

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik

Protocol en leertheoretische reflectie

MAARTEN J. M. MERKX, KEES W. KORRELBOOM &
WENCKE A. J. M. DE WILDT

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een individuele cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik. We presenteren eerst de kennis over psychologische behandeling van middelengebruik, zoals beschreven in verschillende (inter)nationale richtlijnen. Vervolgens wordt de vernieuwde geprotocolleerde *evidence-based* behandeling van problematisch middelengebruik beschreven. Dit protocol is geschreven in opdracht van Resultaten Scoren, het Nederlandse kenniscentrum verslavingszorg. Het is gebaseerd op eerdere protocollen, de zogenaamde ‘Leefstijltrainingen’ of andere protocollen, aangevuld met nieuwe kennis en inzichten als vervanging voor de genoemde protocollen. De term ‘Leefstijltraining’ is hiermee een verouderd begrip geworden. Het protocol wordt aan de hand van een casus verduidelijkt en vanuit een (leer)theoretisch perspectief wordt vervolgens gereflecteerd op de behandeling.

Trefwoorden: problematisch middelengebruik, stoornis in het gebruik van een middel, middelenafhankelijkheid en verslaving, protocollaire behandeling, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

Problematisch middelengebruik is een goed behandelbare aandoening. Internationaal zijn er verschillende richtlijnen voor de behandeling van problematisch middelengebruik beschikbaar, bijvoorbeeld in Groot-Brittannië (*Drug misuse – Psychosocial interventions* (NICE, 2007); *Guidelines alcohol-*

use disorders: Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence (NICE, 2011)) en de Verenigde Staten (*Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.) (APA, 2006)).

In Nederland zijn er twee multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld: *Stoornissen in het gebruik van alcohol* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) en de *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2013). Richtlijnen voor andere middelen zijn in ontwikkeling. In de genoemde richtlijnen wordt cognitieve gedragstherapie als bewezen effectief bestempeld. Onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie, samen met kortdurende motiverende interventies, tot de psychosociale interventies behoort met de grootste effectiviteit in het behandelen van problematisch middelengebruik (afhankelijkheid en misbruik) (Miller & Wilbourne, 2002; Smeerdijk, 2014).

Tot voor kort waren de Leefstijltrainingen (Merkx & van Broekhoven, 2003; de Wildt, 2000, 2001), of protocollen gebaseerd op deze leefstijltrainingen (bijvoorbeeld: de Wildt, Merkx, Vedel, & Schippers, 2011) de standaard cognitief gedragstherapeutische protocollen als het ging om behandeling van problematisch middelengebruik. Deze protocollen werden niet alleen in de verslavingszorg maar ook in de reguliere ggz gebruikt. Echter, deze protocollen waren aan een grondige herziening toe vanwege nieuwe evidentie, werkervaringen en wensen vanuit het werkveld. In opdracht van Resultaten Scoren, het Nederlandse kenniscentrum verslavingszorg is er een nieuw behandelprotocol geschreven. Naast een titelverandering, zijn ook verschillende onderdelen ingrijpend gewijzigd.

RATIONALE VOOR DE COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCHE AANPAK

.....

De rationale voor de cognitief gedragstherapeutische aanpak van problematisch middelengebruik is gebaseerd op de aanname dat het middelengebruik ontstaat en in stand wordt gehouden door drie vormen van leren: (1) operante conditionering, (2) klassieke conditionering en (3) sociaal leren.

Operante conditionering speelt een belangrijke rol vanaf de aanvang van het gebruik van psychotrope stoffen of gokken. Het middelengebruik wordt bekrachtigd door de positieve gevolgen ervan op korte termijn, bijvoorbeeld een prettige roes (Di Chiara, 2002). In die eerste fase is de gebruiker zich doorgaans goed bewust van de relatie tussen het middelengebruik en de positieve consequenties (de bekrachtigers) van dat gebruik. Dan is die associatie ook de sterkste motivatie voor dit gedrag. Er is sprake van een dominante R(gedrag)-Sr(bekrachtiger)-associatie, waarbij de beschikbaarheid van de bekrachtiger doorgaans wordt gesignaleerd door de discriminatieve stimulus of Sd (Sd: R-Sr); de gebruiker is (nog) niet 24 uur per dag bezig met middelengebruik. Na verloop van tijd, bij toenemend middelengebruik, raakt dit

doelgerichte gedrag steeds meer geautomatiseerd, en ontstaat er een min of meer geautomatiseerde S-R-associatie tussen de prikkels die met gebruik samenhangen (dikwijls ook de Sd) en het gebruiken zelf. Deze prikkels lokken het middelengebruik vanaf een bepaald moment min of meer reflexmatig uit, ongeacht de consequenties van dat gebruik. De controle van het gedrag verschuift van de consequente factoren naar de antecedente factoren. Het middelengebruik is dan verworven van een min of meer planmatig, doelgericht gedrag (*action*) tot een gedragsroutine of een ingesleten gedragspatroon (*habit*) (Everitt, Dickinson, & Robbins, 2001).

Ook klassieke conditionering speelt een rol bij middelengebruik. Herhaald middelengebruik zorgt voor een toename in gevoeligheid voor de belonende effecten van een middel in de hersenstructuren die belangrijk zijn voor het ervaren van beloning, zoals de nucleus accumbens. Dit wordt neurale sensitatie genoemd (Robinson & Berridge, 1993). Door klassieke conditionering worden stimuli die gerelateerd zijn aan middelengebruik zelf aantrekkelijk, omdat deze stimuli de gesensitiseerde belonende waarde van middelen voorspellen. Er ontstaat een associatie tussen de ene, in eerste instantie emotioneel neutrale stimulus (de geconditioneerde stimulus of CS) en (de cognitieve representatie van) een andere, reeds betekenisvolle stimulus (de ongeconditioneerde stimulus of US). De CS voorspelt de belonende effecten van het middel en wordt dus een aantrekkelijke stimulus voor de gebruiker. Allerlei in eerste instantie neutrale prikkels die deel uitmaken van de context waarin gebruikt wordt (tijdstip van de dag, bepaalde muziek, bepaalde buurten, bepaalde stemming, bepaalde vrienden, de fles op tafel), raken geassocieerd met de belonende effecten van het middel. Herhaald gebruik zorgt bovendien voor de ontwikkeling van een sterke aandachtbias voor deze geconditioneerde stimuli. Er zijn sterke aanwijzingen dat deze klassiek geconditioneerde stimuli op een bepaald moment middelengebruik rechtstreeks uitlokken en daardoor medeverantwoordelijk zijn voor de hierboven beschreven verschuiving van *action* naar *habit* (Havermans, 2009).

In sociaal leren worden de verbanden tussen enerzijds gedrag (middelengebruik) en de bekrachtiging van dat gedrag (operante conditionering), en anderzijds de voorspellende waarde van de ene gebeurtenis voor het optreden van de andere (klassieke conditionering) niet zozeer door eigen ervaring verworven, maar door het observeren en imiteren van anderen (Bandura, 1977).

Deze drie fundamentele leerprincipes liggen als zelfstandige elementen, maar meestal in combinatie met elkaar, ten grondslag aan de behandeling van middelengebruik. Die behandeling is, zoals hieronder verder wordt toegelicht, gericht op het doorbreken van grotendeels geautomatiseerde gedragspatronen, het vergroten van de zelfcontrole en het beïnvloeden van de belonende waarde van allerlei aan het middelengebruik gerelateerd geraakte stimuli (de Witt Huberts, van Holst, & Merckx, 2011; Merckx, 2014).

COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCH BEHANDELPROTOCOL

.....

114

Hoe werkt cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik? Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik bestaat uit verschillende interventies met als doel de gewoonte om middelen te gebruiken te veranderen. De interventies richten zich op het aanleren van andere, niet aan het middelengebruik gerelateerde gedragspatronen.

De beschreven protocollaire behandeling bestaat uit 13 bijeenkomsten van circa 45 minuten, waarbij de inhoud van de eerste 9 zittingen vaststaat. In de negende bijeenkomst wordt de behandeling geëvalueerd, waarna de inhoud van de resterende vier bijeenkomsten vastgesteld wordt. Voor de inhoud van deze bijeenkomsten kan gekozen worden uit zeven keuzethema's of het herhalen van al eerder behandelde thema's, afhankelijk van de resultaten van de behandeling of problematiek van de cliënt.

De behandeling bevat een aantal componenten die in de verschillende bijeenkomsten een rol spelen, namelijk: (1) registratie en monitoren van gebruik, (2) opstellen van een veranderdoel en de motivatie daartoe vergroten en behouden, (3) opstellen van een functieanalyse, (4) leren van vaardigheden in de omgang met middelen of gokken, (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 (Schippers, Smeerdijk, & Merkx, 2014).

Uitgangspunt van deze behandeling is dat er tijdens de intake overeenstemming is bereikt over het doel van de behandeling, namelijk verandering van middelengebruik. Zowel stoppen met gebruik (abstinentie) als minder (gecontroleerd) gebruik kunnen doelstellingen zijn (van Amsterdam & van den Brink, 2014). Het opstellen van zelfcontrolemaatregelen, het inventariseren van risicosituaties voor gebruik, en het leren omgaan met trek en sociale druk zijn vaste thema's in de behandeling. Ook wordt met elke cliënt een functieanalyse van het gebruik opgesteld, waaraan alle componenten van de behandeling gekoppeld worden. Naast de vaste thema's kunnen de laatste sessies ingevuld worden met specifieke vaardigheden, zoals omgaan met spanning, sombere stemming, terugval, problemen oplossen en sociale vaardigheden. De cliënt wordt gedurende de gehele behandeling gevraagd om het middelengebruik en de risicosituaties voor gebruik te registreren (*selfmonitoring*).

De bijeenkomsten vinden bij voorkeur wekelijks plaats. De globale structuur van elke bijeenkomst is min of meer gelijk. Het eerste onderdeel is de huiswerkbespreking. In dit onderdeel wordt de vaste registratieopdracht 'middelengebruik' besproken. Daarnaast krijgt de huiswerkopdracht die gekoppeld is aan het thema van de vorige bijeenkomst aandacht. Vervolgens

wordt er een nieuw thema geïntroduceerd, waaraan ook een huiswerkopdracht voor de volgende bijeenkomst wordt gekoppeld.

Het nieuwe protocol verschilt op een aantal belangrijke punten met eerder beschreven protocollen over verandering van middelengebruik (de Wildt, 2000, 2001; de Wildt, Merkx, & Korrelboom, 2009; Merkx & van Broekhoven, 2003). Het eerste belangrijke verschil is dat de bekende voor- en nadelenbalans een andere vorm heeft gekregen. Doel van de voor- en nadelenbalans is om de ambivalentie ten aanzien van verandering in kaart te brengen en te beïnvloeden richting verandering. In de oude vorm werden bij de cliënt zowel uitspraken ontlokt die gingen over veranderen als uitspraken die gingen over niet veranderen. In het nieuwe protocol worden enkel nog de nadelen van middelengebruik en de voordelen van verandering van middelengebruik systematisch geïnventariseerd voorafgaande aan het nemen van een daadwerkelijke beslissing over het veranderdoel. Uit onderzoek blijkt dat juist een toename van uitspraken die gaan over veranderen (verandertaal) en een afname van uitspraken die gaan over niet veranderen (behoudtaal) gedragsverandering voorspellen (Miller & Rollnick, 2013). Door de huidige aanpassing wordt bewust de toename van verander taal en de afname van behoudtaal uitgelokt. In zijn oude vorm bleef de verhouding tussen verander taal en behoudtaal perfect in evenwicht, waardoor het doel, vergroting van de ambivalentie, niet gehaald werd (zie ook de bijdrage in dit themanummer van Baron, de Jonge, & Schippers).

Een tweede verandering is dat het ervaren van trek als uitlokker van middelengebruik een minder prominente plaats in de behandeling heeft gekregen. In eerdere protocollen werd ervan uitgegaan dat trek altijd voorafgaat aan gebruik. De cliënt kreeg dan ook de instructie dat trek geregistreerd moest worden en belangrijk was als risicofactor van middelengebruik. Inmiddels is bekend dat subjectief ervaren en gerapporteerde trek geen noodzakelijk voorspeller is van gebruik (de Wildt, Lehert, Schippers, & van den Brink, 2010; Ooteman, Koeter, Verheul, Schippers, & van den Brink, 2006). Ook is gebruik vaak een automatisme zonder dat trek een risicofactor is. In het vernieuwde protocol wordt trek dan ook niet meer gezien als *de* risicofactor van gebruik maar als *een* mogelijke risicofactor.

De laatste belangrijke verandering is dat de behandeling nu bestaat uit dertien zittingen in plaats van tien. Uit onderzoek blijkt dat cliënten die langer behandeld zijn betere resultaten behalen (Merkx et al., 2013). Het nieuwe protocol ligt nu wat betreft aantal zittingen in lijn met de huidige standaardbehandelingen voor andere stoornissen, zoals depressie en angststoornissen (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011).

Voor wie is deze behandeling nu geïndiceerd? Deze behandeling is geïndiceerd voor cliënten die bereid en in staat zijn om hun problematisch middelengebruik of gokken te veranderen. Deze behandeling kan ook uitgevoerd worden indien de cliënt meerdere middelen gebruikt, waarbij de verschillende middelen onderwerp van de behandeling kunnen zijn. Er dient wel enige

vorm van motivatie aanwezig te zijn. Indien deze ontbreekt, is een motivatie-verhogende interventie eerst geïndiceerd (Schippers et al., 2014).

Cognitieve gedragstherapie vraagt enige mate van begrip en verbale vermogens. De behandeling is niet geschikt voor ernstig verstandelijk beperkten. Echter, bij licht verstandelijk beperkten is CGT wel toepasbaar, waarbij het protocol enigszins aangepast moet worden (van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2014).

Het leren van zelfcontrole is belangrijk in deze behandeling. Het oefenen van deze vaardigheden in hoge risicosituaties is essentieel. Deze behandeling is niet geïndiceerd voor cliënten in een gesloten setting die de cliënt niet de mogelijkheid geeft om de vaardigheden te oefenen. De behandeling is niet geïndiceerd voor cliënten met een acuut psychiatrisch toestandsbeeld of bij wie een op verandering gericht sociaal steunsysteem ontbreekt. Enige stabiliteit in basale levenscondities als huisvesting, verzorging en lichamelijke conditie is noodzakelijk (Schippers et al., 2014).

REFLECTIE OP HET BEHANDELPROTOCOL VANUIT LEERTHEORETISCH PERSPECTIEF

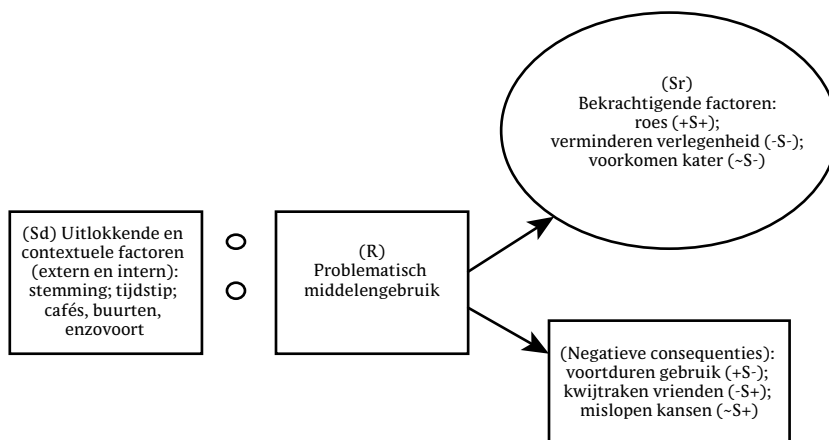
.....

Zoals aangegeven wordt met elke cliënt een functieanalyse van het middelengebruik opgesteld. Dit vormt in de meeste behandelprotocollen van andere stoornissen geen onderdeel van de behandeling (zie Keijsers et al., 2011). Korrelboom en ten Broeke (2014) benadrukken het belang van functieanalyses (FA) en de betekenisanalyse (BA). De term ‘functieanalyse’ zoals deze in dit protocol voor problematisch middelengebruik wordt gebruikt wijkt echter af van de term ‘functieanalyse’ zoals deze in de handboeken cognitieve gedragstherapie wordt gehanteerd. Problematisch middelengebruik ontstaat en wordt in stand gehouden door operante en klassieke conditionering. De term functieanalyse is gekoppeld aan operante conditionering en de term betekenisanalyse is gekoppeld aan klassieke conditionering (in ieder geval bij Korrelboom & ten Broeke, 2014). Beide analyses krijgen een plek in de in het protocol opgenomen functieanalyse. Met behulp van deze functieanalyse worden alle antecedente factoren die middelengebruik uitlokken en consequente factoren die middelengebruik in stand houden in kaart gebracht. Middelengebruik dat uitgelokt wordt door antecedente factoren is zowel operant (habit) als klassiek geconditioneerd (stimuli die de belonende waarde van het middel voorspellen), terwijl middelengebruik dat wordt uitgelokt door consequente factoren operant geconditioneerd is (positieve en negatieve bekrachtigers van het middelengebruik).

Verder wordt de functieanalyse in het protocol doorgaans simpel gehouden, terwijl in de handboeken ook meer ingewikkelde FA's worden besproken en toegelicht. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de FA in het protocol bedoeld is om voor de cliënt inzichtelijk te krijgen op welke

manier het middelengebruik wordt uitgelokt en in stand gehouden. Daarnaast is ze ook meer een communicatiemiddel tussen behandelaar en cliënt dan in de handboeken vaak het geval is. De functieanalyse wordt in de behandeling van problematisch middelengebruik standaard samen met de cliënt opgesteld en besproken.

Een ‘vertaling’ van de zojuist weergegeven uitgangspunten van het vernieuwde behandelprotocol bij problematisch middelengebruik naar een wat meer formele cognitief gedragstherapeutische formulering in termen van functie- en betekenisanalyses (FA’s en BA’s; zie Korrelboom & ten Broeke, 2014) leidt allereerst tot twee generieke ‘middelen-FA’s’. In de ene generieke FA worden de belangrijkste risico- en contextuele factoren genoemd die tot problematisch middelengebruik (de R of ‘operante’ respons) ‘verleiden’ (de Sd of discriminatieve stimuli), alsmede de belangrijkste (door de cliënt ervaren) belonende of bekrachtigende consequenties van dat gebruik (Sr). Daarnaast wordt een rubriek opgenomen met de feitelijke nadelige consequenties van het problematisch gebruik (zie figuur 1).



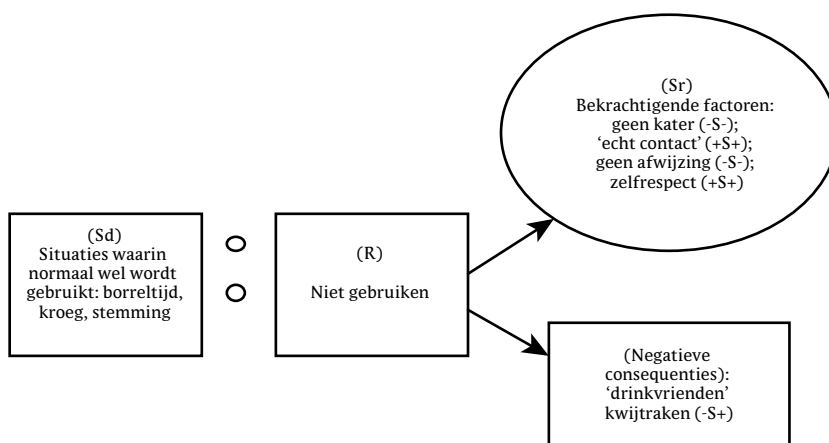
FIGUUR 1 *Generieke functieanalyse van problematisch middelengebruik*

Een dergelijk schema toont de mogelijkheden waarlangs geïntervenieerd kan worden. Men kan (sommige) risico- en verleidende factoren uit de weg gaan door bijvoorbeeld niet meer naar de kroeg te gaan (stimuluscontrole). Men kan het problematisch middelengebruik rechtstreeks aanpakken door het gedrag niet uit te voeren en te vervangen door iets anders te gebruiken, bijvoorbeeld frisdrank, methadon of nicotinekauwgom, of door iets anders te gaan doen, bijvoorbeeld opruimen, sporten of winkelen (stimulus-respons-interventie). Men kan de ervaren positieve consequenties van gebruik herevalueren of overbodig maken ('Hoe leuk is onder invloed zijn nu werkelijk?' 'Kan ik mijn verlegenheid wellicht overwinnen met behulp van so-

cialevaardigheidstraining?"). Ten slotte kan men de lijst met negatieve consequenties verder uitbreiden of zwaarder laten wegen (voor een uitgebreid overzicht, zie: Korrelboom & ten Broeke, 2014).

Kenmerkend voor het nieuwe protocol is dat men bij aanvang van de behandeling sterker dan voorheen de nadruk legt op het bespreken van de negatieve consequenties van middelengebruik en de positieve consequenties van verandering. Dit verhoogt de motivatie tot verandering. Dat neemt niet weg dat het niet alleen voor de behandelaar zinvol is om in ieder geval een hypothese te hebben over een aantal factoren die het middelengebruik van de cliënt onderhouden, maar ook voor de cliënt is het zinvol om deze factoren te kennen. Dit helpt hem om adequate zelfcontrolemaatregelen te bedenken. Die factoren vindt men in de rubriek van de ervaren positieve consequenties van deze FA. De positieve consequenties van gebruik worden dus niet besproken in het kader van het verhogen van de motivatie maar in het kader van het leren kennen van de onderhoudende factoren.

Een tweede relevante generieke FA met betrekking tot het problematisch middelengebruik is die waarbij het abstinente gedrag geanalyseerd wordt. De informatie kan gebruikt worden bij verschillende onderdelen van de behandeling, bijvoorbeeld bij de zelfcontrolemaatregelen. Een dergelijk schema is weergegeven in figuur 2.



FIGUUR 2 *Generieke functieanalyse van niet gebruiken in situaties die doorgaans verleiden tot wel gebruiken*

Aan de hand van figuur 2 kan samen met de cliënt worden nagegaan hoe 'niet gebruiken' er in specifieke, doorgaans aan problematisch gebruik gerelateerde situaties uit zou zien ('Wat zou je in die omstandigheden anders kunnen doen dan drinken?'). Men kan inventariseren wat de *positieve* consequenties van 'niet gebruiken' kunnen zijn, hetgeen de motivatie voor

verandering verhoogt (toename zelfrespect). In het kader van zelfcontroletraining kan geïnventariseerd worden wat de *negatieve* consequenties van ‘niet gebruiken’ kunnen zijn (kwijtraken van drinkvrienden), waarna alternatieven bedacht kunnen worden die de negatieve consequenties van ‘niet gebruiken’ tenietdoen (opbouwen andere vriendenkring).

In feite bieden deze generieke analyseschema’s onder andere handvatten voor de nadere invulling van motivatieverhogende stappen of zelfcontrolemaatregelen. Volgens de werkwijze in dit vernieuwde protocol zal men bij het bespreken van deze FA in het kader van het verhogen van de motivatie voor gedragsverandering vooral de positieve consequenties van ‘niet gebruiken’ benadrukken, terwijl men de negatieve consequenties vooral bespreekt in het kader van de zelfcontroletraining. We beschrijven het behandelprotocol aan de hand van een casus.

INTRODUCTIE CASUS

.....

Verwijzing

Hans, een man van 51 jaar, wordt door de huisarts verwezen in verband met overmatig alcoholgebruik, in combinatie met forse angst- en somberheidsklachten. De huisarts heeft hem geïndiceerd voor de specialistische ggz. Hans woont alleen en heeft al jaren een latrelatie met zijn vriendin. Hij heeft een in zijn optiek normaal sociaal leven en werkt als kleine zelfstandige in de bouw.

Intakeverslag

Uit het intakegesprek komt naar voren dat Hans ongeveer 10 tot 15 eenheden alcohol per dag drinkt. Op basis van de MINI (Sheehan et al., 1998) blijkt er sprake te zijn van alcoholafhankelijkheid. Vanwege het alcoholgebruik wordt diagnosestelling ten aanzien van de angst- en depressieve klachten uitgesteld (zie ook de bijdrage in dit themanummer van de Wildt). De afgenomen SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) geeft het volgende beeld: vergeleken met een populatie gezonde personen scoort Hans op alle schalen zeer hoog (score = 229); vergeleken met een populatie psychiatrische cliënten is de totaalscore bovengemiddeld. Vooral de schalen vermijding, depressie, interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen, en somatische klachten zijn verhoogd. Ook rapporteert de cliënt forse slaapklasten, met name doorslaapklasten.

Hans krijgt een individuele ambulante cognitief gedragstherapeutische behandeling voor problematisch alcoholgebruik aangeboden. Het intakegesprek wordt afgesloten met de opdracht om de komende week het alcoholgebruik te registreren.

VOORBEREIDEN OP VERANDERING

.....

120

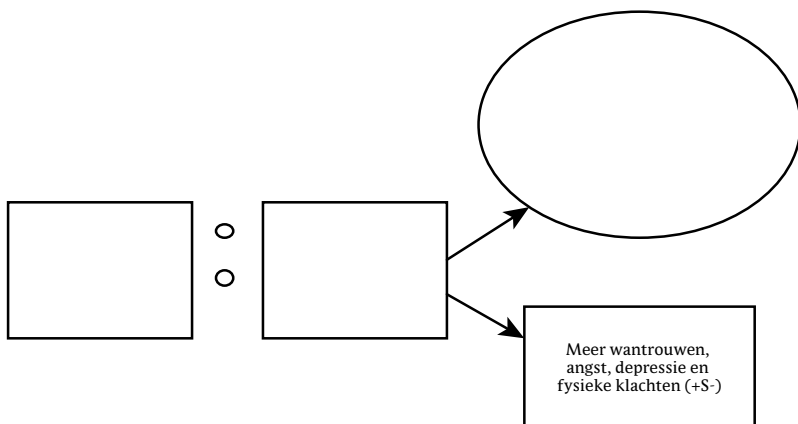
De eerste bijeenkomst staat in het teken van het voorbereiden van de cliënt op verandering. De vier belangrijke onderwerpen in het eerste gesprek zijn: (1) een samenvatting van de intake en de bevestiging van de behandelafspraken, (2) bespreking van het middelengebruik tussen de intake en het eerste gesprek, (3) het verhogen van de motivatie voor verandering met behulp van een inventarisatie van de nadelen van het middelengebruik en de voordelen van verandering van het middelengebruik, en (4) uitleg over de rationale van de cognitief gedragstherapeutische behandeling aan de hand van het model 'risicofactoren – gedrag – in stand houdende factoren'. Uitgelegd wordt dat middelengebruik ontstaat en in stand wordt gehouden door verschillende soorten leerervaringen. Belangrijk element in de verschillende onderdelen is educatie over het effect en de risico's van middelengebruik, en de relatie tussen enerzijds middelengebruik, en anderzijds ervaren angst, somberheidsklachten en lichamelijke klachten.

In deze eerste sessie worden de resultaten uit de intake nog eens samengevat aan de hand van de classificatie van de MINI en het profiel van de SCL-90. De behandelaar geeft informatie over de effecten van alcohol, gerelateerd aan de klachten en de uitslag van Hans op de SCL-90 (zie bijvoorbeeld <http://www.jellinek.nl/informatie-over-alcohol-drugs>). Frequent en regelmatig alcoholgebruik maakt wantrouwig, veroorzaakt somberheid en angstklachten of houden deze klachten in stand, leidt tot doorslaapproblemen en veroorzaakt allerlei somatische klachten (bijvoorbeeld maag- en darmproblemen). Hans herkent een aantal symptomen en geeft aan nooit geweten te hebben dat deze klachten gerelateerd kunnen zijn aan zijn alcoholgebruik. Afgesproken wordt dat de angst- en stemmingsklachten de komende weken worden gemonitord, zodat gezien kan worden of deze afnemen als het alcoholgebruik wordt geminderd. Zo niet, dan kan diagnostiek van deze klachten plaatsvinden en kunnen eventueel behandelinterventies worden ingezet (de Wildt & Vedel, 2014). Als monitorinstrument wordt de DASS21 gebruikt (de Beurs, van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001). Hans scoort op dit moment 'ernstig' op alle drie de schalen: stress, angst en depressie.

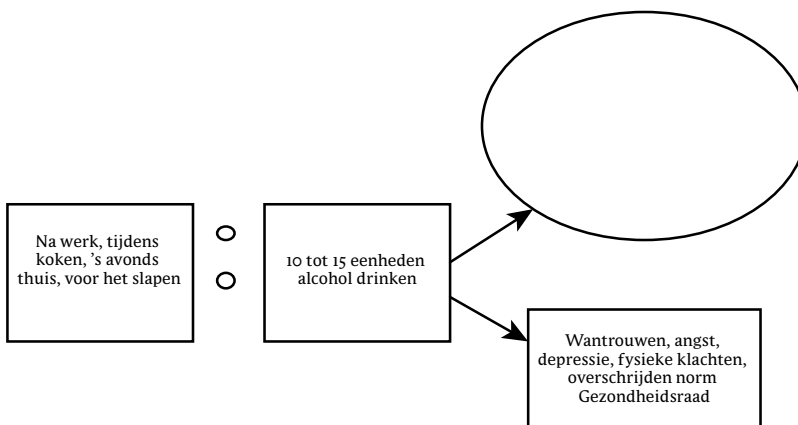
In de FA uit figuur 1 kan dit worden beschouwd als een benadrukken van de feitelijke negatieve consequenties van problematisch alcoholgebruik. Uit de registratieopdracht wordt duidelijk dat Hans per dag gemiddeld 10 tot 15 eenheden alcohol drinkt (70 tot 105 eenheden per week). Na een dag werken drinkt hij één à twee flesjes bier (25 cl). Tijdens het koken trekt hij een fles wijn open, die hij gedurende de avond leegdrinkt. Als slaapmutsje neemt hij één, heel soms twee glaasjes jenever. Hans geeft aan geschrokken te zijn van de hoeveelheid alcohol die hij gebruikt, helemaal vergele-

ken met de norm die de Gezondheidsraad (2006) stelt voor verantwoord alcoholgebruik: maximaal twee glazen per dag voor mannen en één glas voor vrouwen, met minimaal twee abstinente dagen per week (zie <http://www.jellinek.nl/informatie-over-alcohol-drugs>). Verdere invulling van de FA leidt daarmee tot figuur 4.

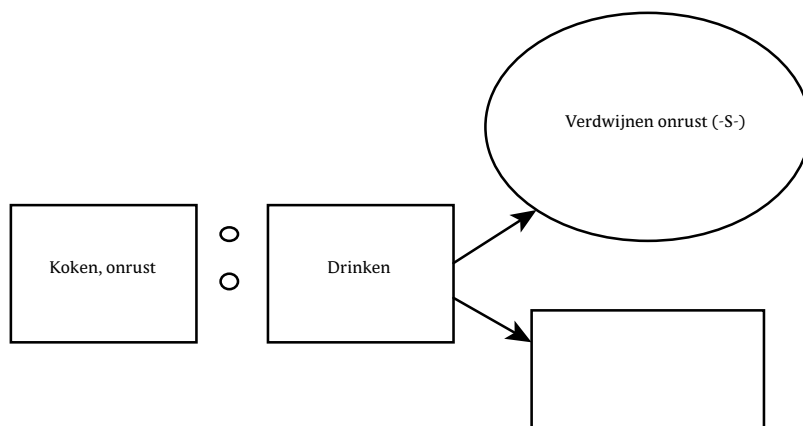
De rationale van de behandeling wordt uitgelegd, waarbij het drinken van alcohol tijdens het koken als voorbeeld wordt gebruikt. ‘Risicofactoren’ zijn koken en onrust, ‘gedrag’ is alcoholgebruik en ‘gevolg/effect’ is ontspanning en het verdwijnen van onrust. Hier wordt kort even stilgestaan bij de vermeende effecten op korte termijn (figuur 5).



FIGUUR 3 *Benadrukken negatieve consequenties van problematisch alcoholgebruik*



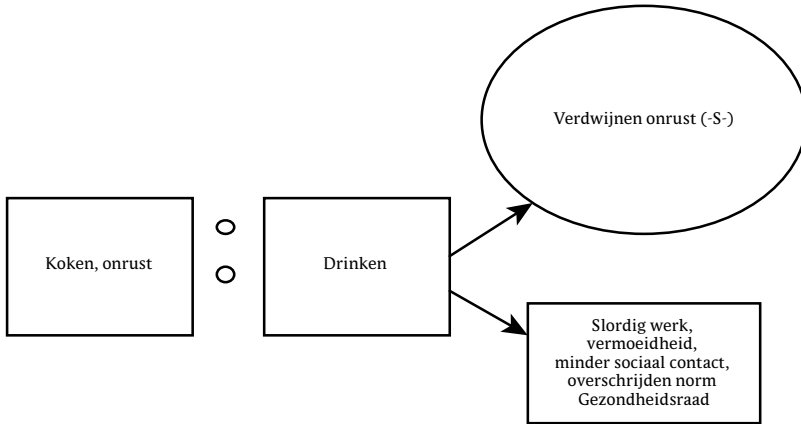
FIGUUR 4 *Verdere invulling FA*



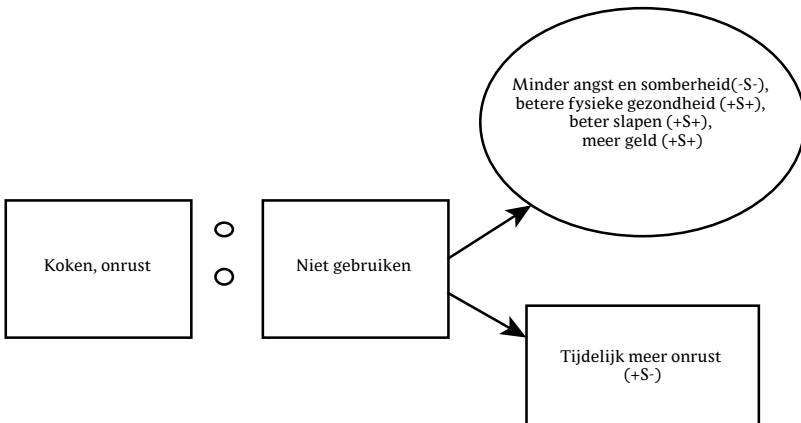
FIGUUR 5 *Positief effect van drinken (op de korte termijn)*

Wanneer de behandelaar meer informatie wil hebben over de onrust die kennelijk met drank moet worden verdreven, nodigt de FA uit tot nadere analyse: ‘Waar komt die onrust vandaan?’, ‘Wat maakt zo onrustig?’ Hoewel het bij behandeling van andere stoornissen valt aan te raden om niet snel genoeg te nemen met afnemende (of niet optredende) negatieve emoties als bekrachtiger van problematisch gedrag (type: geen angst; minder somber), maar om eerst op zoek te gaan naar de factoren (gedachten, omstandigheden, herinneringen) die de aanleiding vormden voor dergelijke negatieve emoties (Korrelboom & ten Broeke, 2014), ligt dit bij de behandeling van problematisch middelengebruik dikwijls enigszins anders. Daar ligt de nadruk immers primair op het doorbreken van het al dan niet geautomatiseerde middelengebruik, en is het belangrijker om kennis te hebben over risicosituaties en de daarbij passende zelfcontrolemaatregelen om gebruik te voorkomen, oftewel: uitgebreide kennis over de bekrachtigers van middelengebruik.

Met Hans worden de voor hem belangrijkste nadelen van het alcoholgebruik besproken: (1) lichamelijke en geestelijke vermoeidheid, (2) slechter functioneren op het werk (fouten maken en werk te laat opleveren), en (3) sociale gevolgen (steeds vaker thuisblijven). Voordelen van verandering van het alcoholgebruik zijn volgens Hans: (1) afname van zijn somberheid en angstklachten, (2) verbetering van zijn lichamelijke gezondheid, (3) beter slapen, en (4) financiële besparing (ongeveer € 60 per week). De lijst met negatieve consequenties van generieke FA 1 kan weer iets worden uitgebreid (figuur 6).



FIGUUR 6 *Verdere aanvulling negatieve consequenties van alcoholgebruik*



FIGUUR 7 *Positieve consequenties van niet gebruiken*

Tegelijk wordt een begin gemaakt met het invullen van de generieke ‘FA-problematisch middelengebruik’ uit figuur 2: de aard, uitlokkers, voordelen en nadelen van ‘niet gebruiken’ (figuur 7).

Hans krijgt als huiswerk de registratie van alcoholgebruik mee en het aanvullen van de nadelen van alcohol en voordelen van verandering.

DOELEN EN ZELFCONTROLEMAATREGELEN

124

In het tweede gesprek van het behandelprotocol komen, nadat het middelengebruik besproken is, aanvullingen op de nadelen van gebruik en voordelen van verandering aan bod. Op basis van deze inventarisatie trekt de cliënt de conclusie wat zijn veranderdoel wordt. Het is raadzaam om de cliënt te adviseren een bepaalde periode (bijvoorbeeld drie maanden) niet te gebruiken, zeker indien er sprake is van psychische klachten als angst en somberheid, die mogelijk veroorzaakt of beïnvloed worden door het middelengebruik. Een abstinente periode van twee tot vier weken is nodig voor betrouwbare diagnostiek van de angst- en stemmingsklachten. Indien de cliënt kiest voor abstinentie, wordt de duur van de abstinente periode vastgelegd, op welke datum de abstinente periode begint en wanneer deze eindigt. Indien gecontroleerd gebruik het behandelgoal is, worden zo concreet mogelijke afspraken gemaakt over de maximale hoeveelheid middelen per dag en per week, en over het aantal middelenvrije dagen per week. Bij alcohol is het raadzaam het aantal eenheden per dag te beperken tot maximaal één voor vrouwen en maximaal twee voor mannen, en bovendien twee alcoholvrije dagen per week in te plannen. Nadat het doel is afgesproken, worden de zelfcontrolemaatregelen besproken die de cliënt kunnen helpen om het doel te halen. Cliënt krijgt uitleg over de verschillende vormen van zelfcontrolemaatregelen, namelijk:

- ▶ Stimulus-controle-interventies. Dit zijn zelfcontrolemaatregelen die hun aangrijpingspunt hebben op het niveau van de Sd (de ‘verleiders’ en ‘uitlokkers’). Stimulus-controle-interventies kunnen bestaan uit vermijding van risicovolle personen, plaatsen of situaties (bijvoorbeeld geen middelen in huis hebben, het de eerstkomende maand vermijden van plaatsen waarin de cliënt gewend is om te gebruiken, of het voorlopig niet opzoeken van vrienden met wie altijd gebruikt wordt).
- ▶ Stimulus-respons-interventies. Dit zijn zelfcontrolemaatregelen die rechtstreeks op het gedrag (R) aangrijpen. In plaats van het vertrouwde middelengebruik (in de context van verleiders en ontlokkers die men niet uit de weg heeft kunnen of willen gaan) vertoont men ander gedrag in de risicosituatie (bijvoorbeeld afwisselend een glas alcohol en een glas water drinken, naar een concert gaan met een vriend die niet gebruikt, of een niet gebruikende vriend of vriendin bellen als de cliënt zin heeft om te gebruiken). Hierdoor worden automatismen doorbroken.
- ▶ Responsconsequenties. Dit zijn zelfcontrolemaatregelen die aangrijpen op de in stand houdende factoren van het middelengebruik, namelijk de bekrachtigers (+S+, -S-, of ~S-) of de negatieve consequenties (-S+, +S-, of ~S+). Zelfcontrolemaatregelen die verandering van de *bekrachtigende werking* van het middel beogen, zijn maatregelen die het abstinente ge-

drag positief bekrachtigen. Cliënt leert zichzelf te belonen anders dan met middelen. Een voorbeeld is dat cliënt zichzelf beloont op het moment dat hij zijn doel gehaald heeft (reductie middelengebruik gedurende een afgebakende periode) met het kopen van een cadeau van het uitgespaarde geld. Zelfcontrolemaatregelen die aangrijpen op de *negatieve consequenties* van het middel, in deze context dikwijls *responscosts* genoemd, zijn negatieve gedragsconsequenties die men laat volgen op het middelengebruik, op het moment dat het gebruik niet in lijn is met het afgesproken doel. Indien abstinentie het doel is, volgen deze responscosts op enig gebruik. Indien gecontroleerd gebruik het doel is, volgen deze responscosts op het moment dat de cliënt meer gebruikt dan afgesproken. Voorbeelden zijn de achterstallige administratie bijwerken, een kopje koffie gaan drinken bij een vereenzaamde buurvrouw of de keukenkastjes schoonmaken. Op deze manier hebben responscosts op korte termijn een bestraffende en dus gedragsinhiberende werking (wat met betrekking tot middelengebruik natuurlijk de bedoeling ervan is). Op de wat langere termijn hebben deze responscosts echter ook positieve consequenties. Men is blij dat de kastjes zijn opgeruimd, de administratie op orde is, of tevreden omdat men de oude buurvrouw even opgevrolijkt heeft. Dit is het kenmerk van de zogenaamde *benevolent ordeal* (in Nederland ook bekend als ‘nuttige straf’ of het ‘te-veel-te-weinig-principe’) (Hoogduin, Hagens, & Keijsers, 2011).

Hans begint het tweede gesprek met de opmerking dat hij geschrokken is van de negatieve effecten van alcohol. Hij heeft zelf op internet nog meer informatie gezocht over de effecten van alcohol. Hij is tot de conclusie gekomen dat het verstandig is om voorlopig fors minder alcohol te drinken. Zijn registratieopdracht laat zien dat hij zijn alcoholgebruik al fors verminderd heeft. Hij merkt wel dat hij het lastig vindt en dat hij soms erg veel zin heeft om alcohol te drinken. Vooral niet drinken na het thuiskomen van zijn werk is een moeilijk moment.

De behandelaar legt uit dat tijdelijke abstinentie raadzaam is gezien zijn angst- en depressieve klachten. Een aantal weken niet drinken maakt het mogelijk om te onderzoeken of de psychische klachten worden veroorzaakt door het alcoholgebruik. Ondanks de motiverende interventies van de behandelaar, blijft Hans bij zijn besluit om te streven naar gecontroleerd alcoholgebruik. De behandelaar spreekt met Hans af dat als zijn klachten blijven voortduren alsnog tijdelijke abstinentie als veranderdoel wordt afgesproken. Vervolgens wordt het veranderdoel concreet gemaakt: door de week niet drinken. Hans zal van zondagmiddag vijf uur tot vrijdagmiddag vijf uur niet drinken. In het weekend, van vrijdagmiddag vijf uur tot zondagmiddag vijf uur, mag hij wel drinken. Op drinkdagen drinkt hij maximaal vier eenheden alcohol. In totaal wil hij maximaal tien eenheden per week drinken.

Na uitleg over de verschillende vormen van zelfcontrolemaatregelen, spreekt Hans met zichzelf af dat hij in ieder geval geen alcohol in huis heeft en haalt. Restanten alcohol heeft hij al weggegooid. De eerste maand nodigt hij gedurende de week geen vrienden uit om te komen eten vanwege mogelijke kans op terugval in alcoholgebruik. Hij gaat met de auto naar sociale gelegenheden, zodat hij niet kan drinken. Indien het hem een maand lukt om gedurende de week niet te drinken, nodigt hij als beloning een aantal vrienden uit voor een alcoholvrij diner.

FUNCTIEANALYSE

.....

De derde bijeenkomst staat in het teken van het maken van de functieanalyse van het gebruik. De functieanalyse, zoals opgenomen in dit protocol, heeft als doel dat cliënt zelf inzicht krijgt in hoe zijn middelengebruik uitgelokt en in stand gehouden wordt. De functieanalyse wordt dan ook samen met de cliënt opgesteld en als huiswerkopdracht meegegeven, zodat de cliënt haar thuis, eventueel met de hulp van anderen, kan aanvullen. Meer dan in sommige beschrijvingen van het gedragstherapeutische proces wellicht naar voren komt (waar de functieanalyse nogal eens vooral als hulpmiddel voor de behandelaar wordt beschreven), is de FA in dit protocol vooral een hulpmiddel voor de cliënt om zijn eigen middelengebruik en de bijbehorende risicosituaties voor, en bekrachtigingen van, het middelengebruik te leren onderkennen.

Als extra hulpmiddel bij het in kaart brengen van de risicofactoren voor gebruik vult de cliënt een vragenlijst in over alle mogelijke risicosituaties. Deze vragenlijst vraagt per risicosituatie naar de mate van verleiding tot gebruik die de situatie voor de cliënt met zich meebrengt en de mate waarin de cliënt zichzelf in staat acht om deze verleiding te weerstaan. Situaties waarin de verleiding groot is en het vertrouwen om de verleiding te weerstaan laag, zijn echte hoge risicosituaties, en krijgen een plek in de functieanalyse.

De functieanalyse maakt onderscheid tussen externe risicofactoren (wanneer, waar, met wie) en interne risicofactoren (gedachte, emotie, lichamelijke sensaties, trek). Belangrijkste externe risicosituaties voor Hans zijn thuiskomen uit het werk, feestjes, vrijdagmiddag na het werk, uitgebrachte offertes, succesvolle acquisities, alleen zijn en het zien van alcohol drinkende personen. Belangrijke interne risicofactoren zijn de volgende gedachten: 'Ik heb het verdiend', 'Ik heb wat te vieren', en 'Ik moet slapen.' De emoties die uitlokken tot gebruik zijn blijheid, trots, angst voor slape-loosheid en lichamelijke onrust. Laatstgenoemde factor speelt met name als Hans thuiskomt na zijn werk en niet drinkt. Al deze situaties zijn Sd's. Effecten van het alcoholgebruik zijn in eerste instantie de beloning, de roes en de ontspanning (+S+). Negatieve gevolgen van alcohol zijn aller-

lei klachten, waarbij Hans de achterdocht, het slechte slapen en de maag/darmproblemen als grootste nadeel ziet (+S-).

NOODMAATREGELEN

.....

Terugval in middelengebruik is inherent aan het veranderen van middelengebruik. Door zowel cliënten, omgeving, maar ook wel door behandelaars, wordt terugval vaak gezien als demotiverend en een (kleine) ramp. Een terugval gaat meestal gepaard met gevoelens van schuld, schaamte, machteloosheid en wanhoop. De omgeving reageert vaak boos en teleurgesteld op een terugval. Het bespreken van terugval is voor zowel cliënten als behandelaars lastig. Door terugval te labelen als een leermoment wordt terugval genormaliseerd: de cliënt is in een hoge risicosituatie terechtgekomen, waar nog geen zelfcontrolemaatregelen voor bedacht waren of waarvoor de bedachte zelfcontrolemaatregelen niet meteen optimaal gewerkt hebben. Deze rationele reactie op terugval verhoogt de kans dat de cliënt de draad weer oppakt en zich opnieuw aan de afgesproken doelen kan houden. Om verdere terugval te voorkomen na gebruik worden noodmaatregelen opgesteld. Dit zijn zelfcontrolemaatregelen die de cliënt toepast op het moment dat hij gebruikt heeft.

Aan de hand van de registratieopdracht wordt duidelijk dat Hans zijn alcoholgebruik gedurende de eerste weken van de behandeling fors gereduceerd heeft, tot maximaal twintig eenheden per week. De psychische klachten, gemonitord met de DASS21, laten een reductie zien van ernstig naar matig, wat voor Hans heel bekrachtigend is. Het blijkt echter dat het hem niet lukt om gedurende de werkweek niet te drinken en dat hij op drinkdagen het aantal eenheden niet kan beperken tot vier. Hoge risicosituaties, die gedurende de week tot alcoholgebruik leiden, zijn gerelateerd aan 'thuiskomen', in combinatie met 'succes', 'beloning verdiend' of 'de dagelijkse beslommeringen met niemand kunnen delen'. Deze risicofactoren (Sd's) worden in de functieanalyse opgenomen. Vervolgens bedenkt Hans een aantal nieuwe zelfcontrolemaatregelen. Hij belt na thuiskomst iemand met wie hij zich verbonden voelt (zijn partner, zijn zus of beste vriend) om kort zijn werkdag door te nemen. Indien deze personen niet bereikbaar zijn, zal hij zijn zus mailen. In een context waarin hij normaal zou gaan drinken, doet hij nu dus iets anders, zodat van een stimulus-respons-interventie kan worden gesproken.

Voor de momenten dat hij ondanks deze zelfcontrolemaatregelen toch drinkt, stelt Hans de volgende noodmaatregelen op:

- 1 Op het moment dat hij zich realiseert dat hij thuis alcohol drinkt, gooit hij de resterende alcohol weg. Ook dit is een stimulus-respons-interventie, zij het dat nu alternatief pas wordt ingezet wanneer het problematische gedrag reeds is begonnen.

- 2 Na het weggooien van de alcohol verlaat hij zijn huis zo snel mogelijk en loopt twee rondjes door het park bij hem in de buurt. Vervolgens gaat hij zijn achterstallige administratie wegwerken. Dit is respons-cost: het alcoholgebruik (ook al was het maar relatief weinig) impliceert meteen een vervelend, zij het op de langere termijn nuttig klusje.

Mocht het Hans niet lukken om het drinken te onderbreken, dan geeft hij zichzelf de opdracht om de volgende dag alle strijkgoed weg te werken. Ook dit kan worden beschouwd als een voorbeeld van respons-cost.

OMGAAN MET TREK

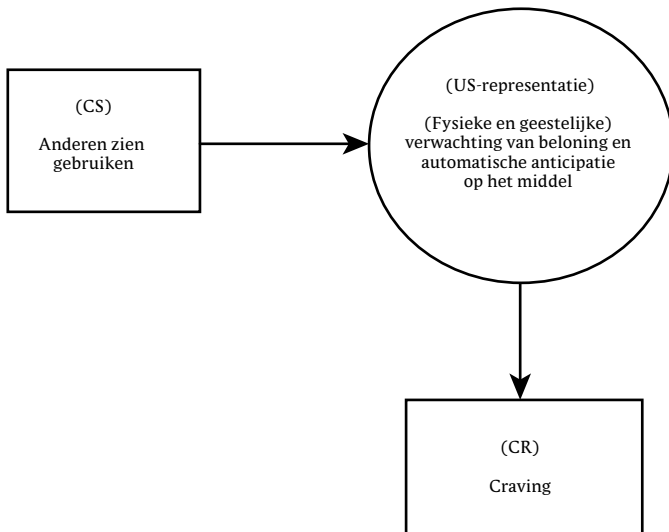
.....

Trek (*craving*) is een lichamelijk verschijnsel dat ontstaat doordat een bepaalde stimulus gebruik voorspelt. Het lichaam en het brein reageren op deze stimuli die de inname van het middel voorspellen. Deze lichamelijke reactie wordt 'trek' genoemd en kan een uitlokker zijn voor middelengebruik. Sommige cliënten ervaren geen trek. Een mogelijke verklaring is dat er geen verband is tussen een bepaalde stimulus en gebruik van een middel. Ook van belang is dat subjectief ervaren trek niet altijd een voorspeller is van gebruik (de Wildt et al., 2010; Ooteman et al., 2006). Het niet ervaren van trek kan niet verklaard worden door het abusievelijk gemaakte onderscheid tussen geestelijke verslaving en lichamelijke verslaving. Dit onderscheid bestaat niet.

Indien blijkt dat ervaren trek in middelen een risicofactor voor gebruik is, krijgt de cliënt uitleg over trek als normaal verschijnsel bij verandering van middelengebruik en wordt toegelicht dat trek klassiek geconditioneerd is: het is een reflex. Het klassieke voorbeeld van de hond van Pavlov, of het water dat in de mond loopt bij de geur van versgebakken brood, werkt verhelderend.

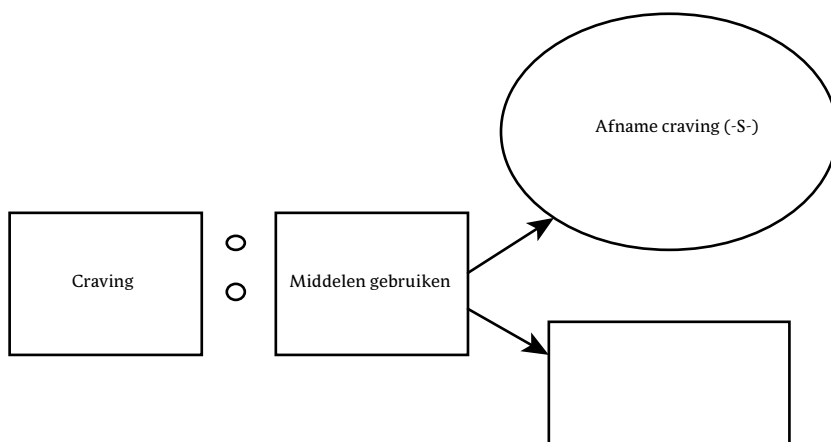
In meer fundamentele cognitief gedragstherapeutische termen kan worden gezegd dat bepaalde omstandigheden (tijdstip, anderen zien gebruiken, denken aan een middel, bepaalde muziek) de verwachting activeren dat het middel snel zal worden ingenomen (wat in feite ook heel vaak het geval is geweest). Op basis van deze verwachting bereidt het lichaam zich voor op de fysiologische ontregeling die het tot zich nemen van dat middel tot gevolg zal hebben. Die voorbereiding wordt ervaren als trek. In een tweede, snel volgende ronde is die trek dan weer een uitlokkende of risicovolle factor die tot gebruik leidt. Het eerste deel van deze 'tweetrapsraket' kan worden weergegeven in een betekenisanalyse (BA): zien dat anderen gebruiken activeert (automatisch) de betekenis van verwacht gebruik en dat leidt tot een emotioneel-motivationale toestand die 'trek', 'craving' of 'drang' kan worden genoemd. In CGT-terminologie is de risicofactor de geconditioneerde stimulus (*conditioned stimulus*, CS), is het verwachte middel de (cognitieve representatie van de) ongeconditioneerde stimulus (*unconditioned stimulus*

of US-representatie) en is de ervaren behoefte de geconditioneerde respons (*conditioned response*, CR). Omdat het om een verwachting gaat, wordt de associatie tussen CS en US-representatie sequentieel genoemd (de Wildt et al., 2009; Korrelboom & ten Broeke, 2014). Een en ander is schematisch weer-gegeven in figuur 8.



FIGUUR 8 *Sequentiële betekenisanalyse waarin craving wordt geactiveerd door anderen te zien gebruiken*

De tweede trap kan weer worden beschreven met behulp van de eerste generieke FA (figuur 9).



FIGUUR 9 *Middelengebruik wordt bekrachtigd door afname craving*

Stimuli die trek veroorzaken zijn bijvoorbeeld: het zien of ruiken van het middel, andere mensen zien gebruiken, (sociale) situaties waarin de cliënt gewoon was te gebruiken en bepaalde emoties, zoals spanning of neerslachtigheid, maar ook blijheid of euforie.

Vervolgens krijgt de cliënt uitleg over de verschillende vaardigheden die ingezet kunnen worden als zelfcontrolemaatregel (stimulus-respons-interventie). Er is een aantal strategieën om met trek om te gaan, namelijk (1) afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen, (2) erover praten met vrienden of familieleden, (3) anders denken, en (4) gevoelsurfen (het accepteren van de trek en wachten tot de trek overgaat).

Als een cliënt aangeeft in geen enkele situatie trek voorafgaande aan het middelengebruik te ervaren, kan deze zitting overgeslagen worden.

Na uitleg van de verschillende strategieën over omgaan met trek, gaf Hans aan dat afleiding zoeken het beste bij hem past. Zijn belangrijkste risicomoment gerelateerd aan trek is thuiskomen na het werk en vlak voor zijn gebruikelijke bedtijd (rond één uur 's nachts). In het kader van omgaan met trek zal hij meerdere veranderingen in zijn avondritueel aanbrengen. Hij gaat niet alleen elke dag voor zichzelf koken, maar eet ook aan tafel met een krant in plaats van voor de tv. Daarnaast vervroegt hij zijn bedtijd. Hij gaat om half elf naar bed, leest dan nog een boek en doet uiterlijk kwart over elf het licht uit.

VERANDEREN VAN GEDACHTEN

.....

Verandering van gedachten heeft haar plek in een behandeling van problematisch middelengebruik als onderdeel van de zelfcontrolemaatregelen. Veranderen van gedachten wordt echter niet aangepakt volgens de principes van cognitieve therapie. Het gaat enkel om het formuleren van een helpende gedachte in het kader van het krijgen en houden van controle over het middelengebruik in situaties waarin een cliënt gewoon was te gebruiken. Middelengebruik is vaak zodanig geautomatiseerd dat er geen expliciete gedachte voorafgaat aan het gebruik. Juist het formuleren van een helpende gedachte (die iemand tegen zichzelf kan uitspreken vlak voordat hij zichzelf in een hoge risicosituatie begeeft of op het moment dat hij zich realiseert dat hij zich in een hoge risicosituatie bevindt) kan de controle over het middelengebruik ondersteunen. De helpende gedachte is een vorm van een zelfcontrolemaatregel, namelijk een stimulus-respons-interventie. Een gedachte is helpend indien de nieuw geformuleerde gedachte de gewenste gedragsverandering ondersteunt.

Hans vertelt dat vooral gedachten in de trant van 'ik heb het verdiend' of 'ik heb iets te vieren' uitlokkers zijn van gebruik. Dergelijke gedachten spelen een rol op het moment dat hij bijvoorbeeld een offerte verstuurd heeft, een offerte geaccordeerd is of gewoon na een werkdag. De helpende gedachte die Hans formuleert, luidt: 'Ik ben trotser als ik succes heb én geen alcohol drink.' Een helpende gedachte is een (cognitieve) stimulus-respons-interventie.

WEIGEREN VAN AANGEBODEN MIDDELEN

.....

Het niet in staat zijn om een aangeboden middel te weigeren of door anderen onder druk gezet worden om te gebruiken is een veelvoorkomende en hoge risicosituatie. Het trainen van specifieke vaardigheden om aangeboden middelen te kunnen weigeren is een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Ten eerste wordt de cliënt uitgelegd dat er onderscheid is tussen hoe iemand weigert (non-verbaal) en wat iemand zegt als hij weigert (verbaal). Belangrijk non-verbaal gedrag is dat iemand snel reageert op het aangeboden krijgen van het middel, het middel duidelijk afwijst en oogcontact maakt. Belangrijk verbaal gedrag is meteen 'nee' zeggen, vervolgens een alternatief suggereren (indien mogelijk), bij aandringen van de ander vragen of de ander daarmee ophoudt, overgaan op een ander gespreksonderwerp en het vermijden van vage antwoorden.

Deze vaardigheden worden in een rollenspel getraind, waarbij de behandelaar optreedt als aanbieder van het middel. Belangrijk is dat de cliënt een recente situatie zo levensecht mogelijk in de tegenwoordige tijd beschrijft. De levensechtheid kan aan kwaliteit winnen indien er stimuli in het rollenspel geïntroduceerd worden die in de echte situatie ook aanwezig zijn, zoals het middel zelf of muziek. Hoe groter de overeenkomst tussen de oefensituatie en de realiteit, des te groter de kans dat het nieuwe gedrag ook daadwerkelijk in praktijk gebracht wordt. Het is verstandig om de rollenspellen kort te houden en verschillende malen met het weigeren van een aangeboden middel te oefenen, zodat het nieuwe gedrag enigszins eigen wordt. Op het moment dat cliënt het gewenste gedrag vertoont, wordt het rollenspel onderbroken en aan de hand van de verschillende instructies nabesproken (*shaping* richting doelgedrag). De behandelaar kan in de rol van aanbieder variaties aanbrengen, bijvoorbeeld door steeds meer aan te dringen op het accepteren van het aangeboden middel. Mogelijk dat het formuleren van een helpende gedachte ondersteuning kan bieden bij het weigeren. De gedachte: 'Mijn vrienden lachen me vast uit als ik niet gebruik', kan veranderd worden in: 'Ik laat me niet door anderen verleiden tot gebruik.'

Weigeren van aangeboden middelen grijpt in eerste instantie aan op een externe risicosituatie. In de eerste generieke FA werd dit een risicofactor of verleidende factor genoemd (Sd). Er bestaan verschillende methoden om

dergelijke verleidende factoren te hanteren. Soms kunnen ze worden vermeden (stimuluscontrole). Wanneer dat niet kan, kan men leren er anders mee om te gaan. Het weigeren van aangeboden middelen is zo'n 'andere manier van ermee omgaan'. Het trainen van vaardigheden gericht op het adequaat weigeren van aangeboden middelen kan bestempeld worden als het oefenen van stimulus-respons-interventies.

Na uitleg over de vaardigheden, geeft Hans aan dat hij sinds de start van de behandeling geen moeite heeft met het weigeren van een aangeboden drankje. Zijn problematisch alcoholgebruik was gekoppeld aan het alleen-zijn. Het lukt hem om aangeboden drank af te slaan met de opmerking dat hij met de auto is en daarom niet drinkt. De behandelaar vraagt Hans om de vaardigheden aan hem te laten zien in een rollenspel en kan hem na afloop complimenteren met de wijze waarop hij weigert. Hans wordt zich zo meer bewust van de verbale en non-verbale aspecten die zijn weigeren effectief maken.

TUSSENEVALUATIE

.....

Primair doel van de tussenevaluatie is te bespreken in hoeverre de doelen met betrekking tot het middelengebruik zijn gehaald en welke veranderingen in de komende periode nog bereikt of bestendigd moeten worden. Besproken wordt op welke wijze de verschillende thema's hebben bijgedragen aan de verandering in middelengebruik: Op welke wijze heeft de cliënt risicofactoren, uitlokkende factoren en in stand houdende factoren van het middelengebruik aangepakt?

Laatste onderdeel is het bespreken van de inhoud van de vervolgbijeenkomsten, die kan bestaan uit herhaling van al eerder behandelde thema's, of één of meerdere keuzethema's. Keuzethema's waaruit de cliënt kan kiezen zijn het trainen van sociale vaardigheden, omgaan met somberheid of spanning, effectief problemen oplossen of een extra bijeenkomst waarin terugval uitgebreider besproken wordt.

Hans geeft aan redelijk op weg te zijn om zijn doel te halen, maar hij is er nog niet. Zijn doel was om gedurende de week niet te drinken, en in het weekend vanaf vrijdagmiddag vijf uur tot zondagmiddag vijf uur maximaal tien eenheden te drinken. Inmiddels heeft hij zijn alcoholgebruik gereduceerd tot ongeveer zestien eenheden per week. Hij wil zijn doel aanpassen: ook op zondag wil hij niet drinken. Andere afspraken over zijn alcoholgebruik veranderen niet.

Het krijgen van informatie over nadelige gevolgen van alcoholgebruik, waaronder angst- en somberheidsklachten, is volgens Hans belangrijk geweest om de beslissing te nemen om zijn alcoholgebruik te veranderen.

Een ander belangrijk onderdeel van de behandeling was het veranderen van zijn gedragsroutines bij thuiskomst na een werkdag. Deze verandering helpt hem ook om de verandering in middelengebruik vast te houden. De voordelen van verandering zijn volgens Hans spectaculair: zijn angst- en stemmingsklachten zijn fors verminderd.

Wat betreft de vervolgbehandeling is Hans van mening dat hij voldoende kennis heeft om zijn alcoholgebruik zelfstandig te reduceren en onder controle te houden. Hij wil graag nog één afspraak om de voortgang te monitoren en vervolgens de behandeling afsluiten. Uitleg over nut en noodzaak van de extra zittingen kunnen cliënt niet motiveren om de resterende drie bijeenkomsten ook daadwerkelijk te gebruiken voor extra vaardigheidstraining.

De gerapporteerde verandering wordt ondersteund door het beeld op de SCL-90. Vergeleken met een populatie psychiatrische cliënten scoort Hans op alle schalen zeer laag (score = 108). Vergeleken met een populatie gezonde personen is de score benedengemiddeld. Hans rapporteert nauwelijks klachten. Ook de wekelijks afgenomen DASS21, waarmee de angst- en depressieve klachten zijn gemonitord, laat nog slechts milde klachten zien, terwijl de klachten bij aanvang van de behandeling ernstig waren.

MONITORCONTACT

.....

Hans geeft aan dat het gewenste doel nog niet gehaald is, maar dat hij tevreden is over het behaalde resultaat. Op zondag en gedurende de week drinkt hij niet meer. Zijn argument om zondag niet te drinken is dat hij maandag redelijk fris aan een nieuwe werkweek wil beginnen. Drank op zondag helpt hem daarbij niet. Hij drinkt enkel wijn op vrijdag en zaterdag. Het lukt hem niet om het alcoholgebruik op drinkdagen te beperken tot vier eenheden. Een geopende fles wijn gaat dezelfde dag nog leeg, ongeacht het tijdstip waarop hij begint te drinken.

Hij is van mening dat de behandeling voldoende resultaat heeft opgeleverd. Zijn alcoholgebruik is fors gereduceerd, hij ervaart nauwelijks nog klachten en is van mening dat hij geen hulp meer nodig heeft. De behandeling wordt dan ook afgesloten.

LAATSTE VIER ZITTINGEN

.....

Het protocol schrijft de inhoud van de eerste negen zittingen voor. In de resterende zittingen kunnen al eerder aan de orde gekomen thema's nog een keer herhaald worden, of er kan gekozen worden uit een of meerdere keuzethema's, die zich richten op veelvoorkomende risicofactoren van gebruik,

zoals een tekort aan sociale vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden of het niet op adequate wijze om kunnen gaan met normale menselijke emoties als spanning en somberheid. De keuze voor de inhoud van de keuzethema's kan gebaseerd zijn op de wens van de cliënt, informatie uit de registratieopdracht over factoren voor uitlokken tot gebruik, vragenlijsten over risicosituaties of de eigen professionele inschatting.

CONCLUSIE

.....

In dit artikel stond de beschrijving van het vernieuwde individueel cognitief gedragstherapeutische behandelprotocol voor problematisch middelengebruik en de leertheoretische beschouwing hierop centraal (Merkx, 2014), als vervanging van de verschillende 'Leefstijltrainingen' (de Wildt, 2001, 2002) of andere protocollen (bijvoorbeeld de Wildt et al., 2011). De term 'Leefstijltraining' is hiermee een verouderd begrip geworden. De wijzigingen zijn ingegeven door nieuwe evidentie en wensen vanuit de dagelijkse praktijk.

Deze evidence-based behandeling is niet enkel toepasbaar in de verslavingszorg (sggz), maar is ook toepasbaar in de basis-ggz, en wel op het moment dat problematisch middelengebruik en/of gokken onderdeel is van de klachten van de cliënt.

MAARTEN J. M. MERKX is psychotherapeut/cognitief gedragstherapeut VGct bij Grip Psychologenpraktijk, onderzoeker bij AMC-psychiatrie, afdeling verslavingsonderzoek, en verbonden aan Habit Pro, een onderwijsinstelling voor scholing en training in motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie.

KEES W. KORRELBOOM is klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor VGct, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek & Zorginnovatie PsyQ Haaglanden, en verbonden aan de afdeling Medische en Klinische Psychologie, Universiteit Tilburg.

WENCKE A. J. M. DE WILDT is gz-psycholoog en directeur behandelzaken Jellinek.
Correspondentieadres: Maarten Merx, Oosterhoutsstraat 11, 6677 PS Slijk Ewijk.
 Email: merkx@habitpro.nl

Summary This article describes a standardized individual cognitive-behavioural treatment of problematic substance use. First, we present knowledge about psychological treatment of substance use, as described in several Dutch and international guidelines. Then we present a renewed evidence-based standard treatment of problematic substance use. This renewed standard treatment is written under the authority of the Dutch Expertise Centre on Addiction *Resultaten Scoren* ('To Score Results'). It is based on previous protocols, the so-called *Leefstijltraining* ('Lifestyle Training'). The revision is based on new, evidence based knowledge and experiences from routine practice. From now on, the term *Leefstijltraining* will be outdated. The new standard treatment is

illustrated with a case example. Finally, some consideration and clarification from the new treatment is discussed from a learning theoretical perspective.

Keywords: *problematic substance use, substance dependence and addiction, standard treatment, cognitive behavioural therapy*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (Second edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood, NJ: Prentice Hall.
- 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. *Gedragstherapie*, 34, 35-54.
- de Wildt, W. A. J. M. (2000). *Leefstijltraining 1. Alcohol, middelengebruik en gokken. Handleiding voor de trainer*. Zeist: Wetenschappelijke Uitgeverij Cure & Care.
- de Wildt, W. A. J. M. (2001). *Leefstijltraining 2. Alcohol, middelengebruik en gokken. Handleiding voor de trainer*. Zeist: Wetenschappelijke Uitgeverij Cure & Care.
- de Wildt, W. A. J. M., Lehert, P., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2010). *Improving the predictive value of subjective craving on relapse in alcohol dependent patients by repeated measures*. Thesis Universiteit van Amsterdam, AMC.
- de Wildt, W. A. J. M., Merckx, M. J. M., & Korrelboom, C. W. (2009). Stoornissen in het gebruik van een middel: Verslaving. In E. ten Broeke, C. W. Korrelboom & M. Verbraak (Red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocolaire behandelingen op maat* (pp. 369-399). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- de Wildt, W. A. J. M., Merckx, M. J. M., Vedel, E., & Schippers, G. M. (2011). Protocolaire behandeling van cliënten met een stoornis in het gebruik van alcohol: Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. In G. P. J. Keijzers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (Red.). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 381-406). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- de Wildt, W. A. J. M., & Vedel, E. (2014). Screening, diagnostiek, en psychologische behandeling van comorbide psychische stoornissen bij patiënten met problematisch middelengebruik. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk, & M. J. M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 312-336). Utrecht: Stichting Resultaten Scores, Perspectief Uitgevers.
- de Witt Huberts, J., van Holst, R. J., & Merckx, M. J. M. (2011). Alcoholafhankelijkheid: Een inadequate copingstrategie? Nieuwe inzichten in de werkingsmechanismen van CGT uit neurobiologisch onderzoek. *Directieve Therapie*, 30, 280-293.
- Di Chiara, G. (2002). Nucleus accumbens shell and core dopamine: Differential role in behaviour and addiction. *Behavioural Brain Research*, 137, 75-114.
- Everitt, B. J., Dickinson, A., & Robbins, T. W. (2001). The neuropsychological basis of addictive behaviour. *Brain Research and Review*, 36, 129-138.
- Gezondheidsraad (2006). *Richtlijnen Goede Voeding*. Den Haag: Gezondheidsraad.

- Havermans, R. C. (2009). Leertheoretische modellen. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek verslaving* (pp. 101-114). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoogduin, C. A. L., Hagenaars, M., & Keijsers, G. P. J. (2011). Protocolaire behandeling van cliënten met ongewenste gewoontes. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, & C. A. L. Hoogduin (Red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 381-412). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (Red.) (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk* (Tweede, geheel herziene druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Merkx, M. J. M. (2014). Handleiding 2. 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). Utrecht: Stichting Resultaten Scoren, Perspectief Uitgevers.
- Merkx, M. J., Schippers, G. M., Koeter, M. W., Oudejans, S., Vuijk, P. J., Stam, R. K., & van den Brink, W. (2013). Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 38, 1691-1698.
- Merkx, M., & van Broekhoven, T. (2003). *Leefstijltraining 4. Twaalf groeps gesprekken. Handleiding trainer*. Amersfoort: Resultaten Scoren, GGZ Nederland.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments of alcohol disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). *Drug misuse – Psychosocial interventions*. Manchester: National Collaborating Centre for Mental Health.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Manchester: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Ooteman, W., Koeter, M. W., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2006). Measuring craving: An attempt to connect subjective craving with cure reactivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 57-69.
- Robinson, T. E., & Berridge K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247-291.
- Schippers, G. M., Smeerdijk, A. M., & Merkx, M. J. M. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken: Inleiding, toelichting en verantwoording. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk, & M. J. M. Merkx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 23-52). Utrecht: Stichting Resultaten Scoren, Perspectief Uitgevers.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan,

- K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. ... & 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33.
- Smeerdijk, A. M. (2014). Literatuuronderzoek naar de evidentie voor cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken van volwassenen. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk, & M. J. M. Merx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 53-64). Utrecht: Stichting Resultaten Scoren, Perspectief Uitgevers.
- van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 987-997.
- van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk, & M. J. M. Merx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 337-352). Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.