlener (de Jong et al., 2008). Als gevolg hiervan kunnen gevoelens van wanhoop bij de zorgverlener toenemen, wat ertoe kan leiden dat deze gaat proberen de interactie met de gedemoraliseerde patiënt te vermijden (de Figueiredo, 1993; Koekkoek et al., 2008). Om demoralisatie te overwinnen, heeft de patiënt behoefte aan meer betrokkenheid van zijn hulpverlener. Daarom is herkenning van demoralisatie door zowel patiënt als professional belangrijk om de negatieve gevolgen ervan te verminderen, en ook om de patiënt te ondersteunen bij het bereiken van persoonlijke doelen en het bevorderen van zijn kwaliteit van leven. Een dergelijke herkenning kan het beste worden bereikt binnen een ondersteunende therapeutische relatie, gekenmerkt door open communicatie over ieders percepties, gevoelens en ervaringen.

Verscheidende behandelingen kunnen helpen om demoralisatie te verminderen. Een artikel van Wozniiewicz en Cosci (2023) biedt een overzicht van de effecten van behandelingen op demoralisatie bij open studies. Er

blijkt uit dat er bij specifieke doelgroepen enig bewijs is voor het verminderen van demoralisatie door middel van cognitieve gedragstherapie (CGT), welzijnstherapie, counseling bij palliatieve zorg thuis en waardigheidstherapie. Daarnaast kan een enkele dosis psilocybine, in combinatie met psychotherapie, effectief zijn. Patiënten met cyclothymische stoornissen en demoralisatie reageren doorgaans beter op klinische behandelingen.

IDENTIFICEREN VAN DEMORALISATIE

.....

Het is dus belangrijk dat zorgverleners in staat zijn om demoralisatie bij patiënten tijdig te identificeren (Clarke & Kissane, 2002; de Jong et al., 2008). Aangezien demoralisatie in de loop van de tijd fluctueert en afhankelijk is van contextuele invloeden, is het moeilijk om haar nauwkeurig te identificeren. Het gebruik van gevalideerde zelfrapportage-instrumenten, in combinatie met het klinische oordeel van zorgverleners, kan bijdragen aan vroege identificatie van demoralisatie vanuit het perspectief van zowel patiënt als zorgverlener (van Tongeren et al., 2022). Op basis van de uitkomsten van dit proces kunnen interventies op maat worden opgenomen in het behandelplan van de patiënt om demoralisatie tegen te gaan. Vroegtijdige identificatie en interventie met betrekking tot demoralisatie – als onderdeel van een proces van gedeelde besluitvorming – kunnen helpen om therapietrouw te verbeteren, destructief gedrag te verminderen en behandelresultaten te verbeteren.

Demoralisatie kan worden vastgesteld met verschillende meetinstrumenten (Sansone & Sansone, 2010), zoals de Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) en de Demoralization Scale uit de Restructured Clinical Scales van de MMPI-2. Een veelgebruikt meetinstrument is de Demoralisatieschaal (DS) (de Jong et al., 2008; Kissane et al., 2004). Dit instrument biedt een dimensionale beoordeling van demoralisatie en kan helpen bij het identificeren van patiënten die aanzienlijke psychologische nood ervaren (Wozniwicz & Cosci, 2023).

De DS is specifiek ontworpen om de kernaspecten van demoralisatie te meten. Met behulp van 24 items, bestaande uit vijf factoren, meet de DS: verlies van betekenis en doel (vijf items), dysforie (vijf items), ontmoediging (zes items), hulpeloosheid (vier items) en gevoel van falen (vier items) (Kissane et al., 2004). Patiënten geven aan hoe vaak ze deze gevoelens hadden in de afgelopen 2 weken. Deze worden gescoord met behulp van een vijfpunts-likertschaal, variërend van 0 (‘nooit’) tot 4 (‘altijd’). Hogere scores duiden op hogere niveaus van demoralisatie. De minimale score is 0 en de maximale score 96.

Deze schaal is vertaald en gevalideerd naar het Nederlands (de Jong et al., 2008; Geesink, 2005). Hij heeft psychometrische eigenschappen die vergelijkbaar zijn met de Engelse versie en die voldoende betrouwbaarheid en va-

liditeit vertonen. In de onderzoekspopulatie van patiënten met comorbide stoornissen waren de schaalbetrouwbaarheden als volgt: Cronbachs α was 0,79 voor dysforie; 0,77 voor ontmoediging; 0,82 voor hulpeloosheid; 0,61 voor gevoel van falen; 0,82 voor verlies van betekenis en doel; en 0,92 voor de totale demoralisatiescore.

In eerder onderzoek (de Weert et al., 2017) is een afkapwaarde van 25 vastgesteld voor de totaalscore op de Demoralisatieschaal. Boven deze afkapwaarde kan worden gesproken van 'klinisch significante demoralisatie', eronder van 'normaalwaarden'. Deze score is iets lager dan die eerder genoemd is door anderen (Kissane et al., 2004). De afkapwaarde van 25 is echter empirisch verkregen in eerder onderzoek bij patiënten met een stoornis in middelengebruik.

Inmiddels is er een vernieuwde, verkorte versie van de Demoralisatieschaal, namelijk de DS-II. De DS-II bestaat uit 16 items, die beoordeeld worden op een driepunts-likertschaal, variërend van 0 ('nooit'), 1 ('soms') tot 2 ('vaak'). De aanpassing van een vijfpunts- naar een driepunts-likertschaal in de DS-II werd ingegeven door bevindingen uit Rasch-analyse, waaruit bleek dat de oorspronkelijke schaal verstoorde drempels vertoonde. Door de antwoordopties samen te voegen tot 'nooit', 'soms' en 'vaak' werd deze verstoring gecorrigeerd, wat leidde tot een verbeterde meetnauwkeurigheid en schaalbetrouwbaarheid (Robinson, Kissane, Brooker, Michael et al., 2016). Hogere scores vanuit de DS-II duiden op een hoger niveau van demoralisatie (scorebereik 0-32). De DS-II omvat twee acht-itemfactoren: (1) Zingeving en doel, en (2) Distress en copingvaardigheden. De DS-II heeft een goede interne betrouwbaarheid ($\alpha = 0,89$). Een score van 0-3 wijst op een lage mate van demoralisatie, van 4-10 op een lichte mate van demoralisatie, en van ≥ 11 op een hoge mate van demoralisatie (Robinson, Kissane, Brooker, Michael et al., 2016). In het kader hierna wordt de Demoralisatieschaal weergegeven.

Demoralisatieschaal

De volgende uitspraken gaan over uw zelfwaardering en hoe u zich de afgelopen 2 weken hebt gevoeld. Wilt u telkens aangeven in welke mate u het eens bent met de uitspraak, door het hokje van uw keuze aan te kruisen? Er bestaan geen foute antwoorden.

Wanneer u de indruk hebt dat uw antwoord niet bij de antwoordcategorieën staat, kies dan het hokje dat uw antwoord het beste benadert. U mag per vraag slechts één hokje aankruisen. Wilt u alle vragen beantwoorden?

‘HET HEEFT WEL DEGELIJK ZIN’

	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	Altijd 4
1 Er is veel van waarde wat ik anderen kan bieden (DS-II)					
2 Mijn leven lijkt zinloos te zijn (DS-II)					
3 Er zijn geen doelen voor de activiteiten in mijn leven					
4 Mijn rol in het leven is verloren gegaan (DS-II)					
5 Ik voel me emotioneel niet langer onder controle (DS-II)					
6 Ik ben in een goed humeur					
7 Niemand kan me helpen (DS-II)					
8 Ik voel dat ik mezelf niet kan helpen (DS-II)					
9 Ik voel me hopeloos (DS-II)					
10 Ik voel me schuldig					
11 Ik voel me prikkelbaar (DS-II)					
12 Ik kan het leven tamelijk goed aan (DS-II)					
13 Ik heb veel spijt over mijn leven (DS-II)					
14 Het leven is niet langer de moeite waard te leven					
15 Ik neig ertoe me makkelijk gekwetst te voelen (DS-II)					
16 Ik ben boos over veel dingen					
17 Ik ben trots op wat ik tot stand heb gebracht					
18 Ik voel mij ellendig over wat er met me gebeurt (DS-II)					
19 Ik ben een persoon die de moeite waard is (DS-II)					
20 Ik zou liever niet in leven zijn (DS-II)					
21 Ik voel me droevig en ellendig					
22 Ik voel me ontmoedigd over het leven					
23 Ik voel me nogal geïsoleerd of alleen (DS-II)					
24 Ik voel me vastzitten door wat er met me gebeurt (DS-II)					

381

Noot. Nederlandse vertaling van de originele Engelstalige versie (Kissane et al., 2004). Tussen haakjes de items van de korte versie (DS-II) (Robinson, Kissane, Brooker, Hempton et al., 2016). De DS-II maakt gebruik van een driepuntsschaal (0 ‘Nooit’; 1 ‘Soms’; 2 ‘Vaak’).

CONCLUSIE

.....

Patiënten met een stoornis in middelengebruik lopen een verhoogd risico op demoralisatie. Demoralisatie zou volgens ons een belangrijke focus moeten zijn in psychotherapeutische behandelingen. Het tijdig herkennen van demoralisatie is belangrijk om de negatieve gevolgen van deze ervaring te verminderen. Vroege identificatie kan helpen om de therapietrouw te verbeteren, destructief gedrag te verminderen en behandelresultaten te verhogen.

Het advies is om een valide beoordelingsinstrument te gebruiken voor het identificeren van demoralisatie, zoals de Demoralisatieschaal (DS). Dit instrument kan bijdragen aan een betere prognose en behandeling van patiënten. Aangezien demoralisatie fluctueert en afhankelijk is van contextuele invloeden, wordt geadviseerd gevalideerde zelfrapportage-instrumenten (zoals de DS) te gebruiken in combinatie met het klinische oordeel van zorgverleners.

Het structureel uitvragen van de mate van demoralisatie is zeer zinvol. Pas dit bijvoorbeeld toe tijdens de standaard evaluaties en op indicatie vaker. Dit kan de gezamenlijke besluitvorming tussen professional en patiënt verbeteren. Net zoals gedeelde besluitvorming (*shared decision making*, SDM) helpt om een behandeling te starten, de werkrelatie te verbeteren, de therapietrouw te verhogen en de effectiviteit van de behandeling te verbeteren, kan deze methode ook worden toegepast om een interventie te ontwerpen die gericht is op het delen van de inschatting van de mate waarin een patiënt gedemoraliseerd is en op het maken van een plan om de patiënt te remoraliseren.

Marjolein Morselt-van Tongeren is verbonden aan Iriszorg Verslavingsbehandeling, Arnhem.

Wiebren Markus is werkzaam bij Iriszorg Verslavingsbehandeling, Arnhem, en bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA).

Cornelis de Jong is verbonden aan het Behavioral Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: M. J. Morselt-van Tongeren, Mr. B. M. Teldersstraat 7, 6842 CT Arnhem. E-mail: m.tongeren@iriszorg.nl

Summary *'It does make sense': Addressing demoralization in addiction treatment*

Demoralization, characterized by feelings of hopelessness, helplessness, despair, and isolation in which a person merely tries to survive, is a common phenomenon among patients with substance use disorders. This article describes the concept of demoralization, its prevalence among different patient groups, and the specific risk for individuals with substance use disorders. The article also discusses the challenges in recognizing and classifying demoralization, its impact on treatment

outcomes, and the importance of early identification and intervention. The article also discusses the challenges in recognizing and classifying demoralization, the impact on treatment outcomes, and the importance of early identification and intervention.

Keywords *demoralization, prevalence, substance use, Demoralization Scale, early recognition*

Referenties

- Belvederi Murri, M., Caruso, R., Ounalli, H., Zerbini, L., Berretti, E., Costa, S., Recla, E., Folesani, F., Kissane, D., Nanni, M. G., & Grassi, L. (2020). The relationship between demoralization and depressive symptoms among patients from the general hospital: Network and exploratory graph analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.074>
- Berardelli, I., Innamorati, M., Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., De Pisa, E., Costanza, A., Del Casale, A., Pasquini, M., Lester, D., & Pompili, M. (2021). Are demoralization and insight involved in suicide risk? An observational study on psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 54, 127-135. <https://doi.org/10.1159/000515056>
- Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Hawkins, M., Cocco, G., Erbuto, D., Lester, D., & Pompili, M. (2019). The role of demoralization and hopelessness in suicide risk in schizophrenia: A review of the literature. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55, 200. <https://doi.org/10.3390/medicina55050200>
- Bobevski, I., Kissane, D., McKenzie, D., Murphy, G., Perera, C., Payne, I., Lennon, J., Michael, N., Grossman, C., & Franco, M. (2022). The Demoralization Interview: Reliability and validity of a new brief diagnostic measure among medically ill patients. *General Hospital Psychiatry*, 79, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.10.002>
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 733-742.
- Costanza, A., Baertschi, M., Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Berardelli, I., Pompili, M., & Canuto, A. (2020). Demoralization and its relationship with depression and hopelessness in suicidal patients attending an emergency department. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072232>
- de Figueiredo, J. M. (1993). Depression and demoralization: Phenomenologic differences and research perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 308-311. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(93\)90016-w](https://doi.org/10.1016/0010-440x(93)90016-w)
- de Jong, C. A. J., Kissane, D. W., Geessink, R. J., & van der Velden, D. (2008). Demoralization in opioid dependent patients: A comparative study with cancer patients and community subjects. *The Open Addiction Journal*, 1, 7-9. <https://doi.org/10.2174/1874941000801010007>
- de Weert-van Oene, G. H., & de Jong, C. A. J. (2019). Demoralisatie bij patiënten met alcoholafhankelijkheid en comorbide psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61, 84-91.
- de Weert, G. H., Markus, W., Kissane, D. W., & de Jong, C. A. J. (2017). Demoralization in patients with substance use and co-occurring psychiatric disorders. *Journal of Dual*

- Diagnosis*, 13, 136-143. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1287457>
- Fenley, J. M., & Williams, J. E. (1991). A comparison of perceived self among drug addicts and nonaddicts. *The International Journal of the Addictions*, 26, 973-979. <https://doi.org/10.3109/10826089109058934>
- Geesink, R. (2005). *Demoralization in a normal population: Validation of the Demoralization Scale*. [Master thesis]. Radboud University.
- Hogarth, L., Mathew, A. R., & Hitsman, B. (2017). Current major depression is associated with greater sensitivity to the motivational effect of both negative mood induction and abstinence on tobacco-seeking behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 176, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.drugalc-dep.2017.02.009>
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., Lee, X. Q., Kee, P. L., & Clarke, D. M. (2004). The Demoralization Scale: A report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 20, 269-276.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2008). Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 689-697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04645.x>
- Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction: A neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101, 23-30. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01586.x>
- Koob, G. F., Sanna, P. P., & Bloom, F. E. (1998). Neuroscience of addiction. *Neuron*, 21, 467-476. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)80557-7](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)80557-7)
- Mehnert, A., Vehling, S., Hocker, A., Lehmann, C., & Koch, U. (2011). Demoralization and depression in patients with advanced cancer: Validation of the German version of the demoralization scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42, 768-776. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.013>
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Hempton, C., Michael, N., Fischer, J., Franco, M., Sulistio, M., Clarke, D. M., Ozmen, M., & Burney, S. (2016). Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-external validity. *Cancer*, 122, 2260-2267. <https://doi.org/10.1002/cncr.30012>
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., Michael, N., Fischer, J., Franco, M., Hempton, C., Sulistio, M., Pallant, J. F., Clarke, D. M., & Burney, S. (2016). Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II-internal validity. *Cancer*, 122, 2251-2259. <https://doi.org/10.1002/cncr.30015>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry (Edgmont)*, 7, 42-45.
- Staring, A. B. P., & van der Gaag, M. (2010). Cognitieve gedragstherapie voor demoralisatie bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 43, 205-224.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health*. www.samhsa.gov/data/report/2019-nsduh-annual-national-report
- Tecuta, L., Tomba, E., Grandi, S., & Fava, G. A. (2015). Demoralization: A systematic review on its clinical characterization. *Psychological Medicine*, 45, 673-691. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001597>
- van Tongeren, M. J., Markus, W., Stringer, B., de Man, J. M., de Jong, C. A. J., & van Meijel, B. (2022). Clinical judgement versus self-rating of demoralization in outpatients with a substance-use disorder: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiat-*

- ric Care*, 58, 1138-1143. <https://doi.org/10.1111/ppc.12912>
- Wozniwicz, A., & Cosci, F. (2023). Clinical utility of demoralization: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 99, 102227. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102227>
- Zhang, Y., Feng, B., Geng, W., Owens, L., & Xi, J. (2016). ‘Overconfidence’ versus ‘helplessness’: A qualitative study on abstinence self-efficacy of drug users in a male compulsory drug detention center in China. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11, 29. <https://doi.org/10.1186/s13011-016-0073-2>

Behandeling van mensen met een autismespectrumstoornis en verslaving

Een handreiking voor de praktijk

JOHAN VAN ZANTEN, SHARON WALHOUT, LAURA DE FUENTES-MERILLAS
✉ MARC BOSMA

Samenvatting

Mensen met autisme en verslavingsproblematiek komen steeds vaker in beeld bij de hulpverlening. In de dagelijkse praktijk blijken veel hulpverleners nog handelingsverlegenheid te ervaren. Het is dan moeilijk om passende hulp te bieden en cliënten dreigen voortijdig de behandeling af te breken. In dit artikel presenteren we handvatten voor hulpverleners om verslavingsproblemen bij mensen met autisme bespreekbaar te maken en aan te pakken. Tevens beschrijven we de hoofdlijnen voor een geïntegreerde (groeps)behandeling met oog voor verslaving, autisme en de daarmee samenhangende stress. Naast concrete interventies gaan we ook in op de houding van de hulpverlener. Met dit artikel hopen we dat hulpverleners zich comfortabeler gaan voelen bij het behandelen van mensen met autisme en verslavingsproblematiek.

Trefwoorden: autismespectrumstoornis, verslavingsproblemen, behandeling

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Belangrijk in de behandeling van verslaving bij mensen met een autismespectrumstoornis is een open, waardevrije en onderzoekende houding van de hulpverlener, met nieuwsgierigheid naar hoe het autisme bij deze specifieke cliënt eruitziet. Het is belangrijk het tempo van het behandelproces aan te laten sluiten bij de mogelijkheden van de cliënt.

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004005>

- ▶ Hulpverlener en cliënt onderzoeken samen de functie van middelengebruik in het hanteren van stressbronnen die veelal samenhangen met autisme, en welke stappen er gezet kunnen worden om meer grip te krijgen op middelengebruik en stress. De hulpverlener biedt directieve sturing die bij de cliënt past en houdt rekening met de grote autonomiebehoefte van mensen met autisme.
- ▶ Een aangepaste vorm van behandeling, zowel in individuele als in groepsvorm, kan positieve resultaten opleveren, waarbij men meer grip krijgt op verslavingsproblematiek, ervaren stress en herstelproces.

INLEIDING

.....

Er is een toenemende vraag naar een verslavingsbehandeling voor mensen met autisme. Binnen de verslavingszorginstelling waarvoor de auteurs werkzaam zijn, heeft 7% van de cliënten de diagnose autismespectrumstoornis. Verschillende studies tonen aan dat mensen met autisme een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor het ontwikkelen van een verslaving, samenhangend met ervaren stress en comorbide klachten (Lugnegård et al., 2011; Vieira et al., 2023). Gezien de groeiende aandacht voor en kennis over mensen met autisme en comorbide verslavingsproblematiek, groeit ook de behoefte aan een geschikte behandeling en begeleiding voor deze doelgroep. In onze supervisies en de dagelijkse praktijk merken we vaak handelingsverlegenheid bij hulpverleners: in de autismezorg voelt men zich onzeker over het bespreekbaar maken van verslavingsproblemen, en in de verslavingszorg zoekt men onwennig naar de passende behandeling en begeleiding voor mensen met autisme. Onze klinische ervaringen en aanvullende literatuurstudie hebben geleid tot een behandelaanbod dat we hebben beschreven in het boek *Grip: Aan de slag met verslaving en stress bij autisme* (Bosma & van Zanten, 2021; zie voor een bespreking van dit boek VanDerNagel, 2024, in dit nummer [red.]). Deze behandeling kan individueel of in een groep worden aangeboden. In een verkennend onderzoek naar de effectiviteit van de groepsbehandeling zijn positieve veranderingen gevonden op onder andere alcoholgebruik, ervaren zucht naar middelen, ervaren angst, depressie en stress, en op indicatoren voor herstel (Walhout et al., 2022). Ter ondersteuning van hulpverleners is een handreiking ontwikkeld (Bosma et al., 2024). Dit artikel gaat dieper in op het voorkomen van verslavingsproblematiek bij mensen met autisme en de samenhang tussen hun verslavingsproblematiek en autisme. Tevens wordt beschreven welke factoren bijdragen aan een effectieve behandeling en begeleiding van deze doelgroep.

VISIE OP VERSLAVING BIJ AUTISME

.....

Prevalentie

.....

Meerdere onderzoeken laten zien dat er een verhoogd risico is op verslaving bij mensen met autisme. Hofvander en collega's (2009) en Lugnegård en collega's (2011) spreken over een prevalentie tussen 11-16% bij ASS-cliënten. Sizoo en collega's (2010) concludeerden dat 30% van de ASS-cliënten in een specialistische derdelijnsvoorziening kampte met een verslaving. Zweeds (Butwicka et al., 2017) en Taiwanees bevolkingsonderzoek (Huang et al., 2021) bij volwassen mensen met autisme toont aan dat zij bijna twee keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van een verslavingsprobleem als mensen zonder autisme. Het risico wordt verder verhoogd wanneer er tevens sprake is van comorbide problematiek, zoals ADHD (Butwicka et al., 2017) en wanneer daarvoor geen psychofarmacologische behandeling plaatsvindt (Huang et al., 2021). Omdat studies verschillen in hun definitie van verslavingsproblematiek, is het nog niet mogelijk een betrouwbaar prevalentiecijfer te geven (Brosnan & Adams, 2022). Een relevante nuancering is echter wel dat het verhoogde risico op verslavingsproblematiek waarschijnlijk alleen van toepassing is op volwassenen (Haasbroek & Morojele, 2022). Bij jeugdigen en jongvolwassenen met autisme is juist een verlaagd risico gevonden, wat mogelijk samenhangt met een vertraagde ontwikkeling. Wat betreft de prevalentie van het type middel dat wordt gebruikt, komt alcohol verreweg het meeste voor, gevolgd door cannabis (Haasbroek & Morojele, 2022; Sizoo et al., 2010; Walhout et al., 2022).

Wat is autisme?

.....

Een autismespectrumstoornis (ASS) wordt algemeen beschouwd als een aangeboren ontwikkelingsstoornis. Deze staat uitgebreid beschreven in de DSM-5 (APA, 2014). Verschillende factoren op biologisch niveau leiden ertoe dat men informatie op een andere manier verwerkt. Daardoor is er bij mensen met autisme vaker sprake van: (1) problemen in de sociale communicatie, en (2) aanwezigheid van beperkte, repetitieve gedragspatronen. De wijze waarop mensen met autisme zichzelf, de anderen en de wereld ervaren, er betekenis aan geven en erop reageren, is anders. Dit is een bron van misverstanden, onbegrip en stress. De informatieverwerking van mensen met autisme verloopt vaak gedetailleerder en analytischer, en informatie wordt vaak trager verwerkt (Spek, 2013). De laatste jaren worden vragen gesteld bij autisme als 'stoornis' of 'beperking'. Het gaat immers ook om aanwezigheid van bijzondere kwaliteiten. Autismen verwijst dan meer naar een andere manier van 'zijn' (Nederlandse Vereniging voor Autismen, 2024). De

zorgstandaard *Autisme* (GGZ Standaarden, 2017) spreekt van een prevalentie van 1% van autisme binnen de Nederlandse bevolking.

Verslaving

Een verslavingsprobleem, in de DSM-5 (APA, 2014) omschreven als een 'stoornis in het gebruik van een middel', verwijst er in essentie naar dat iemand:

- ▶ sterk naar het middel of het gedrag verlangt;
- ▶ grip verliest op het middelengebruik, meer gebruikt dan gepland en niet kan stoppen, ondanks negatieve gevolgen;
- ▶ meer moet gebruiken omdat hij of zij eraan went (tolerantie) en omdat er anders ontwenningverschijnselen optreden;
- ▶ negatieve lichamelijke, psychische en/of sociale gevolgen ervaart door het gebruik.

De manier waarop een verslavingsprobleem¹ (verslaving aan middelen, gamen of ander verslavend gedrag) kan ontstaan, is voor mensen met autisme niet wezenlijk anders dan voor anderen. In eerste instantie heeft het gebruik voornamelijk aangename, positieve effecten, waardoor dit gedrag wordt herhaald. Daarnaast krijgt het ook nog andere functies, zoals het dempen van emoties en het hanteren van ervaren stress. Na verloop van tijd kan er lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid ontstaan en gaan nadelen steeds zwaarder wegen. Tevens verandert de werking van het brein, waardoor de aandacht steeds meer gericht wordt op gebruik, terwijl de controle (inhibitie) afneemt. De primitieve hersendelen en het beloningssysteem vanuit de middenhersenen 'overrulen' als het ware de controle en sturing vanuit de prefrontale cortex. Men verliest dan steeds meer grip op het eigen gedrag (Volkow et al., 2016). Daarnaast leidt de langdurige aanwezigheid van ongezonde stress tot minder controle, omdat er minder stoffen als dopamine en serotonine worden aangemaakt, waardoor depressieve klachten en kwetsbaarheid voor verslaving toenemen.

Autisme en verslaving: risicofactoren

Verschillende aspecten lijken bij te dragen aan een verhoogde kwetsbaarheid voor verslaving bij mensen met autisme. Een groep van factoren vatten we samen onder het begrip stress, zoals ervaren door mensen met autisme, waarbij ook hun aanwezig zijn in een wereld die is 'ingericht' voor niet-autistische mensen (oftewel *neurotypicals*) een rol speelt. Gebruik krijgt dan geleidelijk

1 Omwille van de leesbaarheid zullen wij alle vormen van middelengebruik en verslavend gedrag aanduiden met de term 'gebruik'.

aan een functie in het omgaan met die stressbronnen. In meerdere studies (Vieira et al., 2023) komt naar voren dat gebruik een functie heeft in het verminderen van frustraties en piekeren, leegmaken van het hoofd of verminderen van drukte in het hoofd, sensorische prikkelregulatie, en hanteren van alledaagse (praktische) problemen. Bij dit laatste is in onze ervaring ook een belangrijke risicofactor het omgaan met 'lege tijd' (tijd waarvoor geen bezigheden zijn ingepland), en een gebrek aan houvast en structuur in het dagelijks leven. In onze klinische praktijk zien we daarnaast dat er vaak sprake is van problemen met acceptatie van het 'anders zijn' en de behoefte om dit te maskeren in de dagelijkse omgang met anderen. Er zijn aanwijzingen dat juist die mensen met autisme die volhardend op zoek zijn naar mogelijkheden om beperkingen in de sociale aansluiting te 'overwinnen' extra kwetsbaar zijn om een verslavingsprobleem te ontwikkelen (Lugnegård et al., 2011; Sizoo et al., 2010). Gebruik vormt dan een hulpmiddel bij het maskeren en wordt ingezet om problemen in het sociaal gedrag te hanteren en het zelfvertrouwen te verhogen. Ook heeft het een functie in het verminderen van gevoelens van eenzaamheid en sociaal isolement (Vieira et al., 2023).

Naast de hiervoor genoemde stressbronnen is er bij mensen met autisme nog sprake van andere risicofactoren, zoals beperkingen in de executieve functies: het is lastiger om adequaat te reageren in situaties waarin ze geen gebruik kunnen maken van vaste routines (Spek, 2013), waardoor het moeilijker is om grip te houden op gebruik. Ook de behoefte aan voorspelbaarheid en gehechtheid aan patronen maakt dat patronen in gebruik aantrekkelijk zijn en moeilijker zijn los te laten. Tot slot kent de autismegroep een hogere mate van lichamelijke en psychische comorbide problematiek, die eveneens de kwetsbaarheid voor verslaving vergroot (van Wijngaarden et al., 2020). Gebruik heeft hier de functie van zelfmedicatie om klachten als angst, depressie en slapeloosheid te dempen. Daarnaast spelen beperkte copingvaardigheden een rol. Juist mensen met autisme die meer gebruikmaken van passieve copingstijlen en minder van geruststellende gedachten zijn kwetsbaarder voor de ontwikkeling van verslaving (Vieira et al., 2023). De gevolgen van verslaving zijn voor mensen met autisme voor het functioneren in het dagelijks leven extra ingrijpend (Kronenberg et al., 2014; Sizoo et al., 2010). De executieve functies komen door gebruik extra onder druk te staan, wat leidt tot meer moeite met plannen, initiatief nemen, omgaan met veranderingen en overzicht houden op levensgebieden waarop zij hoe dan ook al problemen ervaren.

BEHANDELING VAN VERSLAVING BIJ AUTISME: WAT IS ER AL BEKEND UIT DE LITERATUUR?

.....

Hoewel de aandacht voor mensen met zowel autisme als verslavingsproblematiek groeit, en daarmee dus ook de noodzaak voor geschikte behandelin-

terventies, zijn er maar weinig wetenschappelijke onderzoeken of geïntegreerde behandelingen beschikbaar die zich richten op deze populatie. In 2016 hebben Arnevik en Helverschou een beschouwende literatuurstudie uitgevoerd waarin werd benadrukt dat men in de behandeling rekening dient te houden met de complexiteit van de problematiek. Zij raden aan geen standaard aanbod uit de verslavingszorg aan te bieden, maar maatwerk in individuele contacten met de cliënt, met behulp van cognitieve gedragstherapie, aangepast in communicatie en presentatie. Daarnaast raden ze aan om te streven naar structuur en voorspelbaarheid in de samenwerking met deze cliënten. In 2019 volgde er een exploratieve studie van Helverschou en collega's waarin ze de toepassing van individuele cognitieve gedragstherapie onderzochten bij vier cliënten met autisme en verslaving. Zij concluderen dat het belangrijk is om kennis van en ervaring te hebben met de behandeling van zowel verslavingsproblematiek als autisme. McKowen en collega's (2023) hebben recent een geprotocolleerde gedragstherapie beschreven in hun onderzoek gericht op jongeren met autisme en verslavingsproblematiek. Dit betreft eveneens een individuele aanpak, waarbij ook de ouders betrokken worden. De behandeling betreft verschillende onderwerpen, die flexibel kunnen worden toegepast. Deze aanpak vertoont veel overeenkomsten met de voorgestelde flexibele aanpak in behandeling die Bosma en van Zanten (2021) beschrijven. De genoemde verkennende onderzoeken raden aan de behandeling van deze doelgroep in individuele vorm aan te bieden.

Binnen onze klinische praktijk in de verslavingszorg hebben we – naast de individuele behandeling – gekozen voor een gestructureerde groepsbehandeling, om cliënten de gelegenheid te bieden van elkaar te leren, en herkenning en ervaringen te delen. In een exploratief onderzoek met 57 cliënten is deze groepsbehandeling geëvalueerd (Walhout et al., 2022). Afronding van 13 weken groepsbehandeling resulteerde in een significante afname van alcoholgebruik en zucht (gemeten met de Measurement of Addiction for Triage and Evaluation, MATE 2.1), een positieve verandering in copingstijlen (meer actieve versus passieve copingstijlen, gemeten met de Utrecht Coping List, UCL), een afname in angst, depressie en stress (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21) en een verbetering op indicatoren voor herstel (Mental Health Recovery Measure, MHRM). Bij cliënten met een stoornis in cannabisgebruik nam het gebruik echter niet significant af. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat een groepsbehandeling wel degelijk perspectief biedt op positieve resultaten na het voltooien ervan, met zelfs sterkere effecten bij de follow-up na 3 maanden, met positieve effecten op symptomen van zowel autisme als verslaving, alsook op indicatoren voor herstel. Uit de evaluatie van deelnemers blijkt dat herkenning en erkenning te samen zorgen voor inzicht en verbinding. De systematische review van Vieira en collega's (2023) concludeert dat een aangepaste verslavingsbehandeling positieve resultaten oplevert voor mensen met autisme.

De behandeling zoals beschreven in Bosma en van Zanten (2021) kan zowel in individuele als in groepsvorm worden aangeboden. Ze is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en behandelrichtlijnen voor autisme (GGZ Standaarden, 2017; Merckx, 2014; Miller & Rollnick, 2013; Roozen et al., 2013; Schippers et al., 2014). In dit artikel richten we ons verder op de toepassing van deze behandeling in groepen. Aangeraden wordt om maximaal zes personen te includeren in de groep, met sessies van 2 uur, inclusief pauze. Het is tevens van belang na te denken over de ruimte waarin de groepsbehandeling plaatsvindt. Let hierbij vooral op mogelijke (overmatige) zintuiglijke prikkels, zoals geluid en licht.

INHOUD VAN DE BEHANDELING

.....

De groepsbehandeling bestaat, na een individuele intake, uit 13 wekelijkse groepsbijeenkomsten en één individuele bijeenkomst, die dient om te evalueren en aanbevelingen te doen voor eventuele vervolgbehandeling.

Als eerste interventie wordt psycho-educatie ingezet, waarbij informatie wordt gegeven over verslaving en hoe het brein verandert wanneer er sprake is van langdurig gebruik. Daarnaast wordt uitleg gegeven over de specifieke stressbronnen voor mensen met autisme en worden autismspecifieke aandachtspunten tijdens het leren van gedragsverandering (het ontwikkelen van nieuwe gedragspatronen) toegelicht. Deze psycho-educatie ondersteunt de kwaliteit van mensen met autisme om zorgvuldige afwegingen en keuzes te maken, nadat ze de tijd hebben genomen om goed te reflecteren op feitelijke (wetenschappelijke) informatie. Bij het formuleren van de voor- en nadelenbalans worden de voor- en nadelen van zowel gebruik als stoppen met gebruik in kaart gebracht. Hierin wijken we bewust af van de bestaande richtlijnen, en wel om tegemoet te komen aan de wens van veel mensen met autisme om, gezien hun gedetailleerde informatieverwerking, alle informatie compleet te hebben alvorens een keuze te maken.

Vervolgens stelt iedereen een persoonlijk doel rond gebruik op, dat regelmatig wordt geëvalueerd. Om inzicht te krijgen in risicosituaties voor gebruik, wordt gewerkt met registratieopdrachten: wanneer, waar en met wie werd gebruikt of ontstond zucht? Het moeilijk herkennen van emoties als uitlokkende factor krijgt hier extra aandacht. Daarnaast wordt er gebruikgemaakt van de vragenlijsten Herkennen risicosituaties en Herkennen signalen, aangepast aan mensen met autisme (Bosma & van Zanten, 2021). Uiteindelijk geeft dit inzicht in de patronen in het gebruik (functieanalyse). Daarna worden er handvatten aangereikt om grip te krijgen op het gebruik (zelfcontrolemaatregelen, inzet van helpende gedachten en effectief weigeren) en op stress. Voor dit laatste gaat aandacht uit naar het leren herkennen van ervaren stress, en het erkennen en hanteren van stressbronnen, zoals een druk hoofd, lege tijd, sociaal ongemak en acceptatie. Ten slotte worden

er handvatten aangereikt om het proces van herstel vol te houden, zodat nieuwe patronen kunnen inslijten. Verder stelt men een terugvalpreventieplan op waarin de belangrijkste aspecten worden samengevat. Tevens is er aandacht voor verschillende levensgebieden die belangrijk zijn om richting te geven aan de toekomst en aan stabiele omstandigheden.

Tabel 1 geeft per bijeenkomst het thema weer dat wordt behandeld en de CGT-hulpmiddelen of -interventies die worden toegepast. Omdat mensen met autisme er moeite mee kunnen hebben om plannen te concretiseren, worden aan het eind van elke sessie vastomlijnde werkdoelen voor de komende week opgesteld.

TABEL 1 *Overzicht thema's en interventies per groepssessie*

Bijeenkomst	Thema's	CGT-hulpmiddelen/interventies
1	Kennismaken Groepsafspraken Psycho-educatie (verslaving bij autisme, stressbronnen en gedragsverandering)	Psycho-educatie gericht op verslaving, ASS en de samenhang tussen beide en gedragsverandering
2	Voor- en nadelen van gebruik en stoppen met gebruik Opstellen persoonlijk doel	Voor- en nadelenbalans, doelen stellen
3	Registreren	Registratieopdrachten, vragenlijsten Herkennen risicosituaties en Herkennen signalen
4	Zelfcontrolemaatregelen	Lijst van plezierige en nuttige activiteiten
5	Zelfcontrolemaatregelen	Mindfulness- en focusgerichte oefeningen
6	Helpende en niet-helpende gedachten	Vragenlijsten helpende en niet-helpende gedachten
7	Effectief weigeren	Rollenspel, formuleren standaardreactie
8	Herkennen patronen in gebruik (functieanalyse)	Functieanalyse
9	Stress herkennen	Vragenlijsten stressbronnen
10	Stress aanpakken (druk hoofd en lege tijd)	Vragenlijsten, mindfulness

Bijeenkomst	Thema's	CGT-hulpmiddelen/interventies
11	Stress aanpakken (druk hoofd en lege tijd)	Vragenlijsten, mindfulness
12	Stress aanpakken (sociaal ongemak)	Vragenlijsten
13	Stress aanpakken (sociaal ongemak) Uitleg signaleringsplan	Vragenlijsten, terugvalpreventieplan
14	Individuele afronding	Terugvalpreventieplan

Individuele en groepsbehandeling

De omschreven behandelmethodiek kan worden toegepast binnen zowel individuele contacten als een groepsbehandeling. De keuze voor individuele of groepsbehandeling wordt onderzocht in een kennismakingsgesprek, waarin de behandoelen van de cliënt worden besproken. Het is van belang dat de diagnose autismespectrumstoornis is vastgesteld. Wanneer er sprake is van comorbide LVB-problematiek (lichte verstandelijke beperking) of psychotische klachten, is het raadzaam om de behandeling individueel aan te bieden, met meer ruimte voor maatwerk en aanpassing aan het niveau van de cliënt.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE BEHANDELAAR

Het is op de eerste plaats belangrijk dat de behandelaar over kennis beschikt van zowel autisme als verslaving, en van de samenhang tussen beide. Bij mensen met autisme en een verslaving zien we de volgende aandachtspunten:

- ▶ Ze hebben behoefte aan ondersteunende informatie, bijvoorbeeld over de gevolgen van hun gebruik. Het is belangrijk om hun de tijd te geven deze informatie te analyseren en te doorgronden. Als ze daarna een beslissing nemen, kunnen ze daar standvastig aan vasthouden.
- ▶ Een uitglijder in gebruik wordt veelal beleefd als een catastrofe, als 'terug bij af'. De angst voor een terugval kan zo obsessief worden dat het leidt tot een terugval. Mensen met autisme hebben er vaak moeite mee om het aanpakken van hun gebruik te zien als een leerproces. Leg de nadruk op het leerproces, gebruik psycho-educatie en visualiseer het leerproces in kleine stapjes.
- ▶ Stoppen met gebruik legt de stressbronnen bloot. Mensen met autisme zijn geneigd het ervaren van deze stress te beschouwen als falen. Help hen hier een andere betekenis aan te geven: dat het ervaren van deze

stress aanknopingspunten biedt tot gedragsverandering en het ontwikkelen van nieuwe gedragspatronen.

- ▶ Mensen met autisme hebben vaak een sterke autonomiebehoefte: geef hun de ruimte om eigen doelen rondom gebruik (stoppen of inzetten op gecontroleerd gebruik) op te stellen en te onderzoeken of deze haalbaar zijn.
- ▶ Vaak vinden ze het vreemd om zichzelf te belonen, maar is een beloning door naasten prettig (bijvoorbeeld in de vorm van complimenten).

395

Wat betreft jouw houding als hulpverlener is het belangrijk om je deskundigheid in te brengen, zonder jezelf de ‘rol van deskundige’ aan te meten. Je hoeft niet alles te weten en je mag je vergissen. Mensen met autisme voelen vaak feilloos aan of een hulpverlener (onbewust) een rol speelt of oprecht samen wil onderzoeken ‘hoe het bij hen werkt’ (Bosma et al., 2014). Het is daarnaast belangrijk hun grote autonomiebehoefte te respecteren. Laat het tempo van de behandeling door de cliënten bepalen en houd rekening met hun vaak tragere informatieverwerkingssnelheid. Wees betrouwbaar en voorspelbaar, en wees duidelijk over wat iemand kan verwachten in een sessie.

Handige tips in de samenwerking

- ▶ Durf aan te sluiten bij het ‘out-of-the-box-denken’ van mensen met autisme. Vaak komen zij tot originele en goed doordachte oplossingen en ideeën.
- ▶ Ook mensen met een hoge intelligentie kunnen sterke beperkingen ervaren, bijvoorbeeld in het komen tot gedragsverandering. Help hen te doen wat ze zich voornemen.
- ▶ Wees er alert op dat iemand met autisme moeite kan hebben om overprikkeling en emoties te herkennen en te benoemen.
- ▶ Help bij het opstellen van haalbare weekdoelen, zodat de cliënt succeservaringen opdoet.
- ▶ Wees er alert op dat hulp vragen moeilijk is, bijvoorbeeld ook om verduidelijking te vragen tijdens de behandeling. Check of een boodschap goed is overgekomen.
- ▶ Geef richting zonder het proces over te nemen.
- ▶ ‘Ondertitel’ wat je doet. Daar bedoelen we bijvoorbeeld mee dat je vertelt waarom je een bepaalde vraag stelt of waarom je te laat was.
- ▶ Maak gebruik van visuele hulpmiddelen, zoals een flap-over met schema’s.
- ▶ Maak gebruik van de kwaliteiten van mensen met autisme.

DISCUSSIE

In dit artikel hebben we beschreven hoe verslaving en autisme bij mensen met ASS samenhangen, en waarom er sprake is van verhoogde kwetsbaar-

heid. We hebben een CGT-interventie beschreven die kan worden toegepast bij deze doelgroep. Tal van vooroordelen die bestaan over deze doelgroep blijken in de klinische praktijk niet te kloppen. Juist authenticiteit, oprechte nieuwsgierigheid, betrokkenheid en proberen aan te sluiten bij de unieke denkwereld van mensen met autisme zorgt voor een intensieve, vruchtbare en inspirerende samenwerking, waarbij therapeut en cliënt samen op zoek gaan naar hoe het bij de cliënt werkt. De behandeling die in dit artikel wordt beschreven biedt perspectief op positieve resultaten. Uit evaluaties blijkt tevens dat zowel individuele als groepsbehandeling aangepast aan deze doelgroep ertoe leidt dat mensen met autisme zich begrepen voelen en zich niet voortdurend hoeven aan te passen. Omdat het effect van deze behandelmethode nog niet in een gecontroleerde studie is aangetoond, kunnen er echter nog geen sterke conclusies worden getrokken.

Het boek *Grip: Aan de slag met verslaving en stress bij autisme* (Bosma & van Zanten, 2021) is geschreven voor mensen met autisme en verslaving, wat veel herkenning oproept. De bijbehorende handreiking (Bosma et al., 2024) is geschreven voor hulpverleners die het boek willen gebruiken binnen individuele en/of groepsbehandeling en die met cliënten een speelveld willen creëren om samen aan de slag te gaan. Er wordt binnen dit speelveld gezocht naar een passende strategie om de cliënt meer inzicht te geven in de samenhang tussen stressbronnen en gebruik, en toe te werken naar het verkrijgen van meer grip hierop.

Met dit artikel hopen we een bijdrage te leveren aan de behandeling en effectieve begeleiding van deze doelgroep, zodat ook zij kunnen profiteren van een geschikte, op maat gemaakte geïntegreerde behandeling binnen de ggz of in de verslavingszorg. Daarmee hopen we dat hulpverleners zich comfortabeler zullen voelen om mensen met zowel autisme als een verslaving te behandelen en te begeleiden.

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenconflicten met betrekking tot de publicatie van dit artikel. Er zijn geen financiële of persoonlijke relaties die de uitkomsten van het onderzoek hebben beïnvloed.

Johan van Zanten is gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGCT en programmanager Autisme & Verslaving, verbonden aan Novadic-Kentron verslavingszorg in Noord-Brabant.

Sharon Walhout en **Marc Bosma** zijn beiden als gz-psycholoog en programmamanager Autisme & Verslaving verbonden aan Novadic-Kentron.

Laura de Fuentes-Merillas is senior onderzoeker bij Novadic-Kentron en verbonden aan het Nijmegen Institute of Scientist Practitioners in Addiction (NISPA). Zij is cognitief gedragstherapeut, supervisor VGCT en psychotherapeut bij Psychologenpraktijk De Fuentes, een vrijevestigde ggz-praktijk te 's-Hertogenbosch.

Correspondentieadres: Johan van Zanten, Novadic-Kentron, Hogedwarsstraat 3, 5261 LX Vught. E-mail: johan.van.zanten@novadic-kentron.nl

Summary *Treating people with ASD and SUD: guidelines for practice*

People with autism and comorbid addiction problems appear more often in mental health care. In daily practice, care providers seem to be action-shy when encountering these patients. It is therefore difficult to provide appropriate care, and patients possibly terminate treatment prematurely. In this article, we present guidelines for care providers how to discuss and treat substance abuse and addictive behaviors in patients with autism. We also outline an integrated (group) therapy that pays attention to addiction, autism and associated stress. Next to specific interventions, we also highlight the attitude of the care providers. We hope that this article helps care providers to feel more comfortable treating people with autism and addiction problems.

Keywords *autism, addiction problems, treatment*

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.
- Arnevik, E. A., & Helverschou, S. B. (2016). Autism spectrum disorder and co-occurring substance use disorder: A systematic review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, 69-75. <https://doi.org/10.4137/SART.S39921>
- Bosma, M., & van Zanten, J. (2021). *Grip: Aan de slag met verslaving en stress bij autisme*. Hogrefe.
- Bosma, M., van Zanten, J., & Sonneborn, C. (2014). ASS en verslaving: Behandelervaringen in een DD-programma. *Verslaving*, 10, 37-50. <https://doi.org/10.1007/s12501-014-0005-7>
- Bosma, M., Walhout, S. J. N., & van Zanten, J. (2024). *Grip voor hulpverleners: Handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen*. Hogrefe.
- Brosnan, M., & Adams, S. (2022). Adapting drug and alcohol therapies for autistic adults. *Autism in Adulthood*, 4, 214-223. <https://doi.org/10.1089/aut.2021.0047>
- Butwicki, A., Långström, N., Larsson, H., Lundström, S., Serlachius, E., Almqvist, C., Frisén, L., & Lichtenstein, P. (2017). Increased risk for substance use-related problems in autism spectrum disorders: A population-based cohort study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 80-89. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2914-2>
- GGZ Standaarden. (2017). *Autisme* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/introductie
- Haasbroek, H., & Morojele, N. (2022). A systematic literature review on the relationship between autism spectrum disorder and substance use among adults and adolescents. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00242-1>
- Helverschou, S. B., Brunvold, A. R., & Arnevik, E. A. (2019). Treating patients with co-occurring autism spectrum disorder and substance use disorder: A clinical explorative study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1178221819843291. <https://doi.org/10.1177/1178221819843291>
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-35>

- Huang, J., Yang, F., Chien, W., Yeh, T., Chung, C., Tsai, C., Tsai, S., Yang, S., Tzeng, N., & Chen, M. H. (2021). Risk of substance use disorder and its associations with comorbidities and psychotropic agents in patients with autism. *JAMA Pediatrics*, 175, e205371. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5371>
- Kronenberg, L. M., Slager-Visscher, K., Goossens, P. J. J., van den Brink, W., & van Achterberg, T. (2014). Everyday life consequences of substance use in adult patients with a substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): A patient's perspective. *BMC Psychiatry*, 14, 264. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0264-1>
- Lugnegård, T., Unenge Hällerbäck, M., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1910-1917. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.025>
- McKown, J., Berger, A., Towbin, J., Yule, A. M., Woodward, D., Nowinski, L., Forchelli, G., Meyers, R. J., Joshi, G., & Wilens, T. E. (2023). A manualized behavioral therapy intervention for youth with autism spectrum disorder and substance use disorder. *Case Reports in Psychiatry*, 2023, 8998160. <https://doi.org/10.1155/2023/8998160>
- Merkx, M. J. M. (2014). *Handleiding 4 Groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Stichting Resultaten Scoren.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
- Nederlandse Vereniging voor Autisme. (z.d.). *Wat is autisme?* Geraadpleegd 23 oktober 2024 op www.autisme.nl/over-autisme/wat-is-autisme
- Roozen, H. G., Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2013). *Community Reinforcement Approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugsverslaving*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merkx, M. J. M. (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Perspectief.
- Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., Gorissen van Eenige, M., van Wijn-gaarden-Cremers, P. J. M., & van der Gaag, R. J. (2010). Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: Prevalence, risk factors and functional disability. *Drug and Alcohol Dependence*, 107, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.09.003>
- Spek, A. (2013). *Autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Hogrefe Uitgevers.
- van Wijngaarden, M., Benard, B., Begeer, S., Scheeren, A., & van der Jagt, A. (2020). *Nederlands Autisme Register, Rapportage 2020*. Nederlandse Vereniging Autisme/Vrije Universiteit.
- VanDerNagel, J. (2024). Grip voor cliënten met verslaving en autisme [Boekbespreking]. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 57, 503-504. <https://doi.org/10.5553/TGO16774542024057004013>
- Vieira, M., Yeep, B. H., Carvalho, I. P. (2023). Treating substance abuse in patients with autism spectrum disorder – A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-023-00409-y>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374, 363-371. <https://doi.org/doi/10.1056/NEJMr1511480>
- Walhout, S. J. N., van Zanten, J., DeFuentes-Merillas, L., Sonneborn, C. K. M. E., & Bosma, M. (2022). Patients with autism spectrum disorder and cooccurring substance use disorder: A clinical intervention study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1177/11782218221085599>

Het TOPA-onderzoek naar PTSS bij verslaving

399

Achtergrond en klinische kenmerken

SERA LORTYE*, NATHALIE FABER*, LOES MARQUENIE, ANNEKE
GOUDRIAAN, ARNOUD ARNTZ & MARLEEN DE WAAL

Samenvatting

In dit artikel wordt de relatie tussen posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en verslaving belicht, evenals de behandeling van deze comorbiditeit. Het artikel benadrukt de beschikbaarheid van verschillende (screenings)instrumenten om PTSS effectief te herkennen en te diagnosticeren, ook bij mensen met verslavingsproblematiek, zelfs wanneer zij nog middelen gebruiken. Hoewel PTSS veel voorkomt bij mensen met verslaving, is nog onduidelijk hoe en wanneer PTSS optimaal behandeld kan worden bij deze groep. Dit artikel bespreekt de klinische kenmerken en baseline resultaten van de TOPA-studie, een gerandomiseerd klinisch onderzoek naar de behandeling van PTSS bij verslaving. Deelnemers rapporteerden dat er al jarenlang sprake was van zowel PTSS (17,7 jaar) als middelenproblematiek (12,2 jaar), waarbij de meerderheid (63,6%) aangaf dat de PTSS-klachten eerst ontstaan waren. De resultaten van de studie benadrukken de noodzaak van structurele screening, diagnostiek en behandeling van PTSS binnen de verslavingszorg.

Trefwoorden: PTSS, verslaving, polymiddelengebruik, sekse, indextrauma, kindermishandeling

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ PTSS is een veelvoorkomende stoornis bij mensen met verslavingsproblematiek, waarbij cliënten vaak al lange tijd last hebben van klachten voordat zij in

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004006>

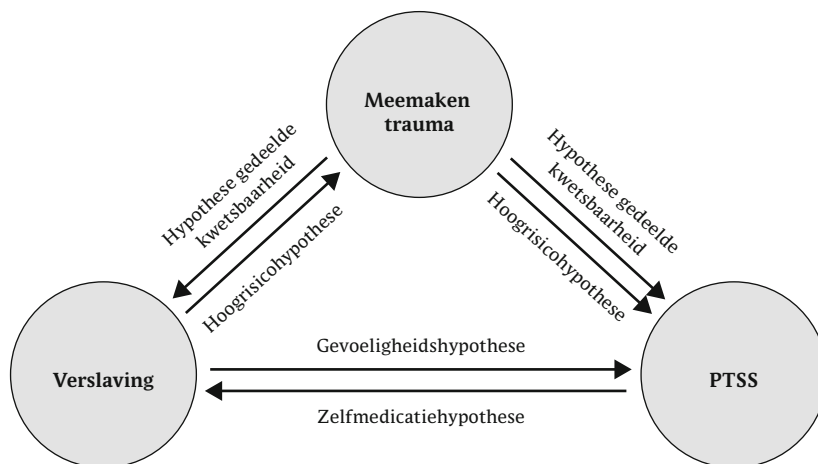
* Gedeeld eerste auteurschap.

behandeling geraken. Dit onderstreept het belang van structurele screening naar PTSS bij cliënten met verslaving, en andersom.

- De overgrote meerderheid van cliënten met PTSS en verslaving benoemt blootstelling aan een interpersoonlijk trauma als indextrauma. Vrouwen rapporteren significant vaker seksueel geweld, mannen rapporteren in de kindertijd significant vaker fysiek geweld. Interpersoonlijk trauma is frequent in verband gebracht met de ernst van PTSS-klachten, wat de noodzaak voor behandeling van PTSS-klachten in deze doelgroep benadrukt.

INLEIDING

Posttraumatische-stressstoornis (PTSS) komt veel voor bij mensen met een verslaving. De prevalentie van PTSS bij cliënten met verslaving is ongeveer 25% (Driessen et al., 2008; Kok et al., 2013) en de *lifetime* prevalentie van PTSS bij cliënten met verslaving is 46% (Kok et al., 2013). In een grote epidemiologische studie bij mensen met PTSS in de Verenigde Staten voldeed 46% ook aan de criteria voor verslaving (Pietrzak et al., 2011). Er zijn verschillende verklaringsmodellen voor de hoge samenhang tussen deze twee diagnoses, die schematisch worden weergegeven in figuur 1 (geïnspireerd op een review van Kline et al., 2022).



FIGUUR 1 Verklaringsmodellen van de samenhang tussen verslaving en PTSS

Zo zijn er verklaringenmodellen waarbij de hypothese is dat de problematiek begint bij de verslaving en dan leidt tot PTSS, namelijk de ‘hoogrisicohypothese’ en de ‘gevoeligheidshypothese’. De hoogrisicohypothese gaat ervan uit dat mensen met een verslaving meer kans hebben om een A-criterium traumatische gebeurtenis (APA, 2014) mee te maken, omdat ze door hun gebruik in meer hoogrisicosituaties terechtkomen (Windle, 1994), bijvoor-

beeld iemand die geregeld onder invloed deelneemt aan het verkeer of door verslaving in een crimineel milieu belandt. De gevoeligheidshypothese gaat ervan uit dat verslaving het risico op PTSS na het meemaken van een trauma vergroot door gebrekkige copingstrategieën en door veranderingen in neurochemische systemen van de hersenen door het gebruik van middelen (Chilcoat & Breslau, 1998).

Daarnaast is er een verklaringsmodel waarbij de route precies andersom loopt, namelijk van PTSS naar verslaving. Dit is de ‘zelfmedicatiehypothese’, die ervan uitgaat dat mensen met PTSS hun klachten willen verzachten door middelen te gebruiken (Khantzian, 1985). Tot slot is er een verklaringsmodel waarbij een andere factor leidt tot beide diagnoses, namelijk de ‘gedeeldewkwaamsaamheidshypothese’. Bij dit laatste verklaringsmodel zorgen bepaalde eigenschappen, zoals genen of persoonlijkheidskenmerken, ervoor dat sommige mensen na het meemaken van een trauma een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van zowel verslaving als PTSS (María-Ríos & Morrow, 2020). Voor de zelfmedicatiehypothese is de meeste evidentie gevonden (Hawn et al., 2020; Patel et al., 2024), hoewel de verschillende verklaringsmodellen elkaar niet uitsluiten.

WAT IS ER (ON)BEKEND OVER PTSS BIJ VERSLAVING? SCREENING, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

.....

Screening en diagnostiek

.....

Ondanks de hoge comorbiditeit tussen PTSS en verslaving worden beide diagnoses geregeld over het hoofd gezien. Structureel screenen op PTSS al tijdens de intakefase van de verslavingsbehandeling en screenen op verslaving tijdens de intakefase van PTSS-behandeling is dan ook belangrijk (van Dam et al., 2010). Voor het screenen van PTSS bij verslaving is in Nederland de J-PTSD screener ontwikkeld en gevalideerd in de verslavingszorg, en vrij beschikbaar (van Dam et al., 2013). Voor zowel het screenen alsook het stellen van een diagnose PTSS is abstinentie geen vereiste (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024). Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van de CAPS-5 (Weathers et al., 2018) of van PTSS-modules van bredere klinische interviews, zoals de MINI-S (Sheehan et al., 1998) en de SCID-5-S (First, 2015).

Behandeling

.....

In de afgelopen jaren zijn er verschillende reviews geschreven over de meest effectieve behandeling voor mensen met zowel PTSS als verslaving (Kline et al., 2022; Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2021). Samenvattend is er momenteel bekend dat het behandelverloop en de behandelresultaten van men-

sen met zowel PTSS als verslaving ongunstiger is dan indien er slechts één van beide stoornissen aanwezig is (Driessen et al., 2008; Roberts et al., 2016; Schäfer & Najavits, 2007). Wat betreft de effectiviteit van behandelingen, geeft een traumagerichte PTSS-behandeling betere resultaten dan een niet-traumagerichte PTSS-behandeling (Roberts et al., 2022; Simpson et al., 2021). Uit een eerdere meta-analyse bleek dat alleen het aanbieden van een traumagerichte PTSS-behandeling (zonder verslavingsbehandeling) geen betere resultaten geeft dan een gestandaardiseerde verslavingsbehandeling in het verminderen van PTSS-klachten (Simpson et al., 2021). Echter, wanneer de traumagerichte PTSS-behandeling naast een verslavingsbehandeling wordt aangeboden, blijkt dit wel betere resultaten te geven dan alleen een verslavingsbehandeling (Roberts et al., 2022). Ook zijn er pogingen gedaan om een geïntegreerde behandelinterventie voor PTSS en verslaving op te zetten, zoals Seeking Safety. Bij deze interventie is er geen sprake van een traumagerichte PTSS-behandeling, maar van een behandeling gericht op het verbeteren van copingvaardigheden. Uit een recente meta-analyse bleek echter dat deze geïntegreerde, niet-traumagerichte behandelingen dezelfde effecten op PTSS-klachten hebben als alleen het volgen van reguliere verslavingsbehandelingen. Bij een langere follow-up doet alleen een verslavingsbehandeling het zelfs beter wat betreft PTSS dan deze geïntegreerde, niet-traumagerichte behandeling (Roberts et al., 2022). Mogelijk bevatten verslavingsbehandelingen dus ook werkzame elementen voor reductie van PTSS-klachten en vice versa, en versterken beide behandelingen elkaar. Wel zijn de behandelresultaten voor PTSS bij mensen met zowel PTSS als verslaving beperkter dan bij populaties met alleen PTSS, en zijn de drop-outcijfers hoog, variërend van zo'n 30% tot 50% in de meeste studies (Roberts et al., 2016, 2022).

Toch bestaat er nog onvoldoende kennis over de juiste volgorde van behandeling (gelijktijdig of sequentieel) en welk type PTSS-behandeling het beste aangeboden kan worden. Ook ontbreken er richtlijnen over (gecontroleerd) gebruik tijdens de PTSS-behandeling. Als we kijken naar de timingsvraag van de behandeling, dan adviseren Nederlandse richtlijnen om na een detox zo snel mogelijk te starten met de PTSS-behandeling (Snoek et al., 2012). Internationaal ontbreken richtlijnen op dit gebied (bijvoorbeeld van APA, ISTSS en NICE), wegens beperkte literatuur over dit onderwerp. Toch worden de behandelingen in veel verslavingsinstellingen sequentieel aangeboden. Reden hiervoor is dat de meeste klinici in Nederland parallel behandelen van de klachten zien als te snel, gevaarlijk en zelfs contraproductief (Gielen et al., 2014; Nass et al., 2019). De hoge drop-out in behandelstudies van parallelle PTSS- en verslavingsbehandeling zou erop kunnen duiden dat behandeling die sequentieel plaatsvindt beter te verdragen is. Het stoppen met middelengebruik tijdens een verslavingsbehandeling zou wellicht kunnen leiden tot een verhoging van de lijdensdruk, doordat klachten als herinneringen, flashbacks, negatieve emoties of nachtmerries niet meer gedempt worden door middelengebruik. Het zou dan gunstig kunnen

zijn om zo snel mogelijk met de traumaverwerking te starten. Recent is een advies uitgekomen om met het behandelen van PTSS bij mensen met midde-lenproblematiek niet te wachten tot abstinentie van middelen is bereikt. Hierbij werd wel de kanttekening geplaatst dat er meer studies nodig zijn om vast te stellen wat de effecten zijn van verschillende timing van PTSS-en/of verslavingsbehandeling (Roberts et al., 2023).

Meer kennis over zowel timing als type PTSS-behandeling voor mensen met verslaving en PTSS is erg belangrijk, niet alleen om behandelresultaten te kunnen verbeteren, maar ook om te onderzoeken hoe de doorgaans zeer hoge drop-out tijdens behandeling voor deze doelgroep verlaagd kan worden.

Het TOPA-onderzoek (Treatment Of PTSD and Addiction) is een groot Nederlands gerandomiseerd klinisch onderzoek (RCT) dat bij Jellinek is uit-gevoerd naar de behandeling van PTSS en verslaving (Lortye et al., 2021). Het artikel waarin de resultaten van deze TOPA-RCT worden beschreven ondergaat op dit moment *peer review*. In het huidige artikel zal een globale beschrijving gegeven worden van de opzet van de RCT, waarna we focussen op de klinische kenmerken van onze steekproef, teneinde een beeld te geven van de populatie in de verslavingszorg met comorbide PTSS.

KLINISCHE KENMERKEN

.....

Er is nog veel onduidelijk over de klinische kenmerken van de populatie in de verslavingszorg met comorbide PTSS. Het is nog onduidelijk of deze groep zich onderscheidt van de populatie met enkel een verslavingsstoornis of enkel een PTSS. In de verschillende onderzoeken naar PTSS en verslaving die geïn-cludeerd zijn in de meta-analyse van Roberts en collega's (2022) werd bijvoor-beeld onderscheid gemaakt tussen cliënten met één stoornis in het gebruik van middelen of meerdere stoornissen. Langdurige verslaving aan een middel gaat gepaard met een hoog risico op polymiddelengebruik (Crummy et al., 2020). Cliënten met polymiddelengebruik laten een klinisch profiel zien dat afwijkt van dat van cliënten met één stoornis in het gebruik van middelen. Polymiddelengebruik wordt geassocieerd met ernstigere problemen op ver-schillende gebieden, zoals psychische comorbiditeit, sociaal-maatschappelij-ke problemen en gebruik van zorg (Bhalla et al., 2017).

Ook is vooralsnog onduidelijk of deze populatie zich met betrekking tot het indextrauma onderscheidt van een populatie met enkel PTSS. Het index-trauma is de traumatische gebeurtenis die de meeste klachten heeft veroor-zaakt voor een cliënt, en die als uitgangspunt wordt genomen bij PTSS-diag-nostiek. Veelal wordt gesproken over het pathogene effect van blootstelling aan interpersoonlijk trauma op de ernst van PTSS-klachten, over het effect van blootstelling aan non-interpersoonlijk trauma (bijvoorbeeld: Forbes et al., 2014). Daarbij wordt seksueel interpersoonlijk trauma beschouwd als het meest pathogeen. In de algemene populatie worden verschillen gevonden

in de prevalentie van interpersoonlijk trauma op basis van sekse. Zo toont de National Crime Victim Survey (NCVS; Thompson & Tapp, 2022) aan dat vrouwen vaker worden blootgesteld aan seksueel interpersoonlijk trauma dan mannen, maar dat mannen een grotere kans hebben op blootstelling aan alle andere geweldsmisdrijven.

De resultaten die beschreven worden in het huidige artikel focussen op de klinische kenmerken van onze steekproef, teneinde een beeld te geven van de kenmerken van de populatie in de verslavingszorg met comorbide PTSS. Hierbij wordt specifiek gekeken naar de volgende twee onderzoeksvragen: (1) Is er een samenhang tussen het aantal stoornissen in middelengebruik en de ernst van PTSS-klachten? (2) Verschilt het indextrauma tussen mannen en vrouwen? Tevens zal een globale beschrijving worden gegeven van de opzet van de RCT.

METHODE

.....

Design

.....

Van 2019 tot 2023 heeft bij Jellinek Amsterdam en Utrecht een gerandomiseerd klinisch onderzoek naar de behandeling van PTSS bij verslaving plaatsgevonden: het TOPA-onderzoek. Het onderzoek dat in het huidige artikel beschreven wordt betreft een crosssectionele studie op basis van de beginmeting van het TOPA-onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om een beeld te geven van de kenmerken van de populatie in de verslavingszorg met comorbide PTSS. Daarbij wordt er getoetst of er een samenhang is tussen het aantal stoornissen in middelengebruik en de ernst van PTSS-klachten en of er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft indextrauma. Voor een volledige beschrijving van het design van de RCT, de deelnamecriteria, de procedure en de interventies verwijzen wij naar het protocolartikel (Lortye et al., 2021).

In- en exclusiecriteria

.....

In dit onderzoek werden mensen geïnccludeerd van 18 jaar en ouder bij wie er sprake was van zowel een stoornis in gebruik van middelen (alcohol, cannabis, snuifcocaïne, amfetamine, benzodiazepine of opioïde) als een PTSS. Exclusiecriteria waren onder andere: een acute psychotische stoornis, ernstig suïciderisico, levensbedreigende automutilatie en dakloosheid.

Metingen

.....

Na een inclusie-interview, waarin gecontroleerd werd of iemand aan de criteria voldeed, volgde een baselinemeting. De metingen werden afgenomen

door getrainde junior onderzoekers (MSc in psychologie). PTSS-klachten werden gemeten met de Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2018), een gestructureerd interview dat wordt beschouwd als de gouden standaard voor het diagnosticeren van PTSS en het meten van PTSS-klachten. Daarnaast werd op de beginmeting kindermishandeling in kaart gebracht door het afnemen van de Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 2003). De CTQ-SF is een zelfrapportagevragenlijst die kindermishandeling meet aan de hand van vijf subschalen: fysieke, seksuele en emotionele mishandeling, en fysieke en emotionele verwaarlozing. De afkappunten zoals beschreven in de handleiding zijn gebruikt om te bepalen of elke vorm van kindermishandeling werd gerapporteerd als zijnde ‘afwezig’, ‘mild’, ‘matig’ of ‘ernstig’ (Bernstein & Fink, 1998). Wanneer een vorm van kindermishandeling ten minste als ‘mild’ werd gescoord, werd deze beschreven als ‘aanwezig’.

Onderzoeksopzet van de RCT

Hoewel de resultaten van de RCT pas op een later moment zullen worden gepresenteerd, wordt de onderzoeksopzet van de RCT hier alvast kort toegeleucht. In deze RCT wordt de effectiviteit van drie typen PTSS-behandelingen onderzocht, namelijk *prolonged exposure* (PE), *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) en *imagery rescripting* (ImRs). De primaire doelen van de RCT zijn: (1) het vergelijken van de effectiviteit van PE, EMDR en ImRs als toevoeging aan de reguliere verslavingsbehandeling, in vergelijking met alleen reguliere verslavingsbehandeling; (2) het vergelijken van de effectiviteit van parallelle behandeling met sequentiële behandeling; en (3) het exploreren van mogelijke verschillen in effectiviteit tussen PE, EMDR en ImRs bij deze doelgroep. Onze hypothesen zijn dat: (1) alle traumagerichte behandelingen (PE, EMDR, ImRs) effectief zijn in het verminderen van PTSS-klachten als toevoeging aan verslavingsbehandeling; en (2) dat *parallelle* behandeling van PTSS en verslaving effectiever is in het verminderen van PTSS-klachten dan *sequentiële* behandeling van PTSS en verslaving.

Alle deelnemers werden na de beginmeting gerandomiseerd over zes armen: parallel-PE, parallel-EMDR, parallel-ImRs, sequentieel-PE, sequentieel-EMDR en sequentieel-ImRs. Allen werden uitgenodigd voor vervolgmetingen na 3, 6 en 9 maanden. De primaire uitkomstmaat van de RCT is PTSS-klachten, gemeten met de CAPS-5 (Weathers et al., 2018). De belangrijkste secundaire uitkomstmaten zijn verslavingsproblematiek, drop-out uit PTSS-behandeling en drop-out uit verslavingsbehandeling. Tevens wordt gekeken naar overige psychische klachten, emotieregulatieproblemen en interpersoonlijke problemen (Lortye et al., 2021).

RESULTATEN

.....

Er werden 7083 cliënten tijdens intake gescreend op PTSS, van wie er 1379 werden gezien voor PTSS-diagnostiek middels het CAPS-interview. Hiervan bleken 543 mensen te voldoen aan de criteria van PTSS, van wie 209 mensen werden geïnccludeerd in het onderzoek. De deelnemers waren gemiddeld 37,5 jaar oud ($SD = 12,0$). De meerderheid was man (53,6%) en van Nederlandse afkomst (81,8%). De meest voorkomende stoornissen in het gebruik van middelen waren stoornis in het gebruik van alcohol (62,7%), cannabis (52,6%) en cocaïne (18,7%). Bij een kleine helft van de deelnemers was er sprake van polymiddelengebruik, waarbij twee stoornissen (27,3% van deelnemers), drie stoornissen (15,8%) of vier stoornissen (1,0%) in middelengebruik werden gediagnosticeerd. Er werd geen samenhang gevonden tussen polymiddelengebruik en de ernst van de PTSS ($t(207) = -0,44$; $p = 0,66$). De meerderheid van de deelnemers was geïndiceerd voor poliklinische verslavingsbehandeling (53,6%), en een minderheid voor dagbehandeling (27,8%) of klinische verslavingsbehandeling (18,7%).

Gemiddeld rapporteerden de deelnemers dat zij sinds 12,2 jaar ($SD = 10,6$ jaar) kampten met verslavingsproblematiek en sinds 17,7 jaar ($SD = 13,3$ jaar) met PTSS-klachten. Een meerderheid van 63,6% gaf aan dat de PTSS-klachten waren ontstaan vóór de verslaving ontstond; een minderheid van 21,8% gaf aan dat de verslaving was ontstaan voordat er sprake was van PTSS; de resterende 14,6% gaf aan niet te weten in welke volgorde de aandoeningen bij hem of haar waren ontstaan. Van alle deelnemers rapporteerde 39,2% eerder verslavingsbehandeling te hebben gevolgd en 20,1% eerder PTSS-behandeling te hebben gevolgd. Bij CAPS-5-interviews worden PTSS-klachten uitgevraagd op basis van het trauma dat de meeste klachten heeft veroorzaakt, het zogenoemde 'indextrauma'. In het huidige onderzoek werden de volgende indextrauma's het meest gerapporteerd: seksueel geweld in de kindertijd (25,8%), fysiek geweld in de kindertijd (24,4%), fysiek geweld tijdens de volwassenheid (19,6%), seksueel geweld tijdens de volwassenheid (10,0%), en getuige van dood of ernstige verwonding (8,1%). Deze verdeling verschilt significant tussen mannen en vrouwen wat betreft seksueel geweld in zowel kindertijd als volwassenheid, en fysiek geweld in de kindertijd (zie tabel 1).

De CTQ-SF gaf ook een indruk van andere vormen van kindermishandeling dan de A-criteriumsituaties volgens de DSM-5 (APA, 2014). Er kwam uit naar voren dat alle vormen van kindermishandeling veel gerapporteerd werden door de deelnemers, met de volgende prevalenties van ten minste een milde mate van kindermishandeling: 85,6% voor emotionele mishandeling, 85,6% voor emotionele verwaarlozing, 68,9% voor fysieke verwaarlozing, 65,1% voor seksuele mishandeling en 56,0% voor fysieke mishandeling (zoals beschreven in tabel 2). Er blijkt meestal sprake te zijn van meerdere vor-

TABEL 1 Resultaten van de chi-kwadraattoetsen van indextrauma op basis van sekse

Indextrauma	Sekse		X ²	df	p
	Man	Vrouw			
Seksueel geweld in volwassenheid ^a	3 (0,03%)	18 (18,6 %)			< 0,001
Seksueel geweld in kindertijd	17 (15,2%)	38 (39,2%)	15,44	1	< 0,001
Fysiek geweld in volwassenheid	23 (20,5%)	19 (19,6%)	0,03	1	0,865
Fysiek geweld in kindertijd	38 (33,9%)	13 (13,4%)	11,87	1	< 0,001

^a Fishers exacte toets is gebruikt vanwege de kleine groepsgrootte van seksueel geweld in volwassenheid onder mannen.

men van kindermishandeling. Bij 3,8% van de deelnemers was er géén sprake van kindermishandeling, bij 6,2% van één van bovengenoemde vormen in ten minste een milde mate, bij 11,0% van twee vormen, en bij de resterende 78,9% was er sprake van ten minste drie vormen van kindermishandeling.

TABEL 2 Prevalenties van gerapporteerde mate van kindermishandeling op de CTQ-SF (N = 209)

	Fysieke mishandeling	Seksuele mishandeling	Emotionele mishandeling	Fysieke verwaarlozing	Emotionele verwaarlozing
Geen	44,0%	34,9%	14,4%	31,1%	14,4%
Mild	11,0%	11,5%	18,7%	22,0%	26,8%
Matig	13,9%	22,0%	22,5%	25,8%	17,2%
Ernstig	31,1%	31,6%	44,5%	21,1%	41,6%

DISCUSSIE EN VOORUITBLIK

.....

Uit de baselineresultaten van de steekproef van 209 cliënten blijkt dat er bij deze populatie gesproken kan worden van langdurige klachten op het gebied van zowel verslaving als PTSS, waarbij de grote meerderheid niet eerder behandeling heeft gevolgd voor PTSS. Dit benadrukt de urgentie om een passend behandelaanbod te realiseren voor deze doelgroep, waarbij aandacht is voor zowel de verslavingsproblematiek als de traumaklachten.

Gedegen screening naar comorbiditeit bij cliënten die zich aanmelden voor verslavingsbehandeling lijkt hierin een cruciale eerste stap.

Ook komt uit de resultaten naar voren dat voor het merendeel van de deelnemers de PTSS-klachten ontstonden vóór de verslavingsproblematiek. Dit gegeven zou kunnen duiden op ondersteuning voor de 'zelfmedicatiehypothese', die ervan uitgaat dat cliënten hun verslavingsproblematiek hebben ontwikkeld om hun PTSS-klachten te dempen. Voldoende ondersteuning voor deze hypothese zou pleiten voor het eerder opsporen en behandelen van PTSS ter preventie van verslavingsproblematiek. Toch kan dit gegeven alleen niet uitsluiten dat er ook sprake zou kunnen zijn van een andere verklaring voor de comorbiditeit van deze klachten, zoals een gedeelde kwetsbaarheid bij deze cliënten. Volgens de theorie van gedeelde kwetsbaarheid zou namelijk een onderliggende factor (bijvoorbeeld op het vlak van emotieregulerende vaardigheden of biologische factoren) verklarend zijn voor de ontwikkeling van zowel de PTSS als de verslaving. Er wordt hierbij geen uitspraak gedaan over de volgorde in de ontwikkeling van de klachten. Daarbij gingen bij ruim één op de vijf cliënten de PTSS-klachten niet vooraf aan de verslavingsproblematiek, wat niet in lijn is met de zelfmedicatiehypothese. Tevens moet worden opgemerkt dat de gegevens uit dit onderzoek retrospectief zijn verkregen, waardoor er sprake kan zijn geweest van geheugenbias, waarbij gebeurtenissen en de volgorde waarin deze plaatsvonden niet altijd accuraat worden herinnerd. Prospectief onderzoek is nodig om hier meer duidelijkheid over te krijgen.

Wat betreft het indextrauma komt naar voren dat interpersoonlijk trauma veruit het meest voorkomt in onze steekproef, zowel onder mannen als onder vrouwen. Dit komt overeen met steekproeven van cliënten met PTSS die zich presenteren voor behandeling in PTSS-behandelcentra in Nederland (van Woudenberg et al., 2018) en met een Amerikaanse steekproef van cliënten met PTSS en alcoholverslaving (Ruglass et al., 2017). Ruim de helft van de participanten met een interpersoonlijk indextrauma rapporteert daarbij een indextrauma in de kindertijd (onder de 18 jaar). In de Amerikaanse steekproef van cliënten met PTSS en alcoholverslaving werd een gemiddelde leeftijd van blootstelling aan het eerste trauma gevonden van ongeveer 18 jaar (17,90 in de ene behandelgroep en 18,49 in de andere), met een standaardafwijking van ongeveer 14 jaar (13,64 in de ene behandelgroep en 14,13 in de andere), wat ook zou duiden op een groot aantal traumata in de kindertijd (Ruglass et al., 2017). In onze steekproef rapporteerden vrouwen significant vaker seksueel geweld (zowel in de kindertijd als in volwassenheid) als indextrauma dan mannen. Mannen rapporteerden op hun beurt vaker fysiek geweld in de kindertijd als indextrauma dan vrouwen, maar geen verschil in volwassenheid. Ook dit gegeven komt overeen met systematisch onderzoek onder cliënten met comorbide klachten aan PTSS (Mauritz et al., 2013). Bij cliënten met enkel PTSS is bekend dat vroegkinderlijk trauma leidt tot ernstigere PTSS-klachten dan traumatische ervaringen in volwas-

senheid (Hagenaars et al., 2011). Het is daarom plausibel dat vroegkinderlijk trauma eenzelfde effect heeft bij mensen met zowel PTSS als verslaving.

Kindermishandeling wordt geassocieerd met zowel de ernst van PTSS als de ernst van verslaving (Garami et al., 2019; Rameckers et al., 2021), maar heeft nog weinig aandacht gekregen in onderzoek naar cliënten met zowel PTSS als verslaving. Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt een hoge prevalentie van kindermishandeling, waarbij bij een groot deel van de deelnemers meerdere vormen van kindermishandeling hebben plaatsgevonden. Deze prevalentie komt overeen met eerder onderzoek onder vrouwen met comorbide PTSS- en verslavingsproblematiek (Schäfer et al., 2019). Onderzoek heeft aangetoond dat de sterkste associatie tussen kindermishandeling en de ernst van PTSS of verslaving voortkomt uit een opstapeling van verschillende typen kindermishandeling (Garami et al., 2019; McKay et al., 2021). Bij het opsplitsen van kindermishandeling in de vijf typen wordt in onderzoek naar PTSS vooral gekeken naar de invloed van fysieke en seksuele mishandeling, aangezien deze vormen van kindermishandeling voldoen aan het A-criterium van PTSS (Andrews et al., 2004; Cougle et al., 2010). In onderzoek op data van het TOPA-onderzoek (Lortye et al., 2024) werd gevonden dat alle vijf vormen van kindermishandeling een significante voorspeller vormen voor de ernst van PTSS-klachten. Enkel seksuele mishandeling bleek onafhankelijk geassocieerd te zijn met de ernst van PTSS-klachten in een meervoudige lineaire regressie. Het meest optimale model om de ernst van PTSS-klachten te voorspellen, waarbij een modelselectieprocedure in R werd uitgevoerd, omvatte als voorspellers uitsluitend emotionele mishandeling en seksuele mishandeling. Emotionele mishandeling voldoet volgens de huidige DSM niet aan het A-criterium van PTSS en er is vooralsnog geen evidentie voor het behandelen van deze vorm van mishandeling bij PTSS. Recentelijk zijn er wel positieve effecten gevonden van het behandelen met EMDR van niet-A-criteriumgebeurtenissen bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Hafkemeijer et al., 2023); verder wordt er onderzoek gedaan naar EMDR en ImRs voor emotioneel jeugdtrauma bij depressie (Gathier et al., 2023). Mogelijk zou een PTSS-behandeling aan effectiviteit winnen als ze meer gericht wordt op deze ervaringen.

De resultaten van dit onderzoek wijzen vooralsnog vooral op de noodzaak om bedacht te zijn op comorbide PTSS-klachten bij cliënten die zich aanmelden voor verslavingsbehandeling, en andersom. Dit sluit aan bij het verbeteringsignalement PTSS vanuit de rapportage van het project Zinnige Zorg (Zorginstituut Nederland, 2020), van waaruit verbeterpunten worden gepresenteerd voor de zorg voor mensen met PTSS. Belangrijke verbeterpunten hierin zijn onder andere de herkenning van PTSS in de klinische praktijk, en de vindbaarheid van informatie over de behandeling van PTSS en comorbide problematisch middelengebruik. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het repliceren van dit baselineonderzoek binnen een populatie cliënten die zich presenteren voor PTSS-behandeling bij wie er

comorbide sprake is van verslavingsproblematiek. Vooralsnog is er onvoldoende onderzoek gedaan naar eventuele verschillen tussen deze populaties. Het TOPA-onderzoek moet uitwijzen of deze comorbide problematiek het effectiefst te behandelen valt door behandeling parallel of sequentieel aan te bieden. Daarbij zal ook de effectiviteit van de drie behandelvormen – PE, EMDR en ImRs – onderling vergeleken worden.

CONCLUSIE

.....

PTSS komt veel voor bij verslaving, maar over de klinische kenmerken van deze doelgroep is nog veel onbekend. In een grote RCT die recent bij Jellinek is afgerond zijn deze klinische kenmerken bekeken, waarbij naar voren komt dat deze doelgroep vaak al lange tijd last heeft van de PTSS-klachten en met name is blootgesteld aan interpersoonlijk trauma. Daarnaast is gekeken naar de relatie tussen polymiddelengebruik en PTSS, waarbij in deze doelgroep geen relatie werd gevonden. Binnen de doelgroep werden verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen wat betreft indextrauma. Zowel seksueel geweld in de kindertijd als in volwassenheid, alsook fysiek geweld in de kindertijd, verschillen significant tussen mannen en vrouwen, waarbij meer vrouwen seksueel geweld noemen als indextrauma en meer mannen fysiek geweld. Wij pleiten ervoor om alle cliënten met verslaving te screenen op PTSS-klachten en waar mogelijk beide klachtgebieden te behandelen. De resultaten van de RCT over voorkeur voor type behandeling en de volgorde ervan zullen later gepubliceerd worden.

Deze studie werd gefinancierd door een subsidie van Stichting tot Steun VCVGZ, toegekend aan prof. dr. A. Arntz, dr. M. de Waal, prof. dr. A. Goudriaan en dr. L. Marquenie.

Sera Lortye, Nathalie Faber en Loes Marquenie zijn verbonden aan Arkin Mental Health Care, Jellinek en het Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam.

Marleen de Waal en Anneke Goudriaan zijn verbonden aan Arkin Mental Health Care, Jellinek, aan het Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam en aan het Department of Psychiatry, UMC locatie, Universiteit van Amsterdam.

Arnoud Arntz is werkzaam bij het Department of Clinical Psychology, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: Marleen M. de Waal, Amsterdam UMC, Department of Psychiatry, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam. E-mail: m.m.dewaal@amsterdamumc.nl

Summary *The TOPA-study on PTSD and addiction: Background and clinical characteristics*

This article highlights the association between posttraumatic stress disorder (PTSD) and addiction, as well as the treatment of this comorbidity. It emphasizes the availability of various (screening) instruments to effectively recognize and diagnose PTSD, also suitable for individuals with substance use problems, including those who are still using substances. Although PTSD is common among people with addiction, it remains unclear how and when PTSD can be optimally treated in this group. This article discusses clinical characteristics and baseline results from the TOPA study, a randomized clinical trial (RCT) investigating the treatment of PTSD in addiction. Participants reported having experienced both PTSD (17.7 years) and substance-related problems (12.2 years) for many years, with the majority (63.6%) indicating that their PTSD symptoms had developed first. The results of the study emphasize the necessity for structured screening, diagnostics, and treatment of PTSD within addiction care.

Keywords *PTSD, addiction, poly-substance use, sex, index trauma, child abuse*

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanton, H. (2004). Child sexual abuse. In Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. A., & Murray, C. J. L. (2004). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (p. 1200). World Health Organization.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective selfreport. Manual*. The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bhalla, I. P., Stefanovics, E. A., & Rosenheck, R. A. (2017). Clinical epidemiology of single versus multiple substance use disorders: Polysubstance use disorder. *Medical Care*, 55, S24-S32. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000677>
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.913>
- Cougle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericson, N., Keough, M. E., & Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177, 150-155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.008>
- Crummy, E. A., O'Neal, T. J., Baskin, B. M., & Ferguson, S. M. (2020). One is not enough: Understanding and modeling polysubstance use. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 569. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00569>
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodz-

- inski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C., Havemann-Reinicke, U., Reis, O., Sylvester, E. H., Hoppe, M., Stuppe, M., & Pletke, C. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 481-488. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x>
- First, M. B. (2015). Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-6. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp351>
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., McFarlane, A., Silove, D., Rees, S., Chapman, C., Slade, T., Mills, K., Teeson, M., & O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 147-153. <https://doi.org/10.4088/JCP.13mo8374>
- Garami, J., Valikhani, A., Parkes, D., Haber, P., Mahlberg, J., Misiak, B., Frydecka, D., & Moustafa, A. A. (2019). Examining perceived stress, childhood trauma and interpersonal trauma in individuals with drug addiction. *Psychological Reports*, 122, 433-450. <https://doi.org/10.1177/0033294118764918>
- Gathier, A. W., Verhoeven, J. E., van Oppen, P. C., Penninx, B. W. J. H., Merckx, M. J. M., Dingemanse, P., Stehouwer, K. M. K. S., van den Bulck, C. M. M., & Vinkers, C. H. (2023). Design and rationale of the REStoring mood after early life trauma with psychotherapy (RESET-psychotherapy) study: A multicenter randomized controlled trial on the efficacy of adjunctive trauma-focused therapy (TFT) versus treatment as usual (TAU) for adult patients with major depressive disorder (MDD) and childhood trauma. *BMC Psychiatry*, 23, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04518-0>
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F., & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22821>
- Hafkemeijer, L., Slotema, K., de Haard, N., & de Jongh, A. (2023). Case report: Brief, intensive EMDR therapy for borderline personality disorder: Results of two case studies with one year follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1283145>
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132, 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.017>
- Hawn, S. E., Cusack, S. E., & Amstadter, A. B. (2020). A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 699-708. <https://doi.org/10.1002/jts.22521>
- Khantzian, E. J. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Kline, A. C., Panza, K. E., Lyons, R., Kehle-Forbes, S. M., Hien, D. A., & Norman, S. B. (2022). Trauma-focused treatment for comorbid post-traumatic stress and substance use disorder. *Nature Reviews Psychology*, 2, 24-39. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00129-w>

- Kok, T., de Haan, H. A., van der Velden, H. J. W., van der Meer, M., Najavits, L. M., & de Jong, C. A. J. (2013). Validation of two screening instruments for PTSD in Dutch substance use disorder inpatients. *Addictive Behaviors*, 38, 1726-1731. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.10.011>
- Lortye, S. A., Will, J. P., Marquenie, L. A., Goudriaan, A. E., Arntz, A., & de Waal, M. M. (2021). Treating post-traumatic stress disorder in substance use disorder patients with co-occurring posttraumatic stress disorder: Study protocol for a randomized controlled trial to compare the effectiveness of different types and timings of treatment. *BMC Psychiatry*, 21, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03366-0>
- Lortye, S. A., Will, J. P., Rameckers, S. A., Marquenie, L. A., Goudriaan, A. E., Arntz, A., & de Waal, M. M. (2024). Types of childhood maltreatment as predictors of posttraumatic stress disorder severity and complex post-traumatic stress disorder in patients with substance use disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 15, 2367179. <https://doi.org/10.3389/ejp.2024.2367179>
- María-Ríos, C. E., & Morrow, J. D. (2020). Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14, 1-21. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00006>
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N., & van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 19985. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143, 189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- Nass, G. C. M., van Rens, L. W., & Dijkstra, B. A. G. (2019). Clinicians' perceptions for indicating and contra-indicating integrated treatment for SUD and comorbid PTSD: A vignette study. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 14, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0194-5>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2024). Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie. In *Stoornissen in het gebruik van alcohol* [Richtlijn] (pp. 13-38). Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023/screening_classificatie_diagnostiek_indicatiestelling_monitoring_en_evaluatie.html
- Patel, H., Tapert, S. F., Brown, S. A., Norman, S. B., & Pelham, W. E. (2024). Do traumatic events and substance use co-occur during adolescence? Testing three causal etiologic hypotheses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13985>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Rameckers, S. A., van Emmerik, A. A. P., Bachrach, N., Lee, C. W., Morina, N., & Arntz, A. (2021). The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. *Child Abuse and Neglect*, 120, 105208.

- <https://doi.org/10.1016/j.chia-bu.2021.105208>
- Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>
- Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2023). Psychological treatment of PTSD with comorbid substance use disorder (SUD): Expert recommendations of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). *European Journal of Psychotraumatology*, 14. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2265773>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD010204. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2>
- Ruglass, L. M., Lopez-Castro, T., Papini, S., Killeen, T., Back, S. E., & Hien, D. A. (2017). Concurrent treatment with prolonged exposure for co-occurring full or subthreshold posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 150-161. <https://doi.org/10.1159/000459976>
- Schäfer, I., Lotzin, A., Hiller, P., Sehner, S., Driessen, M., Hillemecher, T., Schäfer, M., Scherbaum, N., Schneider, B., & Grundmann, J. (2019). A multisite randomized controlled trial of Seeking Safety vs. Relapse Prevention Training for women with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1577092. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1577092>
- Schäfer, I., & Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 614-618. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0ffdg>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33.
- Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K. N., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., Browne, K. C., Lehavot, K., & Kaysen, D. (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.janx-dis.2021.102490>
- Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn middelenmisbruik of afhankelijkheid en angststoornissen: Addendum bij de MDR Angststoornissen*. Stichting Resultaten Scoren.
- Thompson, A., & Tapp, S. N. (2022). *Criminal victimization*, 2022 (NCJ 307089). National Crime Victimization Survey, Bureau of Justice Statistics. <https://bjs.ojp.gov/library/publications/criminal-victimization-2022>
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening question-

- naire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.05.005>
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2013). Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 172. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-172>
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1487225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30, 383-395. <https://doi.org/10.1037/pas0000466>
- Windle, M. (1994). Substance use, risky behaviors, and victimization among a US national adolescent sample. *Addiction*, 89, 175-182. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb00876.x>
- Zorginstituut Nederland. (2020). *Verbetersignalement posttraumatische-stressstoornis*. www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement/Zinnige+Zorg+bij+PTSS+-+verbetersignalement.pdf

Digitale interventies voor comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik

Een (kosten)effectieve aanpak?

MARIA SCHOUTEN, ANNA GOUDRIAAN, JACK DEKKER & MATTHIJS
BLANKERS

Samenvatting

We beschrijven in dit artikel de ontwikkelingen op het gebied van gecombineerde (digitale) behandeling van comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik. Daarnaast geven we een uitgebreide samenvatting van de (kosten)effectiviteitsresultaten van een gepubliceerd gerandomiseerd onderzoek ($n = 163$) naar Beating the Booze (BtB), een digitale *add-on* alcoholzelfhulp als aanvulling op de reguliere depressiebehandeling voor jongvolwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik. Onderzoeksresultaten toonden aan dat BtB in aanvulling op de depressiebehandeling effectiever was in het verminderen van alcoholgebruik na 3 en 6 maanden dan alleen een reguliere depressiebehandeling (controlegroep). We vonden geen significante verschillen op behandelrespons (gecombineerde alcohol- en depressie-uitkomstmaat) en op depressieve symptomen. De voorlopige resultaten lijken te wijzen op mogelijke kosteneffectiviteit van de BtB-interventie en langdurige positieve effecten ervan op kwaliteit van leven en problematisch alcoholgebruik na 12 maanden. We raden daarom aan om BtB te implementeren en toe te voegen aan de depressiebehandeling voor jongvolwassenen met deze comorbide problematiek.

Trefwoorden: alcohol, depressie, comorbiditeit, jongvolwassenen, digitale interventies

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004007>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ De huidige wetenschappelijke literatuur geeft een gemengd beeld van de korte- en langetermijneffecten van gecombineerde digitale standalone interventies voor (jong)volwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik.
- ▶ Resultaten van een gerandomiseerd onderzoek toonden aan dat als Beating the Booze (BtB), een digitale add-on zelfhulp voor problematisch alcoholgebruik, werd toegevoegd aan de depressiebehandeling, dat effectiever was in het verminderen van alcoholgebruik na 3 en 6 maanden dan alleen een reguliere depressiebehandeling bij jongvolwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik.
- ▶ We raden aan de BtB-interventie te implementeren in de praktijk als toevoeging aan de depressiebehandeling voor jongvolwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik. Daarnaast adviseren we verder onderzoek uit te voeren naar de effecten van het aanbieden van deze digitale alcoholinterventie als standalone interventie gedurende de wachttijd tot behandeling.

INLEIDING

.....

Stemmingsstoornissen, waaronder depressie, behoren tot de meest voorkomende psychische stoornissen onder de Nederlandse algemene bevolking. Bevindingen uit de NEMESIS-3-studie (2019-2022) tonen aan dat depressie het meest voorkomt onder jongvolwassenen van 18-34 jaar; zij hebben een bijna drie keer hoger risico op een depressie dan oudere volwassenen (ten Have et al., 2023). Jaarlijks krijgt ongeveer 1 op de 8 (13%) van de Nederlandse jongvolwassenen te maken met een depressie (ten Have et al., 2023). Depressieve stoornissen komen vaak samen voor met andere mentale aandoeningen. Een veelvoorkomende comorbiditeit onder (jong)volwassenen is problematisch alcoholgebruik (Bott et al., 2005; Hunt et al., 2020; Pedrelli et al., 2016; Shmulewitz et al., 2021).

In de definitie die het Trimbos-instituut hanteert van probleemdrinken staan vooral de gevolgen van het drinkgedrag centraal, en niet zozeer de hoeveelheid alcohol die wordt gedronken (Trimbos-instituut, z.d.). Onder problematisch alcoholgebruik vallen zowel stoornissen in alcoholgebruik (hierna 'alcoholstoornis' genoemd) als riskant alcoholgebruik. Riskant drinken wordt gedefinieerd door de problemen die iemand ervaart op het gebied van gezondheid, werk of relationeel vlak als gevolg van het drinkgedrag. Voorbeelden zijn (werk)verplichtingen niet kunnen nakomen, rijden onder invloed of het advies krijgen om te minderen met alcohol. Slechts een deel van de riskante drinkers heeft een alcoholstoornis (Trimbos-instituut, z.d.). Comorbide depressie en alcoholstoornis zijn ook prevalent onder jongvolwassenen. Prevalentieonderzoek laat zien dat 20,5% van hen op enig mo-

ment gedurende het leven hier zelf mee te maken krijgt; de jaarlijkse prevalentieschattingen variëren tussen de 3,4% en 11,4% (Briere et al., 2014; Lu et al., 2022; Mewton et al., 2011). Jongvolwassenen met comorbide depressie en een alcoholstoornis hebben een hoger risico op alcoholafhankelijkheid en suïcidepogingen, en op een lager functioneren en minder levensvoldoening dan personen met slechts één van deze aandoeningen (Briere et al., 2014). Verschillende vormen van riskant alcoholgebruik, zoals bingedrinken of zwaar alcoholgebruik, komen ook relatief vaak voor bij mensen met een depressie (Bott et al., 2005; Shmulewitz et al., 2021). Binnen de poliklinische geestelijke gezondheidszorg komt riskant en schadelijk alcoholgebruik vaak voor onder jongvolwassen cliënten (Eberhard et al., 2015). Daarnaast zijn bepaalde riskante drinkpatronen, zoals bingedrinken (5-9 glazen alcohol op één gelegenheid) en het drinken van 10+ glazen op één gelegenheid, significante voorspellers van alcoholstoornissen onder jongvolwassenen (Patrick et al., 2021). Depressieve jongvolwassenen met deze riskante alcoholgebruikspatronen kunnen daarom worden beschouwd als een belangrijke doelgroep voor geïndiceerde preventieve alcoholinterventies.

Digitale alcoholinterventies zijn veelvuldig onderzocht op effectiviteit in verschillende typen cliëntpopulaties. Inmiddels is er overweldigend wetenschappelijk bewijs dat de effectiviteit aantoon van digitale interventies in het verminderen van alcoholgebruik onder zowel studenten, jongvolwassenen als volwassenen (Oosterveen et al., 2017; Riper, Blankers et al., 2014; Sohi et al., 2023; Sundstrom et al., 2017), in zowel de algemene populatie als gezondheidszorgsettingen (Riper et al., 2018). Het is echter de vraag in hoeverre digitale interventies effectief zijn in het verminderen van zowel comorbide depressieve symptomen als alcoholgebruik, en in welke mate ze kosteneffectief zijn bij deze populaties met comorbiditeit.

In dit artikel beschrijven we de wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van (digitale) behandeling van comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik. Daarnaast geven we een uitgebreide samenvatting van de (kosten)effectiviteitsresultaten van een gerandomiseerde studie naar Beating the Booze, een digitale add-on alcoholzelfhulp die als aanvulling kan worden gebruikt in de depressiebehandeling van jongvolwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik (Schouten et al., 2024).

WAT ZEGT DE RICHTLIJN?

.....

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen voor alcoholstoornis en depressie verschillen enigszins in hun aanbevelingen bij comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik (GGZ Standaarden, 2017, 2018; Nederlands Huisartsen Genootschap, 2024; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024). De GGZ standaarden voor depressie raden bij comorbide verslavingsproblemen aan om met de behandeling van depressie pas te beginnen na een

periode van 4 tot 6 weken volledige abstinentie. Indien abstinentie niet haalbaar is omdat de verslaving in stand wordt gehouden door de depressie, kan worden overwogen worden om toch alvast met de depressiebehandeling te starten om zo ook de verslavingsgerelateerde problemen te verbeteren (GGZ Standaarden, 2018). Een soortgelijke aanbeveling wordt gedaan in de richtlijnen voor zowel huisartsen als de geestelijke gezondheidszorg, en in de voormalige multidisciplinaire richtlijnen voor problematisch alcoholgebruik en alcoholstoornis (GGZ Standaarden, 2017; Nederlands Huisartsen Genootschap, 2024). In 2024 is een nieuwe Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor stoornissen in het gebruik van alcohol gepubliceerd, met meer aandacht voor gecombineerd behandelen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024). Deze gecombineerde aanpak wordt aangeraden, aangezien het behandelen van slechts één aandoening vaak niet leidt tot voldoende effect op de andere comorbide stoornis. Echter, in geval van milde depressieve stoornissen wordt eerst behandeling voor de alcoholstoornis aanbevolen, aangezien dit mogelijk een positief effect kan hebben op de comorbide depressie. Voor persisterende of ernstige comorbide depressie wordt geadviseerd om beide aandoeningen gelijktijdig te behandelen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024). Al met al lijkt de recente alcoholrichtlijn meer nadruk te leggen op gecombineerde behandeling van zowel problematisch alcoholgebruik als depressie, terwijl de oudere depressierichtlijn minder expliciete aanbevelingen doet over een gecombineerde behandeling.

GEcombineerde BEHANDELING

.....

Bij een gecombineerde aanpak wordt zowel de alcoholproblematiek als de comorbide depressie behandeld, ofwel parallel (gelijktijdig maar onafhankelijk), ofwel sequentieel (één voor één), ofwel geïntegreerd (zowel gelijktijdig als geïntegreerd). Meerdere literatuurstudies, waaronder een systematische review en een meta-analyse, hebben aangetoond dat gecombineerde psychologische interventies die gebaseerd zijn op motiverende gespreksvoering (MI) en cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief kunnen zijn in het verminderen van zowel depressieve klachten als alcoholgebruik bij comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik (Baker et al., 2012; Riper, Andersson et al., 2014). Ook waren er aanwijzingen dat digitale gecombineerde MI- en CGT-gebaseerde interventies mogelijk effectiever zijn in het verminderen van depressieve klachten dan face-to-face interventies (Hedges' $g = 0,73$ vs. $g = 0,23$, respectievelijk) binnen deze populatie met comorbiditeit (Riper, Andersson et al., 2014).

Onderzoeken naar het effect van deze gecombineerde behandelingen specifiek onder jongvolwassenen met comorbide depressie en middelenstoornis (waaronder alcoholstoornis) zijn schaars (Deady et al., 2014). Ondanks de potentie van gecombineerde psychologische behandelingen blijft alcoholproble-

matiek vaak onbehandeld onder jongvolwassenen. Een recente Amerikaanse studie toonde aan dat tussen 2011 en 2019 slechts 9,5-11,7% van de jongvolwassenen met comorbide depressie en alcoholstoornis behandeld werd voor hun alcoholproblematiek en dat slechts 9% werd behandeld voor beide comorbide aandoeningen (Lu et al., 2022). Jongvolwassenen met veelvoorkomende psychische aandoeningen (depressie, angststoornis en ADHD) die wekelijks riskant drinken, maken ook minder vaak gebruik van de geestelijke gezondheidszorg dan jongvolwassenen met riskant ander middelengebruik (cannabis of drugs) (Werlen et al., 2020). Dit kan deels verklaard worden door enerzijds moeilijkheden die gezondheidszorgprofessionals ervaren in het herkennen van alcoholproblematiek bij jongvolwassenen met een depressie, en anderzijds door barrières die jongvolwassenen ondervinden bij het zoeken naar hulp (Ebert et al., 2019; Hobden et al., 2018; Lubman et al., 2007; Pretorius et al., 2019). De drempel die jongvolwassenen ervaren voor het zoeken naar hulp kan mogelijk verlaagd worden door digitale (zelfhulp)interventies aan te bieden.

DIGITALE INTERVENTIES

.....

Van eHealth naar mHealth

.....

Zowel het onderzoeksveld als de ontwikkeling van digitale interventies voor mentale gezondheid is in de afgelopen twee decennia snel gegroeid. In de beginfase werden digitale interventies veelal aangeboden via computerprogramma's en het internet, vaak aangeduid als 'eHealth', dat later met de komst van smartphone-applicaties (apps) veranderde naar 'mHealth'. Onder digitale interventies vallen dus al deze typen interventies. De inhoud van digitale interventies varieert, maar is vaak gebaseerd op MI en CGT en bevat veelal: psycho-educatie, zelfhulptherapie, dagboeken, oefeningen, zelfmonitoringfuncties en/of lotgenotencontact (Philippe et al., 2022). Digitale interventies hebben verschillende potentiële voordelen, waaronder: 24/7-toegankelijkheid, anonimiteit, een groot bereik, en de mogelijkheid om de verschillende aspecten van de interventie te personaliseren en aan te passen aan de voorkeuren van de gebruiker (Olff, 2015; van 't Hof et al., 2009). Daarnaast lijken deze digitale zelfhulpinterventies te passen bij de jonge doelgroep, die vaak belemmeringen voelt bij het zoeken naar mentale hulp, zoals stigma, niet klaar zijn om te stoppen met drinken en er de voorkeur aan geven om zelf problemen op te lossen (zelfredzaamheid) (Ebert et al., 2019; Hobden et al., 2018; Lubman et al., 2007; Pretorius et al., 2019).

Een grote uitdaging bij digitale interventies is vaak de suboptimale therapietrouw (*adherence*). Veel digitale interventiegebruikers voltooien niet het gehele digitale programma. Strategieën om therapietrouw en interventiegebruik te vergroten zijn bijvoorbeeld: meer personalisatie, cocreatie met

eindgebruikers tijdens de interventieontwikkelingsfase, het verwerken van gamificatie-elementen (bijvoorbeeld challenges en beloningen) en het bieden van begeleiding (Fleming et al., 2016). Digitale zelfhulpinterventies kunnen begeleid of zelfgeleid zijn. Begeleiding kan gegeven worden door bijvoorbeeld de behandelaar of een coach. De inhoud van de begeleiding kan behandelinhoudelijk of faciliterend van aard zijn. Faciliterende begeleiding is voornamelijk gericht op het verhogen van het interventiegebruik, bijvoorbeeld door bij inactiviteit herinneringen te sturen of door technische of programmagerelateerde vragen te beantwoorden (Cuijpers et al., 2017). Een recente meta-analyse over begeleide digitale interventies voor mentale aandoeningen heeft aangetoond dat *menselijke* begeleiding leidt tot een grotere symptoomreductie en betere therapietrouw dan *technische* begeleiding (onder andere geautomatiseerd verstuurd feedback en herinneringen). Ook resulteerde *regelmatige* menselijke begeleiding in betere therapietrouw dan *optionele* menselijke begeleiding (Koelen et al., 2022).

Problematisch alcoholgebruik

Digitale alcoholinterventies blijken effectief te zijn in het verminderen van alcoholgebruik onder verschillende populaties, onder wie studenten, jongvolwassenen en volwassenen (Oosterveen et al., 2017; Riper, Blankers et al., 2014; Sohi et al., 2023; Sundstrom et al., 2017). Een recente meta-analyse op basis van individuele-patiëntdata uit 19 gerandomiseerde onderzoeken toonde eveneens aan dat digitale alcoholinterventies effectief waren in het verminderen van problematisch alcoholgebruik in zowel de algemene bevolking als klinische settings (Riper et al., 2018). Bovendien kunnen digitale interventies ook als aanvulling op de (nazorg)behandeling van een alcoholstoornis van toegevoegde waarde zijn (Fuhrmann et al., 2024). Kortom, de effectiviteit van digitale alcoholinterventies is in verschillende populaties ruimschoots aangetoond. Het is echter onduidelijk of gecombineerde digitale interventies ook effectief zijn voor (jong)volwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik.

Comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik bij volwassenen

Tot voor kort was er slechts één meta-analyse uit 2014 die voorlopig bewijs gaf voor het potentieel van digitale CBT- en MI-gebaseerde interventies voor cliënten met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik (Riper, Andersson et al., 2014). Destijds waren digitale interventies nog in opkomst en was er slechts een zeer beperkt aantal studies uitgevoerd onder populaties met comorbiditeit.

In 2021 hebben wij een systematische review met meta-analyse uitgevoerd om de effectiviteit van digitale interventies voor mensen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik te onderzoeken (Schouten et al.,

2022). Hieruit bleek dat dit specifieke onderzoeksveld nog steeds klein was, maar wel groeiende. Onze meta-analyse, gebaseerd op zes gerandomiseerde studies, waarvan slechts twee uitgevoerd onder jongvolwassenen, toonde aan dat deze gecombineerde digitale interventies potentie hebben. In vergelijking met de controlecondities waren digitale interventies effectiever in het verminderen van depressieve symptomen na 3 maanden follow-up ($g = 0,34$, $p = 0,02$) en van mogelijk alcoholgebruik na 6 maanden follow-up ($g = 0,14$, $p = 0,005$). Deze laatstgenoemde bevinding dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden (Schouten et al., 2022). We kunnen daarom voorlopig concluderen dat digitale interventies voor mensen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik voorlopige kleine maar gunstige effecten laten zien. Er zijn echter meer studies nodig om deze bevindingen met meer zekerheid te onderbouwen.

Recentelijk zijn er drie nieuwe grote *randomized controlled trials* (RCT's) gepubliceerd (niet opgenomen in onze review), waarvan de resultaten een gemengd beeld laten zien (Baumgartner et al., 2021; Cunningham et al., 2021; Frohlich et al., 2021). In een grote RCT ($n = 988$) onder volwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik werd er geen significant verschil in behandel-effecten gevonden tussen een gecombineerde digitale CGT-depressie-interventie en een gepersonaliseerde normatieve feedback alcoholinterventie, vergeleken met een digitale depressie-interventie na 3 en 6 maanden follow-up. Binnen beide groepen werd er wel een significante afname in depressieve symptomen en alcoholgebruik gevonden (Cunningham et al., 2021). Resultaten van een RCT ($n = 689$) onder volwassenen met comorbide problematisch alcoholgebruik en matige depressieve symptomen toonden aan dat een digitale minimaal begeleide geïntegreerde alcohol- en depressie-interventie en een digitale alcoholinterventie beide effectief waren in het verminderen van depressieve symptomen en alcoholgebruik na 3 en 6 maanden, ten opzichte van een wachtlijstcontroleconditie (Baumgartner et al., 2021). Het is echter lastig om deze bevindingen met elkaar te vergelijken vanwege de verschillen in interventies (begeleide interventie versus zelfgeleide interventie) en studieontwerp (actieve versus inactieve controleconditie). Desondanks zijn deze nieuwe studies een belangrijke bijdrage aan de wetenschappelijke literatuur: over het algemeen lijken gecombineerde digitale interventies in ieder geval op korte termijn te wijzen op enkele kleine positieve effecten, maar de langetermijneffecten ervan zijn onduidelijker onder populaties met comorbiditeit.

Comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik bij jongvolwassenen

Bij aanvang van ons onderzoeksproject BLADE (BLended Alcohol Depression Ehealth) in 2018 waren er slechts twee RCT's uitgevoerd naar de effectiviteit van digitale interventies onder jongvolwassenen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik. De bevindingen van deze studies waren

gemengd. In een studie van Geisner en collega's (2015) werden er bij studenten met een depressieve stemming en riskant alcoholgebruik geen significante effecten gevonden van een digitale gepersonaliseerde feedbackinterventie voor depressie en alcoholgebruik ten opzichte van een inactieve controleconditie (Geisner et al., 2015). Een gecombineerde digitale modulaire zelfhulpinterventie toonde meer positieve resultaten op korte termijn. Deady en collega's (2016) evalueerden bij jongvolwassenen met comorbide matige depressieve symptomen en riskant alcoholgebruik een gecombineerde digitale modulaire zelfhulp voor alcoholgebruik en depressie vergeleken met een aandachtscontroleconditie. Deze digitale interventie, bestaande uit vier modules, werd ontwikkeld op basis van input van jonge eindgebruikers (Deady et al., 2016). De digitale interventie bleek effectiever dan de controleconditie in het verminderen van depressieve symptomen en alcoholgebruik na 5 weken follow-up, maar de significante differentiële effecten waren niet meer aanwezig na 3 en 6 maanden follow-up (Deady et al., 2016). Een recente studie uit 2021 ($n = 222$) onder jongvolwassenen met comorbide problematisch alcoholgebruik en emotionele problemen (matige angst en/of depressieve symptomen) toonde eveneens positieve significante effecten aan van een minimaal begeleide modulaire digitale zelfhulpinterventie voor het verminderen van zowel alcohol- als depressie-uitkomsten na een follow-up van 2 maanden. Het differentiële effect op depressie werd echter niet meer gevonden na 6 maanden follow-up (Frohlich et al., 2021).

Ten opzichte van de hoeveelheid studies over digitale interventies voor het verminderen van alleen depressie of alleen problematisch alcoholgebruik is de literatuur over digitale interventies voor jongvolwassenen met comorbide problematiek dus nog steeds relatief beperkt. Bovendien laten bestaande studies gemengde resultaten zien betreffende de effectiviteit van dergelijke interventies op zowel de korte als de lange termijn en is onbekend of deze digitale interventies binnen comorbide cliëntpopulaties kosteneffectief kunnen zijn. De eerder aangehaalde bestaande studies onder jongvolwassenen onderzochten standalone digitale interventies onder niet-klinische populaties. Het is daarom de vraag hoe dergelijke digitale interventies kunnen worden ingezet binnen een behandelsetting voor klinische depressie, waarbij de alcoholproblemen secundair zijn aan de depressie.

BEATING THE BOOZE: DIGITALE ADD-ON ALCOHOLZELFHULP ALS AANVULLING OP DEPRESSIEBEHANDELING VOOR JONGVOLWASSENEN

.....

Onderzoeksopzet

.....

Het doel van het BLADE-onderzoek was het ontwikkelen en evalueren van de (kosten)effectiviteit van een digitale alcoholinterventie (Beating the

Booze, BtB) als toevoeging aan de reguliere depressiebehandeling (*treatment as usual*, TAU) ten opzichte van alleen reguliere depressiebehandeling voor jongvolwassenen (18-35 jaar) met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik (Schouten et al., 2021). De effectiviteit van de behandeling werd onderzocht na 3, 6 en 12 maanden follow-up. De voornaamste inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren: (1) een leeftijd tussen de 18 en 35 jaar, (2) een depressiediagnose en hiervoor in behandeling gaan of zijn, en (3) minimaal riskant alcoholgebruik (totaalscore op de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) van ≥ 8 (mannen) respectievelijk ≥ 5 (vrouwen)). De voornaamste exclusiecriteria waren: (1) het hebben van een ernstige alcoholstoornisdiagnose, of (2) een acute psychose. Deelnemers werden geworven bij drie specialismen van Arkin en via advertenties op sociale media bij andere ggz-instellingen in Nederland. Alle uitkomstmaten werden gemeten met online zelfrapportagevragenlijsten. De primaire uitkomstmaat was behandelrespons: een gecombineerde uitkomstmaat die alcohol- en depressiecriteria samennam. Behandelrespons werd behaald indien er aan alle drie a priori vastgestelde criteria werd voldaan: (1) het drinken van minder dan 21 (mannen) of 14 (vrouwen) standaardglazen alcohol in de afgelopen week, (2) 0 dagen met 4 of meer (vrouwen) of 5 of meer (mannen) standaardglazen alcohol in de laatste 7 dagen, en (3) een totaalscore van < 16 op de Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) vragenlijst of een vermindering van 40% ten opzichte van de totale baseline CES-D-score. Criterium 1 en 2 zijn gebaseerd op Nederlandse normen voor overmatig alcoholgebruik en criteria voor binge drinken (Corbin et al., 2014; Courtney & Polich, 2009; Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2022). Criterium 3 was gebaseerd op de aanbevolen CES-D-score van < 16 voor de detectie van depressie (Radloff, 1977); de 40% reductie in CES-D-score is gekozen op aanbeveling van klinische experts, aangezien beide criteria als behandel succes kunnen worden beschouwd. Secondaire uitkomstmaten waren het aantal standaardglazen alcohol in de afgelopen 7 dagen (gemeten met de Timeline Follow-Back, TLFB), depressieve symptomen (CES-D), AUDIT-totaalscore en kwaliteit van leven (Schouten et al., 2021).

Beating the Booze in aanvulling op de reguliere depressiebehandeling

BtB werd gelijktijdig, maar niet geïntegreerd, met de depressiebehandeling gevolgd. Deelnemers in zowel de experimentele als de controleconditie ontvingen reguliere poliklinische depressiebehandeling, veelal in de vorm van evidencebased psychotherapie (bijvoorbeeld CGT), eventueel aangevuld met medicatie. De digitale BtB-interventie was gebaseerd op de online Jellinek Zelfhulp Alcohol; deze zelfhulp is in eerder onderzoek effectief gebleken onder probleemdrinkers (Blankers et al., 2011). De BtB-interventie is doorontwikkeld samen met jongvolwassenen uit de doelgroep. Via focusgroepen zijn de voorkeuren van jongvolwassenen verzameld over inhoud en

vormgeving van de interventie. Op basis van de input uit deze focusgroepen is de interventie doorontwikkeld tot BtB (zie figuur 1) (Schouten et al., 2023). BtB is een modulaire, minimaal begeleide zelfhulp bestaande uit vijf MI- en CGT-gebaseerde modules en één nazorgmodule. Het primaire doel van de interventie was gericht op het stoppen of minderen met alcoholgebruik. Elke gebruiker kon een persoonlijk drinkdoel kiezen: helemaal stoppen met drinken of (geleidelijk) minderen naar een zelfgekozen maximum aantal glazen alcohol. Elke module duurde ongeveer 30-45 minuten om te voltooien en bevatte onder andere een korte animatievideo, psycho-educatie, oefeningen en ervaringsverhalen. Extra (optionele) interventieonderdelen waren een dagboek, een forum, een visueel overzicht van persoonlijke drinkpatronen en het behalen van badges. Een andere belangrijke kerntaak van het programma was het dagelijks registreren (zelfmonitoren) van het alcoholgebruik, en optioneel van de dagelijkse stemming en activiteiten. De niet-zorginhoudelijke begeleiding werd per e-mail, telefoon of sms gegeven door een coach (een lid van het onderzoeksteam). De minimale begeleiding was gericht op het herinneren en motiveren van deelnemers om het programma te gebruiken na perioden van inactiviteit (Schouten et al., 2021).



FIGUUR 1 *Beating the Booze* web-app, toegankelijk via zowel de smartphone als de computer (Schouten et al., 2021)

RESULTATEN

Karakteristieken van de onderzoeksdeelnemers

In totaal werden er 163 onderzoeksdeelnemers gerandomiseerd naar ofwel de experimentele conditie (BtB + TAU: $n = 81$), ofwel de controleconditie (alleen TAU: $n = 82$). De meerderheid van de onderzoeksdeelnemers was vrouw (77,9%) en de gemiddelde leeftijd bedroeg 25,08 jaar. Bij de nulmeting (baseline) dronken deelnemers gemiddeld 16,19 standaardglazen alcohol per week (standaarddeviatie (SD) 13,70, mediaan 13,00) en de gemiddelde

AUDIT-score bedroeg 15,21 (SD 6,96), wat schadelijke drinkpatronen impliceert in het afgelopen jaar. De gemiddelde baseline CES-D-scores (30,36, SD 10,67) wezen op ernstige depressieve symptomen (Schouten et al., 2024).

BtB-interventiegebruik

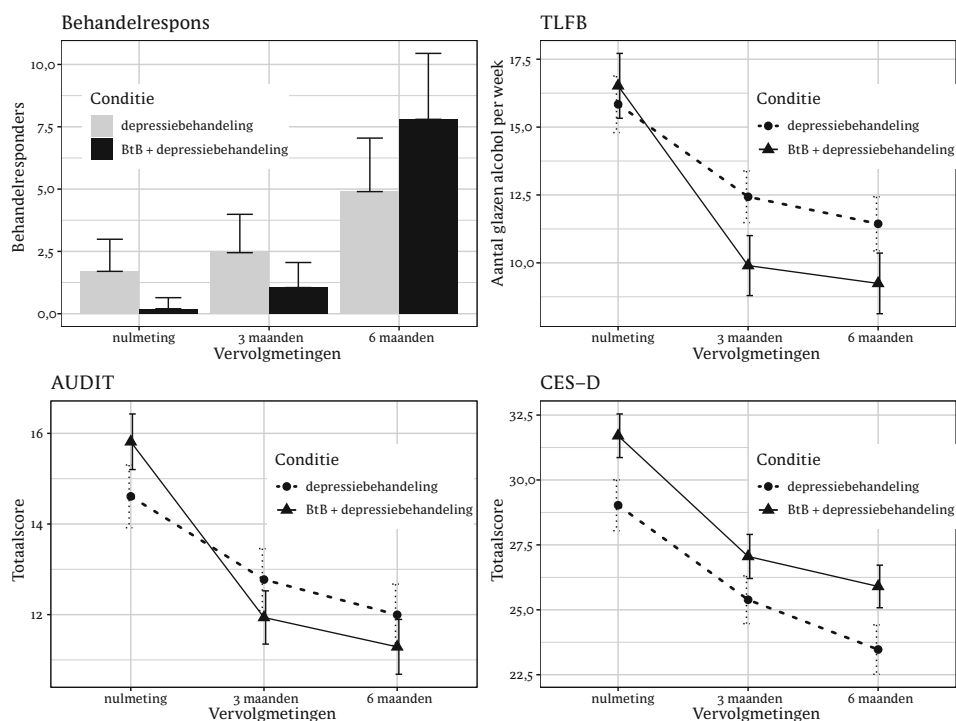
Het interventiegebruik van de BtB-gebruikers varieerde in hoge mate. In totaal hebben 74 deelnemers (91,4%) een account aangemaakt voor BtB, waarvan 32 (43,2%) niet verder zijn gegaan dan de eerste module. Vijfendertig deelnemers (47,3%) hebben de derde module bereikt, terwijl 21 gebruikers (28,4%) de laatste module hebben bereikt en 14 deelnemers (18,9%) alle zes modules hebben voltooid. Ook het aantal inlogmomenten varieerde sterk. Onder alle gebruikers was het gemiddelde aantal inlogmomenten 19,45 (SD 25,65, range 1-134). Opvallend was dat sommige deelnemers die niet verder kwamen dan de eerste module toch frequent het programma hebben gebruikt (range inlogmomenten 1-67, gemiddelde 6,25, SD 12,12) (Schouten et al., 2024).

(Kosten)effectiviteit van BtB + TAU versus TAU

De effectiviteitsresultaten van BtB + TAU versus TAU zijn gemengd (zie figuur 2). In tegenstelling tot onze verwachting behaalde slechts een klein aantal onderzoeksdeelnemers behandelrespons na 6 maanden follow-up (proportie behandelrespons interventiegroep: 0,11 en controleconditie: 0,03); dat kwam doordat slechts een klein deel van de deelnemers voldeed aan het depressie criterium van de uitkomstmaat behandelrespons (40% reductie of CES-D score < 16). Mede hierdoor vonden we geen significante verschillen tussen de interventie- en controleconditie op behandelrespons na 3 maanden (*odds ratio* (OR) = 1,00; *p*-waarde = 1,00; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) = 0,25-3,95) en ook niet na 6 maanden follow-up (OR = 2,86, *p* = 0,09, 95% CI = 0,85-9,63) (Schouten et al., 2024).

Op onze secundaire alcoholuitkomstmaten (TLFB en AUDIT) zagen we wel significante differentiële effecten in het voordeel van de BtB+TAU-conditie. Deelnemers in deze conditie dronken ongeveer vier standaardglazen alcohol minder per week dan deelnemers in de controlegroep; dit significante differentiële effect was aanwezig op zowel de vervolgmetingen op 3 maanden (*B* = -4,00, *p*-waarde = 0,01, 95% BI: -6,97; -1,02) als de 6 maanden vervolgmeting (*B* = -3,20, *p*-waarde = 0,03, 95% BI: -6,13; -0,27). Ook op de AUDIT-score zagen we gelijksoortige significante positieve effecten ten gunste van de BtB+TAU-conditie op beide follow-upmomenten (3 maanden follow-up: *B* = -2,29, *p*-waarde = 0,01, 95% BI: -3,71; -0,86; 6 maanden follow-up: *B* = -2,06, *p*-waarde = 0,01, 95% BI: -3,54; -0,57). Op de uitkomstmaat depressie (CES-D) vonden we geen significante verschillen tussen de interventiegroep en de controleconditie na 3 maanden follow-up

($B = -0,57$, p -waarde = $0,73$, 95% BI: $-3,83$; $2,69$) en ook niet na 6 maanden follow-up ($B = -0,44$, p -waarde = $0,79$, 95% BI: $-3,69$; $2,82$) (Schouten et al., 2024). In onze voorlopige resultaten zagen we na 12 maanden significante differentiële effecten ten gunste van de BtB+TAU-groep op de AUDIT en op kwaliteit van leven, maar niet op de TLFB, CES-D en behandelrespons (Schouten et al., onder review). De voorlopige resultaten van de economische evaluatie lijken te wijzen op mogelijke kosteneffectiviteit van de gecombineerde BtB+TAU-behandeling, vooral met inachtneming van de maatschappelijke kosten, en met kwaliteit van leven en alcoholgerelateerde uitkomsten als uitkomstmaat (Schouten et al., onder review).



FIGUUR 2 De grafieken van de CES-D, AUDIT en TLFB tonen de geschatte modelgebaseerde gemiddelden en standaarddeviaties. De behandelresponsgrafiek toont het aantal mensen met behandelrespons (Schouten et al., 2024). AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test; CES-D = Center for Epidemiological Studies-Depression; TLFB = Timeline Follow-Back.

CONCLUSIE

.....

Er is overtuigend bewijs dat digitale interventies effectief kunnen zijn in het verminderen van alcoholgebruik zowel onder de algemene bevolking als binnen klinische populaties (Riper et al., 2018). Ook onder jongere populaties, zoals studenten en jongvolwassenen, worden veelal positieve effecten gevonden van digitale alcoholinterventies (Oosterveen et al., 2017; Riper, Blankers et al., 2014; Sohi et al., 2023; Sundstrom et al., 2017). Onze systematische review met meta-analyse wees op kleine positieve effecten van digitale interventies in het verminderen van depressieve symptomen en mogelijk alcoholgebruik bij mensen met comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik (Schouten et al., 2022). Recentere nieuwe studies – die niet geïncludeerd waren in de review – tonen wisselende resultaten van gecombineerde digitale interventies voor deze comorbide doelgroep, waarbij sommige studies wel effectiviteit aantoonde en andere niet (Baumgartner et al., 2021; Cunningham et al., 2021; Fröhlich et al., 2021). Een hernieuwde meta-analyse zou wellicht meer zekerheid kunnen bieden over de effectiviteit van dergelijke digitale interventies bij populaties met comorbiditeit.

In ons BLADE-onderzoek vonden we ook gemengde resultaten wat betreft de effectiviteit van de digitale add-on BtB-interventie als toevoeging aan de depressiebehandeling voor jongvolwassenen. De BtB-interventie leidde tot grotere verbeteringen op alcoholuitkomstmaten, zowel op de korte termijn (3 maanden) als op de langere termijn (6 maanden follow-up), dan alleen reguliere depressiebehandeling. We vonden echter geen significante verschillen tussen de condities op de uitkomstmaat depressie en daardoor ook niet op onze gecombineerde uitkomstmaat alcohol en depressie (behandelrespons) (Schouten et al., 2024). Voorlopige resultaten wijzen erop dat de significante differentiële behandel-effecten op de AUDIT (screener voor riskante en schadelijke alcoholpatronen) en kwaliteit van leven behouden blijven na een follow-up van 12 maanden. Dit toont aan dat de digitale alcoholinterventie waarschijnlijk langdurig effectief is in het verminderen van problematisch alcoholgebruik en verhogen van kwaliteit van leven. Bovendien wijzen de voorlopige resultaten van de economische evaluatie op mogelijke kosteneffectiviteit van de BtB-interventie wanneer die als add-on is toegevoegd aan de depressiebehandeling (Schouten et al., onder review).

Implicaties voor de praktijk

.....

We adviseren gezondheidszorgprofessionals om structureel te screenen op problematisch alcoholgebruik tijdens (depressie)intakes met behulp van gevalideerde online screeninginstrumenten, zoals de AUDIT-vragenlijst (bijvoorbeeld via de ROM-meting). Online screenen op problematisch alcoholgebruik heeft potentiële voordelen boven het face to face uitvragen van

alcoholgebruik. Zo zijn cliënten in een face-to-facesetting eerder geneigd tot sociaal wenselijke antwoorden, wat mogelijk leidt tot een onderschatting van de alcoholinname (McKenna et al., 2018). Bovendien voelen mensen zich over het algemeen meer op hun gemak bij het invullen van hun alcoholgebruik in online zelfrapportagevragenlijsten dan bij het uitvragen ervan in face-to-facesettings (Pedersen et al., 2012). Ook hebben vragenlijsten, zoals de tienitem AUDIT, een hogere betrouwbaarheid en zijn ze beter in staat om de ernst van alcoholproblemen te meten dan één-itemvragenlijsten (Toner et al., 2019). Omdat deze valide alcoholscreeningsvragenlijsten gestandaardiseerde afkapwaarden hebben, leiden ze tot meer gestandaardiseerde screening voor problematisch alcoholgebruik. Standaardisatie in dergelijke zorgprocessen geeft zorgprofessionals handvatten en biedt cliënten een meer voorspelbare cliëntervaring (Sinsky et al., 2021).

Gezien de langdurige positieve effecten op problematisch alcoholgebruik, kwaliteit van leven en mogelijke kosteneffectiviteit, raden we aan om de interventie Beating the Booze te implementeren in de praktijk en aan te bieden als aanvulling op depressiebehandeling. Daarnaast raden we ook sterk aan om te onderzoeken of de BtB-interventie tijdens de wachttijd tot behandeling als standalone interventie kan worden aangeboden aan depressieve jongvolwassenen met riskant alcoholgebruik. Op deze manier kunnen jonge cliënten de wachttijd tot behandeling gebruiken om met behulp van de digitale alcoholinterventie alvast actief aan de slag gaan met het minderen of stoppen met alcohol. Mogelijk starten ze dan met een lager alcoholgebruik aan de depressiebehandeling, wat wellicht ook tot gunstigere behandel-effecten op depressie kan leiden. Het blijft echter wel de vraag of de positieve effecten die BtB had als add-on interventie ook worden behaald als standalone interventie. Dit dient dan ook nader onderzocht te worden.

Maria Schouten en **Jack Dekker** zijn verbonden aan Arkin Onderzoek, Amsterdam en de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie.

Anna Goudriaan is verbonden aan Arkin Onderzoek, Amsterdam, Amsterdam UMC, Psychiatrie en Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam en Amsterdam Public Health, Mental Health, Amsterdam.

Matthijs Blankers is verbonden aan Arkin Onderzoek, Amsterdam en het Trimbos-instituut, Utrecht.

Correspondentieadres: Maria Schouten, Arkin, Klaprozenweg 111, 1033 NN Amsterdam. E-mail: maria.schouten@arkin.nl

Summary *Digital interventions for co-occurring depression and problematic alcohol use: a (cost-)effective approach?*

In this article we provide an overview of the developments in the (digital) treatment of co-occurring depression and problematic alcohol use. We also

present a summary of the (cost) effectiveness results of a published randomized controlled trial ($n = 163$) on Beating the Booze (BtB), a digital add-on alcohol self-help intervention to complement regular depression treatment for young adults with co-occurring depression and problematic alcohol use. Results showed that BtB as add-on to depression treatment was more effective in reducing alcohol use after 3- and 6-month follow-up than depression treatment alone (control group). No significant differences were found for treatment response (combined alcohol depression outcome) and depressive symptoms. Preliminary results showed sustained improvements on problematic alcohol use and quality of life after a 12-month follow-up, and potential cost-effectiveness of BtB as adjunct to depression treatment. Therefore, we recommend implementation of BtB as an add-on to depression treatment for young adults with these co-occurring conditions.

Keywords *alcohol, depression, comorbidity, young adults, digital interventions*

Referenties

- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L., & Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 217-229. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.004>
- Baumgartner, C., Schaub, M. P., Wenger, A., Malischinig, D., Augsburg, M., Lehr, D., Blankers, M., Ebert, D. D., & Haug, S. (2021). 'Take Care of You' – Efficacy of integrated, minimal-guidance, internet-based self-help for reducing co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108806. <https://doi.org/10.1016/j.drugalc-dep.2021.108806>
- Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330-341. <https://doi.org/10.1037/a0023498>
- Bott, K., Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., & John, U. (2005). Psychiatric disorders among at-risk consumers of alcohol in the general population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 66, 246-253. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.246>
- Briere, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007>
- Corbin, W. R., Zalewski, S., Leeman, R. F., Toll, B. A., Fucito, L. M., & O'Malley, S. S. (2014). In with the old and out with the new? A comparison of the old and new binge drinking standards. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 38, 2657-2663. <https://doi.org/10.1111/acer.12514>
- Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135, 142-156. <https://doi.org/10.1037/a0014414>
- Cuijpers, P., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Riper, H. (2017). Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression*

- and Anxiety, 34, 596-602. <https://doi.org/10.1002/da.22641>
- Cunningham, J. A., Godinho, A., Hendershot, C. S., Kay-Lambkin, F., Neighbors, C., Griffiths, K. M., & Schell, C. (2021). Randomized controlled trial of online interventions for co-occurring depression and hazardous alcohol consumption: Primary outcome results. *Internet Interventions*, 26, 100477. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100477>
- Deady, M., Mills, K. L., Teesson, M., & Kay-Lambkin, F. (2016). An online intervention for co-occurring depression and problematic alcohol use in young people: Primary outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e71. <https://doi.org/10.2196/jmir.5178>
- Deady, M., Teesson, M., & Kay-Lambkin, F. J. (2014). Treatments for co-occurring depression and substance use in young people: A systematic review. *Current Drug Abuse Reviews*, 7, 3-17. <http://www.eurekaselect.com/125404/article>
- Eberhard, S., Nordström, G., & Öjehagen, A. (2015). Hazardous alcohol use in general psychiatric outpatients. *Journal of Mental Health*, 24, 162-167. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1036967>
- Ebert, D. D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K. I., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A. M., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28, e1782. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>
- Fleming, T. M., de Beurs, D., Khazaal, Y., Gaggioli, A., Riva, G., Botella, C., Banos, R. M., Aschieri, F., Bavin, L. M., Kleiboer, A., Merry, S., Lau, H. M., & Riper, H. (2016). Maximizing the impact of e-therapy and serious gaming: Time for a paradigm shift. *Front Psychiatry*, 7, 65. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00065>
- Frohlich, J. R., Rapinda, K. K., Schaub, M. P., Wenger, A., Baumgartner, C., Johnson, E. A., O'Connor, R. M., Vincent, N., Blankers, M., Ebert, D. D., Hadjistavropoulos, H. D., Mackenzie, C. S., Wardell, J. D., Augsburg, M., Goldberg, J. O., & Keough, M. T. (2021). Efficacy of a minimally guided internet treatment for alcohol misuse and emotional problems in young adults: Results of a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100390. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100390>
- Fuhrmann, L. M., Weisel, K. K., Harrer, M., Kulke, J. K., Baumeister, H., Cuijpers, P., Ebert, D. D., & Berking, M. (2024). Additive effects of adjunctive app-based interventions for mental disorders – A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Internet Interventions*, 35, 100703. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100703>
- Geisner, I. M., Varvil-Weld, L., Mittmann, A. J., Mallett, K., & Turrissi, R. (2015). Brief web-based intervention for college students with comorbid risky alcohol use and depressed mood: Does it work and for whom? *Addictive Behaviors*, 42, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.030>
- GGZ Standaarden. (2017). *Alcohol: Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/introductie
- GGZ Standaarden. (2018). *Depressieve stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie

- ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie
- Hobden, B., Bryant, J., Sanson-Fisher, R., Oldmeadow, C., & Carey, M. (2018). Co-occurring depression and alcohol misuse is under-identified in general practice: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*, 23, 1085-1095. <https://doi.org/10.1177/1359105316643855>
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990-2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
- Koelen, J. A., Vonk, A., Klein, A., de Koning, L., Vonk, P., de Vet, S., & Wiers, R. (2022). Man vs. machine: A meta-analysis on the added value of human support in text-based internet treatments ('e-therapy') for mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 96, 102179. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102179>
- Lu, W., Kim, J. C., Yoon, A. S., Yun, K. K., & Solomon, P. (2022). Trends and disparities in unmet treatment needs for co-occurring depression and alcohol use disorders among young adults in the U.S. *American Journal of Orthopsychiatry*, 92, 268-279. <https://doi.org/10.1037/ortho0000608>
- Lubman, D. I., Hides, L., Jorm, A. F., & Morgan, A. J. (2007). Health professionals' recognition of co-occurring alcohol and depressive disorders in youth: A survey of Australian general practitioners, psychiatrists, psychologists and mental health nurses using case vignettes. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 830-835. <https://doi.org/10.1080/00048670701579090>
- McKenna, H., Treanor, C., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2018). Evaluation of the psychometric properties of self-reported measures of alcohol consumption: A COSMIN systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13, 6. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0143-8>
- Mewton, L., Teesson, M., Slade, T., & Grove, R. (2011). The epidemiology of DSM-IV alcohol use disorders amongst young adults in the Australian population. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 185-191. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq091>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2024). *NHG-Richtlijnen: Depressie*. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2024). *Stoornissen in het gebruik van alcohol* [Richtlijn]. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023/startpagina_-_stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023.html
- Olf, M. (2015). Mobile mental health: A challenging research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27882. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27882>
- Oosterveen, E., Tzelepis, F., Ashton, L., & Hutchesson, M. J. (2017). A systematic review of eHealth behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. *Preventive Medicine*, 99, 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.01.009>
- Patrick, M. E., Evans-Polce, R. J., Parks, M. J., & Terry-McElrath, Y. M. (2021). Drinking intensity at age 29/30 as a predictor of alcohol use disorder symptoms at age 35 in a national sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82, 362-367. <https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.362>
- Pedersen, E. R., Grow, J., Duncan, S., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2012). Concurrent validity of an online version of the Timeline Follow-back assessment. *Psychology of Addic-*

- tive Behaviors*, 26, 672-677. <https://doi.org/10.1037/a0027945>
- Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., & Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: A summary and interpretation of mixed findings. *Current Addiction Reports*, 3, 91-97. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0084-0>
- Philippe, T. J., Sikder, N., Jackson, A., Koblanski, M. E., Liow, E., Pilarinos, A., & Vasarhelyi, K. (2022). Digital health interventions for delivery of mental health care: Systematic and comprehensive meta-review. *JMIR Mental Health*, 9, e35159. <https://doi.org/10.2196/35159>
- Pretorius, C., Chambers, D., Cowan, B., & Coyle, D. (2019). Young people seeking help online for mental health: Cross-sectional survey study. *JMIR Mental Health*, 6, e13524. <https://doi.org/10.2196/13524>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction*, 109, 394-406. <https://doi.org/10.1111/add.12441>
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., Ebert, D., & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: A meta-analysis. *PloS One*, 9, e99912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099912>
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boss, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., ... Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Med*, 15, e1002714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>
- Schouten, M. J. E., Christ, C., Dekker, J. J. M., Riper, H., Goudriaan, A. E., & Blankers, M. (2022). Digital Interventions for people with co-occurring depression and problematic alcohol use: A systematic review and meta-analysis. *Alcohol & Alcoholism*, 57, 113-124. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa147>
- Schouten, M. J. E., Dekker, J. J. M., de Bruijn T. Q., Ebert, D. D., Koomen, L. M., Kosterman, S. L. A., Riper, H., Schaub, M. P., Goudriaan, A. E., & Blankers, M. (2021). Effectiveness of a digital alcohol moderation intervention as an add-on to depression treatment for young adults: Study protocol of a multicentre pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21, 265. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03222-1>
- Schouten, M. J. E., Dekker, J. J. M., Lommerse, N. M., Goudriaan, A. E., & Blankers, M. (onder review). Economic evaluation and 12-month treatment outcome of Beating the Booze: A digital add-on alcohol intervention to complement depression treatment for young adults.
- Schouten, M. J. E., Derksen, M. E., Dekker, J. J. M., Goudriaan, A. E., & Blankers, M. (2023). Preferences of young adults on the development of a new digital add-on alcohol intervention for depression treatment: A qualitative study. *Internet Interventions*, 100641. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100641>

- Schouten, M. J. E., Goudriaan, A. E., Schaub, M. P., Dekker, J. J. M., & Blankers, M. (2024). Effectiveness of a digital alcohol intervention as an add-on to depression treatment for young adults: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 54, 2887-2898. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000953>
- Shmulewitz, D., Aharonovich, E., Witkiewitz, K., Anton, R. F., Kranzler, H. R., Scodes, J., Mann, K. F., Wall, M. M., Hasin, D., & Alcohol Clinical Trials Initiative (ACTIVE Group). (2021). The World Health Organization risk drinking levels measure of alcohol consumption: Prevalence and health correlates in nationally representative surveys of U.S. adults, 2001-2002 and 2012-2013. *The American Journal of Psychiatry*, 178, 548-559. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050610>
- Sinsky, C. A., Bavafa, H., Roberts, R. G., & Beasley, J. W. (2021). Standardization vs customization: Finding the right balance. *Annals of Family Medicine*, 19, 171-177. <https://doi.org/10.1370/afm.2654>
- Sohi, I., Shield, K. D., Rehm, J., & Monteiro, M. (2023). Digital interventions for reducing alcohol use in general populations: An updated systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clinical & Experimental Research (Hoboken)*, 47, 1813-1832. <https://doi.org/10.1111/acer.15175>
- Staat van Volksgezondheid en Zorg. (2022). *Alcohol: overmatig drinken*. CBS, RIVM, Trimbos-instituut. www.staatvenz.nl/kerncijfers/alcohol-overmatig-drinken
- Sundstrom, C., Blankers, M., & Khadjesari, Z. (2017). Computer-based interventions for problematic alcohol use: A review of systematic reviews. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 646-658. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9601-8>
- ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaar, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22, 275-285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Toner, P., Böhnke, J. R., Andersen, P., & McCambridge, J. (2019). Alcohol screening and assessment measures for young people: A systematic review and meta-analysis of validation studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.030>
- Trimbos-instituut. (z.d.). *Cijfers problematisch drinken*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd 24 oktober 2024 op www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-in-cijfers/cijfers-problematisch-drinken
- van 't Hof, E., Cuijpers, P., & Stein, D. J. (2009). Self-help and internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: A systematic review of meta-analyses. *CNS Spectrums*, 14, 34-40.
- Werlen, L., Puhan, M. A., Landolt, M. A., & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: The prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC Public Health*, 20, 1470. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09577-6>

Approach bias modification training (ApBM)

435

Als aanvulling op een klinische
behandeling bij patiënten met een stoornis
in alcoholgebruik

NICOLLE VAN MIL, LAURA DE FUENTES-MERILLAS, WIEBREN MARKUS
✉ REINOUT WIERS

Samenvatting

Kenmerkend voor de behandeling van een stoornis in alcoholgebruik (SAG) is de hoge kans op behandeldrop-out en terugval. Onderzoek heeft aangetoond dat het toevoegen van *approach bias modification training* (ApBM), een gecomputeriseerde vorm van cognitieve training, aan een reguliere klinische verslavingsbehandeling een gunstig effect heeft op het handhaven van abstinentie bij patiënten met een SAG. Het vermindert de kans op alcoholterugval binnen 1 jaar gemiddeld met ongeveer 10%. In dit artikel wordt de klinische relevantie beschreven van ApBM als aanvullende interventie bij klinische behandelingen van patiënten met een SAG. Eerst wordt de theoretische achtergrond van ApBM als effectieve interventie binnen de bredere categorie van *cognitive bias modification* (CBM)-interventies besproken. Vervolgens wordt op basis van relevante literatuur geëvalueerd in hoeverre ApBM zich heeft bewezen als effectieve training. Tot slot wordt beschreven hoe ApBM ingezet kan worden in aanvulling op de klinische praktijk en welke nieuwe ontwikkelingen er zijn.

Trefwoorden: cognitieve biasmodificatie (CBM), stoornis in alcoholgebruik, approach bias modification (ApBM), computertraining

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004008>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Gezien de hoge mate van alcoholterugval bij een stoornis in alcoholgebruik (SAG) is het belangrijk om waar mogelijk aanvullende effectieve interventies in te zetten.
- ▶ ApBM is een bewezen effectieve vorm van cognitieve biasmodificatie, die de reguliere behandeling van SAG kan ondersteunen, omdat het toevoegen van deze interventie de kans op terugval in alcoholgebruik binnen 1 jaar na klinische behandeling met gemiddeld ongeveer 10% vermindert.
- ▶ ApBM is een aanvullende interventie die laagdrempelig ingezet kan worden, en die de patiënt en de therapeut relatief weinig tijd kost.

INLEIDING

.....

In dit artikel wordt de klinische relevantie beschreven van approach bias modification computertraining (ApBM) bij patiënten met een stoornis in alcoholgebruik (SAG). ApBM is een vorm van cognitieve training uit de bredere categorie van cognitieve biasmodificatie (CBM)-interventies. Deze zijn ontwikkeld om impliciete (oftewel: automatisch geactiveerde) cognitieve processen die een rol spelen bij psychische en verslavingsproblemen te beïnvloeden. We beschrijven een theoretisch kader alsmede een globaal overzicht van de resultaten uit onderzoek naar de effecten van ApBM als aanvulling op klinische behandeling van patiënten met SAG. Daarnaast wordt de inzet van ApBM in een klinische setting geïllustreerd aan de hand van een praktijkvoorbeeld en ervaringen ermee. Ten slotte wordt ingegaan op enkele ApBM-innovaties.

COGNITIEVE BIASMODIFICATIE (CBM)

.....

CBM is gericht op het direct verminderen van automatische cognitieve processen (zoals aandacht en interpretatie) die bijdragen aan de ontwikkeling of instandhouding van psychopathologie. CBM is een meer impliciete training, bestaande uit het direct modifieren van een gerichte cognitieve bias in een bepaalde richting (MacLeod & Mathews, 2012). Deze actiëneigingen worden gezien als het resultaat van twee gedragssystemen: het positieve en het negatieve valentiesysteem (Gray, 1982, 1987; McNaughton & Gray, 2000). Het positieve valentiesysteem zet aan tot toenaderingsreacties op belonende en over het algemeen positieve signalen, terwijl het negatieve valentiesysteem het vermijden van aversieve en over het algemeen negatieve signalen stuurt. Dit mechanisme wordt geassocieerd met zowel adaptief gedrag als maladaptief gedrag (bijvoorbeeld angststoornissen en verslaving).

Zowel toenaderingsgedrag als vermijdingsgedrag wordt gezien als resultante van een complexe interactie tussen impliciete en expliciete informatieverwerking (Gladwin et al., 2011; Loijen et al., 2020; Vrijsen et al., 2024). De expliciete informatieverwerkingsroute wordt gekenmerkt door doelbewuste en reflectieve redenering, vereist inspanning en is relatief traag; ze is geassocieerd met cognitieve controle en de prefrontale cortex. De impliciete route betreft de door emoties gedreven, snelle informatieverwerking; ze is geassocieerd met subcorticale structuren die betrokken zijn bij affectverwerking, zoals de amygdala en het ventrale striatum. Een gebalanceerde en voortdurende interactie tussen deze twee systemen resulteert in flexibel en adaptief sociaal-emotioneel gedrag.

Verondersteld wordt dat een verstoorde interactie tussen impliciete en expliciete informatieverwerking kan leiden tot een responsconflict (Loijen et al., 2020). Zo zijn bij langdurig alcoholgebruik de executieve functies verminderd en is het beloningssysteem gesensitiseerd. Hierdoor krijgen impliciete processen in reactie op alcoholgerelateerde cues een relatief toenemende invloed op gedrag. Dit kan leiden tot het automatisch benaderen van alcoholgerelateerde cues en tot consumptie van alcohol, zelfs wanneer men zich goed bewust is van de schadelijke gezondheidseffecten en expliciet van plan is alcohol te vermijden (Wiers et al., 2013).

In de afgelopen 20 jaar zijn er verschillende CBM-trainingsinterventies ontwikkeld om mensen te helpen hun verslavingsgedrag te overwinnen. De rationale van CBM-interventies bij mensen met een SAG is dat relevante (neuro)cognitieve functies (zoals impulscontrole en gewoontevorming) erdoor kunnen verbeteren, waardoor zij beter in staat zijn om alcohol te weerstaan en dus meer zelfcontrole ervaren (Vrijsen et al., 2024; Wiers et al., 2023). Het meeste onderzoek naar CBM-interventies bij verslaving heeft betrekking op twee typen trainingen: ApBM en aandachtbiasmodificatie (AtBM) (Schoenmakers et al., 2010). Dit artikel focust op ApBM, omdat dit tot nu toe de meest effectieve CBM-interventie blijkt voor de behandeling van SAG (Wiers et al., 2023) en omdat de nieuwe multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024) adviseert approach bias modification (ApBM) toe te voegen aan de klinische behandeling van volwassenen en jongeren met een SAG.

APPROACH BIASMODIFICATIE

.....

ApBM (ook bekend als ‘toenaderingsbiasmodificatie’, ‘actietendenstraining’ of – in het geval van SAG – ‘alcoholgerelateerde toenaderingsbiastraining’) is een vorm van (neuro)cognitieve training die gericht is op het veranderen van de automatisch geactiveerde neiging van mensen om bepaalde stimuli te benaderen, zoals alcohol bij SAG. Deze neiging tot toenadering is gerelateerd aan mechanismen als gewoontevorming, impulsiviteit en automa-

tische gedragscontrole, en aan hersengebieden als het beloningssysteem en de prefrontale cortex (C. E. Wiers et al., 2015; R. W. Wiers et al., 2015).

De ApBM-training¹ bestaat uit gemiddeld vier tot zes sessies (gebaseerd op Eberl et al., 2014). Patiënten worden geïnstrueerd om te reageren met een toenaderingsbeweging (trekken aan een joystick) op links gekantelde afbeeldingen en om te reageren met een ontwijkende beweging (duwen op een joystick) op rechts gekantelde afbeeldingen. Als de patiënt aan de joystick trekt, wordt de afbeelding groter, en als hij erop drukt, wordt de afbeelding kleiner (zoom- en uitzoomeffect). Er worden 20 afbeeldingen gebruikt van alcoholische dranken en 20 van non-alcoholische dranken. Elke ApBM-trainingssessie bestaat uit 300 oefeningen. Elk van de 20 afbeeldingen wordt twee keer getrokken en geduwd, afhankelijk van de oriëntatie van de foto (links of rechts). De taak begint met 13 oefeningen met afbeeldingen van neutrale objecten, totdat de patiënt de computertaak begrijpt.

In de eerste klinische trial van deze vorm van training toonden Wiers en collega's (2011) aan dat ApBM met zowel impliciete als expliciete training kan leiden tot een vermindering van de alcoholtoenaderingsbias. In een expliciete training wordt patiënten uitgelegd dat zij foto's met afbeeldingen van alcohol moeten wegduwen. In een impliciete training wordt hun gevraagd om op een bepaalde oriëntatie te reageren (onafhankelijk van de inhoud van de foto).

WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE VOOR ALCOHOL APPROACH BIASMODIFICATIE

.....

Alle gerandomiseerde, klinische studies waarin ApBM werd toegevoegd aan een reguliere verslavingsbehandeling voor SAG laten een consistent effect zien, met een kleine effectgrootte. Bij patiënten met SAG die tijdens een klinische verslavingsbehandeling als aanvullende interventie ApBM ondergaan, valt gemiddeld ongeveer 10% van de patiënten minder terug in het jaar na de opname dan in de groep die geen aanvullende ApBM kreeg (Eberl et al., 2013; Rinck et al., 2018; Salemin et al., 2022; Wiers et al., 2011). Het gaat om een klein effect, maar het is vergelijkbaar met dat van farmacotherapie bij SAG (Jonas et al., 2014). Zo vonden Wiers en collega's (2011) bij 214 patiënten met SAG binnen een jaar na ontslag uit een Duitse kliniek een vermindering in terugval van 13% bij patiënten die naast de reguliere verslavingsbehandeling ApBM kregen, ten opzichte van degenen die geen of een placebo-ApBM hadden ontvangen. In dezelfde kliniek werden deze be-

1 Er zijn verschillende geautomatiseerde ApBM-trainingen beschikbaar. De training die in dit artikel wordt beschreven, is de enige die op dit moment in Nederland wordt gebruikt en ook in de Duitse studies wordt vermeld, zowel voor onderzoek als voor klinische behandelingen (Eberl et al., 2013; Rinck et al., 2018).

vindingen driemaal gerepliceerd. Eberl en collega's (2013) vonden 9% minder terugval ($N = 509$), Rinck en collega's (2018) vonden 8,5% ($N = 1405$) en Salemink en collega's (2022) vonden 10% ($N = 729$). In Australische studies (Manning et al., 2021, 2022) werden iets kleinere effecten gevonden. Deze studies vonden plaats in een andere context, namelijk tijdens de ontgiftiging, in plaats van na de ontgiftiging en tijdens de behandeling. Bij de patiënten die ApBM kregen tijdens ontgiftiging ($N = 300$) waren de effecten (13%) ten opzichte van de groep die een placebotraining ontving of enkel *treatment as usual* significant tot 3 maanden na einde behandeling, maar niet meer bij 6 en 12 maanden na de interventie (Manning et al., 2022). Naast de context was er nog een ander verschil in ApBM-trainingen: patiënten werden niet consequent weggetraind van de alcohol, zoals in de Duitse studies, maar enkel bij 95% van de plaatjes tijdens de training (Manning et al., 2022). In een nog niet gepubliceerde studie van Spruyt en collega's (2024) werd geen aanvullend effect gevonden van de training; zij gebruikten een training waarin alcohol in 87,5% van de gevallen werd weggeduwd. Het lijkt er dus op dat consistente training nodig is om het aanvullende effect te vinden en dat het effect afneemt naarmate de training minder consistent wordt.

ApBM is als toevoeging aan een abstinentiegeoriënteerde behandeling opgenomen in richtlijnen in Duitsland en Australië (Haber, 2021; Kiefer et al., 2021). Ook in de meest recente multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024) wordt opgemerkt dat ApBM als aanvulling op een klinische behandeling een klein positief effect heeft op het bevorderen en behouden van alcoholabstinentie bij patiënten met een SAG. Verder wordt gezien de eenvoud van de behandeling de mogelijkheid van een bredere implementatie genoemd en ziet men voldoende grond om de interventie ook in te zetten bij de klinische behandeling van jongeren met een SAG.

IMPLEMENTATIE IN EEN KLINISCHE SETTING

.....

Inmiddels is ApBM als aanvullende interventie bij SAG onder andere geïmplementeerd bij Novadic-Kentron (een instelling voor verslavingszorg in Noord-Brabant) en IrisZorg (een instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang in Gelderland). In de klinische voorzieningen van deze instellingen staan meerdere trainingsopstellingen in een rustige ruimte, waar patiënten zich optimaal kunnen concentreren op de computertaak. Elke opstelling bestaat uit een bureau met een beeldscherm, toetsenbord, computer en joystick. Hierdoor kunnen tot vier patiënten tegelijkertijd een ApBM-sessie doorlopen. De enige contra-indicaties die gehanteerd worden zijn: (1) herhaaldelijk niet in staat zijn om de instructie te begrijpen, en (2) nog te ziek of te verzwakt zijn, waardoor de belasting te groot zou zijn. Tijdens of na de ontgiftiging ontvangen nieuwe patiënten een korte mondelinge

instructie, waarna meteen de eerste sessie begint. In totaal worden vier tot zes sessies met elk 300 trials gepland. Het heeft de voorkeur om steeds met nieuwe plaatjes te trainen. De meeste patiënten doen ongeveer 15-20 minuten over een sessie, die worden begeleid door een behandelaar. Na de eerste instructie kunnen patiënten doorgaans zelfstandig werken. Wanneer patiënten opnieuw worden opgenomen, nemen ze opnieuw deel. Ze vinden het doorgaans een aardige afleiding, die ze niet als belastend ervaren qua moeite en tijd. Behandelaars ervaren ApBM als een standaard onderdeel van het kliniekaanbod, dat ze routineus toepassen. Per kliniek zijn er twee tot vier behandelaars die wekelijks ieder een of meerdere ApBM-sessies voor hun rekening nemen (in een rooster van drie tot vier sessies per week) en ze nemen voor elkaar waar tijdens vakanties. De implementatie vraagt om een eenmalige investering in bureaus, computers en joysticks, en verder om een geschikte ruimte, een duidelijke logistieke planning en een aantal gecommiteerde medewerkers. Tot slot is het zaak de indicatiestelling voor dit aanbod structureel en al vroeg tijdens de opname in het zorgproces in te bedden. We illustreren hoe ApBM een rol kan krijgen in de behandeling aan de hand van de casus Koos (zie kader).

Casus: Koos

Koos werd opgenomen voor een alcoholdetoxificatie en een klinische behandeling, met een duur van 3 maanden. De detoxificatie verliep voorspoedig. Koos werd voor een korte periode ingesteld op diazepam om hevige ontwenning te voorkomen. Op de vierde opnamedag startte Koos met de ApBM-training, die hij 5 opeenvolgende dagen verrichtte. Na 2 weken werd de detoxificatie afgerond en werd een nader klinisch traject vormgegeven. Twee weken na de ApBM-training – Koos verbleef toen nog in de kliniek – was er sprake van een afname van angst, depressie, stress en zucht naar alcohol. Na 3 maanden rondde Koos zijn opname succesvol af en keerde hij terug naar zijn woning. Weer 3 maanden later bleek Koos nog alcoholabstinent en voelde hij zich goed, evenals na 6 maanden, toen hij nauwelijks nog psychische klachten en alcoholzucht ervoer. Koos geeft aan dat de ApBM-training hem heeft geholpen om zich bewuster te worden van zijn reacties op alcoholprikkelers en om 'de alcohol van zich weg te duwen' in zijn dagelijks leven.

Voor de implementatie van ApBM in de klinische praktijk is het belangrijk om patiënten goed uit te leggen wat het rationale achter ApBM is en waarom het belangrijk is om de ApBM-training herhaaldelijk te oefenen. Patiënten moeten gemotiveerd blijven, aangezien de training na verloop van tijd soms als saai kan worden ervaren. Een bruikbare vergelijking om dit uit te leggen is die van ApBM-training met krachttraining, echter niet om spieren te trainen, maar om automatische reacties op alcohol te verminderen (zoals beschreven door Wiers & Salemink, 2015).

Onderzoek naar de (neuro)cognitieve mechanismen die ten grondslag liggen aan ApBM richt zich op automatische doelgerichte inferenties (gevolgtrekkingen) in plaats van associaties. Zo werd gevonden dat bewustzijn nodig is voor een effect, wat niet overeenkomt met een mechanisme dat bestaat uit automatische associaties, maar wel met automatische doelgerichte gevolgtrekkingen. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een nieuwe ApBM-variant: de ABC-training (Wiers et al., 2020, 2023). Het ABC-trainingsproces omvat: persoonlijk relevante antecedenten (A), alternatieve gedragingen (*behaviors*: B) en consequenties (C). Contextuele cues (A) zijn belangrijk bij verslaving (het kan gaan om een externe context en/of een mentale toestand) en ABC-training heeft tot doel om deze cues niet langer iemands verslavingsgedrag te laten activeren maar persoonlijk relevant alternatief gedrag (B) dat meer in overeenstemming is met zijn of haar langetermijndoelen, bijvoorbeeld een gezonde leefstijl. Dit wordt herhaaldelijk geoefend, waarbij de gevolgen (C) die persoonlijk relevant zijn voor de patiënt getoond worden (bijvoorbeeld een afbeelding van sport of gezonde voeding), zodat het alternatieve gedrag automatisch gekoppeld wordt aan het antecedent op basis van de aldus geleerde inferenties. Deze gepersonaliseerde training sluit nauw aan bij cognitieve gedragstherapie voor verslaving: het is de bedoeling dat de client een andere manier vindt om doelgericht te handelen, bijvoorbeeld door bij stress te gaan wandelen in plaats van middelen te gebruiken.

Meer specifiek worden patiënten in ABC-training eerst geholpen om de volgende factoren te identificeren: (1) persoonlijk relevante antecedenten van alcoholgebruik (bijvoorbeeld gestrest thuiskomen), (2) alternatieve gedragingen die in die situatie kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld een wandeling maken of water drinken), en (3) relevante gevolgen van beide gedragingen (bijvoorbeeld veranderingen in gezondheid of financiële situatie). Voor een gegeven antecedent voeren deelnemers vervolgens een training uit in drie fasen. In de eerste of oefenfase reageren patiënten op een kenmerk van de cue (foto of beeld) dat niet gerelateerd is aan de inhoud van de cue, en benaderen ze ofwel de alcoholgerelateerde cue ofwel de alternatieve (non-alcoholgerelateerde) cue. Het doel is om de persoonlijk relevante gevolgen van de verschillende keuzes naar voren te halen. In de tweede fase kiezen deelnemers zelf wat ze willen doen in een beperkte reeks contexten en worden de gevolgen van hun keuzes altijd getoond. In de derde fase voeren deelnemers dezelfde oefening uit onder tijdsdruk (met een gepersonaliseerde context). Hoewel er nog geen klinische studies naar ABC-training zijn gepubliceerd, zijn er eerste positieve aanwijzingen voor potentiële effectiviteit in gezonde vrijwilligers. Zo werden versterkte negatieve verwachtingen over alcohol waargenomen, werd er meer controle ervaren en in één van twee studies zelfs verminderd drankgebruik, hoewel

het om vrijwilligers ging die dat doel niet hadden vooraf aan hun deelname (van Dessel et al., 2023).

Een andere manier om executive functies te trainen – die meer direct gerelateerd is aan de therapiedoelen – is ApBM gecombineerd met mindfulness-meditatieoefeningen (met veelbelovende resultaten, zoals: Alfonso et al., 2011; zie ook: Larsen et al., 2023; Valls-Serrano et al., 2016). Alles bij elkaar genomen, zijn de gegevens voldoende sterk om het gebruik van ApBM naast bestaande interventies aan te bevelen om het risico op terugval bij SAG te verminderen, hoewel het mechanisme van verandering onduidelijk blijft (Vrijsen et al., 2024; Wiers et al., 2023).

Gebaseerd op eerdere studies die gedaan zijn naar ApBM blijven er nog veel interessante onderzoeksvragen over, bijvoorbeeld met betrekking tot de toepassing van ApBM in een ambulante setting. Daar zijn al enige aanwijzingen voor een positief effect (Laurens et al., 2023), namelijk dat de benaderingsbias vermindert bij het aanbieden van de training in een ambulante setting, maar dit heeft nog niet geleid tot een afname van alcoholgebruik.

Verder zijn er onderzoeksvragen die betrekking hebben op andere middelen of online aanbod van de training. Binnen IrisZorg wordt momenteel onderzoek gedaan naar mogelijke verschillen in effectiviteit tussen gespreide ApBM-sessies (vier sessies in 4 weken) versus opeenvolgende (vier sessies binnen 8 dagen). Uit onderzoeksliteratuur uit andere domeinen (zoals het onderwijs) weten we dat informatie vaak beter wordt onthouden als ze gespreid wordt aangeleerd (Cepeda et al., 2008). Binnen Novadic-Kentron wordt onderzoek gedaan naar verschillen in effectiviteit van ApBM tijdens en na de detoxificatie. Uit eerder onderzoek kwamen aanwijzingen dat patiënten tijdens de detoxificatiefase mogelijk ontvankelijker zijn voor impliciet leren (Manning et al., 2019).

CONCLUSIE

.....

ApBM is een bewezen effectieve vorm van CBM, die de reguliere klinische behandeling van SAG kan aanvullen. Kenmerkend voor behandeling van SAG is behandeldrop-out en terugval. ApBM lijkt met name een geschikte interventie bij opgenomen patiënten met een abstinentedoel. Effectonderzoek laat consistent zien dat wanneer ApBM-training aan de reguliere klinische alcoholbehandeling wordt toegevoegd, het terugvalpercentage in alcoholgebruik een jaar na opname met gemiddeld ongeveer 10% wordt verminderd: een klein maar klinisch relevant effect, vergelijkbaar met dat van farmacotherapie bij SAG. ApBM is een relatief goedkope interventie, die laagdrempelig en flexibel ingezet kan worden, relatief weinig tijd kost en niet gepaard gaat met schadelijke effecten of bijwerkingen (Vrijsen et al., 2024).

Nicolle van Mil is klinisch psycholoog-psychotherapeut en programmamanager van de TOPGGz-afdeling NK Vught detox, diagnostiek en behandeling bij Novadic-Kentron. Zij is cognitief gedragstherapeut VGCT, schematherapeut en praktijkopleider.

Laura de Fuentes-Merillas is senior onderzoeker bij Novadic-Kentron, cognitief gedragstherapeut supervisor VGCT en psychotherapeut bij Psychologenpraktijk De Fuentes, een vrijevestigde ggz-praktijk te 's-Hertogenbosch.

Wiebren Markus is hoofd onderzoek, gz-psycholoog en EMDR Europe consultant bij IrisZorg en verbonden aan het Nijmegen Institute of Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

Reinout Wiers is als hoogleraar verbonden aan het programma Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Amsterdam, en leidt het ADAPT lab (Addiction, Development and Psychopathology Lab) evenals het interdisciplinaire centrum voor Urban Mental Health.

Correspondentieadres: Laura de Fuentes-Merillas, Novadic-Kentron, Hogedwarsstraat 3, 5261 LX Vught. E-mail: laura.de.fuentes@novadic-kentron.nl

Summary *Approach bias modification (ApBM) training as an adjunct to clinical treatment in patients with alcohol use disorder*

Characteristic features of the treatment for alcohol use disorder (AUD) are the high risk of treatment drop-out and relapse. Research has shown that adding approach bias modification training (ApBM), a computerized form of cognitive training, to regular clinical addiction treatment has a beneficial effect on maintaining abstinence in patients with AUD. It reduces the risk of relapse within one year by approximately 10%. This article describes the clinical relevance of ApBM as an add-on intervention in clinical treatments for patients with AUD. First, the theoretical background of ApBM as an effective intervention within the broader category of cognitive bias modification (CBM) interventions is discussed. Then, based on relevant literature, the effectiveness of ApBM as a training method is evaluated. Finally, the application of ApBM as a supplement to clinical practice, as well as new developments in this area, are described.

Keywords *cognitive bias modification (CBM), alcohol use disorder, approach bias modification (ApBM), computer training*

Referenties

- Alfonso et al. (2011). Alfonso, J. P., Caracul, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-García, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.025>
- Cepeda, N. J., Vul, E., Rohrer, D., Wixted, J. T., & Pashler, H. (2008). Spacing effects in learning: A temporal ridge-line of optimal retention. *Psychological Science*, 19, 1095-1102.
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczak, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38-51.

- <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.11.002>
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2014). Implementation of approach bias re-training in alcoholism – How many sessions are needed? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38, 587-594. <https://doi.org/10.1111/acer.12281>
- Gladwin, T. E., Figner, B., Crone, E. A., & Wiers, R. W. (2011). Addiction, adolescence, and the integration of control and motivation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1, 364-376.
- Gray, J. A. (1982). Précis of the neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 469-484.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge University Press.
- Haber, P. S. (2021). Relapse prevention, aftercare, and long-term follow-up. In P. Haber & B. C. Riordan (Eds.), *Guidelines for the treatment of alcohol problems* (pp. 298-303). University of Sydney.
- Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., Kim, M. M., Shanahan, E., Gass, C. E., Rowe, C. J., & Garbutt, J. C. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311, 1889-1900. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3628>
- Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., Hoffmann, S., & Leitliniengruppe AUD. (2021). S3-Leitlinie 'Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen': Aktualisierung 2021 – Kurzfassung. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 67, 77-103. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000704>
- Larsen, J. K., Hollands, G. J., Garland, E. L., Evers, A. W., & Wiers, R. W. (2023). Be more mindful: Targeting addictive responses by integrating mindfulness with cognitive bias modification or cue exposure interventions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105408. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105408>
- Laurens, M. C., Postel, M. G., Brusse-Keizer, M., Pieterse, M. E., Ben Allouch, S., Bohlmeijer, E. T., & Salemink, E. (2023). Augmenting outpatient alcohol treatment as usual with online approach bias modification training: A double-blind randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 142, 107630. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107630>
- Loijen, A., Vrijnsen, J. N., Egger, J. I., Becker, E. S., & Rinck, M. (2020). Biased approach-avoidance tendencies in psychopathology: A systematic review of their assessment and modification. *Clinical Psychology Review*, 77, 101825. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101825>
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189-217.
- Manning, V., Garfield, J. B. B., Reynolds, J., Staiger, P. K., Piercy, H., Bonomo, Y., Lloyd-Jones, M., Jacka, D., Wiers, R. W., Verdejo-Garcia, A., & Lubman, D. (2022). Alcohol use in the year following approach bias modification during inpatient withdrawal: Secondary outcomes from a double-blind, multi-site randomized controlled trial. *Addiction*, 117, 2837-2846. <https://doi.org/10.1111/add.15989>
- Manning, V., Garfield, J. B. B., Staiger, P. K., Lubman, D. I., Lum, J. A. G., Reynolds, J., Hall, K., Bonomo, Y., Lloyd-Jones, M., Wiers, R. W., Piercy, H., Jacka, D., & Verdejo-Garcia, A. (2021). Effect of

- cognitive bias modification on early relapse among adults undergoing inpatient alcohol withdrawal treatment: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78, 133-140. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3446>
- Manning, V., Mroz, K., Garfield, J. B. B., Staiger, P. K., Hall, K., Lubman, D. I., & Verdejo-Garcia, A. (2019). Combining approach bias modification with working memory training during inpatient alcohol withdrawal: An open-label pilot trial of feasibility and acceptability. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14, 24. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0209-2>
- McNaughton, N., & Gray, J. A. (2000). Anxiolytic action on the behavioural inhibition system implies multiple types of arousal contribute to anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 61, 161-176. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00344-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00344-X)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2024). *Stoornissen in het gebruik van alcohol* [Richtlijn]. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023/startpagina_-_stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023.html
- Rinck, M., Wiers, R. W., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2018). Relapse prevention in abstinent alcoholics by cognitive bias modification: Clinical effects of combining approach bias modification and attention bias modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 1005-1016. <https://doi.org/10.1037/ccp0000321>
- Salemink, E., Rinck, M., Becker, E., Wiers, R. W., & Lindenmeyer, J. (2022). Does comorbid anxiety or depression moderate effects of approach bias modification in the treatment of alcohol use disorders? *Psychology of Addictive Behaviors*, 36, 547-554. <https://doi.org/10.1037/adb0000642>
- Schoenmakers, T. M., de Bruin, M., Lux, I. F., Goertz, A. G., van Kerkhof, D. H., & Wiers, R. W. (2010). Clinical effectiveness of attentional bias modification training in abstinent alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.022>
- Spruyt, A., Laporte, W., Boffo, M., Herremans, S., Impe, P., Vercruysse, I., Verde'e, T., Verhelst, M., Wiers, R. W., & De Raedt, R. (2024). *On the efficacy of cognitive bias modification training in alcohol-dependent inpatients: A double-blind, multi-site randomized control trial* [Manuscript ingediend voor publicatie].
- Valls-Serrano, C., Caracul, A., & Verdejo-Garcia, A. (2016). Goal Management Training and Mindfulness Meditation improve executive functions and transfer to ecological tasks of daily life in polysubstance users enrolled in therapeutic community treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 165, 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.040>
- van Dessel, P., Cummins, J., & Wiers, R. W. (2023). ABC-training as a new intervention for hazardous alcohol drinking: Two proof-of-principle randomized pilot studies. *Addiction*, 118, 2141-2155. <https://doi.org/10.1111/add.16271>
- Vrijzen, N., Grafton, B., Koster, E. H. W., Lau, J., Wittekind, C. E., Bar-Haim, Y., Becker, E. S. A., Brotman, M. A., Joormann, J., Lazarov, A., MacLeod, C., Manning, V. W., Pettit, J. W., Rinck, M., Salemink, E., Woud, M. L., Hallion, L. S., & Wiers, R. W. (2024). Towards implementation of cognitive bias modification in mental health care: State of the science, best practices, and ways forward. *Behaviour Research and Therapy*, 179, 104557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104557>

- Wiers, C. E., Ludwig, V. U., Gladwin, T., Park, S. Q., Heinz, A., Wiers, R., Rinck, M., Lindenmeyer, J., Walter, H., & BERPpohl, F. (2015). Effects of cognitive bias modification training on neural signatures of alcohol approach tendencies in male alcohol-dependent patients. *Addiction Biology*, 20, 990-999. <https://doi.org/10.1111/adb.12221>
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Re-training automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22, 490-497. <https://doi.org/10.1177/0956797611400615>
- Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive bias modification and cognitive control training in addiction and related psychopathology: Mechanisms, clinical perspectives, and ways forward. *Clinical Psychological Science*, 1, 192-212. <https://doi.org/10.1177/2167702612466547>
- Wiers, R. W., Houben, K., Fadardi, J. S., van Beek, P., Rhemtulla, M., & Cox, W. M. (2015). Alcohol cognitive bias modification training for problem drinkers over the web. *Addictive Behaviors*, 40, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.010>
- Wiers, R. W., Pan, T., van Dessel, P., Rinck, M., & Lindenmeyer, J. (2023). Approach-bias retraining and other training interventions as add-on in the treatment of AUD patients. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. https://doi.org/10.1007/7854_2023_421
- Wiers, R. W., & Salemink, E. (2015). Ge-computeriseerde training van cognitieve processen bij problematisch middelengebruik. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48, 171-184.
- Wiers, R. W., Van Dessel, P., & Köpetz, C. (2020). ABC training: A new theory-based form of cognitive-bias modification to foster automatization of alternative choices in the treatment of addiction and related disorders. *Current Directions in Psychological Science*, 29, 499-505. <https://doi.org/10.1177/0963721420949500>

Ontwikkeling van ondersteuning met virtual reality in de verslavingsbehandeling van cliënten met een LVB

Een cognitief-gedragstherapeutisch
perspectief

SIMON LANGENER*, SAMANTHA MURRAY*, MEIKE BERKHOFF, YVONNE
BOUMAN, ROBERT DIDDEN & JOANNEKE VANDERNAGEL

Samenvatting

Dit artikel bespreekt de ontwikkeling van virtual reality (VR) in de behandeling van verslavingsstoornissen middels CGT, specifiek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). CGT is een veelgebruikte en effectieve interventie binnen de verslavingszorg. In vergelijking met *care as usual* biedt CGT gecombineerd met VR (VR-CGT) levensechte, veilige leeromgevingen waarin middelgerelateerde stimuli op maat en aangepast aangeboden kunnen worden, wat gepersonaliseerd en herhalend oefenen met risicosituaties mogelijk maakt. VR-CGT is met name relevant voor cliënten met een praktische leerbehoefte. In de VR krijgt de therapeut als observator en/of actor waardevolle informatie over het functioneren van de cliënt, het effect van blootstelling aan risicosituaties en diens vaardigheid in zelfcontroletechnieken. Hoewel VR-CGT veelbelovend is voor verslavingsbehandelingen, zijn er nog veel wetenschappelijke, praktische en professionaliseringsvragen die beantwoord moeten worden alvorens deze innovatieve behandeling kan worden ingezet. Deze vragen betreffen onder andere de koppeling van leerdoelen aan taken binnen VR, de timing ervan tijdens

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004009>

* Gedeeld eerste auteurschap.

treatment as usual (TAU), de dosering ervan, de afstemming van interventies, en de ondersteuning en training van behandelaren.

Trefwoorden: virtual reality, virtual agents, avatars, LVB, verslaving, VR-CGT-implementatie, ervaringsgericht leren

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Tijdens de behandeling van verslavingen bij cliënten met een LVB worden cognitieve barrières verminderd door interactieve virtual reality toe te voegen aan CGT (VR-CGT), omdat VR-CGT een praktisch startpunt biedt voor gespreks-therapie en ervaringsgericht leren.
- ▶ VR-CGT biedt therapeuten een dieper inzicht in het gedrag van de cliënt in risicosituaties, waardoor zij verslavingen meer gepersonaliseerd kunnen behandelen.
- ▶ VR-CGT in de verslavingszorg is nog volop in onderzoek. Aan protocollen voor integratie in treatment as usual wordt gewerkt.

INLEIDING

.....

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een belangrijk behandelparadigma in de verslavingszorg. Een verslavingsbehandeling start doorgaans met een detoxificatieperiode, die wordt gevolgd door een individuele, groepsgewijze en/of online therapeutische behandeling. Detoxificatie richt zich vooral op fysiek herstel, terwijl CGT zich meer richt op het aanpakken van de psychologische en gedragsmatige aspecten van de verslavingsstoornis.

Binnen CGT leert de cliënt tijdens de verslavingsbehandeling zelfcontroletechnieken, die worden verdeeld in: (1) stimuluscontrole, (2) stimulusresponspreventie, en (3) responsconsequentie (Schippers et al., 2014). *Stimuluscontrole* omvat het identificeren en vermijden van triggers en signalen die tot middelengebruik leiden. Dit kan bijvoorbeeld door het vermijden van bepaalde plaatsen, mensen of situaties die in verband worden gebracht met het middelengebruik. *Stimulusresponspreventie* richt zich op het doorbreken van patronen van middelengebruik, door het aanleren van copingstrategieën om met de drang om alcohol of drugs te gebruiken om te gaan. Tot slot gaat het bij *responsconsequentie* om het begrijpen van de bekrachtigende gevolgen van middelengebruik, en het identificeren en versterken van gewenst adaptief gedrag dat middelengebruik kan vervangen.

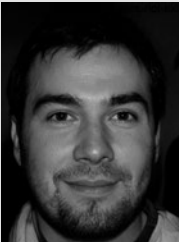
Helaas profiteert niet iedereen van een standaard CGT-behandeling (Kiewik et al., 2017). Veel cliënten in de verslavingszorg hebben complexe problematiek, waaronder psychiatrische comorbiditeit en een lichte verstandelijke beperking (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Voor deze laatste groep zijn er aangepaste CGT-behandelingen, zoals CGT+ (VanDerNagel & Kiewik, 2016) en Minder Drank of Drugs (MDOD; VanDerNagel et al., 2016).

Deze behandelprotocollen zijn gebaseerd op het CGT-paradigma, inclusief de gebruikelijke behandelstappen bij problematisch middelengebruik, maar ze zijn aangepast op de LVB-doelgroep door gebruik te maken van toegankelijke taal, afbeeldingen, praktische oefeningen en een geleidelijke opbouw met veel herhaling, en door het sociale netwerk van de cliënt intensief bij de behandeling te betrekken. Hoewel deze aangepaste elementen tot een bruikbare interventie met aanwijzingen voor effectiviteit leiden (Kiewik, 2019), blijft voor veel cliënten met een LVB de stap tussen spreekkamer en dagelijks leven moeilijk te overbruggen. Het geleerde toepassen in de praktijk (generalisatie) is voor veel mensen met een LVB niet vanzelfsprekend (VanDerNagel et al., 2017). Daarnaast vinden zij het vaak lastig om zich gedachten, gevoelens en gedrag te herinneren die een rol speelden in concrete situaties waarin gebruik of trek om te gebruiken aanwezig was. Zowel het opstellen van een functie-analyse als het aanleren van praktijkrelevante nieuwe vaardigheden wordt hierdoor bemoeilijkt (van Duijvenbode et al., 2020).

Virtual reality (VR) lost een deel van deze behandelbarrières op door praktijksituaties levensecht en immersief ('onderdompelend') de spreekkamer binnen te halen (Segawa et al., 2020). De toepassing van VR-CGT bij cliënten met een verslaving en LVB wordt momenteel onderzocht vanuit de Universiteit Twente, in samenwerking met Tactus Verslavingszorg, Trajectum (gespecialiseerde verstandelijkgehandicaptenzorg) en Transfore (forensische geestelijke gezondheidszorg). Bij dit project Triggers & Tech ligt de focus op de vraag hoe en wanneer tijdens de CGT-behandeling VR van toegevoegde waarde kan zijn (VanDerNagel et al., 2021).

In dit artikel bespreken we aan de hand van een fictieve casus (zie kader) de mogelijke meerwaarde van VR-CGT in de verslavingsbehandeling van mensen met een LVB, alsmede het wetenschappelijk onderzoek naar ontwerp, bruikbaarheid en effecten van VR als aanvulling op CGT binnen de verslavingszorg.

Fictieve casus: Tim Taaler met zowel een LVB als een verslavingsstoornis

Leeftijd	38 jaar	
Burgerlijke staat	Ongehuwd, woont alleen	
Beroep	Werkloos (eerder: schoonmaker)	
Hobby's	Gaming, vrienden ontmoeten, uitgaan	
Verslavingsproblematiek	Alcohol, cocaïne en tabak. Tim is na ambulante detoxificatie sinds 2 weken abstinente van alcohol en cocaïne.	
Comorbiditeit	Lichte verstandelijke beperking (LVB)	

Behandeldoelen van cliënt	▶ Leren ‘nee’ te zeggen tegen alcohol ▶ Oefenen van copingvaardigheden ▶ Inzicht krijgen in risicosituaties en passende copingstrategieën ▶ Werk en een nieuwe relatie vinden
Frustraties	▶ Moeite met lezen ▶ Moeite om gedachten en gevoelens te verwoorden ▶ Angst om in groepen te werken
Biografie	Tim is bij zijn moeder opgegroeid in een sociale huurwoning. Hij is op zijn twaalfde jaar begonnen met roken, en op zijn dertiende met drinken en blowen. Sinds zijn achttiende kwam hier het gebruik van cocaïne tijdens festivals bij. Nu, 20 jaar later, is Tim nog steeds verslaafd aan tabak, cocaïne en alcohol. Hij ontvangt ambulante begeleiding door de verstandelijkgehandicaptenzorg.

Tim meldt zich bij de verslavingszorg vanwege een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol en een matige stoornis in het gebruik van cocaïne. Met de tabaksverslaving wil hij vooralsnog niet aan de gang. Tim geeft aan op jonge leeftijd te zijn begonnen met drinken, om zich in sociale situaties ‘een beetje chill te voelen’. Op festivals kwam hij in contact met cocaïne, dat hij gebruikte om langer te kunnen feesten. Met het oplopen en steeds functioneler worden van zijn gebruik namen zijn werkverzuim, incidenten onder invloed en financiële problemen toe. Uiteindelijk werd Tim ontslagen omdat hij op zijn werk gebruikte. Hij raakte toen bijna zijn woning kwijt vanwege een huurachterstand.

Tim heeft als doel aangegeven ‘nee’ te willen zeggen tegen alcohol. In het verleden had hij veel problemen met groepsdruk, wat hij in verband brengt met zijn voorgeschiedenis. Hij omschrijft zichzelf als ‘langzaam lerend’, en is als kind vaak gepest en voor ‘dom’ uitgemaakt. Uit eerder testonderzoek blijkt dat Tim cognitief functioneert op de grens van een lichte verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid (intelligentiequotiënt = 72). Wat betreft adaptief vermogen (gemeten met de ADAPT-vragenlijst voor adaptief gedrag; Jonker & Nijman, 2021) scoort hij op het niveau van iemand met een LVB, waarbij een aantal praktische vaardigheden rond werk en huishouden op zwakbegaafd-gemiddeld begaafd niveau scoort. Tims minder sterke kanten zijn sociale vaardigheden in complexe situaties, alsmede het hanteren van situaties die vaardigheden vragen als lezen, rekenen, plannen of prioriteren. Zijn kennis van de effecten van middelen, de risico’s van gebruik, het verband tussen zijn gebruik en zijn sociaal-maatschappelijke problemen, en zijn inzicht in eigen risicofactoren zijn zeer beperkt.

Tim geeft aan geen zin te hebben in ‘al dat gepraat over gebruik’. Hij is gestopt met gebruiken en wil ‘dat gewoon volhouden’. Tegelijkertijd geeft hij wel aan dat hij veel situaties rondom gebruik lastig vindt. Daar wil hij wel mee oefenen, maar hij weet niet goed hoe. Zijn begeleider vraagt zich af of VR dan wellicht een optie is.

VERSLAVINGSSTOORNISSEN BEHANDELEN MET CGT EN VIRTUAL REALITY

451

VR is een veelbelovende technologie voor cliënten met een verslavingsstoornis die niet profiteren van het bestaande behandel aanbod (Langener, VanDerNagel, Klaassen et al., 2021). VR kan worden gedefinieerd als de computergegenereerde simulatie van een omgeving, met als doel cliënten volledig onder te dompelen met behulp van speciale elektronische apparatuur (Emmelkamp & Meyerbröker, 2021). Meestal wordt hiervoor een *head-mounted display* (HMD; zie figuur 1) gebruikt. Door deze bril ziet de cliënt een virtuele wereld die meebeweegt met zijn eigen beweging, waardoor hij zich ‘aanwezig’ voelt in die virtuele omgeving. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat VR realistische (lichamelijke) reacties en gedragingen in cliënten kan oproepen (Emmelkamp & Meyerbroker, 2021; Riva et al., 2019; Valmaggia et al., 2016), waaronder spanning en trek in middelen (Langener, VanDerNagel, van Manen et al., 2021). Bijvoorbeeld binnen het domein van angststoornissen zijn op basis van deze ‘natuurlijke’ reactie op VR-stimuli succesvolle exposuretherapieën (VRET) ontwikkeld (Dellazizzo et al., 2020).



FIGUUR 1 *Illustratie van de meekijkfunctie voor therapeuten. De gebruiker draagt de head-mounted display (HMD) om de virtuele realiteit te bekijken. De therapeut kan middels een tweede scherm meekijken naar wat de gebruiker in de HMD ziet.*

Ook in de verslavingszorg is uitgebreid onderzoek gedaan naar het VRET-paradigma, vanwege de aantrekkelijkheid van de ecologische validiteit (het realistische vermogen) om trek op te roepen (Segawa et al., 2020). Het vermogen van VR om trek op te wekken kan worden verklaard door het concept van cue-reactiviteit: de sensorische input fungeert als stimulus die cue-re-

activiteit oproept, wat zich uit in geconditioneerde reacties, zoals een toename in trek en psychofysiologische responsen (toename van hartslag en zweten) op stimuli geassocieerd met middelengebruik (Ferrerri et al., 2018). De sensorische input kan bestaan uit gebruiksrelevante virtuele omgevingen (bijvoorbeeld een bar of een houseparty), specifieke cues (bijvoorbeeld een drankfles of een lijntje cocaïne), maar ook uit geluiden (bijvoorbeeld achtergrondgeluid, muziek of dialogen) of gestiek van de virtuele tegenspelers (bijvoorbeeld het aanreiken van een drankje). Uit onderzoek blijkt dat blootstelling aan verslavingsgerelateerde cues in VR significante cravingsresponsen kan opwekken bij personen met een stoornis in middelengebruik (Ghiță & Gutiérrez-Maldonado, 2018; Segawa et al., 2020). Echter, de effectiviteit van cue-exposuretherapie bij verslaving is niet eenduidig. Pilotstudies met VRET voor verslavingsstoornissen leiden namelijk bij de proefpersonen, naast het opwekken van cue-activiteit, ook tot tevredenheid en verwachtingen van een klinisch effect; volgens een review uit 2021 blijkt dit echter vooralsnog niet uit effectonderzoek (Langener, VanDerNagel, van Manen et al., 2021). Dit wordt ondersteund door Segawa en collega's (2020), die stellen dat VR weliswaar effectief is in het opwekken van trek, maar dat de behandeluitkomsten van VRET variëren. Een hypotheseverklaring hiervoor is dat exposure bij verslaving niet leidt tot extinctie, maar tot reactivatie van het pathologisch verstoorde beloningssysteem (anders dan bij angst). VRET zou dan juist tot een hoger risico op terugval kunnen leiden (Marissen et al., 2007). Dit komt overigens overeen met het gebrek aan effectiviteit van reguliere exposuretherapieën bij verslaving (Conklin & Tiffany, 2002).

Deze bevindingen suggereren dat het integreren van therapeutische componenten binnen VR essentieel kan zijn om behandeluitkomsten te vergroten. Een literatuurreview van Taubin en collega's (2023) bevestigt dat VR onder andere effectief is in het verminderen van trek bij nicotine- en tabaksverslaving, maar dat de resultaten op secundaire uitkomsten als stemming en therapietrouw gemengd zijn. Zij benadrukken de noodzaak van geïntegreerde interventies binnen VR, zoals mindfulness. Een ander onderzoek liet zien dat een actieve vorm van VR, waarbij nicotineverslaafde proefpersonen in de virtuele wereld sigaretten kapot moesten knijpen, betere abstinenteresultaten opleverde dan de proefconditie waarin men in virtuele balletjes kneep (Girard et al., 2009). Dit zou kunnen betekenen dat VR – in een actieve leervorm – een positieve invloed kan hebben op de interne bias en gedragsverandering in cliënten. Het VR-CGT-paradigma bouwt hierop voort door gebruik te maken van een ecologisch valide VR-omgeving waarin cue-activiteit optreedt, maar combineert die met vaardigheidstraining om hier effectief mee te leren omgaan (Bouchard et al., 2017). De nadruk ligt hierbij op het ontwikkelen van de eerdergenoemde zelfcontroletechnieken, zoals die ook binnen de CGT worden toegepast (bijvoorbeeld leren 'nee' te zeggen).

Om tot een klinisch toepasbare en effectieve interventie te komen, verricht onze onderzoeksgroep sinds 2019 onderzoek naar de gebruikersvoorwaarden en gebruikers van deze techniek, haar inbedding in care as usual en de effectiviteit ervan. Om overtuigingsmechanismen in een sociale context met VR te simuleren, hebben we 'Kevin' ontwikkeld, een virtuele vriend (Langener et al., 2023). Afhankelijk van de problematiek en vaardigheden van de cliënt kan de therapeut Kevin aanpassen. Zo kunnen de hoeveelheid cues en de interpersoonlijke houding van Kevin bepaald en aangepast worden. Wanneer Tim uit de casus bijvoorbeeld weigert om samen alcohol te drinken, kan Kevin vijandig reageren (zie figuur 2) of juist vriendelijk blijven om Tim op een subtiele manier te manipuleren. Zo kunnen cliënten als Tim op een op maat gemaakte manier oefenen met Kevin in verschillende scenario's. Op deze manier proberen we Tim voor te bereiden op verschillende vormen van sociale invloed die zich in het dagelijks leven kunnen voordoen. De eerste bevindingen van ons onderzoek met cliënten met een LVB (zoals Tim) laten zien dat Kevin invloed heeft op het denken van de cliënt (Langener, in voorbereiding). Dit veranderingsproces gaat hand in hand met een (tijdelijke) toename van trek en angst gedurende de VR-CGT-interventie. Dit betekent dat cliënten na de VR-ervaring behoefte hebben aan een gesprek over die ervaring, of aan een afleidende of ontspannende bezigheid (een wandeling of een andere sportieve activiteit) om de trek in een veilige omgeving te laten zakken. In feite passen cliënten hierbij in de reële wereld copingstrategieën toe als reactie op cue-reactiviteit door de VR-ervaring. Het is overigens ook mogelijk om binnen de VR dergelijke strategieën toe te passen, zoals meedoen aan een ontspanningssessie in de virtuele wereld (Riches et al., 2023). Deze wisselwerking tussen ervaringen in VR en in de reële wereld vraagt om begeleiding door de behandelaar, zeker bij cliënten die nog onvoldoende zelfmonitoring en zelfcontrolevaardigheden hebben.



FIGUUR 2 Virtuele vriend 'Kevin' probeert cliënten met zijn houding en stemgeluid op een dominant-vijandige manier te beïnvloeden. De cliënt moet kiezen met welke van de drie zinnen hij wil reageren.

Maar wat voegt VR-CGT nu eigenlijk toe aan de behandeling van een cliënt als Tim? Ons onderzoek naar de effectiviteit van VR-CGT bij cliënten met zowel LVB als verslaving is net van start gegaan (VanDerNagel et al., 2021). Op basis van de kwalitatieve interviews uit ons pilotonderzoek onder 20 cliënten met LVB en alcoholverslaving alsook hun vijf behandelaren (Langener, in voorbereiding) verwachten we een verbetering van Tims zelfeffectiviteit tijdens echte risicosituaties door hem in VR copingstrategieën aan te leren (bijvoorbeeld leren om 'nee' te zeggen). Hierdoor wordt het leerproces ervaringsgericht in plaats van theoretisch opgebouwd. Herhaalde praktische ervaringen tijdens op maat gemaakte VR-oefeningen helpen om stapsgewijs nieuw (gewenst) gedrag te ontwikkelen. Daarbij kan de therapeut de cliënt en diens handelen in een levensechte situatie observeren.

Leren met je lichaam

De praktijk van *belichaamd leren* is gebaseerd op het feit dat cognitieve processen van cliënten gerelateerd zijn aan hun interactie met de fysieke omgeving (Lindgren & Johnson-Glenberg, 2013). Door ervaringen met hun (virtuele) lichaam op te doen, kunnen cliënten complexe kennis en concepten aanleren. In de gangbare CGT-behandeling zijn cognitieve en fysieke processen van elkaar gescheiden, bijvoorbeeld omdat de cliënt gevraagd wordt zich bepaalde situaties in te beelden en aan te geven hoe hij daarin zou reageren zonder dat hij daadwerkelijk in de situatie aanwezig is. Voor mensen met beperkte cognitieve en adaptieve vaardigheden is dit echter een lastige denkoefening. Het samenbrengen van cognitieve en fysieke vaardigheden in VR bewerkstelligt een meer onderbewuste en automatische reactie van zulke cliënten op risicosituaties en kan hun leerproces versnellen. Op deze manier kunnen mensen met een lager cognitief niveau concepten wellicht beter begrijpen en internaliseren (Langener et al., 2022).

Verder bevordert VR-CGT mogelijk Tims reflectievaardigheden door zijn cognitieve barrières te verlagen. Veel cliënten rapporteren namelijk dat ze tijdens een VR-oefening een flashback ervaren, waardoor ze vanuit hun eigen ervaringswereld beginnen te redeneren en te reflecteren, soms met het besef dat ook zij zich hebben gedragen als Kevin en hun vrienden ervan hebben overtuigd om overmatig te drinken. De VR-oefeningen doen daarbij een minder groot beroep op cognitieve en denkprocessen dan reguliere CGT. De deelnemende therapeuten rapporteerden in kwalitatieve interviews tevens (Langener, in voorbereiding) dat de motivatie van cliënten door VR-interventies verhoogd wordt, terwijl hun schaamte gedurende rollenspellen in de klinische praktijk vermindert. Verder krijgen therapeuten meer begrip voor de ervaringswereld en het bijbehorende gedrag van hun cliënten, zodat de therapeutische samenwerking bevordert wordt. Zo zei een psycholoog (25 jaar oud): 'In de therapie [groepsgewijze CGT] maken we wel gebruik van bijvoorbeeld rollenspellen, maar dat vinden cliënten vaak wat ongemakke-

lijk of nemen ze niet altijd serieus. De VR-omgeving/systeem zou dat stukje ongemak kunnen wegnemen en hen realistisch kunnen laten oefenen.’

RANDVOORWAARDEN EN RISICO'S

.....

Naast de inhoudelijk toegevoegde waarde levert VR-CGT ook aanvullende risico's op ten opzichte van care as usual. De immersieve ervaring kan tot een sterkere reactie leiden (bijvoorbeeld *craving*) dan bij reguliere CGT. De VR-techniek toepassen vraagt daarnaast veel van cliënt en therapeut. Een cliëntgerichte gewenningsperiode is noodzakelijk voor het leren besturen van de VR-controller en het leren interacteren met de virtuele omgeving (Langener et al., 2022). Dat vraagt aan het begin veel tijd, vooral bij cliënten met een LVB. De mate van (on)natuurlijkheid voor de cliënt bepaalt de moeilijkheid en duur van dit leerproces. Wanneer interacties dicht bij de realiteit blijven, worden ze vaak al doende vanzelf opgepakt. Aan de andere kant blijft het virtuele 'lopen' met een controller vaak moeilijk voor veel cliënten.

Een belangrijk risico van het gebruik van VR is het optreden van *cybersickness*, waarbij cliënten klachten van duizeligheid, misselijkheid en soms zelfs braken ontwikkelen. Cybersickness ontstaat vanuit een mismatch tussen de virtuele (visuele) input en de echte wereld. VR is dus relatief gecontra-indiceerd en moet terughoudend worden ingezet bij cliënten met een neiging tot wagen- of zeeziekte. Hoewel cybersickness snel vermindert na het stoppen van de VR-ervaring, kan met name VR-geïnduceerd braken bij cliënten met door alcoholisme veroorzaakte afwijkingen aan het slokdarmslijmvlies een verhoogd risico op ernstige bloedingen inhouden. Daarnaast is het gebruik van VR gecontra-indiceerd voor cliënten die gevoelig zijn voor insul-ten. Screening op medische risico's en gevoeligheid voor bewegingsziekte, en een goede begeleiding tijdens de VR-therapiesessies zijn daarom essentieel. VR-therapie vraagt daarom om training van behandelaren, voordat ze in de behandelcontext kan worden toegepast. Een sociotherapeut (28 jaar oud) zei: 'Tijdens de sessies was het voor mij fijn dat er een stappenplan is dat je kunt doorlopen en afvinken wanneer je een bepaalde stap gedaan hebt met de cliënt. Dit maakt het overzichtelijk en werkbaar.'

DISCUSSIE EN TOEKOMSTIG WERK

.....

Studies naar de inzet van VR bij cliënten met een verslavingsstoornis laten een groot potentieel zien voor nieuwe behandelingen. VR-simulaties van risicosituaties roepen in cliënten op een realistische manier cue-reactiviteit op (bijvoorbeeld trek of zweten). VR-CGT biedt daarbij de mogelijkheid om zelfcontroletechnieken aan te leren in een weliswaar virtuele maar relevante omgeving, waarin relevante stimuli realistische interne sensaties

opwekken. Oefenen in VR verlaagt daarbij wellicht cognitieve barrières en maakt het aanleren van zelfcontroletechnieken makkelijker (en vaak aantrekkelijker) voor cliënten met complexe problematiek, zoals een LVB. Niettemin zijn er nog tal van wetenschappelijke, praktische en professionaliseringsvragen die beantwoord moeten worden alvorens VR-CGT breed kan worden ingezet. Immers, tot nu toe zijn er geen effectstudies naar VR-CGT voor cliënten met een verslavingsstoornis. Daarbij is nog onduidelijk in welke behandel fase en bij welke behandelstappen VR-CGT het meeste kan bijdragen. Dergelijke kennis moet vervolgens worden verwerkt in behandelprotocollen voor VR-CGT-toepassingen, alsmede in trainingen voor behandelaren. Binnen onze onderzoekslijn hopen we hier de komende jaren nadere invulling aan te geven.

De personen op de foto's in dit artikel zijn ofwel collega's die toestemming hebben gegeven om hun afbeelding voor publicatie te gebruiken, ofwel gegenereerd door AI.

Simon Langener is psycholoog (MSc), promovendus aan de Universiteit Twente, vakgroep Human Media Interaction, en postdoctoraal onderzoeker aan het Radboud Universitair Medisch Centrum.

Samantha Murray is psycholoog (MSc), promovendus aan de Universiteit Twente, vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie, en psycholoog bij Transfore, Deventer.

Meike Berkhoff is junior onderzoeker (MSc) aan de Universiteit Twente, vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie.

Yvonne Bouman is socioloog (PhD) en senior onderzoeker bij Transfore, Deventer.

Robert Didden (prof. dr.) is verbonden aan Trajectum, Zwolle, en aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Joanneke VanDerNagel is psychiater (MD, PhD, epidemioloog), klinisch leider van het Centrum Verslaving & LVB, Tactus Verslavingszorg, Enschede, hoofd onderzoeksprogramma's Gezondheid voor kwetsbare groepen, Universiteit Twente, vakgroep Human Media Interaction. Verder is zij verbonden aan het Nijmegen Institute of Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA).

Correspondentieadres: Samantha Murray, Universiteit Twente, faculteit Behavioural, Management and Social Sciences, Capitol 15, 7521 PL Enschede. E-mail: s.murray@utwente.nl

Summary *Development of virtual reality support in addiction treatment for patients with mild intellectual disabilities: A cognitive-behavioral perspective*

This article discusses the development of virtual reality (VR) in the treatment of addictive disorders (ADs) using cognitive behavioral therapy (CBT), specifically for individuals with mild to borderline intellectual disability. CBT is a widely used and effective intervention for ADs. VR offers experiential and safe learning environments in which the intensity of (virtual) AD-related stimuli can be

tailored to the individual. This enables personalized and repetitive practice of high-risk situations. VR-CBT seems particularly relevant for people with practical learning needs. The therapist, as observer and/or actor in VR, gains valuable insights into the client's functioning, effects of exposure to virtual high-risk situations, and skills in applying self-control techniques. Although VR-CBT appears promising for AD treatment, numerous scientific, practical, and professionalization challenges must be addressed before this innovative treatment can be widely implemented. These include linking learning objectives to VR tasks, timing within TAU, dose/dosage, intervention fine-tuning, and training for therapists.

Keywords *virtual reality, virtual agents, avatars, mild intellectual disability (MID), borderline intellectual functioning (BIF), experience-based learning*

Referenties

- Bouchard, S., Robillard, G., Giroux, I., Jacques, C., Loranger, C., St-Pierre, M., Chrétien, M., & Goulet, A. (2017). Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: The development of a new tool for cognitive behavior therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 27. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00027>
- Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*, 97, 155-167. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Luigi, M., & Dumais, A. (2020). Evidence on virtual reality-based therapies for psychiatric disorders: Meta-review of meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 22, e20889. <https://doi.org/10.2196/20889>
- Emmelkamp, P. M., & Meyerbröker, K. (2021). Virtual reality therapy in mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 495-519. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923>
- Ferreri, F., Bourla, A., Mouchabac, S., & Karila, L. (2018). e-Addictology: An overview of new technologies for assessing and intervening in addictive behaviors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 51. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00051>
- Ghiță, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2018). Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 81, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.036>
- Girard, B., Turcotte, V., Bouchard, S., & Girard, B. (2009). Crushing virtual cigarettes reduces tobacco addiction and treatment discontinuation. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 477-483. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0118>
- Jonker, F., & Nijman, H. (2021). *Handleiding ADAPT: Vragenlijst voor adaptief gedrag*. Hogrefe.
- Kiewik, M. (2019). *Prevention and intervention of substance use and misuse among persons with intellectual disabilities*. Radboud Universiteit. <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/200654/200654.pdf?sequence=1>
- Kiewik, M., VanDerNagel, J. E., Engels, R. C., & de Jong, C. A. (2017). Intellectually disabled and addicted: A call for evidence based tailor-made interventions. *Addiction*, 112, 2067-2068. <https://doi.org/10.1111/add.13971>
- Langener, S. (in voorbereiding). *Pioneering building blocks for an immersive virtual reality addiction therapy in*

- patients with mild to borderline intellectual disability*. Universiteit Twente.
- Langener, S., Klaassen, R., VanDerNagel, J., & Heylen, D. (2022). Immersive virtual reality avatars for embodiment illusions in people with mild to borderline intellectual disability: User-centered development and feasibility study. *JMIR Serious Games*, 10, e39966. <https://doi.org/10.2196/39966>
- Langener, S., Kolkmeier, J., VanDerNagel, J., Klaassen, R., van Manen, J., & Heylen, D. (2023). Development of an alcohol refusal training in immersive virtual reality for patients with mild to borderline intellectual disability and alcohol use disorder: Cocreation with experts in addiction care. *JMIR Formative Research*, 7, e42523. <https://doi.org/10.2196/42523>
- Langener, S., VanDerNagel, J., Klaassen, R., van der Valk, P., & Heylen, D. (2021). 'Go up in smoke': Feasibility and initial acceptance of a virtual environment to measure tobacco craving in vulnerable individuals. 2021 IEEE 9th International Conference on Serious Games and Applications for Health (SeGAH). <https://doi.org/10.1109/SEGAH52098.2021.9551854>.
- Langener, S., VanDerNagel, J., van Manen, J., Markus, W., Dijkstra, B., de Fuentes-Merillas, L., Klaassen, R., Heitmann, J., Heylen, D., & Schellekens, A. (2021). Clinical relevance of immersive virtual reality in the assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review and future perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 3658. <https://doi.org/10.3390/jcm10163658>
- Lindgren, R., & Johnson-Glenberg, M. (2013). Emboldened by embodiment: Six precepts for research on embodied learning and mixed reality. *Educational Researcher*, 42, 445-452. <https://doi.org/10.3102/0013189X13511661>
- Marissen, M. A., Franken, I. H., Blanken, P., van den Brink, W., & Hendriks, V. M. (2007). Cue exposure therapy for the treatment of opiate addiction: Results of a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 97-105. <https://doi.org/10.1159/000097968>
- Riches, S., Jeyarajaguru, P., Taylor, L., Fialho, C., Little, J., Ahmed, L., O'Brien, A., van Driel, C., Veling, W., & Valmaggia, L. (2023). Virtual reality relaxation for people with mental health conditions: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 989-1007. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02417-5>
- Riva, G., Wiederhold, B. K., & Mantovani, F. (2019). Neuroscience of virtual reality: From virtual exposure to embodied medicine. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22, 82-96. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.29099.gri>
- Schippers, G. M., Smeerdijk, A. M., & Merckx, M. J. (red.). (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Boom.
- Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., Blanc, J. V., Peretti, C. S., Mouchabac, S., & Ferreri, F. (2020). Virtual reality (VR) in assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 1409. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01409>
- Taubin, D., Berger, A., Greenwald, D., Greenwald, H., Burke, C., Gongora, D. S., & Wilens, T. (2023). A systematic review of virtual reality therapies for substance use disorders: Impact on secondary treatment outcomes. *The American Journal on Addictions*, 32, 13-23. <https://doi.org/10.1111/ajad.13342>
- Valmaggia, L. R., Latif, L., Kempton, M. J., & Rus-Calafell, M. (2016). Virtual reality in the psychological treatment for mental health problems: An sys-

- tematic review of recent evidence. *Psychiatry Research*, 236, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.015>
- van Duijvenbode, N., & VanDerNagel, J. E. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research*, 25, 263-282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- van Duijvenbode, N., VanDerNagel, J., & Didden, R. (2020). *Praktijkboek triple problematiek*. SWP.
- VanDerNagel, J., & Kiewik, M. (2016). *CGT+: Cognitieve gedragstherapie-tische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Resultaten Scoren.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Boom.
- VanDerNagel, J., Kip, H., Bouman, Y., Didden, R., van Harsen, S., Kelders, S. M., Klaassen, R., & Smit, M. (2021). *TRIGGERS & TECH: Technology enhanced CBT for substance use disorders* [Grant application]. Universiteit Twente.
- VanDerNagel, J., Westendorp, H., van Dijk, M., & Kiewik, M. (2016). *Minder drank of drugs 2.0*. Tactus.

Motiverende gespreksvoering cultuursensitiever maken

Geleerde lessen van jonge statushouders

JANNET M. DE JONGE, JOS DOBBER, CHICO TAGUBA, KAVEH BOUTEH,
ELSKE VAN PUTTEN & CORINE LATOUR

Samenvatting

Een recente definitie van motiverende gespreksvoering (MGV) is: 'a particular way of talking with people about change and growth to strengthen their own motivation and commitment'. Deze manier van gespreksvoering sluit bij aan cultureel diverse groepen. In het FNO-project GGZ en verslavingspreventie voor jonge statushouders, is het preventief adviesgesprek cultuursensitiever gemaakt. Cultuursensitieve motiverende gespreksvoering is hiervan een onderdeel. De spirit van MGV sluit nauw aan bij *cultural humility*. Cultuursensitief werken houdt niet alleen in dat je je als hulpverlener bewust bent van je eigen culturele achtergrond en van de cultuurbepaalde kijk op gezondheid van de cliënt, maar ook dat je begrijpt dat iedere persoon complex en multidimensionaal is. De taken in en technieken van MGV zijn te gebruiken bij jonge statushouders. Het is van belang om vanuit cultural humility aan de sluiten bij de manier van communiceren, culturele waarden en omgeving van de jonge statushouder.

Trefwoorden: motiverende gespreksvoering, statushouders, preventief adviesgesprek, cultuursensitief werken

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Motiverende gespreksvoering (MGV) is te gebruiken bij jonge Syrische en Eritrese statushouders.
- ▶ Sleutelfiguren zijn van groot belang om vertrouwen te krijgen.
- ▶ MGV sluit aan bij waarden van jonge statushouders.

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004010>

INLEIDING

461

Casus mevrouw Y.

Een preventiewerker van een verslavingszorginstelling heeft een gesprek met mevrouw Y. Mevrouw Y. heeft een migratieachtergrond, is opgegroeid in een niet-westers land en is op jongvolwassen leeftijd naar Nederland verhuisd, samen met haar echtgenoot. Ze is moeder van een gezin van vijf kinderen en woont in een wijk waar veel mensen wonen die net als zij niet in Nederland geboren zijn. Na een voorlichtingsbijeenkomst voor ouders in een wijkcentrum heeft mevrouw Y. contact gezocht met de afdeling preventie. Ze maakt zich grote zorgen om haar jongvolwassen zoon, die cannabis gebruikt. Ze wil dat hij daarmee stopt.

Bij aanvang van het gesprek stelt de preventiewerker zich als zodanig voor en met zijn voornaam. Er volgt uitleg over het doel van het gesprek. De preventiemedewerker vraagt wat hij voor mevrouw Y. kan betekenen. Mevrouw Y. zegt dat ze wil dat haar zoon stopt met cannabisgebruik. Ze wil dat de preventiewerker met haar zoon gaat praten om duidelijk te maken dat dit gedrag echt niet kan. Mevrouw Y. noemt dat als haar zoon niet stopt, hij niet langer thuis kan blijven wonen, omdat het slecht is om drugs te gebruiken.

De preventiewerker verwoordt wat hij hoort, namelijk dat mevrouw Y. wil dat haar zoon stopt met cannabisgebruik. Hij probeert echter ook uit te leggen dat hij er niet voor kan zorgen dat haar zoon stopt, maar dat die daar zelf verantwoordelijk voor is en zijn eigen keuzes maakt. Mevrouw Y. raakt geïrriteerd, vraagt zich af wat de preventiewerker dan wel kan en of ze niet een dokter kan spreken. Het gesprek loopt vast.

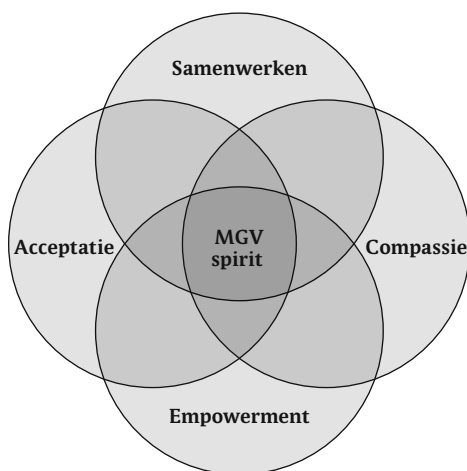
In 1983 kwam W. R. Miller met de eerste publicatie over motiverende gespreksvoering (MGV), waarin hij MGV beschreef als een manier om in gesprek te gaan met probleemdrinkers (Miller, 1983). Sindsdien heeft het gebruik van MGV een hoge vlucht genomen. Momenteel wordt MGV breed gebruikt, in de behandeling van mensen met verslavings-, fysieke of gezondheidsproblemen, tot in begeleidingsgesprekken in het sociale domein en in sportcoaching. In 2023 verscheen de vierde, volledig herschreven editie van het standaardwerk *Motivational interviewing*, nu met als ondertitel *Helping people change and grow* (Miller & Rollnick, 2023). De huidige definitie van MGV luidt ‘a particular way of talking with people about change and growth to strengthen their own motivation and commitment’ (Miller & Rollnick, 2023). Vernieuwend is dat een motiverend gesprek gaat over verandering, groei en ontwikkeling, en dat dit de context is waarin motivatie en bereidheid voor verandering worden versterkt. De nieuwe definitie probeert recht te doen aan het gebruik van MGV in gesprekken over bredere thema's dan alleen gedragsverandering.

De technieken, actieve ingrediënten en werkingsmechanismen van MGVS zijn in dit tijdschrift reeds uitgebreid beschreven (Baron et al., 2015; Dobber, 2022). In dit artikel worden de 'spirit' en de taken in MGVS toegelicht zoals die in de vierde editie zijn beschreven. Daarna volgt een korte presentatie van het project GGZ en verslavingspreventie voor jonge statushouders (FNO zorg voor kansen, 2021), waarin samen met jonge statushouders en preventiemedewerkers onder andere het preventief adviesgesprek cultuursensitiever is gemaakt. Een onderdeel daarvan was te komen tot cultuursensitieve motiverende gespreksvoering. Aan de hand van de vier taken in motiverende gespreksvoering worden de hieruit 'geleerde lessen' benoemd. Ten slotte worden die toegepast in de casus van mevrouw Y.

SPIRIT EN TAKEN VAN MGVS

.....

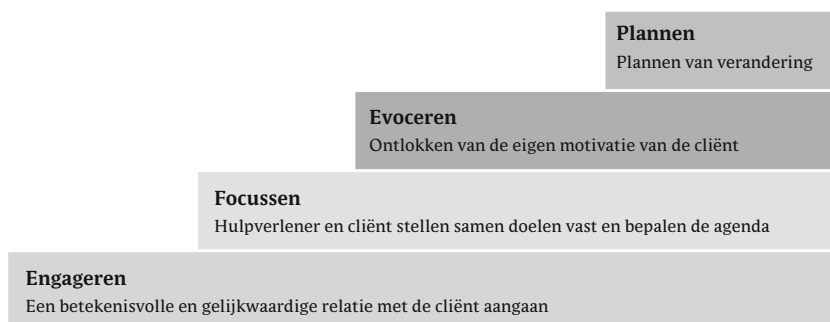
De basis van MGVS is de spirit, die bestaat uit vier kernelementen, namelijk samenwerken, acceptatie, compassie en als nieuw kernelement empowerment (zie figuur 1).



FIGUUR 1 *Spirit van motiverende gespreksvoering*

Het kernelement *samenwerken* betekent dat de professional samen met de cliënt de inhoud van hun gesprekken en de richting van diens verandering of groei bepaalt. Zowel de professional als de cliënt heeft expertises: de cliënt is expert van zichzelf, en beiden werken vanuit hun expertises samen. Het tweede element, *acceptatie*, betekent dat de professional zonder oordeel en geïnteresseerd luistert naar de cliënt. Acceptatie is niet hetzelfde als goedkeuren wat de cliënt doet of het met hem eens zijn, maar de cliënt accepteren zoals deze aanwezig is in een gesprek en hem niet willen veranderen (Miller & Rollnick, 2023). Juist op momenten dat mensen zich zonder oordeel

geaccepteerd voelen, komt er ruimte voor verandering (Rogers, 1961). Het derde element is *compassie*, de intentie om de hoogste prioriteit te geven aan de gezondheid en het welzijn de cliënt. Het betekent dat de professional gecommitteerd is om lijden te verlichten en positieve groei te ondersteunen. Als nieuw element wordt *empowerment* beschreven: cliënten helpen om te waarderen en te gebruiken wat ze al kunnen. De taak van een professional is te zien dat cliënten al veel van wat nodig is om te veranderen in zich hebben. In gesprekken probeert de professional dat potentieel naar boven te halen. Hij ondersteunt en moedigt de cliënt aan, zoekt naar wat de cliënt reeds kan en welke mogelijkheden er zijn om te veranderen. Daarmee bevestigt hij autonomie: cliënten kunnen zelf keuzes maken (Miller & Rollnick, 2023).



FIGUUR 2 Vier taken van motiverende gespreksvoering

De vier taken in een motiverend gesprek zijn: *engageren*, *focussen*, *ontlokken* en *plannen*. In figuur 2 zijn de taken te zien als de treden van een trap die de professional en de cliënt samen op en af kunnen lopen. De gesprekstechnieken vragen stellen, reflecteren, bevestigen, en informatie en advies geven (Baron et al., 2015) zijn te gebruiken in alle taken. In de vierde editie wordt voor de professional per taak een hulpvraag geformuleerd. Bij *engageren* hoort de vraag: 'Is de cliënt akkoord dat de professional en hij samen oplopen?' De taak voor de professional tijdens het engageren is het vestigen van een helpende relatie met de cliënt, die zich kenmerkt door wederzijds vertrouwen en respect.

De vraag die hoort bij *focussen* is: 'Waar gaan we naartoe?' De taak voor de professional is het verkennen van een doel of de doelen van de cliënt. Soms is voor de professional en de cliënt duidelijk dat de context van hun gesprekken het doel bepaalt. Een voorbeeld van zo'n context is een verslavingszorginstelling, waarbinnen het veranderen van middelengebruik het doel is. Soms is het doel echter diffuser of zijn er meerdere doelen waaraan de cliënt wil werken. De taak voor de professional is om met de cliënt te komen tot een gedeeld doel.

De centrale vraag bij de taak *ontlokken* is: 'Wat maakt dat je daarheen wilt gaan?' De professional kan gebruikmaken van specifieke gesprekstechnie-

ken en strategieën om bij de cliënt verandertaal te ontlocken: uitspraken die een cliënt doet die in de richting van verandering gaan (Baron et al., 2015; Dobber, 2022). Het betreft uitspraken die betrekking hebben op verlangen naar verandering of de ervaren noodzaak tot verandering. De cliënt kan benoemen dat hij in staat is om te veranderen of dat er duidelijke redenen zijn om te veranderen. Dit zijn voorbeelden van *voorbereidende* verandertaal. Bij *mobiliserende* verandertaal gaat het om uitspraken die de cliënt doet over actie: over stappen die hij gaat zetten of al gezet heeft in de richting van verandering, of om uitspraken waarin duidelijk vastbeslotenheid tot verandering naar voren komt.

Op het moment dat de cliënt meer richting actieve verandering gaat, is de vraag: ‘Hoe kom je daar?’ In de taak *plannen* onderzoekt de professional samen met de cliënt de manier waarop de cliënt zijn doel kan bereiken. Samen stellen ze bijvoorbeeld een veranderplan op. Het versterken van commitment, hoop en vertrouwen is een taak die hoort bij plannen. Het kernelement empowerment van de spirit – cliënten helpen om te waarderen en te gebruiken wat ze al kunnen – is duidelijk aanwezig in de taak plannen.

GGZ EN VERSLAVINGSPREVENTIE VOOR JONGE STATUSHOUDERS: WE DOEN HET SAMEN

.....

Eind 2021 startte het door FNO Geestkracht gesubsidieerde project GGZ en verslavingspreventie voor jonge statushouders: we doen het samen. In dit project werkten preventiewerkers van Jellinek samen met experts van Pharos, ervaringsdeskundigen, jonge statushouders en onderzoekers vanuit het lectoraat Intensieve Complexe Zorg van de Hogeschool van Amsterdam. Zij probeerden een brug te slaan tussen enerzijds de doelgroep van jonge Syrische en Eritrese statushouders, en anderzijds de preventiewerkers van Jellinek. De aanleiding voor het project was de ervaring van Jellinek Preventie dat de groep jonge statushouders niet goed werd bereikt met preventieactiviteiten. Hoewel er nog weinig kennis is over de mate van middelengebruik onder mensen met een vluchtachtergrond, zoals jonge statushouders (Wits et al., 2023), is wel gebleken dat die kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische problemen en problematisch middelengebruik (Nuijen et al., 2019; Speths et al., 2018). Een concrete vraag vanuit Jellinek Preventie was om het preventief adviesgesprek (waarin MGv de gespreksmethode is) cultuursensitiever te maken. Internationaal onderzoek gaf daarvoor aanknopingspunten: in cultureel diverse bevolkingsgroepen werd MGv effectief gebruikt, maar onderging het dikwijls wel enige aanpassing (Bahafzallah et al., 2020; Oh & Lee, 2016; Self et al., 2023).

CULTURELE COMPETENTIE EN CULTURAL HUMILITY

.....

465

Om een preventieactiviteit, zoals het preventief adviesgesprek, goed te kunnen uitvoeren bij jonge statushouders, is het belangrijk om rekening te houden met hun diverse culturele achtergrond. Marin en collega's (1995) noemen drie criteria waaraan cultuursensitieve interventies behoren te voldoen: (1) de interventie is gebaseerd op de culturele waarden van de doelgroep, (2) de interventiestrategieën en -onderdelen zijn in overeenstemming met de normen en verwachtingen van de doelgroep, en (3) tijdens de uitvoer van de interventies is het belangrijk dat professionals cultureel competent zijn. Onder 'cultureel competent' wordt verstaan dat professionals zich bewust zijn van zowel de eigen culturele achtergrond, waarden en vooroordelen, als de cultureel bepaalde kijk van de cliënt op gezondheid en ziekte. Daarnaast is het van belang dat de professional kennis heeft van de culturele achtergrond van specifieke etnische groepen en daar vaardig mee om kan gaan (Goorts & Kolste, 2023; Knipscheer et al., 2017). De focus op culturele competentie kan echter leiden tot stereotypering en stigmatisering van etnische groepen. Lekas en collega's (2020) pleitten er dan ook voor om professionals niet alleen cultureel competent te maken, maar tevens te laten groeien in cultural humility.

Het concept cultural humility is ontwikkeld door Melanie Tervalon en Jann Murray-Garcia (1998). Cultural humility verwijst naar de erkenning van de diversiteit en machtsongelijkheid tussen individuen, groepen en gemeenschappen, en gaat uit van twee principes. Het eerste principe is het levenslange proces van zelfreflectie, zelfbewustzijn en zelfkritiek, waarbij iemand openstaat voor anderen als het gaat om zijn eigen culturele identiteit. Het tweede principe is het onderkennen en herstellen van de machtsongelijkheid die inherent is aan de dynamiek tussen professional en cliënt, of tussen instelling en patiënt. Om interventies cultuursensitiever te laten zijn, is het van belang dat instellingen deze twee principes in beleid vormgeven (Tervalon & Murray-Garcia, 1998). Handelen vanuit cultural humility in een preventief adviesgesprek sluit aan bij de gespreksmethode MGV; de basis van beide is empathisch luisteren en acceptatie (Bulls & Naar, 2023). Cultuursensitieve motiverende gespreksvoering dient daarbij dikwijls aangepast te worden aan de taal, normen en waarden van de persoon met wie de professional het gesprek voert.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING: WAT ZIJN DE GELEERDE LESSEN UIT
HET PROJECT MET JONGE STATUSHOUDERS?

.....

In het project GGZ en verslavingspreventie voor jonge statushouders hebben jonge statushouders, ervaringsdeskundigen, experts en preventiewer-

kers in verschillende ontwikkelstappen input en feedback gegeven over een cultuursensitieve versie van het preventief adviesgesprek (de Jonge & Taguba, 2024). De drie criteria van Marin (zie hiervoor) zijn daarin leidend geweest. Waarden, normen en de cultureel bepaalde kijk op middelengebruik en psychische gezondheid van jonge Syrische en jonge Eritrese statushouders (in totaal 21 jonge statushouders) zijn onder andere in kaart gebracht door middel van diverse interviews en focusgroepen (N = 8). De samenwerking met deze jonge statushouders was niet vanzelfsprekend. Aan de hand van de taken in MGv beschrijven we hierna een aantal geleerde lessen uit het project.

Les 1: Geef extra aandacht aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie

De eerste taak voor een professional in een motiverend gesprek met een cliënt is *engageren*: het laten ontstaan van een samenwerkingsrelatie waarin er vertrouwen is. Ook in ons project was het opbouwen van een vertrouwensrelatie de eerste stap, waarin thema's rond vertrouwen en respect een rol speelden. De weg naar samenwerking met jonge Syrische en Eritrese statushouders liep via mensen die zij zien als vertrouwenspersonen, sleutelfiguren. Door met zulke sleutelfiguren uit de Eritrese of Syrische gemeenschap contact te maken en met hen een vertrouwensrelatie op te bouwen, werd het mogelijk met de jongeren zelf in contact te komen. Binnen deze context werd met de jonge statushouders een samenwerkingsrelatie opgebouwd. Een houding vanuit cultural humility en cultuursensitieve vaardigheden waren daarvoor beide steeds weer nodig. Daaronder vielen een bewustzijn van de eigen culturele achtergrond, waarden en vooroordelen, en van de cultureel bepaalde kijk van de statushouder op middelengebruik en psychische problemen.

Les 2: Uitgesproken wederzijdse verwachtingen zijn niet altijd wat ze lijken

De volgende taak voor de professional is *focussen*: in een gesprek samen de richting of de doelen bepalen. In ons project was er niet altijd overeenstemming tussen de professionals en de jonge statushouders over het doel van de bijeenkomsten – de focusgroepen. Het gebeurde wel dat de sleutelfiguren ervan uitgingen dat de medewerkers van Jellinek Preventie voorlichting kwamen geven en dat de jonge statushouders verwachtten dat hun aanwezigheid voldoende was om met een tegoedbon beloond te worden, terwijl de onderzoekers met de jongeren in gesprek wilden gaan over gezondheid en middelengebruik. De les was om voorafgaand en bij aanvang van een focusgroep eerst samen de verwachtingen uit te spreken en gedeelde doelen op te stellen. Ook hierin speelden de sleutelfiguren een belangrijke rol: zij konden de preventiewerkers en de onderzoekers duidelijk maken waar de belangen en verwachtingen van de groep lagen. Daarnaast konden zij aan de groep

jonge statushouders verhelderen wat de preventiewerkers en onderzoekers van hen verwachtten. Door gezamenlijk te agenderen, kwam er focus in de gesprekken.

467

Les 3: Wat hebben jonge statushouders eraan?

De volgende taak is *ontlokken*: op zoek gaan naar het verlangen, de redenen of de noodzaak om te veranderen. Dat kan tevens gaan over vertrouwen in verandering of over stappen die er reeds gezet zijn. In ons project wilden we graag dat jonge statushouders actief betrokken zouden zijn bij het ontwikkelen van een strategie om hen beter te bereiken. We namen aan dat het voor deze jonge statushouders een relevant thema was om aan samen te werken, maar de vraag: ‘Wat maakt dat je deze kant op wilt gaan?’ hadden we niet aan hen gesteld. Welke voordelen waren er voor hen op het moment dat ze met ons zouden samenwerken? En wat zou er gebeuren als ze dat niet zouden doen? We gingen van de taak focussen naar de taak plannen: actief aan de slag met het vernieuwen van onder andere het preventief adviesgesprek.

Een van de strategieën waarmee we meer zicht kregen op de beweegredenen van de jonge statushouders om mee te werken was het *exploreren van waarden*. Het begrijpen van de waarden die jonge statushouders hebben, is een kenmerk van culturele competentie en cultural humility. Waarden kunnen verschillen tussen culturen. Veel mensen in de Nederlandse samenleving hebben individuele autonomie, een grote mate van gelijkheid en informaliteit in relaties als belangrijke waarden. Tevens worden de sociale omgeving en genieten van het leven belangrijker gevonden dan presteren (Beugelsdijk, 2019). Deze waarden worden ook binnen andere culturen omarmd, maar de prioritering ervan verschilt. Vanuit cultural humility – de erkenning dat ieder mens een eigen gezichtspunt heeft – was het *exploreren van waarden* een startpunt om motivatie voor actieve participatie uit te lokken. Een van die waarden was dat de groep waarvan men deel uitmaakte belangrijk was: de Syrische of Eritrese groep. Een van de redenen om mee te werken was ‘ons beter te laten begrijpen hoe er tegen middelengebruik en psychische problemen aangekeken werd en hoe er hulp gezocht kon worden’. Zodra er één jonge statushouder deelnam aan een activiteit, deden er meerdere mee, want ook samen deelnemen aan iets was een waarde.

Les 4: Blijf elkaar ‘verstaan’

In de communicatie met de jonge statushouders merkten we dat indirecte communicatie heel belangrijk was. Met indirecte communicatie wordt bedoeld dat de professional niet directief en expliciet vragen stelt over een onderwerp, maar dat het onderwerp via een omweg wordt benaderd. Direct iets vragen kan namelijk als behoorlijk confronterend worden ervaren, indirecte vragen zijn meer ingekleed (Bouteh, 2019). Een voorbeeld was dat tij-

dens een interview een jonge statushouder niet direct werd gevraagd: ‘Wat vind jij van blowen?’ maar dat die vraag als volgt werd ingekleed: ‘Stel dat je iemand kent die blowt. Hoe kijk jij naar die persoon?’ Een andere vraag was: ‘Als iemand die je kent ’s nachts niet kan slapen, elke nacht, wat zou die persoon dan kunnen helpen?’ Directe vragen wekten achterdocht op, want de professional zou kunnen denken dat de statushouders blowden. Indirecte vragen zijn veiliger te beantwoorden.

Er waren momenten tijdens ons project dat we informatie deelden met de jonge statushouders. Dat kon praktische informatie zijn over tijden, of informatie over middelengebruik en psychische problemen. De terugvraagmethode was daarbij helpend. Deze methode is ontwikkeld voor communicatie met mensen met lage gezondheidsvaardigheden en sluit heel goed aan bij cultuursensitief werken (Bouteh & de Haan, 2019; Shersher et al., 2021; Talevski et al., 2020). De kern ervan is dat zodra een cliënt informatie of advies heeft gekregen met betrekking tot gezondheid, hem de vraag gesteld wordt in eigen woorden terug te vertellen wat hem is verteld (McCafferey et al., 2010). In ons project kwam naar voren dat jonge Syrische statushouders veel waarde hechten aan de deskundigheid van de professional: tijdens een preventief adviesgesprek verwachten zij een goed advies. Vanuit deze culturele waarde sloot het goed aan als een preventiewerker zijn deskundigheid liet blijken in een gesprek. De terugvraagmethode werd in ons project geïntegreerd in het preventief adviesgesprek: ‘Zou je me in je eigen woorden terug kunnen vertellen wat ik je zojuist verteld heb?’ Een motiverende vervolgvraag was: ‘Sluit dit advies bij jou aan? Zou het je kunnen helpen?’ Vanuit cultural humility is dit ook een manier om gelijkwaardigheid in het gesprek te houden.

Les 5: Plannen kan niet zonder expliciete aandacht voor de omgeving

Na de taak ontlokken volgt de taak *plannen*: de jonge statushouder moet bereid zijn om gestructureerd met bijvoorbeeld middelengebruik aan de slag te gaan. Vanuit empowerment zal de professional de mogelijkheden aanspreken die de jonge statushouder zelf bezit (Miller & Rollnick, 2023, p. 9). Maar ook diens omgeving is van invloed: die kan ofwel ondersteunend, ofwel niet-ondersteunend zijn. In ons project werd duidelijk dat het bespreken van de rol van de omgeving belangrijk is. Tijdens onze gesprekken met zowel Syrische als Eritrese jonge statushouders hoorden we dat er in hun culturele gemeenschap soms stigma ligt op middelengebruik. Iemand die hulp zoekt of krijgt voor middelengebruik of psychische problemen kan buiten de gemeenschap komen te staan. Daarentegen vertelden ze ons ook dat familie juist alle ondersteuning kan geven zodra iemand de keuze maakt om te veranderen. De sleutelfiguren van de jonge statushouders spelen bij het plannen van verandering een belangrijk rol. Als sleutelfiguren vertrouwen hebben in de betrokken professionals, kunnen zij een ondersteunende

brugfunctie vervullen. Opnieuw geldt dat het erom gaat om vanuit cultural humility aan te sluiten bij hoe het voor de cliënt werkt in zijn gemeenschap.

469

Vervolg casus mevrouw Y.

Mevrouw Y. heeft een gesprek met een preventiewerker, die zich voorstelt als een deskundige op het gebied van verslaving, met ervaring met mensen die drugs gebruiken. Hij vraagt wat hij voor mevrouw Y. kan betekenen. Opnieuw geeft mevrouw Y. aan dat ze wil dat haar zoon stopt met zijn cannabisgebruik: zo kan het niet langer doorgaan, het is slecht en op deze manier kan hij niet thuis blijven wonen. Ze vraagt of de preventiewerker een dokter is, die wel met haar zoon wil praten en hem zeggen dat drugs slecht zijn en dat hij moet stoppen. De preventiewerker zegt dat hij geen dokter is, maar wel een deskundige op het gebied van verslaving. Hij noemt dat hij heeft gehoord dat mevrouw Y. graag wil dat haar zoon stopt met gebruik van cannabis. Hij vraagt of hij, voor hij antwoord geeft op haar vraag of hij met haar zoon wil praten, eerst iets anders aan haar mag vragen. Ze geeft toestemming en de preventiewerker vraagt naar hoe de omgeving van mevrouw Y. kijkt naar haar zoon en wat zij graag voor hem zou willen in het leven. Mevrouw Y. begint te vertellen dat er schande wordt gesproken over het gedrag van haar zoon, dat ze zich voor hem schaamt, en dat zij het belangrijk vindt dat hij een goede opleiding volgt, geld gaat verdienen en een goed voorbeeld voor de familie is. Ze wil graag dat het goed met hem gaat, maar ziet nu dat het niet goed gaat en hij zijn opleiding niet afmaakt. Ze is bang dat hij straks geen werk heeft. De preventiewerker probeert in zijn woorden aan te sluiten bij de waarden die voor mevrouw Y. belangrijk zijn, zoals de rol van mensen in de familie en de gemeenschap, en dat het beschamend is dat haar zoon cannabis gebruikt. Ook noemt hij dat mevrouw Y. graag wil dat het goed gaat met haar zoon. Hij verwoordt haar dilemma: ze wil zo graag dat haar zoon zich goed gedraagt, maar tegelijk ervaart ze dat ze hem niet kan veranderen. De preventiewerker vraagt of hij een suggestie mag doen hoe mevrouw Y. er voor haar zoon kan zijn. Mevrouw Y. vindt dat goed en het gesprek gaat verder.

Jannet de Jonge, Jos Dobber, Chico Taguba en Corine Latour zijn allen verbonden aan de Hogeschool van Amsterdam.

Kaveh Bouteh is werkzaam bij het Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Elske van Putten werkt voor Jellinek Preventie.

Correspondentieadres: Jannet de Jonge, Hogeschool van Amsterdam, faculteit Gezondheid, Sport en Bewegen, Postbus 2125, 1000 CN Amsterdam. E-mail: j.m.de.jonge@hva.nl

Summary *Making motivational interviewing culturally sensitive: lessons learned from young status holders*

A recent definition of motivational interviewing (MI) is 'a particular way of talking with people about change and growth to strengthen their own motivation

and commitment'. Using this method of conducting conversations suits culturally diverse groups. As part of the FNO project GGZ and addiction prevention with young status holders, the preventive advisory interview has been made more culturally sensitive, including more culturally sensitive motivational interviewing. The spirit of MI is closely aligned with cultural humility. Working more culturally sensitive means not only being aware of one's own cultural background and culturally determined view on health, but also understanding that every person is complex and multi-dimensional. MI tasks and techniques can be used with young status holders. In terms of cultural humility, it is important to adapt to the way that young status holders communicate, their values, and their environment.

Keywords *motivational interviewing, status holders, preventive advisory interview, cultural sensitivity*

Referenties

- Bahafzallah, L., Hayden, K. A., Raffin Bouchal, S., Singh, P., & King-Shier, K. M. (2020). Motivational interviewing in ethnic populations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22, 816-851. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00940-3>
- Baron, E., de Jonge, J., & Schippers, G. M. (2015). Motiverende gespreksvoering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48, 138-152.
- Beugelsdijk, S. (2019). Nederlandse waarden en normen internationaal vergeleken. In *Sociaal en Cultureel Rapport 2019 – Denkend aan Nederland* (hoofdstuk 9). Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bouteh, K. (2019). *Cultuursensitieve en inclusieve communicatie*. Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.
- Bouteh, K., & de Haan, A. (2019). *Cultuursensitief werken met jeugdigen en gezinnen*. Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.
- Bulls, M., & Naar, S. (2023). *Demonstrating cultural humility, cultural opportunity and cultural comfort in MI sessions*. MINT Forum.
- de Jonge, J. M., & Taguba, C. (2024). *Modelteksten preventief adviesgesprek: Statushouders met psychische klachten en/of verslavingsproblemen* (Interne publicatie). Hogeschool van Amsterdam.
- Dobber, J. (2022). Actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreksvoering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 55, 15-34.
- Dobber, J., Latour, C., van Meijel, B., ter Riet, G., Barkhof, E., Peters, R., Scholte Op Reimer, W., & de Haan, L. (2020). Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for medication adherence: A mixed methods study of patient-therapist interaction in patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 78. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00078>
- FNO zorg voor kansen. (2021). *GGZ en verslavingspreventie voor jonge statushouders*. www.fnozorgvoorkansen.nl/activiteiten/ggz-en-verslavingspreventie-voor-jonge-statushouders
- Goorts, I., & Kolste, R. (2023). *Cultuursensitief werken*. Pharos.
- Knipscheer, J., Drogendijk, A., & Ghane, S. (2017). Op weg naar een effectieve cultuursensitieve psychotherapie. In J. Knipscheer & R. Kleber (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 241-258). Boom.

- Lekas, H. M., Pahl, K., & Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights*, 13, 1178632920970580. <https://doi.org/10.1177/1178632920970580>
- Marin, G., Burhansstipanov, L., Connell, C. M., Gielen, A. C., Helitzer-Allen, D., Lorig, K., Morisky, D. E., Tenny, M., & Thomas, S. (1995). A research agenda for health education among underserved populations. *Health Education Quarterly*, 3, 346-363. <https://doi.org/10.1177/109019819402200307>
- McCaffery, K. J., Smith, S. K., & Wolf, M. (2010). The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: A framework for research and development. *Medical Decision Making*, 30, 35-44. <https://doi.org/10.1177/0272989X09342279>
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Therapy*, 11, 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4th ed.). Guilford Press.
- Nuijen, J., Bolier, L., van Doesum, T., van der Poel, A., & Kleinjan, M. (2019). *QuickScan Kwetsbare jongvolwassenen met psychische problematiek*. Trimbos-instituut.
- Oh, H., & Lee, C. (2016). Culture and motivational interviewing. *Patient Education and Counseling*, 99, 1914-1919. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.010>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Self, K. J., Borsari, B., Ladd, B. O., Nicolas, G., Gibson, C. J., Jackson, K., & Manuel, J. K. (2023). Cultural adaptations of motivational interviewing: A systematic review. *Psychological Services*, 20(Suppl 1), 7-18. <https://doi.org/10.1037/ser0000619>
- Shersher, V., Haines, T. P., Sturgiss, L., Weller, C., & Williams, C. (2021). Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Education and Counseling*, 104, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.026>
- Speth, E., Speetjens, P., & Meijer, D. (2018). *Vluchtelingen en middelengebruik: Verslag van onderzoek onder Syrische en Eritrese vluchtelingen*. Pharos, in samenwerking met GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut.
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS One*, 15, e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Wits, E., Poole, N., Barendregt, C., Nagelhout, G., & de Vries, T. (2023). *Kennis-synthese Verslaving aan middelen* (Rapportage IVO & Amsterdam UMC). www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-10/231009-Kennissynthese-Verslaving-aan-middelen_DEF.pdf

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment therapy bij verslaving

Een cohortstudie

MARISSA DE VRIES, ELINE BOL, MARIJE VAN YPEREN, ELLEN
BREEUWSMA-GEURTS, EDWIN DE BEURS & ANNEKE GOUDRIAAN

Samenvatting

Zowel voor alcoholverslaving als voor andere verslavingen wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) aanbevolen, een bewezen effectieve behandeling. Een opkomende therapievorm is *acceptance and commitment therapy* (ACT), die steeds vaker wordt onderzocht op effectiviteit bij stoornissen in midde-
lengebruik. In het huidige cohortonderzoek werden gegevens geanalyseerd van cliënten in een poliklinische of (dag)klinische setting die een ACT- of CGT-behandeling voor een middelenverslaving volgden. Relatief meer vrouwen dan mannen kozen voor ACT, en cliënten die ACT volgden hadden vaker eerder een verslavingsbehandeling gehad. Zowel ACT als CGT leidde tot significante afname van alcoholgebruik, en tot verbetering van depressie-, angst- en stresscores, alsmede tot een verbeterde kwaliteit van leven aan het eind van de behandeling. Beide behandelingen werden gewaardeerd met gemiddeld een goed tot ruim voldoende score. Dit cohortonderzoek suggereert dat ACT en CGT in een poliklinische of (dag)klinische reguliere verslavingszorgsetting, beide effectieve behandelingen kunnen zijn, die tot vergelijkbare resultaten leiden bij mensen met een alcoholverslaving.

Trefwoorden: alcoholverslaving, acceptance and commitment therapy, cognitieve gedragstherapie, verslavingszorg

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004011>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Er waren significant meer vrouwen dan mannen die voor ACT kozen in vergelijking met CGT, zowel in klinische als in poliklinische settings. Dit kan wijzen op verschillen in copingstrategieën tussen mannen en vrouwen.
- ▶ Cliënten die voor ACT kozen, hadden vaker eerder verslavingsbehandelingen ondergaan in de afgelopen 5 jaar; mogelijk werd ACT als een alternatieve behandeling gekozen na eerdere niet succesvolle pogingen met CGT.
- ▶ Zowel ACT als CGT zorgde voor een significante daling van het alcoholgebruik en van depressie-, angst- en stressklachten. Ook zorgde het voor een verbetering in de kwaliteit van leven.

INLEIDING

.....

Verslavingsproblematiek heeft een negatieve invloed op diverse levensgebieden van mensen die ermee te kampen hebben en op hun naasten, zoals een negatief effect op lichamelijke en geestelijke gezondheid, op relaties en op kwaliteit van leven (Rehm & Shield, 2019; Voogt et al., 2022). Het aanbieden van doeltreffende behandelingen is daarom van groot belang. Er zijn verschillende evidencebased behandelingen beschikbaar voor stoornissen in middelengebruik en voor gedragsmatige verslavingen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT). In de behandelrichtlijnen voor zowel alcoholverslaving als overige verslavingen wordt een behandeling middels CGT aanbevolen (GGZ Standaarden, 2018). Het doel van deze behandeling is het doorbreken van het middelengebruik middels het aanleren van alternatieve gedragspatronen.

Er is uitgebreid onderzoek verricht naar CGT, waarbij is aangetoond dat de behandeling effectief is in het verminderen van middelengebruik en het verbeteren van functioneren (Magill et al., 2019; Merckx et al., 2015). In de recent verschenen systematische review van Boness en collega's (2023), uitgevoerd door de Amerikaanse Society of Clinical Psychology, werden vijf meta-analyses samengevat die de effectiviteit van CGT bij middelenverslaving bekeken. Uit de bevindingen bleek dat CGT op korte termijn (1-6 maanden) een medium effect had op het gebruik van middelen, in vergelijking met geen behandeling, terwijl op de langere termijn (8+ maanden) kleine tot medium effecten gevonden werden. Op basis van de effecten op middelengebruik, de kwaliteit van het bewijs en de effectiviteit in diverse populaties werd CGT 'sterk aanbevolen' als evidencebased behandeling voor verslaving (Boness et al., 2023). Motiverende gespreksvoering (*motivational interviewing*, MI) is een andere veelgebruikte methodiek, die vaak wordt toegepast als onderdeel van CGT of van andere behandelingen van middelenproblematiek. MI heeft op de korte en middellange termijn vergelijkbare effecten als CGT (Schwenker et al., 2023). De combinatie van MI en CGT is ook effectief gebleken bij behandeling van alcoholverslaving (Tan et al., 2023). Naast CGT

en MI worden ook andere gedragstherapeutische en psychologische interventies, zoals acceptance and commitment therapy (ACT), in toenemende mate onderzocht op effectiviteit bij verslavingsproblematiek. Wat betreft het aantal studies is er echter minder onderzoek beschikbaar over de toepassing van ACT bij stoornissen in middelengebruik. Niettemin suggereren twee meta-analyses dat ACT veelbelovend lijkt te zijn voor de behandeling van verslavingsproblematiek (Lee et al., 2015; Powers et al., 2009).

ACT valt onder de derdegeneratie gedragstherapie, een stroming waarbij gedragsverandering minder in het teken staat van klachtreductie en meer in het teken van het zich op een andere manier verhouden tot negatieve interne ervaringen als cognities, affect en sensaties (Hayes, 2004). Deze methodiek richt zich op het vergroten van psychologische flexibiliteit. Men doelt daarbij op de bereidheid om alle aspecten van onze ervaringen zonder vermijdingsgedrag te aanvaarden en zich te wijden aan een waardegericht leven. Binnen een verslavingsbehandeling is het hebben van trek bijvoorbeeld een dergelijke ervaring. De cliënt leert ruimte te maken (acceptatie) voor het ongemak (trek) en andere keuzes te maken in het gedrag (waardegericht handelen). Terwijl binnen CGT de focus onder andere ligt op verandering van gedragspatronen en aldus op beïnvloeding van de interne ervaring (door bijvoorbeeld de cliënt te leren situaties te vermijden die hem kunnen verleiden tot middelengebruik), ligt bij ACT – naast het maken van andere keuzes op het gebied van gedrag – meer nadruk op het accepteren van de ervaring op zichzelf.

Er is enig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ACT bij verslaving. Een systematische review van Byrne en collega's (2019) laat zien dat ACT betere resultaten geeft dan wanneer er geen behandeling wordt gegeven. Bij alcoholproblematiek lijkt er bovendien enig bewijs te zijn dat ACT even effectief is als andere behandelingen, zoals MI en CGT (Byrne et al., 2019). Deze resultaten dienen echter met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, omdat de onderzoeken die zijn meegenomen in de review van Byrne en collega's (2019) gericht waren op cliënten met naast problematisch middelengebruik een comorbide psychische stoornis. Ook betrof het vaak kleine studies. Er is dus weinig zicht op de effectiviteit van ACT bij populaties met primaire stoornissen in middelengebruik.

In Nederland is er nog weinig onderzoek verricht naar de toepassing van ACT binnen de verslavingszorg. Jellinek is een van de weinige instellingen waar ACT wordt ingezet als behandelmethode specifiek voor verslavingsproblematiek. Ook bij Tactus wordt momenteel een onderzoek, Voluit leven, opgezet naar de inzet van ACT in de nazorg. Daarnaast wordt ACT bij enkele verslavingszorgaanbieders aangeboden als onderdeel van een breder behandelprogramma gericht op middelengebruik.

Binnen Jellinek worden cliënten met verslavingsproblematiek sinds 2016 met een *practice based* ACT-protocol behandeld (Breeuwsma-Geurts & van Yperen, 2024). Dit ACT-protocol is ontwikkeld voor zowel de poliklinische

als de dagbehandeling van verslaving. Verderop in dit artikel wordt de inhoud van deze ACT-behandeling toegelicht.

Omdat er zowel internationaal als in Nederland nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van ACT-behandeling bij verslavingsproblematiek, is het doel van dit onderzoek het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van ACT in vergelijking met de gangbare CGT binnen de verslavingszorg. Hierbij worden zowel de poliklinische ACT- en CGT-behandeling met elkaar vergeleken als de (dag)klinische ACT- en CGT-behandeling. Een aanvullende onderzoeksvraag betreft mogelijke verschillen in achtergrondkenmerken van cliënten in deze beide behandelingen. De hypothese luidt dat ACT even effectief zal zijn als CGT.

METHODEN

.....

Cohortbeschrijving

.....

Het cohort in deze studie is samengesteld uit cliënten die met de eerste en tweede versie van het ACT-protocol zijn behandeld (Breeuwsma-Geurts & Leeffers, 2018). Het betreft cliënten die tussen 1 januari 2019 en 31 december 2022 zijn ingestroomd op de (dag)klinische locatie van Jellinek Amsterdam, en op de poliklinische en (dag)klinische locaties van Jellinek Utrecht.

Vanwege de kenmerken die worden gebruikt voor de indicatiestelling poliklinische en (dag)klinische behandeling, namelijk de ernst van de verslaving en de mate van sociaal-maatschappelijke integratie, worden de analyses apart gedaan voor het (dag)klinische cohort en voor het poliklinische cohort. Tevens verschillen de (dag)klinische en poliklinische behandeling wat betreft duur en intensiteit, wat een effect zou kunnen hebben op de effectiviteit van de verslavingsbehandelingen.

Op basis van de informatie uit de intake wordt een behandelintensiteit geadviseerd, waarna cliënten in overleg met de intaker en/of behandelaren middels gezamenlijke besluitvorming kunnen kiezen voor een van de verschillende aangeboden behandelmethoden. Wanneer er geen voorkeur naar voren komt, wordt CGT vaak als eerste behandeling geadviseerd, vanwege de meeste evidentie wat betreft effectiviteit.

Poliklinische behandeling met ACT

.....

De poliklinische ACT-behandeling binnen Jellinek bestaat uit 13 sessies, die in de eerste fase (ongeveer acht sessies) wekelijks plaatsvinden en daarna (ongeveer de vijf laatste sessies) tweewekelijks. Het betreft hier dus een gefocuste, kortdurende ACT-behandeling. Indien een cliënt nog (vrijwel) dagelijks gebruikt, ligt de focus tijdens de eerste sessies op de redenen waarom

men (tijdelijk) wil stoppen met gebruik en op het daadwerkelijke stoppen. Als het middelengebruik doorbroken is en de waarden globaal in kaart zijn gebracht, wordt er stilgestaan bij creatieve hopeloosheid: welke pogingen heeft de cliënt ondernomen om van zijn klachten af te komen die vruchteloos zijn gebleken en een waardegericht leven in de weg staan? Vanaf sessie 5 tot en met 12 kiest de behandelaar op basis van de casusconceptualisatie ervaringsgerichte interventies. Die kunnen gericht zijn op meer in contact komen met het hier-en-nu, bevorderen van acceptatie, losmaken van gedachten, het zelfbeeld, meer bewust keuzes leren maken en perspectief nemen op eigen handelen. Elke sessie wordt afgesloten met een of meerdere huiswerkopdrachten die gericht zijn op waardegericht handelen. In de laatste sessie wordt teruggeblikt op de behandeling en in een behoudplan samengevat waar de cliënt het meeste baat bij heeft gehad. De behandeling wordt gevolgd door de nazorgfase, waarin eens per maand 30 minuten contact is.

Poliklinische behandeling met CGT

Binnen Jellinek wordt gebruikgemaakt van het standaard CGT-protocol voor middelengerelateerde stoornissen (Merkx et al., 2015). Deze protocollaire CGT-behandeling voor problematisch middelengebruik en gokken bestaat uit 13 wekelijkse sessies, waarin de volgende componenten in verschillende bijeenkomsten en in de vorm van huiswerkopdrachten terugkomen: (1) registreren en monitoren van gebruik; (2) opstellen van een veranderdoel, en de motivatie daartoe vergroten en behouden; (3) leren van vaardigheden in de omgang met middelen of gokken; (4) opstellen van een functieanalyse; (5) veranderen van cognities; (6) leren omgaan met emoties; (7) verbeteren van interpersoonlijk functioneren en versterken van sociale steun; en (8) verbeteren van algemene en specifieke probleemoplossende vaardigheden. Specifieke thema's die aan bod komen zijn: redenen om te veranderen; zelfcontrolemaatregelen; de functieanalyse; het noodplan; en weigeren van aangeboden middelen en omgaan met trek. De behandeling wordt gevolgd door de nazorgfase, waarin eens per maand 30 minuten contact is.

(Dag)klinische behandeling met ACT en CGT

De (dag)klinische behandeling met ACT en CGT bestaat uit een of meerdere individuele voorbereidende gesprekken, en vervolgens uit groepsbehandelingen. De (dag)klinische behandeling met ACT richt zich onder andere op het stilstaan bij en het accepteren van gedachten en gevoelens omtrent de verslaving, en op het zich committeren aan een waardevol en abstinente leven. Modules die aangeboden worden zijn onder andere ACT & verslaving, socialevaardigheidstraining, mindfulness en psycho-educatie. Binnen de CGT-behandeling worden de volgende basismodules gegeven: cognitieve gedragstherapie voor verslavingsproblematiek, socialevaardigheidstrai-

ning, psycho-educatie, en eventueel farmacotherapie. Ook zijn er tijdens beide behandelingen naast het groepsprogramma individuele gesprekken. De dagbehandeling is een poliklinische behandeling van 3 tot 4 dagen per week die gemiddeld 12 weken duurt. De klinische behandeling vindt plaats tijdens een opname van 6 weken in de kliniek, gevolgd door een dagbehandeling van 6 weken. De behandeling wordt gevolgd door de nazorgfase, waarin gedurende drie maanden één keer per week een groepsbijeenkomst plaatsvindt.

Studieopzet

De studie betreft een longitudinale observationele cohortstudie. De metingen zijn gebaseerd op *routine outcome monitoring* (ROM), zoals toegepast in de klinische praktijk bij Jellinek. Met ROM kunnen behandel-effecten van cliënten worden bijgehouden door symptomen gedurende de behandeling te meten en te vergelijken (ROM; de Beurs et al., 2011). Deze ROM-metingen worden bij Jellinek periodiek toegepast, waarbij bij cliënten elke 3-4 maanden metingen worden afgenomen. ROM wordt gebruikt om bij de primaire stoornis in middelengebruik of gokken niveaus van zelfgerapporteerde depressie, angst en stress, en kwaliteit van leven te meten. Voor de huidige studie werden de ROM-metingen bij start van de behandeling voor middelenverslaving en ROM-metingen aan het eind van de verslavingsbehandeling geïnccludeerd. Om ROM-metingen van start- en afsluitdata te synchroniseren werd gekeken of er rond de startdatum een meting was binnen 3 maanden vóór tot 3 maanden na de startdatum. Als er meerdere metingen waren binnen dit tijdsinterval, werd de meting gekozen die in tijd het dichtst bij de startdatum gelegen was. Als er geen meting was verricht in het interval van 6 maanden rond de startdatum, werd de behandeling als niet voorgemeten beschouwd. Hetzelfde algoritme werd toegepast bij de nameting.

Vragenlijsten

DASS-21 — De Depressie Angst Stress Schaal (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995) is een zelfrapportagevragenlijst die drie verschillende symptomen meet, namelijk angst, depressie en stress. De totaalschaal meet negatieve emoties. In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van de verkorte versie van de DASS-42, de DASS-21, die bestaat uit 21 items en die vertaald is door de Beurs en collega's (2001). Ieder item heeft vier antwoordmogelijkheden, van 0 ('helemaal niet of nooit van toepassing') tot 3 ('zeer zeker of meestal van toepassing'). De totaalschaal heeft een range van 0-63, waarbij een hogere score meer klachten representeert. De DASS-21 heeft een goede interne consistentie (Scholten et al., 2017). Bovendien hebben de Beurs en collega's (2001) aangetoond dat de vragenlijst correleert met andere meet-

instrumenten, zoals de Beck Depression Inventory (BDI) en de Beck Anxiety Inventory (BAI), wat voldoende convergente validiteit aangeeft.

MANSA — De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al., 1999) is een vragenlijst die een algehele indruk geeft van iemands kwaliteit van leven. De MANSA werd in het jaar 2000 in het Nederlands vertaald (van Nieuwenhuizen et al., 2000). Het is een zelfrapportage-instrument bestaande uit 12 items, waarmee de kwaliteit van leven wordt gemeten per domein (bijvoorbeeld tevredenheid met werk, wonen en relaties) op een zevenpuntsschaal die varieert van 0 ('kan niet slechter') tot 7 ('kan niet beter'). De totaalscore heeft een range van 0-84, waarbij een hoge score een hoge mate van tevredenheid aangeeft. De betrouwbaarheid van de MANSA is goed, zoals blijkt uit Cronbachs alfa, die varieert van 0,75 bij de algemene bevolking tot 0,84 bij mensen met psychiatrische problemen (van Nieuwenhuizen et al., 2017).

Middelengebruik (MATE) — Alcoholgebruik en middelengebruik werden gemeten met module 1 van de Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE 2.1; Schippers et al., 2010). Hierbij werd de originele interviewversie van de MATE 2.1 gebruikt. Het instrument heeft een acceptabele betrouwbaarheid en goede validiteit (Schippers et al., 2010). Aan cliënten werd bij de start van de behandeling gevraagd naar hun middelengebruik in de voorafgaande 30 dagen. Het totale aantal gebruikte eenheden werd meegenomen als maat.

Tevredenheid over de behandeling (CQ-i) — De Consumer Quality Index voor de zorg (CQI; Delnoij & Hendriks, 2008) werd gebruikt in deze studie, zoals toegepast in de ROM. Vanuit de CQI werd de tevredenheid van de cliënten over de behandeling uitgedrukt in een rapportcijfer, dat uiteenliep van 1 ('zeer slecht') tot 10 ('zeer goed').

Behandelgeschiedenis

De behandelgeschiedenis toont het aantal keren dat in het afgelopen jaar een behandeling binnen de verslavingszorg is gevolgd. Deze gegevens zijn afkomstig uit de MATE 2.1. Omdat een hoger aantal eerdere behandelingen wijst op grotere chroniciteit en terugkerende verslavingsproblematiek, is deze klinische variabele meegenomen in de analyse.

Statistische analyses

Allereerst werden tests uitgevoerd om te controleren op normaalverdeling van de data; op homogeniteit van de variantie/covariantie-matrices binnen groepen; en op sfericiteit van alle afhankelijke variabelen. Om te onderzoeken of er bij start van de behandeling verschillen waren in sekseverdeling

in de groep die de ACT-behandeling volgde versus de groep die de CGT-behandeling volgde, werd een χ^2 -test gebruikt. We onderzochten overige verschillen op baseline met *t*-toetsen. Voor behandel-effecten werden herhaalde metingen ANOVA toegepast.

RESULTATEN

Voor een overzicht van de demografische en klinische kenmerken wordt verwezen naar tabel 1, voor een overzicht van de resultaten van het onderzoek naar tabel 2. Wat betreft de *sekseverdeling* waren er significante verschillen tussen de ACT- en CGT-behandeling: relatief meer vrouwen dan mannen volgden een ACT-behandeling in plaats van een CGT-behandeling; dit gold voor zowel cliënten in de (dag)klinische behandeling als in de poliklinische behandeling. Er waren geen verschillen in de *bron van inkomsten* voor cliënten die ACT of CGT volgden. Wat betreft *leeftijd* waren er significante, maar zeer kleine verschillen tussen cliënten die ACT volgden en die CGT volgden; de gemiddelde leeftijd lag tussen 39-42 jaar.

Wat betreft het *aantal eerdere verslavingsbehandelingen* in de afgelopen 5 jaar (die cliënten zelf bij intake rapporteerden), was er bij cliënten die de ACT-behandeling volgden – zowel poliklinisch als (dag)klinisch – een hoger percentage dat in de afgelopen 5 jaar al een of meerdere verslavingsbehandelingen had gevolgd.

Effecten op alcoholgebruik

Het aantal glazen alcohol per 30 dagen, zoals gemeten met de MATE 2.1, daalde significant bij cliënten met een primaire stoornis in alcoholgebruik, zowel in de ACT-behandelgroepen als in de CGT-behandelgroepen. Voor zowel de (dag)klinische als de poliklinische groepen was er geen tijd*groep-interactie, wat aangeeft dat er geen verschillen zijn tussen de ACT- versus CGT-behandelingen wat betreft daling in alcoholgebruik tussen begin- en eindmeting.

Effecten op depressie, angst en stress

De score op de DASS-21 daalde aanzienlijk in alle groepen. Er was sprake van een interactie tussen tijd en groep voor de poliklinische behandelgroepen: bij de poliklinische cliënten die ACT volgden was er een sterkere daling tussen begin- en eindmeting dan bij de poliklinische cliënten die CGT volgden. Bij de (dag)klinische ACT- en CGT-groepen was er geen significante interactie tussen tijd en groep.

TABEL 1A DEMOGRAFISCHE en klinische kenmerken van cliënten in dagbehandeling ACT en dagbehandeling CGT

480

Karakteristieken	ACT dagbehandeling	CGT dagbehandeling	χ^2 / Cramers V	P-waarde
Geslacht, N (%)	(n = 482)	(n = 1558)	25,00	< 0,001
Man	316 (65,6)	1209 (77,6)		
Vrouw	166 (34,4)	0349 (22,4)		
Leeftijd, Gemiddeld (SD)	41,7 (12,3)	39,8 (11,8)	2,78	< 0,005
Bron van inkomen, N (%)	(n = 438)	(n = 1347)	0,02	0,77
Loon/zelfstandig	170 (38,8)	547 (40,6)		
Uitkering/Ziektewet	214 (48,9)	641 (47,6)		
Overig	54 (12,3)	159 (11,8)		
Eerdere verslavingsbe- handelingen in de afge- lopen 5 jaar, N (%)	(n = 305)	(n = 734)	0,15	< 0,001
Geen	173 (56,7)	525 (71,5)		
Een	63 (20,7)	119 (16,2)		
Twee of meer	69 (22,6)	90 (12,3)		
Primaire stoornis in middelengebruik, N (%)	(n = 389)	(n = 915)	0,11	< 0,003
Alcohol	199 (51,2)	431 (47,1)		
Cannabis	84 (21,6)	159 (17,4)		
Opiaten	24 (6,2)	41 (4,5)		
Stimulantia (cocaïne, amfetaminen)	47 (12,1)	187 (20,4)		
Overig	35 (9,0)	97 (10,6)		

Effecten op kwaliteit van leven

Wat betreft de scores op de MANSA is er een stijging te zien in scores over de tijd, wat aangeeft dat de kwaliteit van leven tussen begin- en eindmeting verbetert. Hierbij is er een trend ($p = 0,051$) voor een sterkere verbetering binnen de poliklinische ACT-groep versus de poliklinische CGT-groep.

TABEL 1B DEMOGRAFISCHE en klinische kenmerken van cliënten in poliklinische behandeling ACT en poliklinische behandeling CGT

481

Karakteristieken	ACT poliklinische behandeling	CGT poliklinische behandeling	χ^2 / Cramers V	P-waarde
Geslacht, N (%)	(n = 125)	(n = 1851)	9,39	< 0,002
Man	81 (64,8)	1423 (76,9)		
Vrouw	44 (35,2)	428 (23,1)		
Leeftijd, Gemiddeld (SD)	41,7 (12,3)	39,8 (11,8)	2,16	< 0,031
Bron van inkomen, N (%)	(n = 118)	(n = 1653)	0,008	0,95
Loon/zelfstandig	84 (71,2)	1154 (69,8)		
Uitkering/Ziektewet	22 (18,6)	326 (19,7)		
Overig	12 (10,2)	173 (10,5)		
Eerdere verslavingsbehandelingen in de afgelopen 5 jaar, N (%)	(n = 101)	(n = 734)	0,068	< 0,025
Geen	77 (76,2)	625 (85,1)		
Een	15 (14,9)	79 (10,8)		
Twee of meer	9 (8,9)	30 (4,1)		
Primaire stoornis in middelengebruik, N (%)	(n = 116)	(n = 1764)	0,09	< 0,006
Alcohol	67 (57,8)	813 (46,1)		
Cannabis	15 (12,9)	362 (20,5)		
Opiaten	4 (3,4)	69 (3,9)		
Stimulantia (cocaïne, amfetaminen)	21 (18,1)	221 (12,5)		
Overig	9 (7,8)	299 (17,0)		

Eindmeting: rapportcijfer behandeling

Het rapportcijfer dat cliënten aan de behandeling gaven is voor de (dag)-klinische ACT- en CGT-clieñten niet significant verschillend: ze bedragen respectievelijk 7,4 en 7,7. Ook tussen de poliklinische ACT- en CGT-clieñten verschillen de rapportcijfers die ze de behandeling gaven niet: voor beide groepen is dit een 8,4.

TABEL 2A ANOVA's startmeting en eindmeting alcoholgebruik, chi-kwadraattoetsen behandelingsucces middelen; DASS, MANSA, tevredenheid behandeling (ROM)

Karakteristieken	ACT dagbehandeling Startmeting	ACT dagbehandeling Eindmeting	CGT dagbehandeling Startmeting	CGT dagbehandeling Eindmeting	Interactie groep*tijd	Tijds effect
Eenheden alcohol/30 dagen ¹	(<i>n</i> = 137) 285,3 (30,9)	(<i>n</i> = 137) 89,1 (22,8)	(<i>n</i> = 221) 466,9 (24,0)	(<i>n</i> = 221) 84,0 (17,7)	F (1,352) = 0,53; <i>p</i> = 0,47	F(1,352) = 7,73, <i>p</i> = 0,006
Behandelsucces ² (%)		76,6		79,7		
DASS-21-totaal-score	(<i>n</i> = 103) 56,1 (3,0)	(<i>n</i> = 103) 29,8 (2,5)	(<i>n</i> = 195) 58,8 (2,2)	(<i>n</i> = 195) 32,3 (1,8)	F(1,296) = 0,002; <i>p</i> = 0,96	F(1,296) = 186,3; <i>p</i> < 0,001
MANSA-totaal-score	(<i>n</i> = 102) 46,6 (1,3)	(<i>n</i> = 102) 54,8 (1,4)	(<i>n</i> = 185) 43,8 (1,0)	(<i>n</i> = 185) 54,6 (1,0)	F(1,285) = 2,95; <i>p</i> = 0,09	F(1,285) = 161,8; <i>p</i> < 0,001
CQI-rapportcijfer		(<i>n</i> = 102) 7,4 (2,4)		(<i>n</i> = 182) 7,7 (1,8)	<i>t</i> (282) = 1,20; <i>p</i> = 0,23	

¹ De eenheden alcohol/30 dagen werden alleen geanalyseerd en gerapporteerd voor cliënten die alcohol als primair probleemmiddel hadden. ² Behandelsucces werd gedefinieerd wanneer er geen gebruik meer is of er een vermindering van minstens 40% in het aantal dagen gebruik, vergeleken met de startmeting.

TABEL 2B ANOVA's startmeting en eindmeting alcoholgebruik, chi-kwadraattoetsen behandelingsmiddelen; DASS, MANSA, tevredenheid behandeling (ROM)

Karakteristieken	ACT poliklinische behandeling		CGT poliklinische behandeling		Interactie groep*tijd	Tijdeffect
	Startmeting	Eindmeting	Startmeting	Eindmeting		
Eenheden alcohol/30 dagen ¹	(n = 58) 135,4 (24,3)	(n = 58) 19,1 (12,1)	(n = 392) 219,9 (8,8)	(n = 392) 38,8 (4,4)	F(1,444) = 2,80; p < 0,095	
Behandelsucces ² (%)		87,9		86,5		
DASS-21-totaal-score	(n = 53) 52,8 (3,5)	(n = 53) 24,9 (2,9)	(n = 661) 38,4 (1,0)	(n = 661) 21,2 (0,8)	F(1,712) = 8,44; p < 0,001	F(1,712) = 153,4; p = 0,004
MANSA-totaal-score	(n = 51) 51,1 (1,7)	(n = 51) 61,9 (1,7)	(n = 642) 56,0 (0,5)	(n = 642) 63,6 (0,5)	F(1,691) = 3,81; p = 0,051	F(1,691) = 121,9; p < 0,001
CQ-i-rapport-cijfer		(n = 57) 8,4 (1,7)		(n = 674) 8,3 (1,5)	t(729) = 0,87 p = 0,87	

¹ De eenheden alcohol/30 dagen werden alleen geanalyseerd en gerapporteerd voor cliënten die alcohol als primair probleemmiddel hadden. ² Behandelsucces werd gedefinieerd wanneer er geen gebruik meer is of er een vermindering van minstens 40% in het aantal dagen gebruik, vergeleken met de startmeting.

Interactie-effecten met sekse en leeftijd

Aangezien de ACT- en CGT-groepen verschilden wat betreft sekseverdeling en leeftijd, werden deze variabelen als covariaten ingevoegd in de ANOVA's. De analyses *met* covariaten leverden dezelfde resultaten op als de analyses *zonder* covariaten: er waren geen significante interacties tussen enerzijds sekse of leeftijd en anderzijds eenheden alcohol, behandelsucces, DASS-21-totaalscores, MANSA-totaalscores, CQI-rapportcijfer (alle *p*-waarden > 0,80). Dit betekent dat geslacht en leeftijd geen invloed hadden op de resultaten van de behandelingen.

DISCUSSIE

Deze cohortstudie onderzocht de effectiviteit van ACT in vergelijking met CGT in een standaard behandelsetting binnen een reguliere verslavingszorg-instelling. Het onderzoek richtte zich op zowel poliklinische als dagklinische behandelgroepen, en onderzocht de demografische en klinische kenmerken van cliënten die voor ACT of CGT kozen.

Een belangrijk bevinding in deze studie is dat relatief meer vrouwen dan mannen kozen voor ACT in plaats van CGT, ongeacht de setting. Dit kan wijzen op een verschil in voorkeur tussen mannen en vrouwen wat betreft behandelmethoden, die mogelijk te wijten is aan de nadruk van ACT op emotiegerelateerde copingmechanismen. Omdat vrouwen mogelijk meer gericht zijn op het emotioneel verwerken van problemen, kunnen zij zich meer aangetrokken voelen tot ACT, terwijl mannen wellicht de meer gedragsgerichte benadering van CGT prefereren. Dit is in lijn met eerdere studies die verschillen in copingstrategieën tussen mannen en vrouwen hebben onderzocht (Liddon et al., 2017; Tamres et al., 2002).

Daarnaast werd gevonden dat cliënten die voor ACT kozen vaker eerdere verslavingsbehandelingen hadden ondergaan, in vergelijking met cliënten die voor CGT kozen. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat CGT vaker wordt aanbevolen als eerste behandelingsoptie vanwege de sterkere bewijsbasis ervan. Dit suggereert dat ACT mogelijk wordt gekozen door cliënten die op zoek zijn naar alternatieven nadat eerdere behandelingen niet het gewenste effect hebben gehad.

Wat betreft de behandelresultaten zagen we dat zowel ACT als CGT leidde tot significante verbeteringen in alcoholgebruik, depressie, angst- en stressscores, en kwaliteit van leven. Echter, in de poliklinische setting bleek ACT effectiever te zijn dan CGT in het verminderen van depressie, angst en stress. Dit resultaat ondersteunt de mogelijkheid dat ACT in bepaalde contexten voordelen kan bieden boven CGT, vooral wanneer emotiegerichte coping van belang is.

Opmerkelijk is dat de tevredenheid over de behandeling tussen beide therapieën vergelijkbaar was, wat suggereert dat ondanks verschillen in de mechanismen van de therapieën beide als even waardevol worden ervaren door cliënten. Dit benadrukt de noodzaak van gepersonaliseerde behandelopties, waarbij de keuze voor ACT of CGT mogelijk gebaseerd kan worden op de specifieke voorkeuren en behoeften van de cliënt.

Sterkten en beperkingen

In het huidige onderzoek is er sprake van een beperking met betrekking tot de groepsgrootte, voornamelijk veroorzaakt door een uitval van ongeveer 50% bij de ROM-meting. Voor toekomstig onderzoek wordt dan ook aangeraden om RCT's uit te voeren om de effectiviteit van ACT verder te evalueren. Een RCT zou het mogelijk maken om een niet-selecte groep cliënten te onderzoeken. Ook kan er dan voor gekozen worden om grotere steekproeven te gebruiken en de follow-upperiode te verlengen. Dit zou meer inzicht bieden in de langetermijneffecten van de behandeling. Daarnaast wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om subgroepanalyses uit te voeren, waarbij groepen die voor de eerste keer behandeld worden voor verslavingsproblematiek ofwel een CGT- ofwel een ACT-behandeling krijgen.

Conclusie

De bevindingen van deze studie suggereren dat ACT een waardevol alternatief kan zijn voor CGT in de behandeling van middelenmisbruik. Hoewel de resultaten veelbelovend zijn, is het belangrijk om te erkennen dat de verschillende demografische en klinische kenmerken van de onderzochte groepen verdere studie behoeven om te begrijpen welke subgroepen het meest profiteren van ACT versus CGT. Verdere onderzoeken zijn nodig om deze bevindingen te bevestigen en om meer inzicht te krijgen in de factoren die de effectiviteit van beide behandelingen beïnvloeden.

Marissa de Vries is verbonden aan Jellinek TOPGGz en aan Arkin, afdeling Onderzoek.

Eline Bol is werkzaam bij Jellinek TOPGGz en bij Arkin, afdeling Onderzoek.

Marije van Yperen en **Ellen Breeuwsma-Geurts** zijn werkzaam bij Jellinek TOPGGz.

Edwin de Beurs is verbonden aan de Universiteit Leiden, Klinische Psychologie en aan Arkin, afdeling Onderzoek.

Anneke Goudriaan is werkzaam bij Jellinek TOPGGz, Arkin, afdeling Onderzoek, en bij Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: Marissa de Vries, Jellinek, locatie Jacob Obrechtstraat (Jellinek JOS), Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam. E-mail: marissa.de.vries@arkin.nl

Summary *Effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in addiction*

Both cognitive behavioral therapy (CBT) and other forms of therapy are recommended for alcohol addiction, as it is a proven effective treatment. An emerging therapy is acceptance and commitment therapy (ACT), increasingly studied for its effectiveness in substance use disorders. In this cohort study, data were analyzed from clients in outpatient and (day) clinical settings who received ACT or CBT treatment for substance addiction. Relatively more women than men chose ACT, and ACT clients were more likely to have had previous addiction treatment. Both ACT and CBT resulted in a significant reduction in alcohol use and improvement in depression, anxiety, and stress scores, as well as a better quality of life at the end of treatment. Both treatments received good to very good average ratings. This cohort study suggests that ACT and CBT in outpatient and (day) clinical addiction care are effective treatments with comparable outcomes for alcohol addiction.

Keywords *alcohol addiction, acceptance and commitment therapy, cognitive behavioral therapy, addiction care*

Referenties

- Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders: A systematic review and application of the Society of Clinical Psychology criteria for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30, 129-142. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>
- Breeuwsma-Geurts, E., & Leeffers, N. (2018). *Poliklinisch protocol Acceptance & Commitment Therapy* (1ste ed.) (Interne publicatie). Jellinek.
- Breeuwsma-Geurts, E., & van Yperen, M. (2024). *Poliklinisch protocol Acceptance & Commitment Therapy* (3de ed.) (Interne publicatie). Jellinek.
- Byrne, S., Haber, P., Baillie, A., Costa, D., Fogliati, V. J., & Morley, K. C. (2019). Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: Should we be using third wave therapies? *Alcohol and Alcoholism (Oxford)*, 54, 159-166. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ago089>
- de Beurs, E., Hollander-Gijsman, M. D., van Rood, Y. R., van Der Wee, N. J., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., van Der Lem, R., van Fenema, E., & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1002/cpp.696>
- de Beurs, E., van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: Een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 34, 35-53.
- Delnoij, D., & Hendriks, M. (2008). De CQ-index: Het meten van klantervaringen in de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86, 440-446. <https://doi.org/10.1007/bfo3082141>
- GGZ standaarden. (2018). *Drugs (niet-opioïden): Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*

- [Richtlijn]. www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/introductie
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2017). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 42-58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research And Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Magill, M., Ray, L. A., Kiluk, B. D., Hoadley, A., Bernstein, M. H., Tonigan, J. S., & Carroll, K. M. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 1093-1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Merkx, J., Korrelboom, C., & de Wildt, A. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik: Protocol en leertheoretische reflectie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48, 111-137. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/cognitieve-ge-dragstherapie-bij-problematisch-mid-delengebruik-prot>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21, 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): An instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105, 862-871.
- Scholten, S., Velten, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2017). Testing measurement invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) across four countries. *Psychological Assessment*, 29, 1376-1390. <https://doi.org/10.1037/pas0000440>
- Schwenker, R., Dietrich, C. F., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T., & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *The Cochrane Library*, 12, CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008063.pub3>
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*,

- 6, 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Tan, C. J., Shufelt, T., Behan, E., Jantara, J., Koomsri, C., Gordon, A. J., Chaiyakunapruk, N., & Dhippayom, T. (2023). Comparative effectiveness of psychosocial interventions in adults with harmful use of alcohol: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction*, 118, 1414-1429. <https://doi.org/10.1111/add.16187>
- van Nieuwenhuizen, C. H., Janssen-de Ruijter, E. A. W., & Nugter, M. (2017). *Handleiding Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*. Stichting QoLM.
- van Nieuwenhuizen, C. H., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2000). *Manchester – Verkorte Kwaliteit van Leven meting (The Manchester – Short Assessment of Quality of life)*. Institute Of Mental Health Care Eindhoven.
- Voogt, C., Vromans, L., Kools, N., & van Hasselt, N. (2022). Alcoholschade voor de drinker zelf en (anderen in) de maatschappij. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100, 48-51. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00337-y>

Behandeling van stoornissen in het gebruik van voorgeschreven opioïden bij patiënten met chronische pijn

Een practitioner review

HARMEN BEURMANJER, KATINKA DAMEN, HANNAH ELLERBROEK 
ARNT SCHELLEKENS

Samenvatting

Chronische pijn (CP) treft één op de vijf Nederlanders, van wie een deel tegen die pijn opiaten krijgt voorgeschreven. Langdurig gebruik van opiaten kan resulteren in meer pijn en de ontwikkeling van een stoornis in het gebruik van voorgeschreven opioïden (SVO). Dit artikel geeft een overzicht van bewezen effectieve psychologische en gedragstherapeutische interventies en twee voorbeelden van zorgprogramma's voor mensen met CP en SVO in Nederland. Het artikel heeft de vorm van een *practitioner review*: het is gericht op het informeren van behandelaren over de behandelmogelijkheden van patiënten met CP en SVO, gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap. Voor deze doelgroep bieden gecombineerde of geïntegreerde programma's met motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, *acceptance and commitment therapy* (ACT) en mindfulnessinterventies momenteel de *best practices* in Nederland. Naast deze verschillende interventies is het bij patiënten met CP en SVO van belang om te investeren in een voortraject dat voorafgaat aan opiatenafbouw en behandeling.

Trefwoorden: chronische pijn, opiaten, verslaving, motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, acceptance and commitment therapy, mindfulness-based cognitive therapy

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004012>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ De behandeling van patiënten met zowel chronische pijn als een stoornis in voorgeschreven opioïden vraagt om een geïntegreerd behandelaanbod, waarin gelijktijdig aandacht is voor beide stoornissen.
- ▶ Voor de behandeling van deze patiënten kan teruggevallen worden op reeds bestaande en veelgebruikte behandelmethodieken in de ggz.
- ▶ Het geven van psycho-educatie en het aanleren van pijnmanagementvaardigheden aan patiënten is een belangrijke voorwaarde alvorens er met afbouw van opiaten kan worden gestart.

INLEIDING

.....

Ongeveer een op de vijf Nederlanders ervaart chronische pijn (CP) (Bekkering et al., 2011). Chronische pijn is een voortdurende of terugkerende pijn die langer aanhoudt dan de normale genezingsperiode voor een ziekte of verwonding, of die langer dan 3 maanden duurt (Treede et al., 2015). De pijn kan het gevolg zijn van een onderliggende aandoening of op zichzelf staan. Chronische pijn is multifactorieel bepaald, waarbij biopsychosociale factoren een rol spelen in de aandoening (Institute of Medicine, 2011). Het komt vaak voor dat mensen met CP voor hun pijn opioïden voorgeschreven krijgen (Instituut Verantwoord Medicijngebruik, 2020). Hoewel opioïden erg effectieve pijnstillers zijn voor acute pijn, is er geen bewijs dat ze effectief pijn bestrijden op de langere termijn (> 6 maanden) in vergelijking met andere pijnstillers (Nury et al., 2022). Desondanks heeft er in Nederland een sterke toename plaatsgevonden van het aantal opioïdengebruikers van 4109 per 100.000 personen in 2008 naar 7489 per 100.000 personen in 2017 (Kalkman et al., 2019). Sindsdien was er weer een lichte daling te zien en in 2022 schommelde het aantal gebruikers rond de 5935 per 100.000 personen (Zorginstituut Nederland, 2024). Van belang daarbij is dat de duur en omvang van de voorgeschreven doseringen omlaag zijn gegaan, hetgeen aansluit bij de richtlijnen om zo kort en laag gedoseerd mogelijk voor te schrijven.

Hoewel opioïden op de korte termijn pijn goed kunnen onderdrukken, kan bij langdurig gebruik ervan de pijn juist toenemen. Dit kan verklaard worden door twee processen. Ten eerste kan tolerantie optreden voor de effecten van opioïden, waardoor bij eenzelfde dosering het pijnstillende effect van de opioïden minder is dan voorheen. Ten tweede kan langdurig gebruik van opioïden leiden tot opioïde-geïnduceerde hyperalgesie. Hyperalgesie is een toegenomen gevoeligheid van het zenuwstelsel, en daarbij een verhoogde gevoeligheid voor pijn (Mercadante et al., 2019). De toegenomen pijn kan aanleiding geven om de dosering te verhogen, in een poging de pijnklachten tegen te gaan. Op deze manier kan een vicieuze cirkel ontstaan, waarbij patiënten naast hun toegenomen pijn een stoornis in het gebruik

van (voorgeschreven) opioïden ontwikkelen (Friedman & Nabong, 2020; Garland, 2014). Een stoornis in het gebruik van voorgeschreven opioïden (SVO) kenmerkt zich door een problematisch patroon van opioïdengebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk. Anders dan bij stoornissen in niet-voorgeschreven opioïden worden de criteria tolerantie en onttrekkingssymptomen niet meegeteld indien de opioïden enkel onder geëigend medisch toezicht gebruikt worden (APA, 2014). Er zijn goede detoxificatiemethoden beschikbaar voor mensen met een SVO, bijvoorbeeld afbouwprogramma's of substitutietherapie (Berna et al., 2015; Ellerbroek et al., 2022; Pergolizzi et al., 2020). De begeleiding naar dit proces toe is voor veel patiënten spannend en vraagt om goede afstemming tussen behandelaren en patiënten. Daarnaast kan tijdens detoxificatie, maar vaak ook daarna, de pijn aanwezig blijven of tijdelijk verergeren. Hierdoor is de uitval in dergelijke afbouwprogramma's relatief hoog. De gecombineerde problematiek van chronische pijn en SVO vraagt dan ook om een geïntegreerde behandeling gericht op zowel de stoornis in opioïden als de chronische pijn. Het zorgaanbod voor problematisch opioïdegebruik bij pijn is in Nederland nog beperkt. Het doel van dit artikel is behandelaren in te lichten over de behandel mogelijkheden van deze patiëntengroep, teneinde het zorgaanbod voor hen in Nederland te vergroten.

METHODE

.....

Dit artikel heeft de vorm van een practitioner review: het wil behandelaren informeren over de behandel mogelijkheden van patiënten met CP en SVO, gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap. De opzet van het artikel biedt een overzicht van behandelinterventies voor patiënten met CP en SVO, de wetenschappelijke onderbouwing ervan en een beschrijving van de manier waarop de zorg voor hen georganiseerd kan worden. Om de behandelinterventies te beschrijven zijn recente reviewartikelen bestudeerd die onderzoek deden naar de behandel mogelijkheden van patiënten met CP en SVO. Deze zijn aangevuld met informatie van recente trials die nog niet zijn opgenomen in reviewartikelen.

Om behandelaren een concreet beeld te geven van hoe behandelprogramma's voor patiënten met CP en SVO eruit kunnen zien, zijn twee voorbeelden aan het artikel toegevoegd. Hiermee krijgen behandelaren een beeld van hoe de verschillende interventies gecombineerd kunnen worden tot een compleet zorgaanbod voor patiënten met CP en SVO. Er zijn twee programma's uit Nederland gekozen, die elk een andere benadering gebruiken in hun behandeling.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

.....

Motiverende gespreksvoering (MGV) is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gesprekstijl, die de nadruk legt op verandertaal. De methodiek heeft als doel de persoonlijke motivatie en het commitment voor een bepaalde verandering te versterken door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, in een sfeer van acceptatie en compassie (Baron et al., 2015; Miller & Rollnick, 2013). Specifiek voor de behandeling van mensen met een stoornis in middelengebruik staat MGV in de meeste richtlijnen genoemd als interventie van eerste keuze (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2024). Hierbij kan MGV ingezet worden zowel om mensen minder middelen te laten gebruiken, als om hen te motiveren tot het volgen en volhouden van de behandeling (Bishof et al., 2021; Dellazizzo et al., 2023; Diclemente et al., 2017; Schwenker et al., 2023).

De inzet van MGV specifiek bij patiënten met CP *zonder* SVO laat een iets genuanceerder beeld zien. Een meta-analyse van Alperstein en Sharpe (2016) naar MGV bij CP-patiënten vond dat MGV de naleving van geïndiceerde psychologische behandelingen op de korte termijn verhoogde, met kleine tot matige effectgrootten. Het effect van MGV op de therapietrouw bleef echter niet gehandhaafd tijdens de follow-up na 6 maanden. De toepassing van MGV resulteerde wel in een significante vermindering van de pijnintensiteit op korte termijn, die opnieuw niet werd waargenomen bij de follow-up na 6 maanden. Gegevens uit de follow-up na 6 maanden toonden eveneens geen effect aan van MGV op het fysieke functioneren. Vergelijkbare conclusies kwamen ook naar voren in een meer recente review (Ankawi et al., 2019): de onderzoekers vonden dat de toepassing van MGV maar beperkt leek bij te dragen aan een effect op de pijn zelf, maar dat MGV wel bijdroeg aan het verlagen van ambivalentie voor behandeling en aan verhoging van de therapietrouw.

Al met al wordt de inzet van MGV bij patiënten met CP en SVO gezien als een belangrijk onderdeel van het behandel aanbod (Martel et al., 2021). MGV wordt dan vaak gecombineerd met andere behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie of *acceptance and commitment therapy* (ACT). De MGV-interventies zijn daarbij vooral gericht op het verminderen van het gebruik van opioïden en op deelname aan de behandeling.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

.....

Een van de meest onderzochte en bewezen effectieve psychologische behandelingen voor stoornissen in middelengebruik is cognitieve gedragstherapie (CGT). De rationale voor CGT bij de behandeling van stoornissen in middelengebruik sluit aan bij drie vormen van leren die bijdragen aan het

ontstaan en in stand houden van verslaving: (1) operante conditionering, (2) klassieke conditionering, en (3) sociaal leren (Merkx et al., 2015).

CGT is ook specifiek onderzocht voor de behandeling van CP. Hierbij was het effect vaak beperkt hoger dan bij controlegroepen. Een meta-analyse naar de vraag of CGT een effectieve behandeling is voor CP bij volwassenen bestudeerde hiervoor de resultaten van 59 RCT's (Williams et al., 2020). CGT liet aan het einde van de behandeling kleine effecten zien op pijn, invaliditeit en lijden, versus gebruikelijke behandeling. Deze effecten werden niet gevonden bij een vergelijking met een actieve controleconditie, maar waren uitsluitend aanwezig bij de vergelijking tussen CGT en gebruikelijke behandeling. De auteurs concludeerden dat cognitieve gedragstherapie voor chronische pijn kleine effecten heeft op het verminderen van pijn en invaliditeit.

De laatste jaren zijn er verschillende studies uitgevoerd binnen de populatie patiënten met CP en SVO die behandeld werden met CGT, inclusief meerdere gerandomiseerde gecontroleerde studies (*randomized controlled trials*, RCT's). De CGT-interventies in de studies bestonden uit behandelprogramma's van 6 tot 8 maanden en werden gecombineerd met motiveerende gespreksvoering. Centraal hierbij stonden psycho-educatie rond de gevolgen van langdurig gebruik van opioïden, het ontwikkelen van copingvaardigheden om om te gaan met *craving* en pijn, ontspanningsoefeningen en probleemoplossende vaardigheden. Patiënten die aan de CGT-groepen waren toegewezen, gebruikten na behandeling minder opioïden dan patiënten in de controlegroepen en rapporteerden ook minder pijn.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

.....

ACT is een derdegeneratie CGT. Terwijl traditionele CGT-interventies zich richten op de reductie van klachten (zoals verslaving, pijn, angst en depressieve klachten), richt ACT zich op het vergroten van psychologische flexibiliteit en coping. Hierbij staat het nastreven van een betekenisvol leven centraal. ACT sluit daarmee aan op de visie vanuit Positieve Gezondheid, die gezondheid niet ziet als de afwezigheid van klachten, ziekten en beperkingen, maar als het vermogen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren (Huber et al., 2011).

Een meta-analyse naar de toepassing van ACT bij verslaving laat zien dat ACT bij het behandelen van stoornissen in middelengebruik even effectief is als farmacologische interventies of CGT (Lee et al., 2015). Een recentere review door Osaji en collega's (2020) toonde tevens aan dat ACT succesvol is als opzichzelfstaande interventie, of in combinatie met andere behandelingen, voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen. Dit werd gevonden voor zowel enkelvoudige als meervoudige middelenproble-

matiek. ACT is echter beperkt onderzocht voor de doelgroep met een stoornis in (voorgeschreven) opioïden.

De evidentie voor ACT als behandelmethodiek voor zowel chronische pijn als een stoornis in middelengebruik is overtuigend. De *Zorgstandaard chronische pijn* (Perez et al., 2017) vermeldt ACT dan ook als aangewezen non-farmacologische interventie voor chronische pijn. In een recente meta-analyse van Ma en collega's (2023) bleek dat ACT een effectieve interventie is bij chronische pijn. ACT leidde tot verbeteringen in de acceptatie van de pijn, het pijngerelateerde functioneren en de kwaliteit van leven. Tevens bleek ACT effectief in het verlagen van de pijnintensiteit, alsook van pijngerelateerde angst en stemmingsklachten. ACT bleek daarmee even effectief als CGT (en effectiever dan de andere actieve controle-interventies, zoals toegepaste relaxatie en zelfexpressie).

MINDFULNESS

.....

Recent is er voor de groep patiënten met CP en SVO ook meer onderzoek gedaan naar de toepassing van mindfulness-interventies, zoals *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT). MBCT werd oorspronkelijk ontwikkeld als terugvalpreventie bij recidiverende depressie (Segal et al., 2018), maar is sindsdien aangepast aan verschillende doelgroepen. Mindfulness omvat onder meer het observeren van zichzelf met een niet-beoordelende blik en het aanwezig zijn in het huidige moment. Mindfulness-interventies kunnen patiënten helpen zich bewust te worden van een negatieve spiraal van pijn, stemmingsklachten en gebruik van opioïden, en negatieve gevoelens leren vervangen door meer bewuste en helpende reacties, zoals acceptatie, zelfcompassie en alternatieve manieren van coping (Garland, 2014).

Bij patiënten met chronische pijn laten systematische reviews en meta-analyses zien dat mindfulness-interventies kunnen resulteren in een afname van pijnintensiteit en in een verbeterd fysiek functioneren (Majeed et al., 2018; Pardos-Gascón et al., 2021), waarbij pijn tijdens de mindfulnesstherapie tijdelijk kan toenemen door een verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties (Majeed et al., 2018). Mindfulness is effectiever dan reguliere zorg in het verminderen van pijn, maar er is nog onvoldoende vergelijkend onderzoek om een goede vergelijking te kunnen maken met andere therapieën, zoals CGT (Pardos-Gascón et al., 2021).

Daarnaast blijkt uit mindfulness-interventies bij patiënten met een stoornis in middelengebruik (niet specifiek SVO) een afname van zucht en een kleine maar consistente vermindering van het middelenmisbruik (Li et al., 2017). Er zijn op dit moment nog geen systematische reviews gepubliceerd die specifiek betrekking hebben op mindfulness bij patiënten met de diagnoses CP en SVO. Wel zijn er kleinere studies naar deze doelgroep gepubliceerd, die gunstige effecten laten zien op het verminderen van zucht en

opioïdengebruik (Cooperman et al., 2021; Garland, 2014; Garland et al., 2024; Zgierska et al., 2016).

Mindfulness-interventies kennen, net als andere interventies voor SVO, een hoog uitvalpercentage (Nielsen et al., 2022). De effectiviteit van mindfulness-interventies is gecorreleerd aan de tijd die patiënten thuis besteden aan de oefeningen (Li et al., 2017). Daarom is het van belang om een inschatting te maken van welke patiënten voldoende tijd en motivatie hebben voor een mindfulnessbehandeling. Een andere kanttekening is dat de effecten van een mindfulnesstherapie na een aantal maanden af kunnen nemen en dat er dan een opfrissessie nodig kan zijn (Li et al., 2017; Majeed et al., 2018).

495

Voorbeeld 1: Geïntegreerd opioïden- en pijnprogramma in het Radboudumc

De afdeling Psychiatrie van het Radboudumc biedt een geïntegreerde aanpak voor mensen met chronische pijn en een stoornis in het gebruik van voorgeschreven opioïden. Daarbij wordt samengewerkt met de gespecialiseerde pijnpoli van het Radboudumc. Waar nodig worden somatisch specialisten van andere afdelingen betrokken, evenals fysiotherapeuten, vaktherapeuten (onder wie psychomotore therapeuten), maatschappelijk werkers en psychologisch begeleiders. In het voortraject worden mensen begeleid middels motiverende gespreksvoering en vindt psycho-educatie plaats over de samenhang tussen lichamelijke pijn, langdurig opioïdengebruik, psychische klachten en functiebeperking. Daarnaast is er een gespecialiseerde, op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie ontwikkeld, die wordt aangeboden vanuit het Radboudumc Expertisecentrum voor Mindfulness. Deze therapie duurt 8 weken en omvat wekelijkse groepsessies van 2,5 uur, dagelijkse oefeningen voor thuis en een stiltedag. Tijdens elke sessie wordt aandacht besteed aan een ander element, bijvoorbeeld aan de relatie tussen gedachten en gevoelens, het herkennen van en omgaan met zucht, of psycho-educatie over pijn en verslaving. Daarnaast bevat het programma yoga- en meditatieoefeningen. Voor patiënten voor wie het niet haalbaar is om naar het ziekenhuis te komen, biedt het Radboudumc dezelfde therapie ook online aan.

Daarnaast biedt het Radboudumc de mogelijkheid tot opioïdenrotatie naar methadon of buprenorfine, waarvan bekend is dat ze minder problemen geven met tolerantie en hyperalgesie dan andere opioïden, waardoor ze ook makkelijker af te bouwen zijn. Na een dergelijke rotatie worden mensen gemiddeld ongeveer een halfjaar begeleid om de opioïden af te bouwen.

Voorbeeld 2: Geïntegreerd pijnprogramma van Novadic-Kentron

Novadic-Kentron is een instelling voor verslavingszorg in Noord-Brabant. Ze biedt een geïntegreerd behandelprogramma voor patiënten met chronische pijn en een stoornis in het gebruik van pijn dempende middelen. In dit programma worden behandelmethodieken voor stoornissen in middelengebruik en behandelmethodieken voor verslavingen aangeboden.

dieken voor chronische pijn gecombineerd aangeboden. Doelen hierbij zijn: abstinentie van pijn dempende middelen, aanleren van pijnmanagementvaardigheden, vergroten van psychologische flexibiliteit en verhogen van de kwaliteit van leven door te werken aan de invulling van een betekenisvol leven. De behandeling bestaat uit een drietal fasen:

- 1 *Voorbereidende fase.* In deze fase worden in zeven groepsessies pijnmanagementvaardigheden aangeleerd door middel van ACT (gericht op psychologische flexibiliteit), *graded activity* (geleidelijke opbouw van beweging) en psychoeducatie (over pijn en pijn dempende middelen). Tevens wordt er een detoxificatieplan opgesteld.
- 2 *Behandelfase.* In deze fase start de afbouw van de medicatie of andere pijn dempende middelen. Daarnaast start de lichaamsgerichte therapie bij een vaktherapeut. Deze lichaamsgerichte therapie wordt ondersteund door virtual-realitysessies gericht op vermindering van pijn. Tijdens individuele behandelsessies leren de deelnemers de geleerde pijnmanagementvaardigheden te integreren in hun dagelijks leven.
- 3 *Bestendigingsfase.* In deze fase wordt aandacht besteed aan het voorkomen van terugval en het internaliseren van geleerde vaardigheden, en wel aan de hand van de *community reinforcement approach* (CRA). De CRA-interventie is een op CGT gebaseerd programma dat zich richt op het vinden van alternatieve bekrachtigers voor middelengebruik en op reductie van middelengerelateerde bekrachtigers.

Daarnaast biedt Novadic-Kentron de mogelijkheid tot opioïdenrotatie naar methadon of buprenorfine. Momenteel wordt binnen de afdeling onderzoek gedaan naar het verder optimaliseren van deze detoxificatiemethode en naar validatie van het pijnprogramma binnen het TopGGz-centrum van Novadic-Kentron.

DISCUSSIE

.....

Dit artikel geeft een overzicht van de meest ingezette evidencebased psychosociale behandelingen voor patiënten met CP en SVO. Om patiënten te motiveren voor verandering en actief deel te laten nemen aan behandelprogramma's heeft MGV zich bewezen als een belangrijke interventie. Cognitieve gedragstherapie lijkt met name geschikt voor de behandeling van SVO, maar kan op lange termijn ook beperkt bijdragen aan de vermindering van CP. ACT laat positieve resultaten zien voor de behandeling van zowel CP als SVO. Vergelijkend onderzoek met CGT toonde geen verschil in effectiviteit tussen beide therapieën. Ook MBCT lijkt voor zowel SVO als CP positieve effecten te laten zien, maar het vraagt inzet van patiënten om ook buiten de therapie sessies actief met oefeningen aan de slag te blijven. Op basis van

de huidige literatuur lijken ACT en MBCT belangrijke onderdelen van behandelprogramma's voor patiënten met CP en SVO te zijn.

Dat zowel ACT als MBCT in de literatuur naar voren komt als effectieve interventie voor patiënten met CP en SVO kan met name goed begrepen worden vanuit de CP. De CP blijft vaak ongeacht de gekozen behandeling in zekere mate aanwezig. Daarom is het belangrijk dat patiënten ook acceptatie van en omgang met hun klachten leren. Juist ACT en MBCT sluiten hier goed bij aan en onderscheiden zich daarmee van klassieke klachtgerichte benaderingen, zoals CGT.

Zoals in de inleiding beschreven, is het niet aangewezen om aan mensen met CP langdurig opioïden voor te schrijven, omdat er dan een grote kans is op SVO en een toename in ervaren pijn (Davies, Koster, Damen, Beurmanjer, van Dam et al., 2023). Het is van belang om patiënten hier in een vroeg stadium goed over voor te lichten (Davies, Koster, Damen, Beurmanjer, Schellekens, & Bouvy, 2023). Patiënten ervaren vaak veel angst dat zodra opiaten afgebouwd gaan worden de pijn zal toenemen en zij daar zonder enige ondersteuning mee moeten omgaan. Daarom is een uitgebreid voortraject, zoals ook beschreven in beide voorbeelden, van groot belang om drop-out te voorkomen. Hierin dient aandacht te zijn voor gedegen educatie (van Wilgen et al., 2022) en gezondheidsvaardigheden, zoals het geleidelijk opbouwen van beweging en het ondernemen van plezierige activiteiten (Moseley & Butler, 2017). Patiënten met CP en SVO hebben vaak al veel verschillende instellingen en specialisten bezocht. Juist om hen tijdig in passende zorg te krijgen is het van belang dat verschillende instellingen, zoals revalidatiecentra, pijnpoli's, verslavingszorg en ziekenhuizen, goed samenwerken bij het begeleiden van deze patiënten naar passende zorg (Davies, Koster, Damen, Beurmanjer, van Dam et al., 2023).

Waar eerder vooral de behandeling van CP en SVO los van elkaar bestudeerd werden, neemt het aantal studies naar de geïntegreerde behandeling van patiënten met de combinatie CP en SVO de laatste jaren toe. Bij patiënten met zowel CP als SVO zijn beide problemen sterk met elkaar vervlochten, waardoor het belangrijk is om aandacht te hebben voor beide aandoeningen binnen een behandelprogramma. Binnen deze behandelprogramma's dient goed afgestemd te worden met gedragswetenschappelijke en medische disciplines, en dienen patiënten eventueel ook farmacologisch te worden ondersteund, bijvoorbeeld met methadon, buprenorfine of medicatie om om te gaan met ontwenningssverschijnselen of pijnklachten. Het afbouwen van opioïden loopt vaak parallel aan de behandeling, die zich richt op het voorkomen van terugval in gebruik en het aanleren van vaardigheden in het omgaan met CP. De twee kaders bij dit artikel laten voorbeelden zien van behandelprogramma's in Nederland waarin deze principes terugkomen. Hierbinnen worden tevens aanvullende interventies geboden om de patiënten te ondersteunen bij hun herstel. Voorbeelden hiervan zijn psycho-educatie over pijn en de interactie met opioïden, maar bijvoorbeeld ook graded acti-

vity, waarbij patiënten geleidelijk hun fysieke belasting opbouwen. Naast deze en de besproken interventies is het ook belangrijk om te blijven kijken naar nieuwe behandelmogelijkheden voor deze groep patiënten met CP en SVO. Voorbeelden van interventies die momenteel worden ingezet en onderzocht zijn onder meer virtualreality-exposure en EMDR.

CONCLUSIE

.....

De behandeling van patiënten met zowel CP als SVO vraagt om een geïntegreerd behandelaanbod, waarin aandacht is voor beide stoornissen. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van bestaande, vaak toegepaste methodieken, zoals MGV, CGT, ACT en MCBT. Daarnaast dienen patiënten psycho-educatie te krijgen om inzicht te verwerven in de samenhang van hun klachten en pijnmanagementvaardigheden te leren. Hiermee wordt een solide basis gelegd voor detoxificatie en een leven zonder afhankelijkheid van voorgeschreven opioïden.

Harmen Beurmanjer is verbonden aan Novadic-Kentron, Vught, aan het Radboud Universiteit Behavioural Science Institute, Nijmegen, en aan het Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

Katinka Damen is verbonden aan Novadic-Kentron, Vught.

Hannah Ellerbroek en **Arnt Schellekens** zijn werkzaam bij de afdeling Psychiatrie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit, Nijmegen, en bij het Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

Correspondentieadres: Harmen Beurmanjer, Novadic-Kentron, Hogedwardsstraat 3, 5261 LX Vught. E-mail: harmen.beurmanjer@novadic-kentron.nl

Summary *Treatment of prescription opioid use disorders in patients with chronic pain; a practitioner review*

Chronic pain (CP) affects one in five Dutch people, some of whom are prescribed opiates for this. Long-term use of opiates can result in more pain and the development of a prescription opioid use disorder (POD). This article provides an overview of effective psychological and behavioral therapy interventions and two examples of care programs for people with both CP and POD in the Netherlands. The paper takes the form of a practitioner review: an article aimed at informing healthcare providers about the treatment options for patients with both CP and POD, based on the current empirical evidence. For this target group, combined or integrated programs with motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness interventions currently offer the best practices in the Netherlands. In addition to these various interventions, it is important for patients with CP and POD to invest in a preparatory trajectory prior to opioid reduction and treatment.

Keywords *chronic pain, opiates, addiction, acceptance and commitment therapy,*

motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy

Referenties

- Alperstein, D., & Sharpe, L. (2016). The efficacy of motivational interviewing in adults with chronic pain: A meta-analysis and systematic review. *The Journal of Pain*, 17, 393-403. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.10.021>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.
- Ankawi, B., Kerns, R. D., & Edmond, S. N. (2019). Enhancing motivation for change in the management of chronic painful conditions: A review of recent literature. *Current Pain and Headache Reports*, 23, 75. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0813-x>
- Baron, E., de Jonge, J. M., & Schippers, G. M. (2015). Motiverende gespreksvoering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48, 138-152.
- Bekkering, G. E., Bala, M. M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Huygen, F. J. P. M., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. *The Netherlands Journal of Medicine*, 69, 141-153.
- Berna, C., Kulich, R. J., & Rathmell, J. P. (2015). Tapering long-term opioid therapy in chronic noncancer pain: Evidence and recommendations for everyday practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 90, 828-842. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.04.003>
- Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. (2021). Motivational Interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118, 109-115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Cooperman, N. A., Hanley, A. W., Kline, A., & Garland, E. L. (2021). A pilot randomized clinical trial of mindfulness-oriented recovery enhancement as an adjunct to methadone treatment for people with opioid use disorder and chronic pain: Impact on illicit drug use, health, and well-being. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108468. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108468>
- Davies, L. E. M., Koster, E. S., Damen, K. F. M., Beurmanjer, H., Schellekens, A. F. A., & Bouvy, M. L. (2023). Patients' perspectives on the development of prescription opioid use disorder in patients with chronic non-cancer pain. *European Addiction Research*, 29, 141-149. <https://doi.org/10.1159/000529926>
- Davies, L. E. M., Koster, E. S., Damen, K. F., Beurmanjer, H., van Dam, V. W., Bouvy, M. L., & Schellekens, A. F. (2023). Patients' perspectives on tapering programmes for prescription opioid use disorder: A qualitative study. *BMJ Open*, 13, e075246. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075246>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Giguère, S., Landry, C., Léveillé, N., & Dumais, A. (2023). Meta-review on the efficacy of psychological therapies for the treatment of substance use disorders. *Psychiatry Research*, 326, 115318. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115318>
- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knobloch, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of Addictive*

- Behaviors*, 31, 862-887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Ellerbroek, H., van den Heuvel, S. A. S., Dahan, A., Timmerman, H., Kramers, C., & Schellekens, A. F. A. (2022). Buprenorphine/naloxone versus methadone opioid rotation in patients with prescription opioid use disorder and chronic pain: Study protocol for a randomized controlled trial. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17, 47. <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00326-1>
- Friedman, A., & Nabong, L. (2020). Opioids. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 31, 289-303. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2020.01.007>
- Garland, E. L. (2014). Disrupting the downward spiral of chronic pain and opioid addiction with mindfulness-oriented recovery enhancement: A review of clinical outcomes and neurocognitive targets. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28, 122-129. <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.911791>
- Garland, E. L., Nakamura, Y., Bryan, C. J., Hanley, A. W., Parisi, A., Froeliger, B., Marchand, W. R., & Donaldson, G. W. (2024). Mindfulness-oriented recovery enhancement for veterans and military personnel on long-term opioid therapy for chronic pain: A randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 181, 125-134. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230272>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Institute of Medicine. 2011. *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13172>
- Instituut Verantwoord Medicijngebruik. (2020). *Jaarverslag opioïden 2020*.
- Kalkman, G. A., Kramers, C., van Dongen, R. T., van den Brink, W., & Schellekens, A. (2019). Trends in use and misuse of opioids in the Netherlands: A retrospective, multi-source database study. *The Lancet Public Health*, 4, e498-e505. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30128-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30128-8)
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Ma, T.-W., Yuen, A. S.-K., & Yang, Z. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 39, 147-157. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001096>
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>
- Martel, M. O., Bruneau, A., & Edwards, R. R. (2021). Mind-body approaches targeting the psychological aspects of opioid use problems in patients with chronic pain: Evidence and opportunities. *Translational Research*, 234, 114-128. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2021.02.013>

- Mercadante, S., Arcuri, E., & Santoni, A. (2019). Opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *CNS Drugs*, 33, 943-955. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00660-0>
- Merkx, M., Korrelboom, C., & de Wildt, W. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik: Protocol en leertheoretische reflectie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 48, 111-137.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013) *Motiverende gespreksvoering*. Uitgeverij Ekklesia.
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2017). *Explain pain supercharged*. NOI Group Publishers. <https://doi.org/10.7899%2FJCE-17-30>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2024). *Stoornissen in het gebruik van alcohol* [Richtlijn]. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndata-base.nl/richtlijn/stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023/startpagina_-_stoornissen_in_het_gebruik_van_alcohol_2023.html
- Nielsen, S., Tse, W. C., & Larance, B. (2022). Opioid agonist treatment for people who are dependent on pharmaceutical opioids. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd01117.pub3>
- Nury, E., Schmucker, C., Nagavci, B., Motschall, E., Nitschke, K., Schulte, E., Wegwarth, O., & Meerpohl, J. J. (2022). Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: A systematic review and meta-analyses. *Pain*, 163, 610-636. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002423>
- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: A review of literature. *Journal of Clinical Medicine Research*, 12, 629-633. <https://doi.org/10.14740/joc-mr4311>
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & van der Hofstad-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, 100197. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>
- Perez, R. S. G. M., van Dalen-Kok, A. H., Giesberts, M. G., van den Hout, J. H. C., Keizer, D., Köke, A. J. A., Nitert, L., Schiere, S., Smeets, R. J. E. M., & Thomassen-Hilgersom, I. L. (2017). *Zorgstandaard chronische pijn*. Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem.
- Pergolizzi, J. V., Raffa, R. B., & Rosenblatt, M. H. (2020). Opioid withdrawal symptoms, a consequence of chronic opioid use and opioid use disorder: Current understanding and approaches to management. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 45, 892-903. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13114>
- Schwenker, R., Dietrich, C. E., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T., & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Library*, 12, CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008063.pub3>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://doi.org/10.1037%2F0022-006X.76.3.524>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156, 1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>

- van Wilgen, P., Damen, K. F. M., Hoekstra, E., & Beurmanjer, H. (2022). Detoxificatie van opioïden bij langdurige pijn: Educatie en motiverende gespreksvoering zijn essentieel in afbouw. *Huisarts Nu*, 51, 227-229.
- Williams, A. C. de C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Zgierska, A. E., Burzinski, C. A., Cox, J., Kloke, J., Singles, J., Mirgain, S., Stegner, A., Cook, D. B., & Bačkonja, M. (2016). Mindfulness meditation-based intervention is feasible, acceptable, and safe for chronic low back pain requiring long-term daily opioid therapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22, 610-620. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0314>
- Zorginstituut Nederland. (2024). *Aantal gebruikers 2019-2023 voor ATC-subgroep No2: Analgetica*. www.gipdata-bank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel=B_01-basis&geg=gebr&item=No2

.....

Grip voor cliënten met verslaving en autisme

.....

Bespreking van

Marc Bosma & Johan van Zanten (2021). *Grip: Aan de slag met verslaving en stress bij autisme*. Hogrefe. 190 pp., € 25,00. ISBN 9789492297402

JOANNEKE VANDERNAGEL

Zowel problematisch middelengebruik als gedragsverslavingen komen vaker voor bij mensen met autisme dan bij mensen zonder autisme. *Grip* is voor mensen met autisme een boek vol informatie en praktische oefeningen, waar ze op zichzelf of met een therapeut mee aan de slag kunnen. Vanwege de achtergrondinformatie en herkenbare voorbeelden is dit boek ook voor naastbetrokkenen echt een aanrader.

Het boek werkt vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief en heeft een opbouw die past bij de behandelstappen binnen een CGT- of online behandeling voor verslavingsstoornissen. Daarbij gaat het boek verder dan alleen de relatie tussen autisme en verslaving zelf. Het leren herkennen, hanteren en verminderen van stress (vaak voortkomend uit het autisme) is een belangrijke focus van het boek. Het is belangrijk om met de cliënt te bespreken dat middelengebruik of (disfunctionele) coping op de korte termijn weliswaar voordelen heeft, maar op de op lange termijn vooral nadelen. Dit bespreken geeft de cliënt inzicht, vermindert het schuldgevoel en geeft handvatten tot verandering.

Grip bevat veel informatie over hoe vaak voorkomende kenmerken van mensen met autisme leiden tot een risico op stress en uiteindelijk tot middelengebruik, en hoe dat ook anders kan. De praktische voorbeelden en kortecasussen zijn herkenbare illustraties. Als bijlagen zijn er verschillende lijsten en formulieren opgenomen, bijvoorbeeld met helpende gedachten en

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004013>

een veranderplan. Via de website van de uitgever zijn deze ook te downloaden voor eigen gebruik.

Het boek is vanwege zijn omvang (190 pagina's), talige inslag en enigszins onoverzichtelijke layout (zonder genummerde subsecties) voornamelijk geschikt voor personen die graag lezen of die tijdens een behandeltraject secties willen nalezen. Voor professionals zou aanvullende informatie over achtergrond, relatie tot CGT en tot andere behandelprotocollen, en passende interventies voor in de behandeling wenselijk zijn. Wellicht biedt het boek *Grip voor hulpverleners* (Bosma et al., 2024) dat nog dit jaar verschijnt, hier een goed antwoord op.

Joanneke VanDerNagel is psychiater (MD, PhD, epidemioloog), klinisch leider van het Centrum Verslaving & LVB, Tactus Verslavingszorg, Enschede, hoofd onderzoeksprogramma's Gezondheid voor kwetsbare groepen, Universiteit Twente, vakgroep Human Media Interaction. Verder is zij verbonden aan het Nijmegen Institute of Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). *Correspondentieadres:* Drienerlolaan 5, 7522 NB Enschede. E-mail: j.e.l.vandernagel@utwente.nl

Referentie

Bosma, M., Walhout, S. J. N., & van Zanten, J. (2024). *Grip voor hulpver-*

leners: Handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen. Hogrefe.

BOEKBESPREKING

.....

Minderen tegen beter weten in

.....

Bespreking van

Reinout Wiers (2023). *Akrasia: Over vrije wil, verslaving en verandering*.
Amsterdam University Press. 304 pp., € 27,50. ISBN 9789463723893

ELINE BOL

In dit boek neemt Reinout Wiers ons mee langs inzichten uit de filosofie en 25 jaar verslavingsonderzoek van hem en tal van collega's. Centraal staat het begrip 'akrasia', oftewel: handelen tegen beter weten in. Binnen het *morele model* van verslaving wordt aan akrasia voorbijgegaan: iemand kiest er zelf voor om middelen te gebruiken en de eventuele negatieve consequenties zijn dan ook volledig zijn of haar eigen schuld. Hiertegenover staat het *ziektemodel* van verslaving, waar de term 'akrasia' de uitdrukking van is: iemands wil is aangetast, waardoor hij niet verantwoordelijk te houden is voor gemaakte keuzes en dus ook niet voor middelengebruik.

Om akrasia te kunnen ervaren is het op z'n minst nodig dat er een vrije wil bestaat. Via een samenvatting van recente inzichten uit de neurowetenschappen komt de auteur tot de conclusie dat er voldoende aanwijzingen zijn dat mensen door hun denken hun gedrag kunnen beïnvloeden, in ieder geval indirect. Een mooie metafoor die hier voorbijkomt, is die van verschillende vormen van varen: hoe mensen vrije wil over het algemeen ervaren (maar wat niet overeenkomt met wetenschappelijke inzichten) wordt vergeleken met varen in een motorboot: ze denken volledig zelf te kunnen kiezen welke kant ze uit willen. De deterministische visie, waarin de vrije wil helemaal niet bestaat, lijkt meer op varen op een vlot: we drijven mee op een stroom van onbewuste processen, waar we vervolgens achteraf verklaringen bij ver-

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004014>

zinnen. We houden het windvaantje verantwoordelijk voor de richting die we opgaan. In de derde visie is er sprake van een zekere mate van bewuste beïnvloeding, zoals bij zeilen: we zijn afhankelijk van de wind, maar leren daar rekening mee te houden om toch op ons doel af te kunnen koersen.

Dit laatste beeld sluit het beste aan bij de visie van de auteur: verslaving niet als morele zwakte of als hersenziekte, maar voortkomend uit beperkte keuzevrijheid (*biased choice*). Hierin passen zowel de hersenveranderingen die plaatsvinden door middelengebruik (zoals overgevoeligheid voor beloningssignalen, tolerantie en verzwakte controlefuncties) als de mogelijkheden voor behandeling; bovendien is er het feit dat niet alle middelengebruikers verslaafd zijn of blijven, en dat veranderingen op hersenniveau niet onomkeerbaar lijken en op zijn minst deels kunnen herstellen na abstinentie. Een mooie synthese – al zijn er veel woorden, persoonlijke anekdotes uit de levens van verschillende onderzoekers en verwijzingen naar andere delen in het boek voor nodig om er te komen.

Voor collega's die geïnteresseerd zijn in de stand van de wetenschap op het gebied van definities van verslavingen, risicofactoren, hersenprocessen en behandelmogelijkheden, en die door de memoireachtige stijl van de auteur heen kunnen lezen, raad ik het boek zeker aan. Het bevat veel interessante inzichten die we in ons werk en in communicatie naar cliënten kunnen gebruiken. Zoals het feit dat de overgrote meerderheid van de mensen die op enig moment in hun leven voldoen aan de classificatie van een stoornis in middelengebruik dit gedragspatroon weer zelfstandig weet te doorbreken en dat we deze mensen in de verslavingszorg nauwelijks tegenkomen. Dit is nuttige kennis bij de interpretatie van de hoge terugvalpercentages na verslavingsbehandelingen.

Ook sluiten de genoemde risicofactoren en persoonlijkheidskenmerken die samenhangen met verslaving (zoals op vroege leeftijd beginnen met middelengebruik, impulsiviteit, gevoeligheid voor beloning en gevoeligheid voor het ervaren van negatieve emoties) goed aan bij bevindingen uit de praktijk. De auteur betoogt dat verslaving niet slechts een hersenprobleem is, maar een interactie tussen psychologische, persoonlijkheids-, sociale en culturele factoren.

In de uitleg over neurologische processen die een rol spelen bij het maken van keuzes passeren verschillende hersengebieden in rap tempo de revue, waardoor het betoog zelfs voor mensen met een achtergrond in de neuropsychologie wat moeilijk te volgen is. Een eenvoudigere samenvatting had wellicht beter aangesloten bij het beoogde publiek en doel van het boek. Het voorgestelde neurale model – het zogeheten 'geïntegreerde waardebepalingssysteem' – verklaart waarom verschillende invloeden over de tijd heen het systeem meer in de richting van de ene of juist de andere keuze laten gaan, waarbij er een keuze wordt gemaakt zodra er een drempel is overschreden. Het nut van dit systeem voor de klinische praktijk wordt niet direct duidelijk. Het in de praktijk veelgebruikte duale procesmodel – met als me-

tafoor het paard en de ruiter, waarbij het paard staat voor de associatieve en emotionele processen gericht op de korte termijn, en de ruiter voor de meer controlerende hersenfuncties gericht op doelen op de lange termijn – wordt in het hoofdstuk over betrokken hersenprocessen niet genoemd.

Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de verschillende behandel mogelijkheden voor middelengebruik, variërend van motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, behandelingen gebaseerd op de twaalfstappenmethodiek van de Anonieme Alcoholisten (AA), behandelingen gericht op beloning, zelfhulpgroepen en medicatie. Ook worden hier diverse cognitieve trainingen benoemd en hun toepassingen in de praktijk. Onduidelijk blijft waarin de zogenaamde ABC-training (waarbij de A refereert aan de antecedent, oftewel de situatie, de B aan het *behavioural alternative* oftewel het alternatieve gedrag, en de C aan de consequentie oftewel de gevolgen) precies verschilt van de zelfcontrolemaatregelen in de reguliere CGT bij verslaving (Schippers et al., 2016). Tevens komt mindfulness en meditatie als behandeling voor verslaving aan bod. Hierbij wordt veel aandacht besteed aan mogelijke werkingsmechanismen, die ik als behandelaar direct kan meenemen naar de praktijk als onderbouwing voor het inzetten van dergelijke technieken. Het ontbreken van *acceptance and commitment therapy* (ACT) als veelbelovende nieuwe behandelmethodiek bij verslaving (Lee et al., 2015) voelt hier wel als een gemiste kans.

Cliënten zou ik het boek minder snel aanraden. Sommige delen bieden nuttige extra uitleg over bijvoorbeeld risicofactoren en herstel, maar de wetenschappelijke onderzoeksbeschrijvingen gaan vaak te snel, waardoor ze voor iemand zonder academische achtergrond moeilijk te volgen kunnen zijn. Daarnaast spreekt de auteur geregeld met positieve adjectieven over alcohol (die ‘heerlijke wijn’ of die ‘mooie wijn’), wat positieve associaties met betrekking tot alcoholgebruik in stand kan houden.

De auteur noemt expliciet dat het vaststellen van een behandel doel in de verslavingszorg altijd in overleg tussen cliënt en behandelaar plaatsvindt. Maar hij suggereert ook dat elke vermindering in alcoholgebruik al een goed doel op zich is en stelt een doel als ‘alleen in de weekenden drinken’ concreet voor. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat volledige abstinentie niet noodzakelijk is om verbetering in (sociaal) functioneren en algeheel welbevinden te bereiken en te behouden (Henssler et al., 2021; Witkiewitz et al., 2021). Ook is bekend dat met afnemend alcoholgebruik de kans op schadelijke consequenties afneemt. Echter, de World Health Organization (WHO) is er inmiddels over uit dat er géén veilige ondergrens voor alcoholinname bestaat (Anderson et al., 2023). Hoewel het iedereen vrijstaat om hier een eigen afweging in te maken, kan – met deze kennis over lichamelijke gezondheidsrisico’s – het advies om te minderen in plaats van volledig te stoppen misschien ook wel gezien worden als een vorm van akrasia.

Eline Bol is als gz-psycholoog en onderzoeker werkzaam bij Jellinek in Amsterdam.

Zij volgt momenteel de opleiding tot cognitief gedragstherapeut VGCT. *Correspondentieadres*: Jellinek poliklinisch team, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam. E-mail: eline.bol@jellinek.nl

Referenties

- Anderson, B. O., Berdzuli, N., Ilbawi, A., Kestel, D., Kluge, H. P., Krech, R., Mikelsen, B., Neufeld, M., Poznyak, V., Rekve, D., Slama, S., Tello, J., & Ferreira-Borges, C. (2023). Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *The Lancet. Public health*, 8, e6-e7. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (2021). Controlled drinking –Non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116, 1973-1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Schippers, G. M., Smeerdijk, A. M., & Merckx, M. J. (red.). (2016). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Resultaten Scoren.
- Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Roos, C. R., Swan, J. E., Votaw, V. R., Stein, E. R., Pearson, M. R., Edwards, K. A., Tonigan, J. S., Hallgren, K. A., Montes, K. S., Maisto, S. A., & Tucker, J. A. (2021). Can individuals with alcohol use disorder sustain non-abstinent recovery? Non-abstinent outcomes 10 years after alcohol use disorder treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 15, 303-310. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000760>

De redactie bedankt de onderstaande reviewers hartelijk voor het beoordelen van manuscripten in 2024.

Prof. dr. Paul Boelen
Dr. Vincent van Bruggen
Prof. dr. Laurence Claes
Dr. Hermien Elgersma
Dr. Arnold van Emmerik
Prof. dr. Anneke Goudriaan
Drs. Juul Gouweloos
Prof. dr. Kristof Hoorelbeke
Dr. Ellen Klaassens
Dr. Jaap Lancee
Dr. Miriam Lommen
Dr. Katharina Meyerbröker
Prof. dr. Sandra Mulkens
Dr. Margreet Oorschot
Dr. Sara Scheveneels
Prof. dr. Anouk Vanden Bogaerde
Prof. dr. Sandra Verbeken
Dr. Gerbrig Versteegen
Dr. Leentje Vervoort
Prof. dr. Reinout Wiers

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004015>

Ontvangen

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

Braet, C. (2024). Emotieregulatie bij kinderen en adolescenten in de praktijk: *Leidraad voor het begrijpen, versterken en trainen van emotieregulatie*. Bohn Stafleu van Loghum.

Daansen, P. K., & van den Berg, E. M. (red.). (2024). *Praktijkboek eetstoornissen: Achtergrond, diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.

Guldin, M. B., & Leget, C. (2024). *Verlieskunst: Over verlies, rouw en existentiële groei*. Boom.

Hobbs, L. M., & Balentine, A. C. (2024). *Het zelfcompassiewerkboek voor kinderen: Leuke mindfulnessactiviteiten om je veerkracht en zelfvertrouwen te vergroten*. Uitgeverij Nieuwezijds.

Horstman, C., & Goldsteen, M. (2024). *Praktijkboek schematherapie: Een handleiding voor therapeuten*. Uitgeverij Nieuwezijds.

Leferink op Reinink, M., & Klein, M. (red.). (2024). *Samen beter door groepspsychotherapie: Ervaringen van cliënten*. Gompels & Svacina.

Mulkens, S., Neimeijer, R., Dumont, E., & Kroes, D. (2024). *ARFID bij kinderen, jongeren en volwassenen: Diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.

Resick, P. A., Wiltsey Stirman, S., & Losavio, S. T. (2024). *Herstellen van trauma: Een werkboek om los te komen van PTSS*. Uitgeverij Nieuwezijds.

van der Zalm-Grisnich, M. (2024). *Faalangsttraining voor kinderen: Je bibbers de baas*. Bohn Stafleu van Loghum.

<https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004016>

NIEUW

511



Belangrijkste wijzigingen in deze revisie:

- De teksten van meer dan zeventig stoornissen zijn aangescherpt en geactualiseerd.
- De persisterende-rouwstoornis is toegevoegd.
- Er komen onder andere nieuwe codes voor het rapporteren van suïcidaal gedrag en niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag.
- De ICD-9-CM-codes zijn vervangen door ICD-10-codes.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



NIEUW



Volledig herziene editie van Handboek verslaving

Wetenschappelijk onderzoek naar verslaving heeft de laatste jaren veel nieuwe kennis opgeleverd. De herziene editie van *Handboek verslaving* bevat de recentste kennis op het gebied van verslaving en verslavingszorg en is geschreven door meer dan twintig Nederlandse en Belgische deskundigen.

In deze herziene druk zijn twaalf geheel nieuwe hoofdstukken toegevoegd om de meest recente ontwikkelingen op verslavingsgebied weer te geven. Deze gaan onder meer over forensische verslavingszorg, neuromodulatie en cognitieve trainingen. Omdat comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is bij verslavingsproblematiek, zijn daar 4 nieuwe hoofdstukken over opgenomen. Alle bestaande hoofdstukken zijn vernieuwd en aangepast op basis van de huidige inzichten.

Het boek is bedoeld voor alle medewerkers in de ggz (psychiatrie en verslavingszorg) die meer willen weten over de oorzaken en de behandeling van verslaving.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boom.nl
of scan de QR-code



Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@boom.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap.

Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie:
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan. Nieuwe abonnementen kunnen alleen via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/abonnementen/abonneren worden opgegeven of per e-mail aan abonnementen@boom.nl. Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na ingang van het abonnement per e-mail (abonnementen@boom.nl) of schriftelijk bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.

Wijziging of beëindiging abonnement

Bij wijziging van naam en/of adres verzoeken wij u een e-mail te zenden aan de abonnementenadministratie.

Abonnementen worden aangegaan voor de duur van één jaar. Het abonnement wordt na verloop van één jaar telkens stilzwijgend verlengd. Na het eerste jaar geldt voor particulieren een opzegtermijn van 1 maand. Zakelijke abonnementen kunnen opgezegd worden aan het eind van een jaar, met inachtneming van 1 maand voor het einde van de termijn. Opzegging geschiedt schriftelijk of per e-mail. De opzegging kan worden gericht aan de abonnementenadministratie op abonnementen@boom.nl.

Betaling

U ontvangt een factuur voor de betaling.

GEDRAGSTHERAPIE

Zevenenvijftigste jaargang, nummer 4, december 2024

Pagina 341-512

341 *Redactioneel*

342 **Reinout Wiers & Anneke Goudriaan**

Ten geleide bij het themanummer Verslaving

348 **Maartje van Lakerveld et al.**

Implementatie en impact van rookvrijbeleid binnen de verslavingszorg

375 **Marjolein Morselt-van Tongeren et al.**

‘Het heeft wel degelijk zin’

386 **Johan van Zanten et al.**

Behandeling van mensen met een autismespectrumstoornis en verslaving

399 **Sera Lortye, Nathalie Faber et al.**

Het TOPA-onderzoek naar PTSS bij verslaving

416 **Maria Schouten et al.**

Digitale interventies voor comorbide depressie en problematisch alcoholgebruik

435 **Nicolle van Mil et al.**

Approach bias modification training (ApBM)

447 **Simon Langener, Samantha Murray et al.**

Ontwikkeling van ondersteuning met virtual reality in de verslavingsbehandeling van cliënten met een LVB

460 **Jannet M. de Jonge et al.**

Motiverende gespreksvoering cultuursensitiever maken

472 **Marissa de Vries et al.**

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en acceptance and commitment therapy bij verslaving

489 **Harmen Beurmanjer et al.**

Behandeling van stoornissen in het gebruik van voorgeschreven opioïden bij patiënten met chronische pijn

BOEKBESPREKINGEN

503 **Joanneke VanDerNagel**

Marc Bosma & Johan van Zanten (2021). *Grip*

505 **Eline Bol**

Reinout Wiers (2023). *Akrasia*

509 *Reviewers 2024*

510 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454