

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



THEMANUMMER
Verslaving

JAARGANG 48 NUMMER 2 JUNI 2015

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

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofdredacteur*)
Rudi De Raedt
Elise Debeer
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Elske Saleminck
Tonnies Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

Manon Fleur
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Klantenservice psychologie
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 524 4514
klantenservice@boompsychologie.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. Prijzen voor een jaarabonnement voor niet-verenigingsleden:

Particulieren

- Papier en online, binnen de Benelux €71,50, buiten de Benelux €90,-
- Online €66,50

Studenten

- Papier en online, binnen de Benelux €38,50, buiten de Benelux €51,-
- Online €33,50

Instellingen

- Papier en online, binnen de Benelux €85,-, buiten de Benelux €102,50
- Papier en IP-herkenning €170,-
- IP-herkenning €164,50
- Los nummer €19,-

Prijswijzigingen onder voorbehoud

Abonnementenwetgeving

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 art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie



Vlaamse Vereniging Voor
Gedragstherapie

© 2015

Uitgeverij Boom/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

.....

Het doet mij deugd u een themanummer over verslaving te presenteren. Enkele maanden geleden nam Ellen Vedel contact op met de redactie van ons tijdschrift om de eerste ideeën voor dit themanummer te bespreken. En nu is het er. Verslaving. Een probleem dat zich aandient in allerlei vormen en varianten maar tegelijk vaak verhuld blijft achter andere problemen die sneller in het oog springen. Dit themanummer doet recht aan het belang van aandacht voor verslavingsproblematiek en de mogelijkheden die cognitief gedragstherapeuten hebben om die problematiek aan te pakken. Thema's die aan bod komen zijn diagnostiek van middelenmisbruik, behandeling vanuit het perspectief van zowel nieuwerwetse als meer klassieke (cognitieve) gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, recente inzichten over het nut van Cognitive Bias Modification, afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen en de grenzen van gedragsverslavingen.

Namens de 'reguliere' redactie van ons tijdschrift, dank ik Maarten Merckx, Wencke de Wildt en Ellen Vedel. Wij hebben dit mooie nummer aan de inspanningen van deze gastredacteuren te danken (naast de auteurs) en zijn hen daarvoor zeer erkentelijk.

Paul Boelen *Hoofdredacteur*



Problematisch middelengebruik en verslavingsproblematiek behoren, naast angst- en depressieve stoornissen, tot de meest prevalentie psychische aandoeningen. Ze behoren ook tot de aandoeningen waarover relatief veel misvattingen bestaan bij professionals in de ggz. De problematiek zou onbehandelbaar zijn, de cliënt over het algemeen ongemotiveerd. Middelen zouden worden gebruikt als zelfmedicatie voor psychische klachten, waardoor het gebruik vanzelf onder controle komt als de depressie opklaart of als de persoonlijkheidsproblematiek behandeld is. Of er wordt juist verondersteld dat altijd onmiddellijke verwijzing naar de verslavingszorg nodig is. Misvattingen die we graag tackelen in dit themanummer.

Directe aanleiding voor dit themanummer is het recent verschenen *Handboek cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken* (onder redactie van Schippers, Smeerdijk, & Merckx, 2014). Het handboek bevat onder andere een uitgebreid behandelprotocol voor problematisch middelengebruik en gokken. Deze vormt de officiële opvolger van de in 2001 in de verslavingszorg geïmplementeerde 'Leefstijltrainingen'. Vanuit de ambitie van de sectie Verslaving van de VGCT om u als collega-professionals geïnformeerd te houden over recente ontwikkelingen, hebben wij een aantal auteurs benaderd om een bijdrage te leveren. Om uw kennis over, maar hopelijk ook uw enthousiasme voor het onderwerp problematisch middelengebruik en verslaving, te vergroten.

Het themanummer begint met een bijdrage van de Wildt waarin de mogelijkheden voor screening, diagnostiek en behandeling van problematisch middelengebruik in de ggz worden beschreven. Vervolgens demonstreren Merckx en collega's de uitvoering van een cognitief gedragstherapeutische behandeling, de state of the art psychologische behandeling voor problematisch middelengebruik. Baron en collega's geven een overzicht van de recente ontwikkelingen en toepassingsmogelijkheden van motiverende gespreksvoering. Dit is een effectieve en onmisbare methodiek voor deze cliëntengroep. Voorts hebben we twee bijdragen over interventies die als aanvulling op cognitieve gedragstherapie kunnen worden toegepast om de behandelresultaten gunstig te beïnvloeden: Emmelkamp en collega's geven een overzicht van de toepassing en wetenschappelijke evidentie van Contingency Management (gedragstherapie pur sang), en Wiers en Salemink beschrijven de mogelijkheden van Cognitive Bias Modification. Tot slot zoomen we in op twee specifieke vormen van verslaving. Paling en collega's geven een overzicht van de gevolgen en behandel mogelijkheden van een

‘vergeten’ verslaving, namelijk afhankelijkheid aan slaap- en kalmeringsmiddelen. Goudriaan en collega’s reflecteren aan de hand van wetenschappelijke bevindingen over de reikwijdte van het concept gedragsverslavingen met de aansprekende titel: ‘Van gokken en gamen tot facebook en food: alles een verslaving?’ Aan het eind van dit themanummer heeft u het verlossende antwoord.

95

Veel leesplezier toegewenst.

Maarten Merkx
Wencke de Wildt
Ellen Vedel



Screening, diagnostiek en behandeling van problematisch middelengebruik in de ggz

Verplichte kost voor de gedragstherapeut

WENCKE DE WILDT

Samenvatting

Naar schatting heeft zeker 50% van de patiënten in de ggz naast een psychische stoornis ook een stoornis in het gebruik van een middel. Standaard screenen op problematisch middelengebruik is van belang. Het aanpakken van het middelengebruik dient prioriteit te hebben in de behandeling, omdat psychische klachten, zoals angst- en stemmingsklachten, het directe effect kunnen zijn van het middelengebruik, getriggerd kunnen worden door het middelengebruik, en omdat behandeling van psychische klachten minder succesvol is wanneer het problematisch middelengebruik in stand blijft. Middels kortdurende interventies en cognitieve gedragstherapie kan in de ggz een flink deel van de patiënten met problematisch middelengebruik en lichte verslavingsproblematiek worden geholpen. Waar nodig zal verwijzing naar de specialistische verslavingszorg moeten plaatsvinden. Afdelingen die behandeling van problematisch middelengebruik onderdeel willen maken van hun reguliere behandelaanbod dienen behandelaars aanvullend op te leiden om deze behandeling succesvol te kunnen uitvoeren.

Trefwoorden: verslaving, stoornissen in het gebruik van een middel, angststoornissen, depressie comorbiditeit, dubbeldiagnose

INLEIDING

Naar schatting heeft zeker 50% van de patiënten met een psychische stoornis ook een stoornis in het gebruik van een middel (Vollebergh et al., 2003). Deze groep patiënten heeft over het algemeen meer ernstige klachten en

meer beperkingen dan patiënten zonder comorbide verslaving. Daarnaast is vaak sprake van een slechtere behandeluitkomst en een minder gunstige prognose (Emmelkamp & Vedel, 2007). De relevantie van comorbiditeit voor de dagelijkse praktijk van de verslavingszorg en ggz wordt gelukkig steeds meer onderkend. Desalniettemin wordt problematisch middelengebruik vaak niet herkend wanneer patiënten hulp zoeken voor angstklachten, stemmingsklachten of andere psychische stoornissen. Als het wel herkend wordt, dan wordt problematisch middelengebruik vaak niet geagendeerd tijdens de behandeling. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de behandeling van de klachten waarvoor de patiënt hulp zoekt. In deze bijdrage wordt beschreven hoe screening en diagnostiek van stoornissen in het gebruik van een middel kan plaatsvinden in de ggz, en welke behandelinterventies kunnen worden ingezet door de gedragstherapeut. Focus ligt daarbij op angst- en stemmingsstoornissen, de meest prevalentie stoornissen in de ggz. Tot slot wordt kort ingegaan op problematisch middelengebruik bij patiënten met schizofrenie en patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

SCREENING EN DIAGNOSTIEK VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK EN VERSLAVING

.....

Er zijn verschillende redenen waarom het standaard screenen op problematisch middelengebruik van belang is. Op de eerste plaats omdat verslaving een onderbehandelde stoornis is en deze patiënten zich relatief vaak met psychische klachten presenteren in de ggz (de Wildt & Vedel, 2013).

Een tweede reden is dat de psychische klachten waarvoor de patiënt hulp zoekt mogelijk het directe gevolg zijn van de toxische werking of de ontwenning van een psychoactieve stof. Wanneer middelen worden gebruikt, is een periode van abstinentie in de meeste gevallen noodzakelijk om betrouwbare diagnostiek van de psychische klachten te kunnen verrichten. Met name bij angst- en stemmingsklachten, maar bijvoorbeeld ook bij ADHD, kunnen klachten middelengeïnduceerd zijn en verminderen door het staken van het middelengebruik. Van patiënten in de verslavingszorg is bekend dat in ruim 80% van de gevallen depressieve klachten binnen enkele weken verdwijnen na het stoppen met alcoholgebruik (Brown & Schuckit, 1988; Schuckit, 2006). Het is bij een combinatie van angst- of stemmingsklachten en alcoholproblematiek daarom aan te raden twee tot drie weken abstinentie af te wachten alvorens vast te stellen of er sprake is van een zelfstandige comorbide depressieve stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Voor overige middelen bestaan geen eenduidige richtlijnen voor de duur van de middelen-vrije periode, maar is het klinische advies om ten minste eenzelfde periode in acht te nemen. Wanneer niet wordt uitgesloten dat de psychische klachten wor-

den veroorzaakt door het middelengebruik, wordt mogelijk ten onrechte een diagnose gesteld en een onnodige behandeling gestart.

Een derde reden om standaard te screenen op problematisch middelengebruik is dat middelengebruik een belangrijke trigger kan zijn voor het problematische gedrag van de patiënt, bijvoorbeeld bij agressieproblematiek en huiselijk geweld. Aanpak van het middelengebruik is dan een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Tot slot kan middelengebruik een effectieve behandeling van de aanmeldklachten in de weg staan. Wanneer de patiënt benzodiazepinen gebruikt, is *exposure*-behandeling voor PTSS bijvoorbeeld minder effectief, vermoedelijk omdat deze middelen de slaapfasen verstoren waarin nieuwe ervaringen in het langetermijngeheugen worden opgeslagen en zo de effecten van de met exposure ingezette verwerking negatief beïnvloeden (van Minnen & Arntz, 2011). Ook bij de behandeling van paniekstoornis wordt erop gewezen dat het gebruik van benzodiazepinen of alcohol beschouwd kan worden als een vorm van veiligheidsgedrag en daarmee de werking van cognitieve gedragstherapie kan ondermijnen (Kampman, Keijzers, & Hendriks, 2011).

Het is dus aan te bevelen om bij patiënten in de ggz standaard te screenen op het gebruik van alcohol, drugs en benzodiazepinen, als onderdeel van de intakeprocedure. Voor alcohol zijn hiervoor in Nederlandse vertaling verschillende instrumenten beschikbaar, bijvoorbeeld de AUDIT (Schippers & Broekman, 2010), bestaande uit 10 vragen, en de MAST (Selzer, 1971), een zelfinvulvragenlijst van 22 items. De AUDIT heeft zijn waarde vooral bewezen in de eerste lijn, terwijl de MAST ook in de tweede lijn valide is gebleken. Een alternatief is de AUDIT-C (Gomez, Conde, Santara, & Jorin, 2005). Deze bestaat uit slechts vier vragen met afkappunten voor vrouwen en mannen, en doet qua validiteit niet onder voor de volledige AUDIT. Bij een positieve score is diagnostiek van het alcoholgebruik aangewezen om vast te stellen of er sprake is van stoornis in het gebruik van alcohol. Voor het screenen op het gebruik van drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn veel minder screeningsinstrumenten ontwikkeld. Geen van deze screeners is in Nederlandse populaties gevalideerd. We verwijzen naar Hendriks (2009) voor een overzicht.

Vaak wordt gezegd dat het antwoord van de patiënt op dergelijke screeningsvragen gevoeglijk met twee vermenigvuldigd kan worden. Echter, de context en de houding van de behandelaar is in hoge mate van invloed op het voorkomen van onderrapportage: een niet-moraliserende attitude en de afwezigheid van sancties dragen bij aan het verkrijgen van een betrouwbaar beeld van het middelengebruik (Hendriks, 2009). Alternatief voor het gebruik van screeningsinstrumenten is het afnemen van een middelananamnese als onderdeel van de intake. Een gestructureerde wijze van uitvragen van het middelengebruik kan plaatsvinden met behulp van sectie 1 van de MATE. De MATE is een set van instrumenten, ontwikkeld voor de verslavingszorg (Schippers & Broekman, 2007) en vrij te gebruiken. Het bevat te-

vens een sectie om, bij positieve bevindingen, de diagnose met betrekking tot het middelengebruik te stellen middels de CIDI. Voor diagnosestelling wordt bij voorkeur een (semi)gestructureerd interview gebruikt, zoals de CIDI, MINI-plus of SCID-I.

MOTIVEREN TOT VERANDERING VAN HET MIDDELENGBRUIK

.....

Cruciaal is het besef dat de patiënt zich heeft gemeld voor andere klachten en problemen dan het middelengebruik. Met andere woorden, een hulpvraag met betrekking tot het middelengebruik, hoe problematisch wellicht ook vanuit het oogpunt van de behandelaar, is niet vanzelfsprekend aanwezig. Dit vergt derhalve van de behandelaar dat hij goed kan uitleggen waarom het middelengebruik op de agenda komt en de inzet van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014; zie ook de bijdrage van Baron et al. in dit themanummer). Het onderzoeken van, en het geven van informatie over, de mogelijke relatie tussen de psychische klachten en het middelengebruik is een goede manier om middelengebruik te agenderen, waarbij men ook aansluiting houdt met de hulpvraag van de patiënt. De patiënt krijgt uitleg dat het middelengebruik mogelijk een deel van de klachten veroorzaakt, of een mogelijke trigger is van het probleem waarvoor de patiënt hulp zoekt. Een periode van tijdelijke abstinentie wordt door de behandelaar voorgesteld om deze hypothese te onderzoeken, zodat de juiste behandeling voor de aanmeldklachten kan worden gegeven. De ervaring leert, en uit onderzoek blijkt ook, dat het met de inzet van motiverende gespreksvoering in veel situaties goed mogelijk is om patiënten hiertoe te motiveren (Miller & Rollnick, 2014). Er zijn patiënten die met deze uitleg en dit advies, een zogenoemde ‘minimale interventie’, het middelengebruik tijdelijk kunnen stoppen en daar geen verdere ondersteuning voor nodig hebben (Moyer, Finney, Swearington, & Vergun, 2002).

Bij angst- en stemmingsklachten is het altijd verstandig om het aanpakken van het middelengebruik prioriteit te geven. Soms is de patiënt, maar ook de behandelaar, bang dat het stoppen met middelengebruik tot een toename van de psychische klachten zal leiden. Het middelengebruik wordt dan gezien als een vorm van zelfmedicatie om de psychische klachten nog enigszins hanteerbaar te maken. Gedacht wordt ook dat het middelengebruik vanzelf minder wordt als de psychische klachten worden behandeld. Uit de klinische praktijk blijkt dat deze veronderstellingen over het algemeen onjuist zijn: zelfs wanneer het middelengebruik gestart is vanuit een behoefte om klachten te verminderen, zorgt het na verloop van tijd vaak voor toename of het in stand houden van de psychische klachten. Het behandelen van uitsluitend de psychische klachten leidt over het algemeen niet tot het verminderen van het middelengebruik wanneer er eenmaal sprake is van een stoornis in het gebruik van het middel. De huidige (inter)nationale richtlijnen geven

daarom aan dat bij aanwezigheid van een stoornis in het gebruik van een middel de beschikbare effectieve behandelingen dienen te worden uitgevoerd (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Het is belangrijk om eventuele misverstanden bij de patiënt te tackelen (en zo nodig bij de behandelaar zelf), omdat het adequate behandeling van het middelengebruik in de weg staat.

VERANDEREN VAN HET MIDDELENGBRUIK

.....

De groep patiënten bij wie het aanpakken van het middelengebruik prioriteit dient te krijgen en die daar ondersteuning bij nodig heeft, is heterogeen voor wat betreft ernst van het gebruik, mate van sociale integratie, en aard en ernst van de psychische klachten. Sommige patiënten zijn eerder behandeld voor verslavingsproblematiek, andere niet. Adequate aanpak van het middelengebruik vergt derhalve het bepalen welke interventie noodzakelijk is om de patiënt te ondersteunen om tot tijdelijke abstinentie te komen. Hierbij moet de behandelaar zich allereerst afvragen of de behandeling kan worden toegepast binnen het zorgprogramma waar de patiënt zich heeft gemeld of dat specialistische verslavingszorg is aangewezen.

Wel of niet specialistische verslavingszorg?

.....

In de afweging of het interveniëren op het middelengebruik kan plaatsvinden binnen het zorgprogramma waar de patiënt zich heeft gemeld, dan wel specialistische verslavingszorg is aangewezen, dient de behandelaar zichzelf twee vragen te stellen (zie ook: Vedel & de Wildt, 2013):

- 1 Is een poliklinische interventie geïndiceerd?
- 2 Indien een poliklinische interventie geïndiceerd is, kan deze binnen het eigen zorgprogramma uitgevoerd worden (reguliere ggz) of moet behandeling plaatsvinden binnen een gespecialiseerde verslavingszorginstelling?

Voor het merendeel van de patiënten met problematisch middelengebruik of verslavingsproblematiek volstaat een poliklinische interventie. Naast poliklinische behandeling kan behandeling van verslaving echter ook plaatsvinden in een meer intensieve vorm, zoals dagbehandeling of klinische behandeling. De algemene regel is dat patiënten met minder ernstige verslavingsproblematiek en minder ernstige psychiatrische comorbide problematiek, die redelijk sociaal geïntegreerd zijn, naar verwachting kunnen profiteren van een poliklinische behandeling. Patiënten die kampen met ernstige verslavingsproblematiek, die ernstige psychiatrische klachten hebben en die sociaal slecht zijn geïntegreerd, zijn geïndiceerd voor een meer

intensieve behandeling (Hendriks, 2009). De behandelaar zal zich dus allereerst moeten afvragen of een poliklinische behandeling haalbaar is, of dat intensievere behandeling is geïndiceerd.

Indien een poliklinische behandeling voor verslaving geïndiceerd is, moet de afweging gemaakt worden of de behandeling kan worden uitgevoerd als onderdeel van de ggz-behandeling of dat verwijzing naar de gespecialiseerde verslavingszorg geïndiceerd is. Deze beslissing wordt vooral ingegeven door de inschatting of medische behandeling noodzakelijk is als toevoeging aan de cognitief gedragstherapeutische behandeling. Medische behandeling bestaat uit medische begeleiding bij het stoppen met middelengebruik (ontgiftiging/detoxificatie) en farmacotherapie ter voorkoming van terugval in middelengebruik. In het merendeel van de gevallen zijn de klachten en symptomen tijdens het ontwennen mild van aard en behoeven ze noch medische monitoring, noch farmacotherapeutische behandeling. Deze patiënten kunnen zelfstandig hun gebruik staken. Er zijn echter ook patiënten bij wie het stoppen met gebruik tot ernstige ontwenningsverschijnselen leidt en bij wie risico bestaat op complicaties, zoals insulten of een delirium. Deze patiënten hebben medische begeleiding nodig, die erop gericht is de klachten van ontwenning te verminderen en complicaties bij het ontgiften te voorkomen. Die begeleiding kan ambulant, maar er zijn ook situaties waarin opname is aangegeven. De specialistische kennis, disciplines en de voorzieningen die nodig zijn voor de medische behandeling van verslaving zijn over het algemeen niet voorhanden in de reguliere ggz en vergen verwijzing naar de verslavingszorg.

Behandeling van het middelengebruik in de ggz

Wanneer ingeschat is dat de behandeling kan plaatsvinden in de ggz, kan die plaatsvinden middels een kortdurende motiverende interventie of een cognitieve gedragstherapie. Patiënten met relatief lichte problematiek hebben vaak voldoende baat bij een kortdurende interventie. Kortdurende interventies beslaan zo'n drie tot vier sessies en omvatten naast psycho-educatie en het geven van advies ook het opstellen van veranderdoelen. Voorts krijgt het opstellen van zelfcontrolemaatregelen aandacht. Deze zijn gericht op vermijding van risicosituaties, het vertonen van ander gedrag in risicosituaties en beloning wanneer de patiënt erin slaagt een vooraf bepaald aantal dagen niet te gebruiken. Een beschrijving van zo'n korte interventie die goed toepasbaar is in de ggz is te vinden in de Wildt, Merkx, Vedel, en Schippers (2011).

Erica (48 jaar), aangemeld voor behandeling van depressieve klachten, drinkt dagelijks zes glazen alcohol. Erica ervaart naast een depressieve stemming ook problemen met doorslapen. Na uitleg van de behandelaar over de depressogene werking van alcohol en de negatieve invloed van alcohol op het slaappatroon is Erica bereid om de komende weken de al-

cohol te laten staan om zo te onderzoeken wat de invloed van het drinken is op haar klachten. Zij ziet er wel tegenop: de alcohol helpt haar door de lange avonden heen waarin ze zich vaak alleen voelt. Erica stelt zichzelf als doel om vier weken niet te drinken. Om dit voor elkaar te krijgen, zorgt ze ervoor de komende maand geen alcohol in huis te hebben. Ze maakt een plan om per week drie avonden een activiteit buitenshuis te hebben, met iemand die geen alcohol drinkt, of een activiteit die zich niet goed laat verenigen met alcohol (bijvoorbeeld saunabezoek). Voor de avonden dat ze wel alleen thuis is, spreekt ze met zichzelf af dat ze haar make-up vroeg op de avond verwijdt: Erica vertoont zich nooit buitenshuis zonder make-up, en met deze zelfcontrolemaatregel kan ze voorkomen dat ze 's avonds op een moeilijk moment alsnog de deur uit gaat om alcohol te kopen. Voor elke week dat het haar lukt om niet te drinken, beloont ze zichzelf met een glossy.

Voor andere patiënten zal meer nodig zijn dan een kortdurende interventie. Voor hen is cognitieve gedragstherapie aangewezen, waarin het identificeren van de functie van het middelengebruik en het aanleren van vaardigheden waarmee die functie kan worden veranderd, en gebruik kan worden verminderd of gestopt, centraal staat. De behandeling bevat verschillende componenten, 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, (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, & Merks, 2014). Een beschrijving van het onlangs in Nederland geïntroduceerde nieuwe behandelprotocol voor behandeling van problematisch middelengebruik is te vinden in de bijdrage van Merks, Korrelboom en de Wildt in dit themanummer. Deze behandeling is onverkort van toepassing in de ggz, maar kent wel een aantal extra aandachtspunten.

AANDACHTSPUNTEN TIJDENS DE BEHANDELING

.....

Monitoring van de psychische klachten

.....

Wanneer de tijdelijke abstinentie wordt ingezet om te onderzoeken of de psychische klachten gerelateerd zijn aan het middelengebruik (dit is met name het geval bij angst- en depressieve klachten) is het zaak om deze klachten in de eerste weken te monitoren. Doel is immers om de hypothese te onderzoeken of het middelengebruik gerelateerd is aan de psychische

klachten. Het monitoren vindt plaats met klachtspecifieke, gevalideerde instrumenten, zodat op objectieve wijze de voortgang voor de patiënt inzichtelijk wordt. Bij voorkeur wordt die grafisch voor de patiënt weergegeven. Bij depressieve klachten kan gedacht worden aan monitoring met de Beck Depression Inventory-II (BDI-II; van der Does, 2002) of de DASS21 (Depression Anxiety Stress Scale; de Beurs, van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001), welke tevens gebruikt kan worden voor het monitoren van angst- en spanningsklachten.

Indien na twee tot drie weken abstinentie de stemmingsklachten persisteren, is diagnostiek aangewezen om te bezien of er sprake is van een zelfstandige (niet middelengeïnduceerde) depressieve stoornis of angststoornis, en wordt met de patiënt bepaald welke behandeling hiervoor wordt ingezet.

Monitoren van het middelengebruik

Tijdens het uitvoeren van de behandeling is het belangrijk om voor ogen te houden dat het veranderen van middelengebruik een lastige opgave voor de patiënt kan zijn. Bij onvoldoende voortgang onderzoekt de behandelaar welke factoren de stagnatie veroorzaken. De behandelaar checkt of de patiënt voldoende het belang en de rationale van deze eerste behandelstap begrijpt, en voldoende bereid is om het middelengebruik aan te pakken. Zo niet, dan grijpt de behandelaar terug op motiverende interventies. Maar ook als de patiënt zeer gemotiveerd is, is behandel succes niet gegarandeerd. Vaak wordt bij onvoldoende voortgang te snel de conclusie getrokken dat de patiënt onvoldoende gemotiveerd is, terwijl de problematiek mogelijk ernstiger is dan is ingeschat en de patiënt feitelijk niet in staat is om te veranderen binnen de aangeboden behandeling. Het bespreken van mogelijke aanvullende interventies, zoals medicatie, detoxificatie of het verhogen van de intensiteit van de verslavingsbehandeling, en wellicht dus verwijzing naar de specialistische verslavingszorg, is dan aan de orde.

Behandelen van de psychische stoornis en het middelengebruik

Vaak wordt verondersteld dat er sprake moet zijn van langdurige abstinentie of het volledig afgerond hebben van de behandeling van het middelengebruik om de psychische klachten te kunnen gaan behandelen. Dat is onjuist. Wanneer duidelijk is dat er sprake is van een psychische stoornis die behandeling behoeft (met andere woorden: de diagnostiek heeft betrouwbaar plaatsgevonden na een periode van tijdelijke abstinentie) én van enige eerste controle over het gebruik, kan de behandeling van de psychische klachten worden gestart (National Institute for Health and Care Excellence, 2011; de Wildt & Vedel, 2014). In deze fase wordt dan aan beide stoornissen gewerkt. De behandelaar schat in of het monitoren van het gebruik voldoende is of dat de cognitieve gedragstherapie hiervoor moet worden voortgezet.

Indien monitoren voldoende lijkt te zijn, wordt de patiënt gevraagd om het middelengebruik te blijven registreren en wordt hier elke sessie bij stilgestaan. Bij terugval schakelt de therapeut over naar verslavingsinterventies zoals beschreven in het cognitief gedragstherapeutisch protocol.

Wanneer op voorhand ingeschat wordt dat cognitief gedragstherapeutische interventies voor het middelengebruik voortgezet moeten worden, is het goed mogelijk om de behandeling van het middelengebruik door een andere, specifiek opgeleide behandelaar te laten uitvoeren, parallel aan de behandeling van de depressieve stoornis, angststoornis of anderszins. Voordeel hiervan is dat niet iedere behandelaar hoeft te worden opgeleid in het kunnen behandelen van het middelengebruik. Ook voor de patiënt kan het prettig en overzichtelijk zijn om in twee verschillende modules aan de klachten te werken.

Voor de behandeling van de psychische stoornis geldt dat, ook wanneer er sprake is van comorbide verslavingsproblematiek, gewoon de multidisciplinaire richtlijnen voor de betreffende stoornis gevolgd kunnen worden (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Er zijn nog nauwelijks specifieke geïntegreerde behandelingen voor de verschillende combinaties van stoornissen beschikbaar. Er is wel een aantal aandachtspunten te geven bij het behandelen van de psychische stoornis als er ook sprake is van problematisch middelengebruik. Zo kan het middelengebruik een plek krijgen in het opstellen van functieanalyses. Een mooi voorbeeld hiervan is te vinden in een bijdrage van Oosterbaan en Korrelboom (2009) over een patiënt met een sociale angststoornis en benzodiazepinemisbruik. Ook bij de diverse behandelinterventies moet rekening gehouden worden met het feit dat de patiënt controle probeert te houden op het middelengebruik. Enkele voorbeelden:

- ▶ Bij het onderdeel activering, een belangrijke component in de behandeling van de depressieve stoornis, worden activiteiten gekozen die niet samenhangen of leiden tot middelengebruik. Complicatie hierbij kan zijn dat veel patiënten met verslavingsproblematiek een beperkt sociaal netwerk van niet-gebruikers hebben.
- ▶ Ook voor de exposure-onderdelen van de behandeling van de sociale fobie en paniekstoornis moet rekening worden gehouden met eventuele risicosituaties voor middelengebruik.
- ▶ Bij imaginaire exposure voor PTSS worden concrete afspraken met de patiënt gemaakt hoe middelengebruik te voorkomen vóór of na de exposure-oefeningen die in de sessies en thuis worden uitgevoerd.

In de praktijk zien we dat het volgen van de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van de psychische stoornis, wanneer er ook sprake is van comorbide verslavingsproblematiek, niet altijd een vanzelfsprekendheid is. Zo bestaat bij patiënten met een combinatie van PTSS en problematisch middelengebruik of verslaving vaak huiver om de PTSS met exposure

te behandelen. De veronderstelling is dat patiënten met een verslavingsprobleem niet in staat zijn om met de heftige emoties om te gaan die oproepen kunnen worden in een op verwerking gerichte behandeling, waardoor risico op terugval in middelengebruik ontstaat (of een toename van ander crisisgedrag). In de praktijk wordt daarom nog al eens teruggevallen op interventies die gericht zijn op stabilisatie. Hoewel middelengebruik de behandeling van PTSS compliceert, blijkt uit onderzoek dat er geen redenen zijn om patiënten met verslavingsproblematiek en PTSS een op verwerking gerichte behandeling te onthouden: patiënten bij wie de PTSS-klachten met exposure worden behandeld, raken niet vaker in crisis en vallen niet vaker of ernstiger terug in middelengebruik dan patiënten bij wie de PTSS niet wordt behandeld (van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012; van Dam, Vedel, Ehring, & Emmelkamp, 2012). Er is tot op heden geen gecontroleerd onderzoek verricht naar het effect van EMDR voor PTSS bij patiënten met verslavingsproblematiek. Wel zijn er enkele recente onderzoeken verschenen naar de effectiviteit van exposure-behandeling voor PTSS bij patiënten met verslavingsproblematiek. In een in Nederland door van Dam et al. uitgevoerde studie naar de effectiviteit van een geïntegreerde behandeling voor verslaving en PTSS werd cognitieve gedragstherapie voor verslaving vergeleken met cognitieve gedragstherapie voor verslaving in combinatie met exposure voor de PTSS middels gestructureerde schrijfopdrachten (van Dam, Vedel, Ehring, & Emmelkamp, 2013). Uit deze studie blijkt dat schrijftherapie effectiever was in het verminderen van de PTSS-klachten maar niet effectiever in het terugdringen van het middelengebruik ten opzichte van een reguliere cognitief gedragstherapeutische behandeling voor verslaving. Ook ander onderzoek naar behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met verslavingsproblematiek laat zien dat gecombineerde behandeling niet leidt tot minder terugval in middelengebruik in vergelijking met reguliere verslavingsbehandeling (zie de Wildt & Vedel, 2014), hoewel dat wel vaak wordt verondersteld. Echter, het is wel goed mogelijk om de psychische klachten te behandelen, ook wanneer er sprake is van problematisch middelengebruik of verslaving. Dit leidt niet tot escalatie van de psychische klachten en niet tot terugval in middelengebruik.

Samenvattend is er dus geen enkele reden om patiënten die problematisch middelen gebruiken een *evidence-based* behandeling voor hun psychische klachten te onthouden, maar men moet niet verwachten dat dit bijdraagt aan minder terugval in middelengebruik.

Behandeling van problematisch middelengebruik bij schizofrenie en persoonlijkheidsproblematiek

Bij meer dan 50% van de patiënten met schizofrenie is sprake van problematisch middelengebruik (Hunt, Siegried, Morley, Sitharthan, & Cleary, 2014). Het is echter nog onduidelijk wat de beste aanpak is voor het midde-

lengebruik bij deze doelgroep. In een recente Cochrane review (Hunt et al., 2014) waarin 32 onderzoeken waren geïnccludeerd naar verschillende behandelvormen voor problematisch middelengebruik (waaronder motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie) werd geen evidentie gevonden voor de toegevoegde waarde van zo'n behandeling. Er was geen effect op de therapietrouw en geen effect op het middelengebruik. Mogelijk is het bij deze doelgroep vooral van belang om te interveniëren in de omgeving van de patiënt. Interessant zijn de recente positieve bevindingen uit Nederlands gerandomiseerd onderzoek, waaruit blijkt dat het trainen van ouders in motiverende gespreksvoering en communicatievaardigheden resulteerde in een significante afname in cannabisgebruik bij patiënten met een recente eerste psychotische episode (Smeerdijk et al., 2012).

In de populatie patiënten met een persoonlijkheidsstoornis treffen we vooral bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) en de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) comorbide verslavingsproblematiek aan. Hoewel er van de behandelaar een flinke inspanning nodig is om tot een constructieve werkrelatie te komen, kunnen patiënten met een ASP even goed profiteren van een verslavingsbehandeling als patiënten zonder ASP (Verheul, Ball, & van den Brink, 1997). De klinische praktijk leert dat bij ernstige borderlineproblematiek het uitvoeren van een cognitief gedragstherapeutische behandeling gericht op verslaving vrijwel onhaalbaar is indien er geen aanvullende interventies worden ingezet. Voor deze patiënten is dialectische gedragstherapie aangewezen (DGT; Linehan, 1993). DGT is een behandelprogramma ontwikkeld voor de behandeling van borderlinepersoonlijkheidsstoornissen, en is gebaseerd op cognitieve en gedragstherapeutische methoden en acceptatiestrategieën (*mindfulness*). Uit onderzoek van van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, en van den Brink (2005) bleek DGT effectief in het reduceren van para-suïcidaal en impulsief gedrag bij borderlinepatiënten met comorbide middelenmisbruik. Bij *follow-up* na zes maanden was tevens sprake van afname van het alcoholgebruik in de DGT-behandeling. Dit gold echter niet voor drugsgebruik (van den Bosch et al., 2005). De afgelopen jaren zijn aangepaste DGT-varianten ontwikkeld specifiek voor borderlinepatiënten met comorbide middelenmisbruik (zie bijvoorbeeld: Dimeff & Linehan, 2008).

TOT SLOT

.....

We zien dat bij ggz-instellingen steeds vaker actief gescreend wordt op middelengebruik en, indien er sprake is van een stoornis in het gebruik van een middel, deze patiënten middels bewezen effectieve interventies worden behandeld, in plaats van hen automatisch naar de verslavingszorg te verwijzen. Dit is een belangrijke positieve ontwikkeling, die kan bijdragen aan het verminderen van de huidige onderbehandeling van deze patiëntengroep.

Tegelijkertijd is de kennis over problematisch middelengebruik bij de gemiddelde behandelaar nog niet toereikend. Er is nauwelijks doctoraal en postdoctoraal onderwijs op het gebied van problematisch middelengebruik, terwijl er wel ruime aandacht bestaat voor angst en depressie. Ook in specifieke opleidingstrajecten, zoals de registratie tot cognitief gedragstherapeut van de VGCT, komt de behandeling van problematisch middelengebruik nauwelijks aan bod. Gevolg hiervan is dat een doorsnee behandelaar met beperkte bagage op het gebied van verslaving een behandelprotocol gaat uitvoeren, vaak zonder supervisie van iemand die ervaren is in dit soort behandelingen. Verder bevindt deze behandelaar zich vaak in een praktijk of team waar weinig ervaring en kennis is over de behandeling van verslaving. Tijdens patiëntbesprekingen of werkbegeleiding is het dus mogelijk dat de behandelaar onvoldoende ondersteund wordt om de behandeling effectief uit te voeren, of dat hij bij stagnatie niet de juiste adviezen krijgt. Het is dus raadzaam dat afdelingen die verslavingsbehandeling deel willen laten uitmaken van hun reguliere behandel aanbod niet alleen behandelprotocollen beschikbaar stellen, maar behandelaars tevens aanvullend opleiden om deze behandeling succesvol te kunnen uitvoeren. Samenwerking zoeken met de verslavingszorg is hierbij essentieel, ook vanuit het oogpunt van de patiënt, die soms de overgang zal moeten maken van de ggz naar de specialistische verslavingszorg.

WENCKE (A. J. M.) DE WILDT is werkzaam als gz-psycholoog en directeur behandelzaken van Jellinek (onderdeel van Arkin) te Amsterdam.

Correspondentieadres: Jellinek, Jacob Obrechtstraat 92, Postbus 75848, 1070 AV Amsterdam. E-mail: wencke.de.wildt@jellinek.nl

Summary Rates of substance abuse among patients in mental health care are substantial, with estimates as high as 50%. Therefore, structured screening for substance use disorders is important. Interventions for reducing substance use have to be prioritized in treatment, because psychological symptoms, like anxiety and depressive mood, can be a consequence of substance use, can be triggered by substance use and because treatment of psychological disorders is less effective when the substance use is continued. Brief interventions and cognitive behavioral therapy are effective in mental health care for patients with mild and moderate substance use disorders. In severe disorders the patient needs to be referred to a specialized treatment centre for substance use disorders. In mental health care settings that wish to integrate treatment of substance use disorders in their treatment program professionals need additional education and training in order to treat these patients successfully.

Keywords: *addiction, substance use disorders, anxiety disorders, depression, comorbidity, dual diagnosis*

Literatuur

- Brown, S. A., & Schuckit, M. A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 412-417.
- 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., Merckx, M. J. M., Vedel, E., & Schippers, G. M. (2011). Protocolaire behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol: Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. In G. Keijsers, A. van Minnen (Red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1* (pp. 381-406). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- de Wildt, W. A. J. M., & Vedel, E. (2013). Psychologische behandeling van verslaving: Focus voor de toekomst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 907-913.
- de Wildt, W. A. J. M., & Vedel, E. (2014). Screening, diagnostiek en behandeling van comorbide stoornissen bij verslavingsproblematiek. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk & M. J. M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 312-336). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2008(4), 39-47.
- Emmelkamp, P. M. G. & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving: Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Gomez, A., Conde, A., Santara, J. M., & Jorin, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of alcohol use disorders identification test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 305-308.
- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek Verslaving* (pp. 245-274). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2014). Psychosocial intervention for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 18-20.
- Kampman, M., Keijsers, G., & Hendriks, G. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Red.), *Protocolaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten. Deel 1* (pp. 37-77). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* (Nederlandse vertaling). Leiden: Ekklesia.
- Moyer, A., Finney, J., Swearington, C., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment seeking and nontreatment seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Alcohol use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Manchester: NICE.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Oosterbaan, D., & Korrelboom, C. W. (2009). Sociale angststoornis. In E. ten Broeke, C. W. Korrelboom & M. Verbraak (Red.), *Praktijkboek ge-*

- integreerde cognitieve gedragstherapie* (pp. 93-128). Bussum: Coutinho.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2007). *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068*. Amsterdam: AIAR, AMC-Amsterdam, & Nijmegen: Bureau Bêta.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2010). *De AUDIT. Nederlandse vertaling van de Alcohol Use Disorders Identification Test* (Babor, T., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J., & Monteiro, M.G. (2001)). Beschikbaar op: <http://www.mateinfo.nl/audit/audit-nl.pdf>
- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken: Inleiding, toelichting en verantwoording. In G. M. Schippers, M. Smeerdijk & M. J. M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 23-52). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(suppl. 1), 76-88.
- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., ... Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1627-1636.
- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent post-traumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 202-214.
- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2013). Integrated trauma-focused treatment for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19, 172.
- van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- van der Does, A. J. W. (2002). *Handleiding bij de Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory* (second edition (BDI-II-NL)). Amsterdam: Harcourt.
- van Minnen, A., & Arntz, A. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Red.), *Protocolaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten. Deel 1* (pp. 181-212). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18805 - dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805
- Vedel, E., & de Wildt, W. A. J. M. (2013). Behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel. In P. M. G. Emmelkamp & C. A. L. Hoogduin (Red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 313-334). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Verheul, R., Ball, S., & van den Brink, W. (1997). Substance abuse and personality disorders. In H. R. Kranzler & B. J. Rounsaville (Eds.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric dis-*

- orders. New York: Marcel Dekkers.
- Vollebergh, W. A. M., Graaf, R., ten Have, M., Schoemaker, C. G., van Dorsselaer, S., Spijker, J., & Beekman, A. T. F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: Overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verder lezen

- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Vedel, E., & de Wildt, W. A. J. M. (2013). Behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel. In P. M. G. Emmelkamp & C. A. L. Hoogduin (Red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 313-334). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik

111

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 sensitivatie 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, & Merx, 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 huiswerkbepreking. 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 vandertaal en de afname van behoudtaal uitgelokt. In zijn oude vorm bleef de verhouding tussen vandertaal 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, Leher, 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

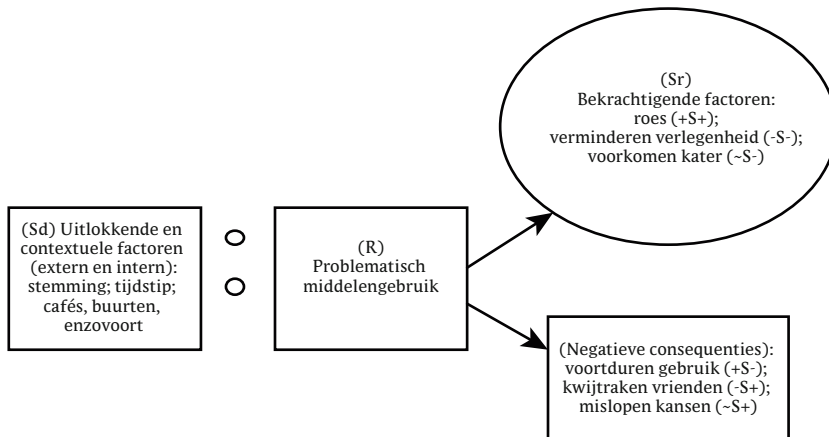
.....

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).



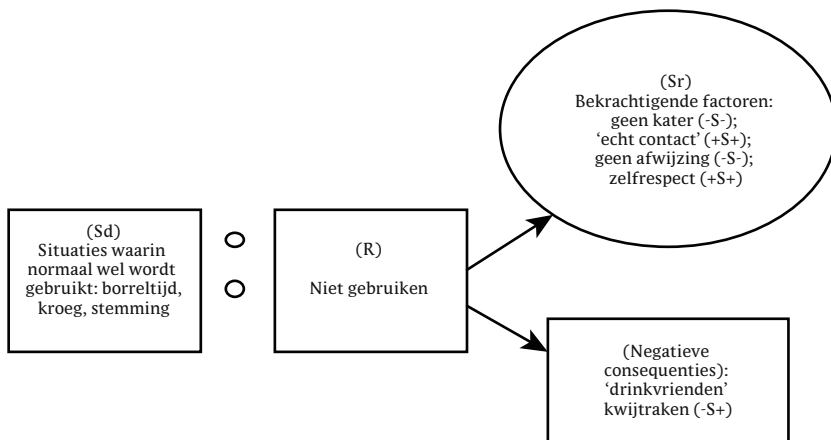
FIGUUR 1 *Generieke functieanalyse van problematisch middelengebruik*

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 slaapklachten, met name doorslaapklachten.

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

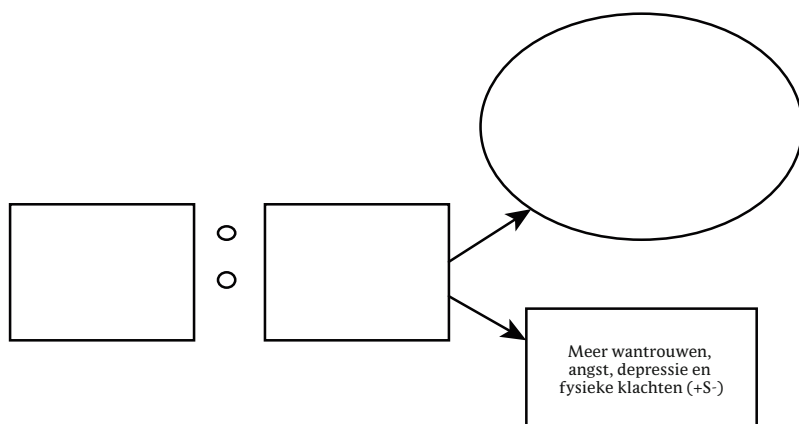
De eerste bijeenkomst staat in het teken van het voorbereiden van de cliënt op verandering. De vier belangrijke onderwerpen in het eerste gesprek zijn: (1) een samenvatting van de intake en de bevestiging van de behandelafspraken, (2) bespreking van het middelengebruik tussen de intake en het eerste 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.

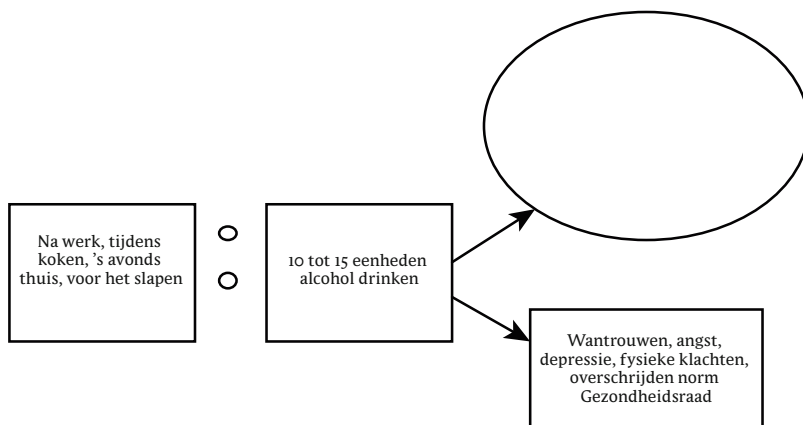
In de FA uit figuur 1 kan dit worden beschouwd als een benadrukken van de feitelijke negatieve consequenties van problematisch alcoholgebruik. Uit de registratieopdracht wordt duidelijk dat Hans per dag gemiddeld 10 tot 15 eenheden alcohol drinkt (70 tot 105 eenheden per week). Na een dag werken drinkt 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.

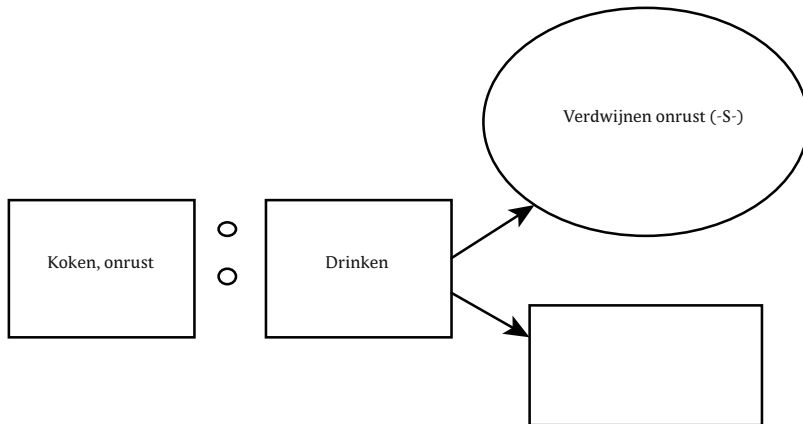
De rationale van de behandeling wordt uitgelegd, waarbij het drinken van alcohol tijdens het koken als voorbeeld wordt gebruikt. 'Risicofactoren' zijn koken en onrust, 'gedrag' is alcoholgebruik en 'gevolg/effect' is ontspanning en het verdwijnen van onrust. Hier wordt kort even stilgestaan bij de vermeende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



FIGUUR 3 *Benadrukken negatieve consequenties van problematisch alcoholgebruik*

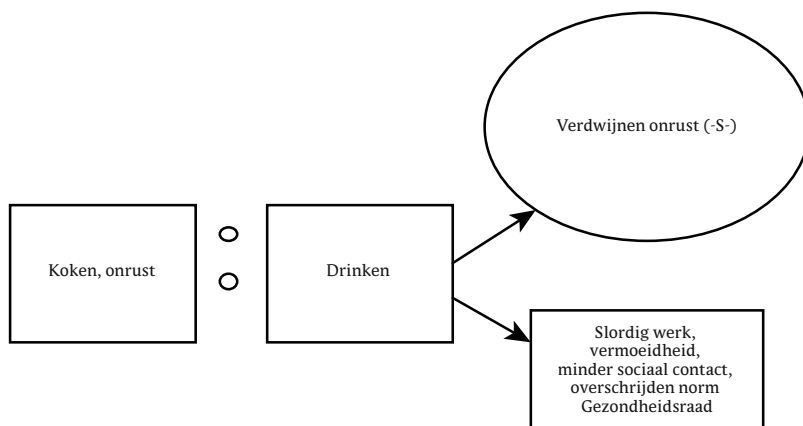
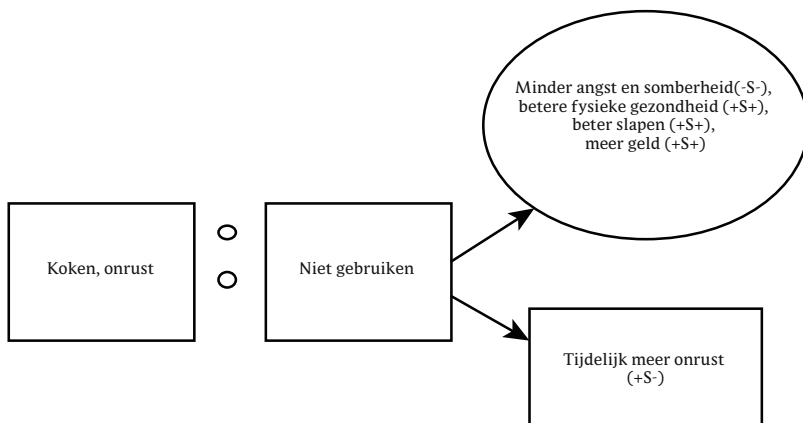


FIGUUR 4 *Verdere invulling FA*

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 middelen-gebruik 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 middelen-gebruik. 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

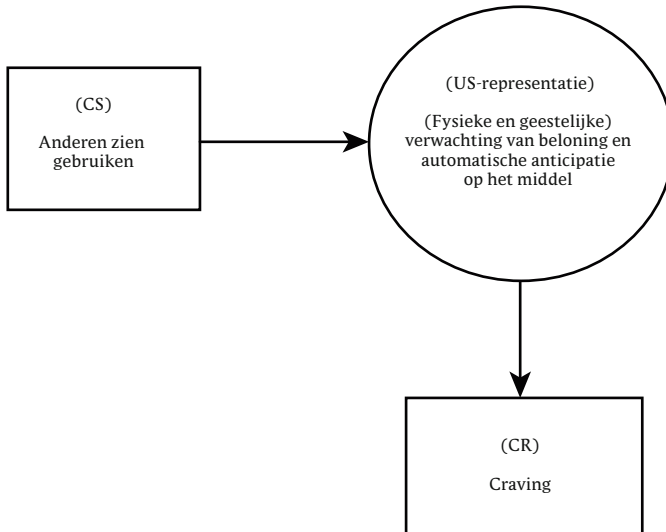
.....

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.

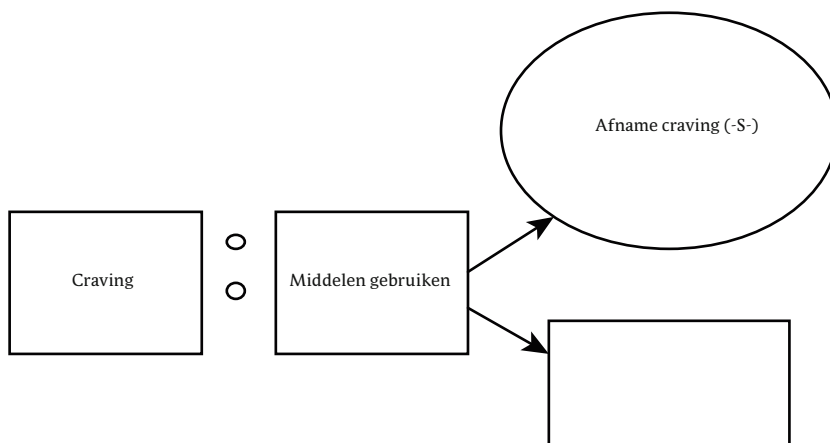
In meer fundamentele cognitief gedragstherapeutische termen kan worden gezegd dat bepaalde omstandigheden (tijdstip, anderen zien gebruiken, denken aan een middel, bepaalde muziek) de verwachting activeren dat het middel snel zal worden ingenomen (wat in feite ook heel vaak het geval is geweest). Op 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-motivationele 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 weergegeven 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 verleidelende 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 Merkx, 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 multidimensionale 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 Scoren, 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. Merckx (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. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 337-352). Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Motiverende gespreksvoering

ELLIS BARON, JANNET DE JONGE & GERARD SCHIPPERS

Samenvatting

Motiverende gespreksvoering (MGV), ontwikkeld door Miller en Rollnick (2014), is een gespreksstijl die systematisch aandacht besteedt aan de motivatie voor gedragsverandering. Bereidheid tot veranderen is niet vanzelfsprekend bij problemen met alcohol- en drugsgebruik (waarvoor motiverende gespreksvoering ontwikkeld werd), maar ook niet bij veel ander gezondheidsgedrag. Motiverende gespreksvoering verspreidt zich thans in veel sectoren van de geestelijke en somatische gezondheidszorg, en is ook daar in een reeks van studies effectief gebleken. De uitgangspunten en strategieën van motiverende gespreksvoering worden in dit hoofdstuk uiteengezet, evenals recent empirisch onderzoek, toepassingen en beperkingen.

Trefwoorden: motivering, gedragsverandering, middelengebruik, motiverende gespreksvoering, overzicht

INLEIDING

Mevrouw de Vries is in behandeling voor haar angstklachten en blijkt iedere dag enkele glazen wijn te drinken als copingstrategie voor haar angstklachten. De behandelaar legt mevrouw de Vries uit dat het drinken van alcohol negatieve effecten heeft op haar angstklachten en op haar behandeling. Hij benadrukt het belang om te stoppen met drinken in het kader van haar angstklachten en adviseert haar dan ook de komende vier weken niet te drinken. Tijdens het volgende gesprek constateert behandelaar dat mevrouw de Vries toch weer gedronken heeft, hoewel zij aangeeft echt van haar angstklachten af te willen.

De behandelaar is overtuigd van het belang van stoppen met drinken. Echter, de vraag of mevrouw de Vries ook bereid is om te veranderen, ertoe in staat is en of het nú het juiste moment is om te stoppen met drinken heeft de behandelaar niet gesteld.

Wat is precies motivatie voor gedragsverandering? Het is in ieder geval niet simpelweg de uitkomst van een optelsom van objectieve positieve en negatieve gevolgen van het gedrag. De waarde die de cliënt hecht aan de gevolgen van gedrag hoeven niet samen te vallen met wat de behandelaar belangrijk vindt. Zo zijn positieve gevolgen voor de gezondheid, bijvoorbeeld een betere lichamelijke conditie als gevolg van stoppen met drinken, niet voor iedereen het hoogste goed. Ondanks de negatieve langetermijngevolgen kan ongezond gedrag als te veel alcohol drinken vaak lekkerder, prettiger of aantrekkelijker zijn dan géén alcohol drinken. Het feit dat mevrouw de Vries toch weer alcohol is gaan drinken, is niet het gevolg van een tekort aan inzicht, wilskracht of motivatie. Het is een gevolg van gebrekkige controle over haar drinkgewoonte, die wordt uitgelokt door prikkels in de omgeving.

Motivatie om te stoppen met drinken is niet onveranderlijk, gewoonten kunnen veranderen. Op die verandering is invloed uit te oefenen, ook door behandelaars. MGv is daar op gericht. Onder de titel *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* publiceerden Miller en Rollnick (2014) recent de derde editie van deze door hen ontwikkelde methodiek. Als uitwerking van het oorspronkelijke artikel van Miller uit 1983 verschenen eerdere edities in 1991 en 2002. MGv is ontwikkeld vanuit het werken met cliënten met problematisch middelengebruik, maar is inmiddels van toepassing gebleken in tal van situaties waarin gedragsverandering het doel is.

WAT IS MOTIVERENDE GESPREKSVOERING?

.....

Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gespreksstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. De methodiek heeft als doel de persoonlijke motivatie en het *commitment* voor een bepaalde verandering te versterken, en wel door het ontlokken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, in een sfeer van acceptatie en compassie.

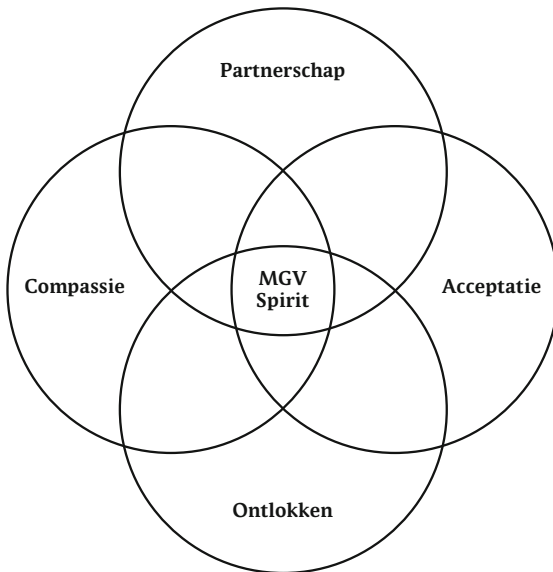
Motiverende gespreksvoering wordt soms in een adem genoemd met oplossingsgerichte therapie en socratisch motiveren. Hoewel alle drie de methoden zijn gericht op het begeleiden van mensen bij verandering, verschillen ze van elkaar. De doelstelling van oplossingsgerichte therapie is de cliënt strategieën te ontlokken *hoe* deze kan veranderen en niet zozeer *waarom* hij zal veranderen (Lewis & Osborn, 2004). Anders dan motiverende gespreksvoering is socratisch motiveren non-directief: de ambivalentie van de cliënt wordt onderzocht, waarbij voors en tegens van verandering evenveel aandacht krijgen. Motiverende gespreksvoering is directief in die zin dat specifiek verandertaal wordt ontlokt. Uit effectonderzoek naar motiverende gespreksvoering blijkt dat juist dít een voorspeller is van verandering.

Motiverende gespreksvoering is een samenspel van houding, uitgangspunten, gespreksvaardigheden en bewust gekozen strategieën om cliënten te begeleiden tijdens hun veranderproces.

SPIRIT

.....

Motiverende gespreksvoering past als cliëntgerichte gespreksstijl binnen de lange traditie van de cliëntgerichte zorg. Ze sluit ook aan bij de hernieuwde aandacht die er de laatste jaren is in de geestelijke gezondheidszorg voor de therapeutische relatie en de werkzame elementen hiervan binnen de behandeling (Norcross & Wampold, 2011). De spirit van MGV, ofwel het perspectief van waaruit een gesprek wordt gevoerd, bevat elementen die als belangrijke onderdelen van de therapeutische relatie worden gezien. Volgens Miller en Rollnick (2014) zijn de kernelementen van de spirit: partnerschap, acceptatie, compassie en ontlokken (zie figuur 1).



FIGUUR 1 *Spirit van motiverende gespreksvoering*

Partnerschap

.....

Partnerschap betekent dat de cliënt en de behandelaar samenwerken als partners. Beiden zijn experts op hun eigen terrein: de professional op zijn werkgebied, de cliënt wat betreft zijn eigen levensgeschiedenis, omstandigheden, voorkeuren en drijfveren om al dan niet te veranderen.

Acceptatie

141

Dit kernelement gaat uit van een accepterende grondhouding. De cliënt wordt aanvaard zoals hij is. Hierbij speelt accurate empathie een belangrijke rol. De behandelaar probeert de gevoelens en perspectieven van de cliënt te begrijpen zonder dat hij oordeelt, bekritiseert of beschuldigt. Hoewel de behandelaar een aanvaardende houding heeft, betekent dat niet dat hij met alles instemt of goedkeurt. Hij kan met de cliënt van mening verschillen, en dat ook benoemen, maar hij luistert met respect naar de cliënt. Acceptatie betekent wel dat de behandelaar de autonomie van de cliënt respecteert en ondersteunt. Zolang de cliënt in staat is zelf beslissingen te nemen, is het ook aan de cliënt om deze te nemen: de cliënt is vrij zijn eigen weg te kiezen. De nadruk ligt dan ook op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de cliënt. Ten slotte betekent acceptatie ook dat de behandelaar de sterke kanten en inzet van de cliënt erkent. In het gesprek wordt de nadruk gelegd op de kracht en inspanningen van de cliënt. De behandelaar streeft ernaar dat de cliënt meer vertrouwen krijgt in eigen kunnen om met hindernissen om te gaan en daadwerkelijk verandert.

Compassie

Compassie houdt in dat de behandelaar zich actief inzet voor het welzijn en de behoefte van de cliënt. Hij handelt vanuit het belang van de cliënt en niet vanuit zijn eigen belang.

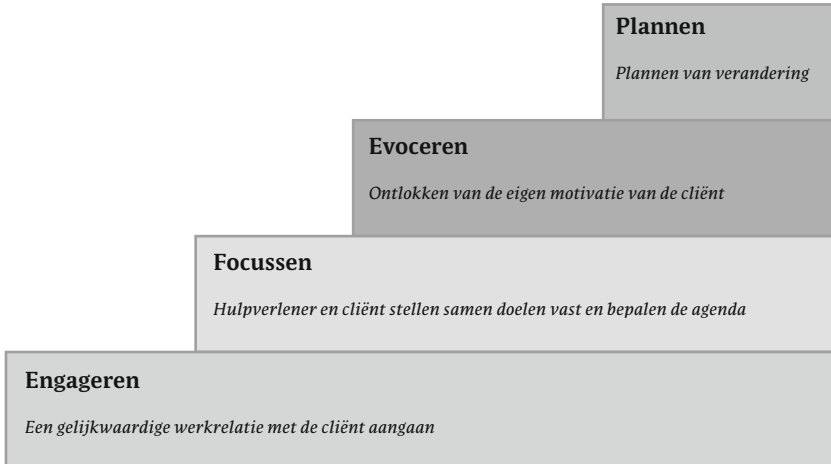
Ontlokken

Bij MGv gaat de behandelaar op zoek naar de eigen motieven voor verandering, door te vragen naar de doelen, waarden en zienswijzen van de cliënt. Er wordt van uitgegaan dat ieder mens persoonlijke doelen, waarden of dromen heeft. Het is voor de behandelaar de uitdaging hierbij aan te sluiten en het al aanwezige veranderpotentieel bij de cliënt te activeren.

PROCESSEN

In MGv worden vier processen onderscheiden in het begeleiden van gedragsverandering (zie figuur 2). Die vier processen zijn: engageren, focussen, ontlokken en plannen. De processen zijn opeenvolgend, repeterend en elkaar ondersteunend. Dit betekent dat er in een motiverend gesprek altijd eerst de nadruk wordt gelegd op engageren, dat wil zeggen op het opbouwen van een werkrelatie. Wanneer die er is, wordt er samen met de cliënt een focus bepaald: welk veranderthema komt centraal te staan? Tijdens het focus-

sen, het tweede proces, worden de klachten verhelderd en geprioriteerd. De behandelaar en cliënt komen in gezamenlijkheid tot een overeengekomen behandeldoel. Ook in dit tweede proces blijft de werkrelatie van belang. Als er overeenstemming is over het veranderdoel, ontlokt de behandelaar met betrekking tot dit doel vervolgens verandertaal aan de cliënt. De behandelaar zet interventies in om zowel het belang van als het vertrouwen in veranderen bij de cliënt te vergroten. Tijdens het ontlokken moet de focus van het gesprek duidelijk zijn. Soms is dat niet zo, en hebben de behandelaar en cliënt geen overeenstemming over het doel van de cliënt. Dan gaat de behandelaar terug naar het proces focussen. Als wel duidelijk is wat de cliënt wil veranderen en hij een keuze maakt (bijvoorbeeld stoppen met het alcoholgebruik), begeleidt de behandelaar de cliënt verder in het proces plannen. In dit proces staat het vormgeven van veranderafspraken en het versterken van commitment aan deze afspraken centraal. Alle vier de processen zijn onderdeel van motiverende gespreksvoering. Echter, in behandelingen waarin de behandelaar en de cliënt het proces van plannen niet bereiken (wanneer de cliënt bijvoorbeeld de keuze maakt om te blijven drinken), is er ook sprake van motiverende gespreksvoering. Tijdens de vier processen wordt gebruikgemaakt van de volgende gespreksvaardigheden: open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen, samenvatten, en het geven van informatie en advies met toestemming (ORBSI). Afhankelijk van het proces worden deze gespreksvaardigheden strategisch ingezet.



FIGUUR 2 Vier processen van motiverende gespreksvoering

Engageren

143

Engageren is het proces van het opbouwen en onderhouden van een werkre-latie. Het is de uitdaging voor de hulpverlener om niet te snel informatie te willen verzamelen ('Hoeveel drinkt u op een normale dag?'), het probleem te definiëren ('Alcohol is een manier om met stress om te gaan.') of vanuit zijn deskundigheid de cliënt te willen helpen met het aanbieden van zijn expertise ('Als u trek hebt, zou naar muziek luisteren u kunnen helpen'). De hulpverlener verkent de voor de cliënt belangrijke dilemma's. Waar nodig worden de waarden en kerndoelen van de cliënt geëxploreerd. Door open vragen te stellen en te reflecteren, voelt de cliënt zich gehoord, begrepen en geaccepteerd. Hierdoor groeit de bereidheid meer openheid te geven en ook te praten over onderwerpen waar men zich niet gemakkelijk bij voelt.

Jan (43), werkzaam als aannemer in de bouw, komt voor een gesprek bij de praktijkondersteuner ggz. Hij is verwezen door de huisarts in verband met stressgerelateerde klachten. Jan geeft aan alcohol te drinken ter ontspanning.

Jan zegt: 'Misschien drink ik wel te veel, maar ik ga wel minderen als het weer rustiger wordt in de bouw. Ik moet nu mijn hoofd boven water zien te houden.'

Behandelaar: 'Je bent megadruk nu, en alcohol sleept je erdoorheen.'

Jan: 'Het helpt me te relaxen, even bewust mijn zinnen op iets anders te zetten.'

Behandelaar: 'Juist in deze periode heb je behoefte om even te ontspannen.'

Jan: 'Absoluut, misschien is dit niet de beste manier, maar het helpt wel.'

Behandelaar: 'Hoezo is alcohol volgens jou niet de beste manier?'

Jan: 'Soms merk ik dat ik de volgende dag wel erg wankel wakker wordt en dat het mijn functioneren in de weg staat.'

Behandelaar: 'Waar merk je dat aan?'

Jan: 'Ik kom moeilijk op gang, heb een duf hoofd, ben wat sneller geïrriteerd.'

Behandelaar: 'Alcohol helpt je door de stress heen en tegelijkertijd maakt het je werk soms lastiger. Je twijfelt of dit het moment is om iets te veranderen aan je alcoholgebruik.'

Focussen

Motiverende gespreksvoering is doelgericht. In een behandeling heeft de cliënt soms al een duidelijke hulpvraag ('Ik wil weer goed kunnen slapen'), of bepaalt de context van de hulpverlening (bijvoorbeeld de verslavingszorg) de focus van het gesprek. Vaak komen meerdere onderwerpen of veranderdoelen ter sprake. Door focus aan te brengen, werken cliënt en

behandelaar samen naar een gericht resultaat. Miller en Rollnick (2014) beschrijven enkele strategieën in het proces focussen. Bijvoorbeeld *agenda mapping* ('agenderen'). Dit is een metagesprek, waarin de behandelaar met de cliënt bepaalt welke onderwerpen belangrijk zijn. Beiden hebben daarbij een inbreng. Vervolgens maken ze samen een keuze en stellen ze prioriteiten. Alleen als er overeenstemming is tussen de behandelaar en de cliënt over het beoogde veranderdoel, gaat de hulpverlener over naar het volgende proces. Een tweede strategie is het uitwisselen van informatie, bijvoorbeeld over mogelijke verbanden tussen psychische klachten en drankgebruik van de cliënt. Informatie of advies binnen motiverende gespreksvoering wordt alleen gegeven als de cliënt hier toestemming voor geeft. De strategie daarvoor is het drieluik van eerst ontlokken, dan opties aanbieden, en daar weer een reactie op ontlokken (O-A-O).

Bert (37) heeft slaapproblemen. Hij heeft twee jaar geleden een depressie gehad, die nu in remissie is. Toch lukt het hem niet goed om in slaap te komen en is hij vroeg wakker. De huisarts wilde hem geen herhaalrecept voor slaapmedicatie voorschrijven, en heeft hem doorverwezen naar de basis-ggz in verband met slaapproblemen. In het gesprek met de behandelaar blijkt dat Bert de gewoonte heeft elke avond twee à drie glazen alcohol te drinken. Hij voelt zich daardoor rustiger en zegt beter te slapen. Ook als hij 's nachts wakker is, drinkt hij nog wel eens een glas om beter te kunnen slapen. De hoeveelheid die Bert drinkt, valt in de categorie risicovol alcoholgebruik. De behandelaar vraagt aan Bert wat hij zelf al weet van de relatie tussen alcohol en slaap (ontlokken). Bert vertelt dat hij daar niet veel van weet, behalve dat het hem helpt in te slapen. De behandelaar vraagt of ze wat uit mag leggen over het effect van alcohol op slaap (toestemming vragen): 'Bert, zou ik je iets mogen vertellen over het effect van alcohol op slaap?'

Bert geeft toestemming: 'Ja.'

Behandelaar: 'Alcohol heeft een dempend effect op ons zenuwstelsel. Tot twee glazen is het enigszins oppeppend, daarna word je trager door alcohol. Het is waar dat alcohol ervoor kan zorgen dat je sneller in slaap valt, maar alcohol verstoort de diepte van de slaap. Je lichaam komt niet tot diepe rust, sterker nog, je slaapt er onrustiger door. De kans is groot dat je juist wakker wordt en de kwaliteit van je slaap slechter is' (aanbieden). 'Wat denk je, hoe zou dat bij jou zijn?' (ontlokken).

Ontlokken

Ontlokken van verandertaal is het kernstuk van MGv. Cliënten zijn ten opzichte van verandering vrijwel altijd ambivalent: ze ervaren zowel de positieve als de negatieve kanten. Zo is er bij middelengebruik zowel de wens om te stoppen als om door te gaan met gebruik ondanks de negatieve gevolgen. Ambivalentie is een normaal aspect van het proces van verandering. In

gesprek met de cliënt is ambivalentie te herkennen aan de mengeling van uitspraken die gaan over wel veranderen (verandertaal) en over niet veranderen (behoudtaal).

In het proces van ontlokken zal de behandelaar doelgericht verandertaal uitlokken, waardoor de cliënt geholpen wordt om zijn ambivalentie op te lossen in de richting van veranderen. Verandertaal heeft per definitie betrekking op het doelgedrag (zoals niet meer drinken), een therapieopdracht, het trainen van vermijding of het maken van een registratieopdracht. Er worden twee overstijgende vormen van verandertaal onderscheiden: voorbereidende verandertaal en mobiliserende verandertaal. Voorbereidende verandertaal bestaat uit die uitspraken die betrekking hebben op de wens om te veranderen of het belang ervan ('Ik wil best veranderen, ik kan veranderen als ik zou willen, veranderen is waarschijnlijk een logische stap'). Ook uitspraken van de cliënt over de mate van zelfvertrouwen in de haalbaarheid van de veranderingen of de noodzaak om te veranderen vallen in deze categorie. Cliënten doen daarmee nog geen uitspraak dat ze gaan veranderen, slechts de intentie en overwegingen worden verwoord. Mobiliserende verandertaal bestaat uit uitspraken die betrekking hebben op het besluit ('Ik ga het proberen' of 'Vanaf morgen maak ik elke avond mijn registratieopdracht'). Ook uitspraken waaruit blijkt dat de cliënt daadwerkelijk stappen heeft ondernemen vallen hieronder.

Motiverende gespreksvoering beschrijft strategieën om verandertaal uit te lokken. De eenvoudigste methode is het stellen van open vragen: 'Welke drie redenen heb je om te stoppen met drinken?' of 'Hoeveel vertrouwen heb je erin dat je deze week niet naar het café gaat?' Verder kunnen schaalvragen worden gebruikt, waarin een cliënt gevraagd wordt op een schaal van 0 tot 10 aan te geven hoe belangrijk een stoppen met drinken voor hem is, of hoeveel vertrouwen hij erin heeft dat het stoppen met drinken hem lukt.

Het vertrouwen in veranderen kan door de behandelaar ook vergroot worden door samen te zoeken naar eerdere succeservaringen of sterke kanten van de cliënt. De cliënt wordt bevestigd in gedrag dat leidt tot veranderen ('Dapper dat je deze stap durft te zetten'), zodat hij (opnieuw) moed vat om te kiezen voor veranderen (Miller & Rollnick, 2014). Verder lokt de behandelaar positieve ervaringen uit, bijvoorbeeld in de vorm van tijdelijke verandering op afspraak. Bij problematisch middelengebruik staat dat wel bekend als *abstinence sampling*.

Voorts beschrijven Miller en Rollnick (2014) open vragen naar de toekomstverwachting van de cliënt, mocht hij gaan veranderen: 'Wat levert het je op? Wat is er prettig? Hoeveel waarde hecht je eraan?' Of er worden open vragen gesteld naar situaties in het verleden waarin de cliënt zijn klachten nog niet had: 'Hoe zag je leven eruit toen je nog controle over je cannabisgebruik had? Wat vond je ervan? Waar verlang je naar terug?' Ook noemen zij de vraag naar de grootste catastrofe die zou kunnen gebeuren, mocht de cliënt besluiten niet te veranderen: 'Wat is het ergste dat je kan gebeuren als

je je cocaïnegebruik niet verandert?’ Al deze open vragen worden directief ingezet om verandertaal gerelateerd aan veranderen van middelengebruik te ontlokken en te versterken. Versterken wordt ook gedaan door verandertaal selectief te reflecteren en uit te weiden over een argument dat de cliënt aan-draagt voor veranderen. Soms betekent dit dat de behandelaar voor de cliënt belangrijke uitspraken bewust negeert. De behandelaar bekrachtigt vooral uitspraken die gericht zijn op probleemherkenning door de cliënt, diens be-zorgdheid over zijn huidige situatie of toekomst, de bereidheid om te veran-deren en het vertrouwen in eigen kunnen.

Henk (54) is getrouwd, vader van vier kinderen en twee kleinkinderen. Hij werkt vanuit de sociale werkvoorziening bij een bedrijf als magazijnhulp. Henk drinkt te veel. Zijn vrouw wil dat hij stopt met drinken, zoals hij aan het begin van hun huwelijk ook heeft gedaan. Ze is erg geschrokken toen ze erachter kwam dat hij weer dronk en daardoor problemen op zijn werk had. Men raakte ontevreden over Henk en hij zit nu ziek thuis. In het gesprek, samen met zijn vrouw, zegt hij: ‘Ik wil mijn werk niet kwijt en jou niet kwijt. Het was niet de bedoeling dat het zo uit de hand zou lopen.’ De behandelaar reageert met: ‘Je wilt de controle over je leven terug.’ Henk vertelt verder: ‘Het is me jaren geleden ook gelukt. Wat hielp was dat ik thuis echt nodig was. De kinderen waren klein en ik wilde niet dronken thuis zijn.’

Behandelaar zegt: ‘Wat zou nu een reden zijn om te stoppen?’

Zijn vrouw zegt: ‘En de kleintjes dan! Voor hen is een dronken opa ook niets hoor!’

Henk reageert: ‘Nee, dat wil ik ook niet en dat helpt. Ik heb geprobeerd een goede vader te zijn en wil dat nog steeds zijn.’

Behandelaar: ‘Een goede vader en opa zijn is belangrijk. Wat zal er gebeu-ren als het zo doorgaat als nu?’

Henk: ‘Dat zei ik: dan raak ik haar en mijn werk kwijt!’

Behandelaar: ‘Wat vind je het ergste?’

Henk is wat verontwaardigd: ‘Truus, natuurlijk.’

Behandelaar: ‘Je vrouw en je kinderen zijn dus de belangrijkste redenen om te stoppen met drinken, net als vroeger. Hoe heb je dat toen aangepakt?’

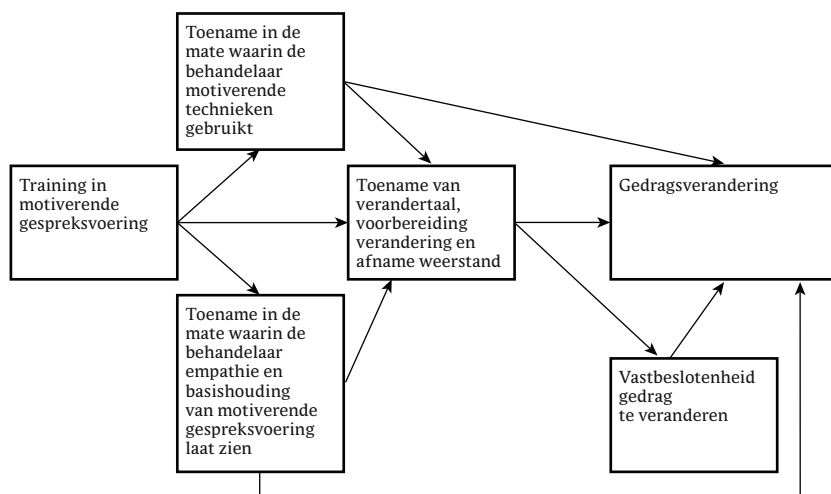
Plannen

Tijdens het proces plannen wordt de brug geslagen van praten over het be-lang van veranderen naar daadwerkelijk veranderen. Cliënten zijn sterker geneigd om echt te veranderen als ze een specifiek plan hebben en als ze de intentie om het uit te voeren tegen iemand hebben uitgesproken (Gollwit-zer, 1999; Gollwitzer & Schaal, 1998). Bij het ontwikkelen van een verander-plan gaat het er meestal om te komen van een algemeen voornemen (‘Ik ga het proberen’) tot een specifiek plan van aanpak (‘Ik maak vanmiddag een

afpraak om in de sportschool te trainen'). De behandelaar ondersteunt de cliënt in het maken van een haalbaar plan en versterkt diens commitment aan het plan. Ook als er een helder plan is opgesteld met de cliënt en duidelijk afspraken zijn gemaakt, blijft het van belang de cliënt erop aan te spreken het plan uit te voeren. De cliënt houdt de autonomie in wat hij doet, en hoe en wanneer. Een valkuil is het te snel willen overgaan naar het plannen van actie. Pas als er voldoende bereidheid is bij de cliënt, leidt een veranderplan tot betere resultaten (Lee et al., 2010). Dit kan de behandelaar rechtstreeks vragen: 'Bent u eraan toe om eens te kijken hoe u het zou kunnen aanpakken?' Of door het stellen van de zogenaamde hamvraag: 'Alles op een rijtje gezet, wat zou voor u de volgende stap zijn?'

THEORIE EN ONDERZOEK

Miller en Rose (2009) presenteren een verklaringsmodel voor motiverende gespreksvoering. In dit model (zie figuur 3) wordt beschreven dat er een positief verband is tussen de mate waarin de behandelaar werkt in de geest van MGV en de mate waarin hij empathisch is, én de mate waarin de cliënt verandertaal uitspreekt en minder behoudtaal laat horen. Er is ook een positief verband gevonden tussen de gespreksvaardigheden passend bij motiverende gespreksvoering, en de mate waarin de cliënt meer verandertaal en minder behoudtaal uitspreekt. Vervolgens is er een positief verband tussen enerzijds de toename van verandertaal en afname van behoudtaal, en anderzijds het commitment voor verandering. Beide blijken voorspellend voor gedragsverandering.



FIGUUR 3 Verklaringsmodel voor motiverende gespreksvoering (uit: Miller & Rose, 2009)

De effectiviteit van motiverende gespreksvoering is op voorbeeldige wijze onderzocht. Er verschenen meer dan twaalfhonderd publicaties over de behandelmethode, waaronder meer dan tweehonderd gerandomiseerde klinische onderzoeken, over een lange reeks van problemen, beroepen, praktijken en landen, en meer dan tien meta-analyses (Miller & Rollnick, 2014). MGV werd in het bijzonder ook onderzocht in de behandeling van mensen met problematisch middelengebruik. Uit de review van Smedslund et al. (2011) bleek dat bij volwassenen met een stoornis in middelengebruik MGV effectiever is dan geen behandeling, en effectiever dan alleen *assessment* en feedback over middelengebruik. Ook bij adolescenten met problematisch middelengebruik bleek het zinvol om MGV in te zetten (Jensen et al., 2011).

Verder werd de effectiviteit van MGV op een verscheidenheid van gezondheidsgedrag (zoals roken, meer bewegen en medicatietrouw) onderzocht en aangetoond (Heckman, Egleston, & Hofmann, 2010; O'Halloran et al, 2014; Thompson et al, 2011). In het algemeen is er wel grote variatie in effect van MGV tussen studies, settings en hulpverleners. Een aantal effectstudies konden geen groot effect van MGV rapporteren op van tevoren bepaalde afhankelijke variabelen (Carroll et al., 2006; Carroll, Libby, Sheehan, & Hyland, 2001; Miller, Yahne & Tonigan, 2003). Goed gecontroleerde studies, waar zorgvuldig gesuperviseerde MGV werd uitgevoerd aan de hand van een protocol, toonden wel aanzienlijke therapeuteffecten aan (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993; Project MATCH Research Group, 1998). In *multicenter*-studies werd een interactie gevonden tussen setting en behandel-effect, wat betekent dat MGV aanzienlijk effect had in de ene setting, maar niet in een andere. Wanneer gemiddeld werd over de settings, was het algemene effect niet altijd significant (Ball et al., 2007). Een mogelijke verklaring is dat deze variatie gedeeltelijk is toe te schrijven aan verschillen in vaardigheden van de hulpverleners die de MGV uitvoeren. MGV heeft mede daarom een interessante positie in de lopende discussie over het belang van 'specifieke factoren' in psychotherapie (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Imel, Wampold, & Miller, 2008), juist vanwege het veronderstelde belang in MGV van wat veelal als 'algemene' factor wordt beschouwd (zie ook de oratie van Keijser, 2014).

TOEPASSING, TRAINING EN BEPERKINGEN

.....

MGV vormt als een algemene gespreksstijl ook de basis van een aantal kortdurende interventies gericht op de ondersteuning van problematisch middelengebruik. MGV is bijvoorbeeld de basis van korte interventies in de eerstelijnspraktijk bedoeld om alcohol- en drugsgebruik te agenderen en erover te adviseren (zie www.partnershipvroegsignaleringalcohol.nl). Naar Amerikaans voorbeeld (de *Drinker's Check-Up*: Miller, Sovereign, & Krege, 1988; *Motivational Enhancement Therapy*: Project MATCH Research Group, 1998)

zijn in Nederland enkele gedetailleerde protocollen uitgewerkt. In eerste instantie gebeurde dat voor alcohol, namelijk de Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik (DVA) (Emmen, Schippers, Bleijenberg, & Wollersheim, 2011; Schippers, Brokken, & Verweij, 1994). Maar ook een voor marihuana-gebruik, namelijk de Wietcheck (de Gee, Verdurmen, Bransen, de Jonge, & Schippers, 2014). En ten slotte de Stap voor Stap, speciaal ontwikkeld voor justitiabelen met problematisch middelengebruik (Schippers, Baron, Campen, & Koeter, 2010). In al deze interventies wordt op neutrale wijze informatie verzameld bij de persoon over zijn gedrag en de gevolgen daarvan. Deze informatie wordt op een motiverende manier teruggegeven. Het gaat erom dat de counselor cliënten niet vertelt wat ze van de resultaten moeten vinden, maar hun eigen interpretaties en zorgen oproept.

Motiverende gespreksvoering kent inmiddels brede toepassing in zowel de geestelijke als de somatische gezondheidszorg. Daarnaast wordt het door veel verschillend opgeleide behandel disciplines toegepast, in zowel de ggz, de somatische als de forensische zorg. In de ggz richt motivering zich dikwijls op vergroten van therapietrouw. Zo bleek uit een review van Hettema, Steele, en Miller (2005) dat de toevoeging van motiverende gespreksvoering aan cognitieve gedragstherapie resulteerde in het beter beklijven van het behandelresultaat. In dit kader zijn er enkele protocollen verschenen waarin bijvoorbeeld een CGT-behandeling gecombineerd wordt met MGV, al dan niet in combinatie met psychofarmaca, bijvoorbeeld in de behandeling van cliënten met een psychotische stoornis (Barrowclough et al., 2010). In het boek *Motiverende gespreksvoering in de GGZ* worden voor verschillende psychische stoornissen toepassingsvoorbeelden genoemd (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2011). Net als bij andere behandelvormen, is het ook bij motiverende gespreksvoering zinvol om de behandelaar te trainen in de methode. Motiverende gespreksvoering is ogenschijnlijk eenvoudig. Gespreksvaardigheden als open vragen stellen, reflecteren, bevestigen en samenvatten behoren immers tot de vaardigheden van iedere behandelaar. Voor de meeste behandelaars blijkt echter dat zowel training (online, *blended* of *face-to-face*) als supervisie nodig is om de vaardigheid te verwerven (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Zijn er doelgroepen en gedragingen waarin motiverende gespreksvoering niet toegepast kan worden? Schippers en de Jonge (2002) stellen dat motiverende gespreksvoering minder geschikt is als een cliënt niet in staat is om zelfcontrole uit te oefenen. Bij cliënten met een verstandelijke beperking of bij jongeren blijkt dat ook zij in staat zijn om in een motiverend gesprek tot een weloverwogen besluit te komen over verandering. Naar-King en Suarez (2012) geven goede handvatten voor een motiverend gesprek met jongeren en jongvolwassenen met problematisch middelengebruik. Zijn er dan toch geen beperkingen? Wellicht wel, en die liggen besloten in de methodiek zelf. Motiverende gespreksvoering is slechts van toepassing als er een keuze over verandering gemaakt kan worden. Er zijn genoeg behandelsituaties waarin een cliënt geen keuze meer kan ma-

ken omdat hij bijvoorbeeld psychotisch gedecompenseerd of ernstig onder invloed is. Er zijn ook behandelsituaties waarin het de vraag is of het ethisch verantwoord is om motiverende gespreksvoering toe te passen, bijvoorbeeld in geval van een suïcidewens. Voor een nadere toelichting betreffende deze en andere ethische kwesties rondom motiverende gespreksvoering verwijzen we naar enkele hoofdstukken van Miller en Rollnick 2014.

TOT SLOT

.....

MGV kan worden beschouwd als een van de meest innovatieve en snelst groeiende psychologische behandelmethodieken. Ze is goed onderzocht en zowel in de geestelijke als de somatische gezondheidszorg sterk in opmars. De creatieve combinatie van een cliëntgerichte en gedragsgerichte benadering beantwoordt aan de behoefte aan een methodiek die de krachten van beide benaderingen combineert in een elegante gespreksstijl, die ingaat op de fase voorafgaand aan werkelijke verandering: het opbouwen van de motivatie en bereidheid tot verandering. Dat geldt voor vrijwel alle vormen van zelfgecontroleerde verandering, in het bijzonder bij problematisch middelegebruik. Terecht wordt MGV bij het werken met verslaafden als een basisvaardigheid beschouwd.

ELLIS BARON is als psycholoog verbonden aan Habit Pro.

JANNET DE JONGE is gz-psycholoog, en verbonden aan Dimence, Hogeschool Windesheim.

GERARD M. SCHIPPERS is psycholoog-psychotherapeut en hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie, AMC-UvA.

Correspondentieadres: Ellis Baron, Oosterhoutsestraat 11, 6677 PS Slijk Ewijk.

E-mail: baron@habitpro.nl

Summary Motivational interviewing, developed by Miller and Rollnick, is a collaborative conversation style for strengthening a person's own motivation and commitment to change. Willingness to change is not self-evident in case of problematic alcohol or drug use (working with which originated the method), nor is it in most other forms of problematic health related behaviors. Motivational interviewing now spreads widely in mental and somatic health care fields and is shown to be effective there. This paper discusses the basics and strategies of motivational interviewing and presents the empirical evidence, applications, and limitations.

Keywords: *Motivational Interviewing, review, substance use disorders, behavioral change*

Literatuur

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Red.) (2011). *Motiverende gespreksvoering in de GGZ*. Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., ... Carroll, K. M. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 556-567.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., ... Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 341, C6325.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., ... Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Journal of Drug & Alcohol Dependence*, 81, 301-312.
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., & Hyland, N. (2001). Motivational Interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *The American Journal of Addictions*, 10, 335-339.
- de Gee, E. A., Verdurmen, J. E., Bransen, E., de Jonge, J. M., & Schippers, G. M. (2014). A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 181-188.
- Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenberg, G., & Wollersheim, H. (2011). The Drinker's Check-Up: A brief motivational intervention for early stage problem drinkers. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of Motivational Counseling* (pp. 505-530). New York: Wiley.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Simple effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M. & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 124-136.
- Heckman, C. J., Egleston, B. L., & Hofmann, M. T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19, 410-416.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Miller, S. D. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 533-543.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 433-440.
- Keijser, G. P. J. (2014). *The great psychotherapy debate* (Oratie). Maastricht: Maastricht University. Retrieved from UM Publications.
- Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J. & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazard-

- ous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 726-733.
- Lewis, T. F. & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling & Development*, 82, 38-48.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* (3e ed.). Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia.
- Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-Up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.
- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl.), 40S-47S.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (red.) (2011). *Motivational Interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- O'Halloran, P. D., Blackstock, F., Shields, N., Holland, A., Iles, R., Kingsley, M., ... Taylor, N. F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28, 1159-1171.
- Project MATCH Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455-474.
- Schippers, G. M., Baron, E., Campen, M. W., & Koeter, M. W. J. (2010). *Stap voor Stap: Handleiding en werkboek motivering van justitiabele verslaafden*. Amsterdam: AMC-AIAR.
- Schippers, G. M., Brokken L. C. M. H., & Verweij, J. W. M. (1994). Doorlichting voorlichting alcoholgebruik: Een protocol voor motivatie en assessment ten behoeve van vroegtijdige interventie bij alcoholproblematiek. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen*, 20, 88-94.
- Schippers, G. M. & de Jonge, J. M. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 250-265.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen K. (2011). Motivational Interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1236-1244.

Contingency Management

153

PAUL M. G. EMMELKAMP, MAARTEN MERKX & LAURA DEFUENTES-MERILLAS

Samenvatting

Contingency Management is een gedragstherapeutische methode die gericht is op systematische contingente bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag. Contingency Management is een effectieve behandeling voor middelenmisbruik. Kenmerkend voor behandeling van problematisch middelengebruik is frequente terugval en een hoge drop-out. Ongeveer de helft van cliënten die ambulantly behandeld worden voor problematisch middelengebruik met cognitieve gedragstherapie is in staat om het middelengebruik adequaat te reduceren. Contingency Management is met name een geschikte interventie voor cliënten die niet of onvoldoende profiteren van een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik. Het toevoegen van Contingency Management aan een cognitief gedragstherapeutische behandeling kan juist het behandelresultaat positief beïnvloeden. Ook bij cliënten met comorbide psychiatrische stoornissen blijkt Contingency Management gericht op middelengebruik effectief wanneer deze methode gecombineerd wordt met andere interventies.

Trefwoorden: contingency management, verslaving, community reinforcement, operante conditionering

INLEIDING

In dit artikel wordt Contingency Management (CM) beschreven, een gedragstherapeutische methode bij middelenmisbruik die gebaseerd is op operante conditionering. De methode wordt hieronder uitvoerig beschreven, en er wordt een overzicht geboden van de resultaten van het onderzoek dat naar de effecten van deze methode verricht is en van meta-analyses waarin de effecten van CM vergeleken werden met andere behandelingen. Daarnaast wordt kort ingegaan op de *Community Reinforcement Approach*. Ten slotte worden problemen bij de implementatie van CM besproken. Een en ander wordt geïllustreerd met een praktijkvoorbeeld.

WAT IS CONTINGENCY MANAGEMENT?

.....

CM is een gedragstherapeutische methode die gericht is op systematische contingente bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag. Positieve bekrachtiging, het toevoegen van een beloning, is het centrale element van CM. Het laten volgen van een beloning op gedrag zorgt voor een toename van dat bepaalde gedrag. Belangrijke randvoorwaarden voor CM als behandelingsinterventie zijn:

- 1 Het doelgedrag dient duidelijk omschreven te zijn.
- 2 Het doelgedrag wordt tijdens de behandeling regelmatig objectief gemonitord.
- 3 Op het moment dat de cliënt het doelgedrag vertoont, wordt dit gedrag positief bekrachtigd door tastbare beloningen en sociale bekrachtiging door de therapeut.
- 4 Op het moment dat de cliënt het doelgedrag niet vertoont, wordt de cliënt positieve en sociale bekrachtiging onthouden. Daarnaast wordt op het ongewenste gedrag op een neutrale, objectieve manier gereageerd.

CM baseert zich op de principes van operante conditionering en wordt gerekend tot de klassieke gedragstherapie. De methodiek bestaat uit de directe beïnvloeding door de therapeut van gedrag van de cliënt; verandering van gedrag vindt dus van buitenaf plaats. Het middelengebruik wordt door de therapeut beïnvloed door het consequent positief bekrachtigen, en wel in de vorm van tastbare beloningen voor gewenst gedrag. Gewenst gedrag is bijvoorbeeld abtinent gedrag, het komen op behandelafspraken of het doen van huiswerkopdrachten. De beloningen worden meestal gegeven in de vorm van geld of *tokens/vouchers*, en sociale bekrachtiging door de therapeut. De therapeut onthoudt zich ook van negatief commentaar indien het cliënt niet lukt om het doelgedrag te realiseren.

Belangrijke voordelen van het gebruik van vouchers om gewenst gedrag te versterken zijn dat ze (1) onmiddellijk gegeven kunnen worden als het gewenste gedrag zich voordoet, (2) op kunnen lopen tot een grote beloning en (3) ingezet kunnen worden bij personen die relatief ongevoelig zijn voor andere typen bekrachtigers, zoals sociale bekrachtigers, of ongevoelig voor andere behandelingen. Deze vouchers zijn inwisselbaar voor goederen en diensten die zijn gekozen door de cliënt in overleg met de hulpverlener.

De waarde van de vouchers neemt toe bij elke volgende alcohol- of drugs-vrije controle, volgens een vooraf vastgesteld *escalerend* beloningssysteem. Het *escalerende principe* houdt in dat de waarde van de beloning toeneemt naarmate het doelgedrag langer voortduurt (Higgins, Silverman, & Heil, 2007). In de meeste CM-programma's wordt het *priming*-principe toegepast, wat betekent dat de cliënt een initiële beloning krijgt op het moment dat de

behandelingsovereenkomst wordt gesloten. Hierdoor ervaart de cliënt wat het is om positief bekrachtigd te worden. Deze beloning is niet gekoppeld aan het inleveren van een urinemonster. De therapeut en de cliënt bespreken vervolgens samen hoe de verdiende vouchers besteed worden, en op welke wijze de cliënt middelenvrije activiteiten gaat plannen gedurende de komende periode.

Om het gewenste gedrag te belonen wordt het doelgedrag doorgaans opgeknipt in deelaspecten: het ontwikkelen van nieuw gedrag door opeenvolgende selectieve bekrachtiging van gedrag dat het vooropgestelde doelgedrag steeds dichterbij nadert. Dit wordt *shaping* of 'successieve approximatatie' genoemd. Het is dus een procedure om nieuw gedrag stapsgewijs aan te leren via positieve bekrachtiging. Bij een dubbele diagnosebehandeling kan dat bijvoorbeeld in eerste instantie het belonen van therapietrouw zijn en het belonen van deelname aan een urineanalyseprocedure, en daarna het bekrachtigen van reducties van middelengebruik en leefstijlveranderingen.

WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE VOOR CM

.....

Er is nu aanzienlijke evidentie dat CM een effectieve behandeling is voor cliënten met problematisch middelengebruik. Dergelijke CM-procedures zijn effectief gebleken bij cliënten die afhankelijk zijn van:

- ▶ *Alcohol* (Alessi, Hanson, Wieners, & Petry, 2007; Alessi & Petry, 2013; Barnett, Tidey, Murphy, Swift, & Colby, 2011; Hagedorn et al., 2013; Kofarnus et al., 2011; McDonell et al., 2012; Petry, Martin, Cooney, & Kranzler, 2000).
- ▶ *Cocaïne* (DeFulio, Donlin, Wong, & Silverman, 2009; Festinger, Dugosh, Kirby, & Seymour, 2014; García-Fernández et al., 2011a; García-Fernández et al., 2011b; Higgins & Wong, 1998; Kirby, Marlowe, Festinger, Lamb, & Platt, 1998; Petry, Alessi, & Rash, 2013a; Petry, Martin, & Simcic, 2005a; Silverman et al., 1998, 2002; Weiss & Petry, 2014).
- ▶ *Methamfetamine* (Peck, Reback, Yang, Rotheram-Fuller, & Shoptaw, 2005; Peirce, Petry, & Stitzer, 2006; Petry et al., 2005b; Rawson et al., 2006; Roll et al., 2006; Shoptaw et al., 2006).
- ▶ *Opiaten* (Bickel, Amass, Higgins, Badger, & Esch, 1997; Gruber, Chutuape, & Stitzer, 2000; Iguchi et al., 1996; Jones, Haug, Silverman, Stitzer, & Svikis, 2001; Petry & Carroll, 2013; Petry & Martin, 2002; Stitzer, Iguchi, & Felch, 1992; Wang et al., 2014).
- ▶ *Cannabis* (Carroll et al. 2006; Carroll et al., 2012; Kadden, Litt, Kabela-Cormier, & Petry, 2007; Litt, Kadden, & Petry, 2013; Petry, 2000).

Er is ook enig bewijs dat CM effectief is voor methadoncliënten die afhankelijk zijn van cocaïne (DeFuentes-Merillas & de Jong, 2008; Preston, Um-

bricht, Wong, & Epstein, 2001; Rawson et al., 2002). Positieve resultaten van CM-procedures zijn verder gemeld voor adolescenten met problematisch middelenmisbruik (Azrin et al., 1994; Branson, Barbuti, Clemmey, Herman, & Bhutia, 2012; Corby, Roll, Ledgerwood, & Schuster, 2000; Godley et al., 2014; Kamon, Budney, & Stanger, 2005).

In tegenstelling tot de meeste andere behandelingen van cocaïne- en opiaatafhankelijkheid resulteert CM in minder drop-out en enigszins hogere percentages van abstinentie (zie bijvoorbeeld: Carroll et al., 2012). Er zijn ook enige aanwijzingen dat bij een aantal cliënten behandel-effecten voortduren na stopzetting van het beloningsprogramma (Higgins, Wong, Badger, Ogden, & Dantona, 2000) en dat positieve behandel-effecten met betrekking tot de verslaving generaliseren naar andere psychiatrische stoornissen. In een studie bij 393 cliënten (Petry, Alessi, & Rash, 2013b) bleek behandeling met CM te leiden tot afname van symptomen van depressie, angststoornissen, hostiliteit en psychose. Deze afname werd gemedieerd door een afname van het drugsgebruik.

Het is belangrijk op te merken dat het niet om het geven van de bekrachtigers op zich gaat, maar om de *contingente* aanbieding van de bekrachtiging. Stitzer et al. (1992) evalueerden privileges om methadon mee te nemen als een beloning voor afname in drugsgebruik en vonden dat meeneemprivileges die contingent waren aan drugsvrije urinecontrole een gunstiger resultaat lieten zien dan niet-contingente meeneemprivileges. Silverman et al. (1996) vonden eveneens dat bij cliënten die cocaïne gebruikten het geven van bekrachtigers op basis van drugsvrije urinecontrole resulteerde in een abstinentiepercentage van 47%, terwijl dat slechts bij 6% van de cliënten in de controlegroep het geval was, die niet-contingente bekrachtigers kregen. Er kan geconcludeerd worden dat het niet-contingent geven van beloning, dus zonder directe koppeling aan het aantonen van het doelgedrag, niet werkt.

Een variant van contingente *voucher-based* beloning is cliënten een prijs laten trekken uit een pot: *prize-based contingency management* (Petry, 2000). Hierbij wordt de cliënt slechts in de helft van de gevallen dat hij middelenvrij is positief bekrachtigd met behulp van een geldvoucher. Hoewel deze methode op de korte termijn effect sorteert, zijn de resultaten bij *follow-up* een half jaar na afloop van de behandeling minder goed (Benishek et al., 2014).

De meeste onderzoeken richtten zich op bekrachtiging die contingent is aan abstinentie. Echter, wanneer activiteiten die niet verenigbaar zijn met alcohol- of drugsgebruik contingent worden bekrachtigd, kan dit ook tot afname van middelengebruik leiden (Petry et al., 2000; Petry, Tedford, & Martin, 2001). Volgens Petry et al. (2001) is het toewerken naar betere familierelaties een belangrijk doel bij sommige cliënten. Meedoen aan familieactiviteiten kan de uitkomst van behandeling verbeteren, omdat familieleden sociale bekrachtiging voor abstinentie kunnen bieden, en daarmee terugval voorkomen. Lewis en Petry (2005) onderzochten of de behandeling met Contingency Management bij cliënten die ervoor kozen aan familiegerelateerde activitei-

ten deel te nemen meer effect heeft dan bij cliënten die niet voor familieactiviteiten kozen. Familieactiviteiten omvatten een familielid begeleiden (bijvoorbeeld naar de film), een schoolvoorstelling bijwonen, een familielid in het ziekenhuis bezoeken of een familielid een brief schrijven. Cliënten met problematisch cocaïnegebruik die aan familieactiviteiten deelnamen bleven langer in behandeling en waren meer weken abstinente. Daarnaast hing deelnemen aan familieactiviteiten samen met minder familieconflicten vergeleken met deelnemers die niet deelnamen aan familieactiviteiten.

COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH

.....

CM wordt regelmatig ingebed in de Community-Reinforcement-benadering (Azrin, 1976). De Community-Reinforcement-benadering betreft een veelheid aan technieken, waaronder training van sociale vaardigheden, niet leren zeggen tegen alcohol en drugs, cognitief gedragstherapeutische partnerrelatietherapie, procedures om medicijntrouw te ondersteunen en beroepskeuzeadvies voor werklozen (DeFuentes-Merillas & Roozen, 2014). Bij cocaïneafhankelijke cliënten die met een Community Reinforcement Approach behandeld waren, bleek de toevoeging van CM tot betere resultaten te leiden (García-Fernández, Secades-Villa, García-Rodríguez, Peña-Suárez, & Sánchez-Hervás, 2013; Higgins et al., 2007). Ook bij adolescenten zijn positieve resultaten gemeld van een Community-Reinforcement-programma. In een onderzoek van Slesnick, Prestopnik, Meyers, en Glassman (2007) bij dakloze adolescenten die drugs gebruikten bleek een Community-Reinforcement-programma effectiever dan *care as usual*. Het Community-Reinforcement-programma resulteerde in minder middelenmisbruik (37% vs. 17% afname), minder depressie (40% vs. 23%) en meer toegenomen sociale redzaamheid (58% vs. 13%) dan de gebruikelijke zorg.

Onderzoek naar de effectiviteit van de Community Reinforcement Approach en de praktische toepassing ervan zal in dit artikel verder buiten beschouwing blijven.

META-ANALYSES

.....

In een meta-analyse van Lussier, Heil, Mongeon, Badger, en Higgins (2006) werden statistische analyses uitgevoerd van studies die op vouchers gebaseerde bekrachtigingstherapie gebruikten om stoornissen in het gebruik van een middel te behandelen. Op vouchers gebaseerde bekrachtigingstherapie genereerde significant betere uitkomsten dan controlebehandelingen: de effectgrootte was matig. Een directer/contingenter aanbieden van vouchers en een grotere geldwaarde van de voucher hingen samen met hogere effectgrootten. In een meta-analyse van Schumacher et al. (2007) werden

vier RCT's naar het effect van CM in Birmingham, Alabama geheranalyseerd. Cliënten in deze vier studies betroffen dakloze cocaïnegebruikers. CM bleek effectiever dan dagbehandeling. Bij follow-up een half jaar na beëindiging van de behandeling bleek 55% van de cliënten uit de CM-groep nog steeds niet te gebruiken, terwijl dat maar voor 25% van de cliënten gold die dagbehandeling gekregen hadden. In een meta-analyse van Prendergast et al. (2006) naar het effect van Community Reinforcement bij alcohol-, tabak- of drugsmisbruik bleek de gemiddelde effectgrootte $d = 0,42$. CM was effectiever bij de behandeling van opiaatgebruik ($d = 0,65$) en cocaïnegebruik ($d = 0,66$) vergeleken met de behandeling van polydrugsgebruik ($d = 0,42$).

In een meta-analyse van Dutra et al. (2008) werd het effect van verschillende (cognitief) gedragstherapeutische programma's onderzocht bij cliënten met cannabis-, cocaïne-, opiaat- en polymiddelenmisbruik en -afhanke-lijkheid. Van de 34 geïncludeerde studies ($N = 2340$) ging het bij 16 studies om CM. CM leidde tot minder drop-out tijdens de behandeling (29,4%) dan cognitieve gedragstherapie (CGT) (35,3%) en een behandeling waarin CGT gecombineerd werd met CM (44,5%). CM resulteerde in een hogere effectgrootte ($d = 0,58$) in vergelijking met CGT ($d = 0,28$) en terugvalpreventieprogramma's ($d = 0,32$). Twee onderzoeken waarin CGT en CM gecombineerd werden, resulteerden in de hoogste effectgrootte.

IMPLEMENTATIE

.....

In verschillende richtlijnen (APA, 2006; NICE, 2007; NICE, 2011; NvVP, 2013) wordt CM, naast motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, als bewezen effectieve interventie aanbevolen als *stand alone*-behandeling of als toevoeging aan een andersoortige behandeling van problematisch middelengebruik. Toch wordt Contingency Management nauwelijks in de praktijk toegepast. Waarom wordt CM zo slecht geïmplementeerd in het dagelijks professioneel handelen? Er kleven een aantal vooroordelen aan CM, die de implementatie van deze interventie belemmeren (DeFuentes-Merillas, 2009; Petry, 2012; Rudes et al., 2012).

Een eerste vooroordeel is dat het belonen van cliënten met geld of prijzen voor abstinente gedrag of therapietrouw onethisch of amoreel zou zijn. Zoals hierboven besproken is er echter inmiddels voldoende onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat CM (al dan niet toegevoegd aan een andere behandelingsstrategie) een effectieve behandeling is voor problematisch middelengebruik. Het is onethisch om cliënten een effectieve behandeling te onthouden.

Een ander bezwaar dat implementatie van CM in de weg staat, is dat CM een vorm van gokken is en dus niet geschikt als interventie bij problematisch middelengebruik. CM bevat inderdaad een kanselement. Echter, CM staat niet gelijk aan gokken. Gokken vereist een financiële of materiële inzet, en

het risico op verlies van deze inzet is groot. Bij CM zet de cliënt niets in en hij loopt geen enkel risico op verlies. De cliënt kan enkel geld of prijzen winnen. Daarnaast is er geen evidentie dat cliënten gedurende of na de behandeling met CM problemen ontwikkelen met pathologisch gokken (Petry & Alessi, 2010). Ook wordt vaak gedacht dat CM zorgt voor verschuiving in gebruik van middelen. Ook hiervoor is echter geen evidentie. Tot op heden is er geen enkele studie naar de effectiviteit van CM die een verschuiving in middelengebruik laat zien (Kadden, Litt, Kabela-Cormier, & Petry, 2009). Enkele studies laten juist zien dat het effect op het primaire middel van gebruik generaliseert naar andere middelen (Higgins et al., 2007).

Ook wordt vaak aangenomen dat cliënten de gewonnen prijzen verkopen en het geld vervolgens gebruiken om middelen te kopen. Voor de medisch-ethische toetsingscommissie is het betalen van geld voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek op zich geen reden om het onderzoeksvoorstel niet te honoreren, ook niet als het gaat om onderzoek waarbij problematisch middelengebruik centraal staat. Het komt zelden voor dat geld verkregen door deelname aan onderzoek wordt omgezet in middelen (Festinger et al., 2005). Bij cliënten bij wie het risico bestaat dat zij de gewonnen prijzen omzetten in geld voor middelen, lijkt een interventie gericht op verandering van middelengebruik op een zwaarder intensiteitsniveau geïndiceerd, bijvoorbeeld een (deeltijd) klinische behandeling.

Een ander bezwaar is dat CM de interne motivatie voor gedragsverandering zou reduceren, waardoor een verandering niet beklijft. Gedragsverandering kan in gang gezet worden door externe bekrachtigers. Na verloop van tijd wordt de gedragsverandering echter zelf een bekrachtiger, bijvoorbeeld abstinente gedrag of therapietrouw. Veel cliënten geven inderdaad aan dat de gedragsverandering in eerste instantie ingegeven werd door de prijzen die ze konden winnen. Na verloop van tijd werd het bijwonen van een behandingsbijeenkomst, of het minder of niet gebruiken van het primaire probleemmiddel, een op zichzelf staande positieve bekrachtiger. Onderzoek kan ook dit 'bezwaar' tegen het gebruik van CM niet bevestigen. Uit onderzoek waarin een psychosociale interventie vergeleken werd met CM toegevoegd aan een psychosociale interventie is geen verschil in interne motivatie voor verandering gebleken (Ledgerwood & Petry, 2006).

EEN PRAKTIJKVOORBEELD

.....

Inmiddels zijn er een aantal initiatieven in Nederland om CM te implementeren als standaardinterventie bij problematisch middelengebruik. Een van die initiatieven is genomen door het kwaliteitsproject 'Kwaliteit Forensische Zorg', geïnitieerd door, en breed gedragen in, de forensische zorg. Algemeen doel van dit kwaliteitsproject is het aanpakken van verschillende knelpunten in de behandeling vanuit justitieel kader. De *evidence-based* standaard-

behandeling voor problematisch middelengebruik in het ambulante forensische veld is een cognitief gedragstherapeutische interventie (de Wildt, 2001; SVG, 2009). Toch is er bij circa 50% van de behandelde cliënten sprake van terugval. Deze standaardbehandeling is dus voor verbetering vatbaar.

In het kader van dit project wordt een implementatiestudie uitgevoerd, die antwoord moet geven op de vraag wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn bij implementatie van CM in een ambulante behandeling voor problematisch middelengebruik bij cliënten die behandeld worden onder justitiële titel. Hiertoe is in twee instellingen een CM-interventie geïmplementeerd (Merkx, DeFuentes, Koeter, & Schippers, 2015) als toevoeging aan een cognitief gedragstherapeutische interventie (de Wildt, 2001; SVG, 2009).

Interventie

Hoe ziet deze CM-interventie eruit? De genoemde CM-interventie richt zich op twee doelgedragingen, namelijk (1) abstinente gedrag van het primaire middel van gebruik (en niet op een ander gebruikt middel) en (2) therapietrouw. De CM-procedure heeft dus enkel en alleen betrekking op het primaire probleemmiddel van gebruik. Een cliënt wordt beloond indien hij negatief test op het primaire probleemmiddel van gebruik. Alcoholgebruik wordt getest met behulp van een ademhalingsstest ('blaastest'), drugsgebruik wordt getest met een snelle urinecontrole ('urinetest'). Therapietrouw wordt geoperationaliseerd als aanwezigheid op de behandelafpraak. Therapietrouw heeft geen betrekking op het wel of niet aanwezig zijn op de urinecontrole.

Bekrachtigingsschema

Het bekrachtigingsschema bestaat uit de kans op het winnen van prijzen als de cliënt aanwezig is op een behandelafpraak en/of het primaire probleemmiddel niet heeft gebruikt. Op het moment dat de cliënt het doelgedrag vertoont, wordt hij daarvoor positief bekrachtigd. Naast sociale bekrachtiging door de therapeut, bestaat de positieve bekrachtiging uit de mogelijkheid tot het winnen van prijzen, die een bepaalde geldwaarde vertegenwoordigen, door het trekken van fiches uit de prijzenpot. Naarmate de cliënt het gewenste gedrag vaker vertoont, mag hij meerdere fiches trekken. Indien een cliënt tijdens één trekking meerdere fiches mag trekken, gebeurt dit zonder teruglegging. De kans op het winnen van een prijs tijdens een trekking waarbij de cliënt meerdere fiches mag trekken, neemt dus toe.

De toepassing van deze variabele-ratio-bekrachtiging van abstinentie op basis van prijzen is uitgebreid onderzocht en leverde een kostenreductie op van meer dan 50% ten opzichte van de eerdergenoemde voucherprocedure van Higgins et al. (2007). Een nog niet genoemde belemmerende factor voor implementatie zijn nu juist de veronderstelde financiële kosten. Deze wijze van bekrachtiging omzeilt deze belemmerende factor (Petty, 2000).

De prijzenpot bevat 500 fiches. Vijftig procent van de fiches vertegenwoordigen een geldwaarde. De geldwaarde varieert van € 2 tot maximaal € 100. Iets minder dan 35% procent van deze fiches (174 fiches) geven recht op een prijs met een waarde van € 2. Tien procent (50 fiches) geeft recht op een prijs van € 5. Vijf procent van de fiches vertegenwoordigt een waarde van € 20 (25 fiches) en de hoofdprijs is één fiche met een waarde van € 100. Op de fiches die geen geldwaarde vertegenwoordigen staat op de ene kant de tekst 'Goed gedaan' en op de ander kant 'Ga zo door'. De kleur van de tekst is groen, omdat deze kleur gekoppeld is aan 'doorgaan' (zoals bij een stoplicht).

De eerste keer dat een cliënt aanwezig is op de behandelaafspraak, mag hij één fiche trekken. Aanwezigheid op de daaropvolgende behandelaafspraak geeft het recht op het trekken van twee fiches. Aanwezigheid op de daaropvolgende behandelaafspraak geeft recht op het trekken van drie fiches, en zo door tot een maximum van vijf fiches. Als hij vijf of meer keren achtereenvolgend op de behandelaafspraak komt, mag hij elke keer maximaal vijf fiches trekken. Indien een cliënt een behandelaafspraak mist, wordt het bekrachtigingsschema op nul gezet. De eerstvolgende aanwezigheid wordt beloond met het trekken van opnieuw één fiche. In de priming-sessie mag cliënt fiches trekken totdat hij een fiche trekt dat hem recht geeft op een prijs.

Bij middelengebruik wordt hetzelfde beloningsprogramma gevolgd. Een eerste negatieve test op het primaire probleemmiddel wordt beloond met het trekken van één fiche. Een daaropvolgende negatieve test wordt beloond met het trekken van twee fiches, de daaropvolgende met drie fiches, tot een maximum van vijf fiches. Bij een positieve test op het primaire probleemmiddel heeft cliënt geen recht op het trekken van fiches. Bij de eerstvolgende negatieve urinetest of blaastest heeft de cliënt weer recht op het trekken van één fiche, en start het oplopende bekrachtigingsschema opnieuw. Een gemiste urinetest wordt gezien als een positieve urinetest. Bij de eerstvolgende negatieve urinetest of blaastest wordt het bekrachtigingsschema hervat. Het niet komen op een behandelaafspraak of een positieve test op het primaire probleemmiddel heeft geen consequenties voor de lopende behandeling, behalve dat de cliënt op dat moment geen fiches mag trekken.

De gewonnen bedragen kunnen meteen omgezet worden in prijzen, bijvoorbeeld huishoudelijke artikelen, kruidenierswaren, tijdschriften, cadeaubonnen, boekenbonnen, telefoonkaarten, sportschoolabonnementen, bioscoopbonnen, enzovoort. Ook kunnen de gewonnen bedragen opgespaard worden, waardoor de cliënt grotere prijzen kan winnen. De prijzen waarvoor de cliënt wil sparen, worden in de eerste zitting afgesproken. In de therapeutische context kan de cliënt spullen kopen via internet, die door de therapeut betaald worden. Mocht de cliënt de verdiende prijzen tegen middelen inruilen en deze middelen gebruiken, dan zal hij de volgende keer positief testen op middelengebruik.

Cliëntgerelateerde kosten afgezet tegen opbrengsten

Volgens de Tariefbeschikking Gespecialiseerde Geestelijke gezondheidszorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014) is het (maximale) basistarief van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) voor 'aan alcohol gebonden stoornissen' van 800-1799 minuten € 2213,61. Volgens diezelfde tariefbeschikking is het (maximale) basistarief van een DBC voor 'aan overige middelen gebonden stoornissen' van 800-1799 minuten € 2193,61. Op basis van deze tarieven blijken de directe kosten verbonden aan CM afhankelijk te zijn van gekozen doelgedrag. Indien abstinente gedrag gekozen wordt als doelgedrag, liggen de kosten hoger vanwege de kosten verbonden aan de middelencontrole. In de financieringssysteem van DBC liggen de kosten tussen de 5% en 10% van het (maximale) basistarief. Eenmalige kosten en implementatiekosten gerelateerd aan opleiding en scholing zijn niet in dit percentage opgenomen (Merkx et al., 2015).

Casus

Cliënt, een man van 32 jaar, is aangemeld vanwege een geweldsdelict. Een ruzie op zijn werk was ontaard in een vechtpartij. Voorafgaande aan dit geweldsdelict had cliënt al vaker buitensporig agressief gereageerd op collega's. Dit was echter beperkt gebleven tot verbale agressie. Naar aanleiding van dit incident is cliënt op staande voet ontslagen. Het slachtoffer heeft aangifte gedaan, en cliënt is veroordeeld tot een taakstraf en verplichte behandeling. Tijdens de intake bleek cliënt overmatig cocaïne te gebruiken. Cliënt gaf aan voorafgaande aan het geweldsdelict cocaïne gesnoven te hebben. Het gebruik werd gezien als een criminogene factor voor agressie, en behandeling voor middelengebruik was geïndiceerd. Cliënt was al vaker in behandeling geweest voor zijn cocaïnegebruik, maar met onvoldoende resultaat. De geïndiceerde behandeling bestond, naast een agressieregulatietraining, uit een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik (de Wildt, 2001), waaraan de Contingency Management-interventie was toegevoegd.

In de priming-sessie werd zowel de rationale van de CGT-behandeling als van de CM-interventie uitgelegd. Cliënt sprak zijn verwondering uit over het belonen van abstinente gedrag en het komen op de behandelafpraak. Ook vond hij het spannend. Hij stemde in met de behandeling en had ook geen bezwaar tegen urinecontroles. Hij zag dit als een soort stok achter de deur. Vervolgens mocht cliënt fiches trekken (priming). Na drie fiches trok hij een fiche met een geldwaarde van € 2, waar hij ter plekke snoepgoed voor kocht. In de eerste reguliere behandelingsbijeenkomst gaf cliënt aan dat hij graag wilde sparen voor keukengerei. Wat betreft therapietrouw zijn er in totaal 14 afspraken geweest, waarvan cliënt 10 maal is geweest.

Voor zijn afwezigheid had cliënt geen andere verklaring dan dat hij ‘andere dingen te doen had’.

Hij is gedurende de behandeling vier maal positief getest op cocaïne. De laatste drie bijeenkomsten testte hij negatief op cocaïne. Zijn gebruik is enkel tijdens de verschillende bijeenkomsten besproken, waar het werd gekoppeld aan het onderwerp dat in de betreffende bijeenkomst op het programma stond. Vooral het gebruik van alcohol bleek een hoge risicosituatie voor cocaïnegebruik. Hij is zijn alcoholgebruik ook gaan reduceren door situaties te vermijden waarin de kans op cocaïnegebruik groot was. In totaal heeft cliënt € 108 aan prijzen gewonnen. De eerste gewonnen € 5 heeft cliënt omgezet in twee pakken koffie. Voor de resterende € 103 heeft cliënt keukenspullen gekocht via internet. Deze spullen zijn door de therapeut besteld en betaald, en in een laatste afsluitende bijeenkomst aan cliënt uitgereikt. In tabel 1 staan zijn resultaten wat betreft therapietrouw, abtinent gedrag, het aantal fiches per doelgedrag en het gewonnen geldbedrag.

TABEL 1 Resultaten casus wat betreft therapietrouw, abtinent gedrag, het aantal fiches per doelgedrag en het gewonnen geldbedrag

Sessie	Aanwezig	Fiches	Bedrag	Urine	Fiches	Bedrag	Prijs
Priming	Ja	4	€ 2				Snoep-goed
1	Ja	1	€ 0	Positief	0	€ 0	
2	Ja	2	€ 5	Positief	0		Twee pakken koffie
3	Nee	0			0		
4	Ja	1	€ 20	Negatief	1	€ 2	Sparen
5	Nee	0			0		
6	Ja	1	€ 2	Negatief	2	€ 5	Sparen
7	Ja	2	€ 0	Positief	0	€ 0	Sparen
8	Ja	3	€ 7	Negatief	1	€ 20	Sparen
9	Nee	0			0		Sparen
10	Ja	1	€ 5	Negatief	1	€ 0	Sparen
11	Ja	2	€ 0	Positief	0		
12	Ja	3	€ 4	Negatief	1	€ 0	
13	Ja	4	€ 22	Negatief	2	€ 7	
14	Ja	5	€ 9	Negatief	3	€ 0	Sparen

CONCLUSIE

.....

CM is een effectieve behandeling voor middelenmisbruik. Kenmerkend voor behandeling van problematisch middelengebruik is frequente terugval en een hoge drop-out. Ongeveer de helft van cliënten die ambulant behandeld worden voor problematisch middelengebruik met cognitieve gedragstherapie is in staat om hun middelengebruik adequaat te reduceren. De andere helft is daartoe niet in staat (de Wildt et al., 2010; Merckx et al., 2013). CM lijkt met name een geschikte interventie voor cliënten die minder of niet profiteren van een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik. Het toevoegen van CM aan een CGT-behandeling kan juist het behandelresultaat positief beïnvloeden (García-Fernandez et al., 2011; Higgins et al., 2007). Ook bij cliënten met comorbide psychiatrisch stoornissen blijkt CM die gericht is op middelengebruik effectief als deze gecombineerd werd met andere interventies (Bellack, Bennett, Gearon, Brown, & Yang, 2006; DeFuentes-Merillas & Roozen, 2014).

PAUL M. G. EMMELKAMP is klinisch psycholoog/psychotherapeut en rector van het Netherlands Institute for Advanced Study (NIAS) te Wassenaar.

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.

LAURA DE FUENTES-MERILLAS is senior wetenschappelijk onderzoeker bij Novadic-Kentron, cognitief gedragstherapeut VGCT en psychotherapeut bij psychologenpraktijk DeFuentes, een vrijgevestigde ggz-praktijk te 's-Hertogenbosch.

Correspondentieadres: Paul Emmelkamp, Netherlands Institute for Advanced Study, Meijboomlaan 1, 2242 PR Wassenaar. E-mail: paul.emmelkamp@nias.knaw.nl

Summary Contingency management is a behavioural therapy method which is based on contingent reinforcement of specific appropriate behaviour. Contingency management is an effective method in the treatment of substance abuse. The treatment of substance abuse is often characterized by frequent relapse and drop-out. About half of the out-patients treated with cognitive behaviour therapy succeeds in successfully reducing their substance abuse. Contingency Management is particularly suited for patients who do not profit enough from cognitive behavioural procedures for substance abuse. Adding contingency management to a cognitive behavioural procedure can enhance treatment effectiveness. Contingency Management focussing on substance abuse is also effective with patients with comorbid psychiatric disorders when combined with other interventions.

Keywords: *contingency management, addiction, community reinforcement, operant conditioning*

Literatuur

- Alessi, S. M., Hanson, T., Wieners, M., & Petry, N. M. (2007). Low-cost contingency management in community clinics: Delivering incentives partially in group therapy. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 15, 293-300.
- Alessi, S. M., & Petry, N. M. (2013). A randomized study of cellphone technology to reinforce alcohol abstinence in the natural environment. *Addiction*, 108, 900-909.
- American Psychiatric Association (APA) (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (Second edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research & Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donahue, B., Besalel, V. A., Lapinski, K. J., Kogan, E. S., et al. (1994). Behavior therapy for drug abuse: A controlled treatment outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 857-866.
- Barnett, N. P., Tidey, J., Murphy, J. G., Swift, R., & Colby, S. M. (2011). Contingency management for alcohol use reduction: A pifche study using a transdermal alcohol sensor. *Drug and Alcohol Dependence*, 118, 391-399.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426-432.
- Benishke, L. A., Dugosh, K. L., Kirby, K. C., Matejkowski, J., Clements, N. T., Seymour, B. L., & Festinger, D. S. (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abuse: A meta-analysis. *Addiction*, 109, 1426-1436.
- Bickel, W. K., Amass, L., Higgins, S. T., Badger, G. J., & Esch, R. A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 803-810.
- Branson, C. E., Barbuti, A. M., Clemmey, P., Herman, L., & Bhutia, P. (2012). *American Journal of Addicton*, 21, 126-129.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., ... Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 955-966.
- Carroll, K. M., Nich, C., LaPaglia, D. M., Peters, E. N., Easton, C. J., & Petry, N. M. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: Less can be more, more or less. *Addiction*, 9, 1650-1659.
- Corby, E. A., Roll, J. M., Ledgerwood, D. M., & Schuster, C. R. (2000). Contingency management interventions for treating the substance abuse of adolescents: A feasibility study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 371-376.
- 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., Oudejans, S. C. C., Merks, M. J., Schippers, G. M., Koeter, M. W., & van den Brink, W. (2010). *Effectiveness of manual-based cognitive behavioural therapy in routine outpatient alcohol treatment*. Thesis Universiteit van Amsterdam, AMC.
- DeFuentes-Merillas, L. (2009). Belonen is effectief: Is het ethisch het dan niet toe te passen? *PsychoPraktijk*, 1, 25-28.
- DeFuentes-Merillas, L., & de Jong,

- C. A. J. (2008). *Is belonen effectief? Community Reinforcement Approach + Vouchers: Resultaten van een gerandomiseerde, multicenter studie*. Nijmegen: NISPA.
- DeFuentes-Merillas, L., & Roozen, H. (2014). Community Reinforcement Approach en Contingency Management. In G. M. Schippers, M. Smeerdijk & M. J. M. Merkx, *Handboek cognitieve gedragstherapie bij stoornissen in het gebruik van middelen en gedragsverslaving* (pp. 377-393). Utrecht: Resultaten Scoren, Perceptief Uitgeverijen.
- DeFulio, A., Donlin, W. D., Wong, C. J., & Silverman K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: A randomized controlled trial. *Addiction*, 104, 1530-1538.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- Festinger, D. S., Dugosh, K. L., Kirby, K. C., & Seymour, B. L. (2014). Contingency management for cocaine treatment: Cash vs. vouchers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 168-174.
- Festinger, D. S., Marlowe, D. B., Croft, J. R., Dugosh, K. L., Mastro, N. K., Lee, P. A., Dematteo, D. S., & Patapis, N. S. (2005). Do research payments precipitate drug use or coerce participation? *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 275-281.
- García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Alvarez-Lopez, H., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J., & Fernandez-Artamendi, S. (2011a). Individual characteristics and response to Contingency Management treatment for cocaine addiction. *Psicothema*, 23, 114-118.
- García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Peña-Suárez, E., & Sánchez-Hervás, E. (2013). Contingency management improves outcomes in cocaine-dependent outpatients with depressive symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21, 482-489.
- García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J. R., & Higgins, S. T. (2011b). Adding voucher-based incentives to community reinforcement approach improves outcomes during treatment for cocaine dependence. *The American Journal on Addictions*, 20, 456-461.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., Passetti, L. L., & Petry, N. M. (2014). A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 40-51.
- Gruber, K., Chutuape, M. A., & Stitzer, M. L. (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: A short-term evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 211-223.
- Hagedorn, H. J., Noorbaloochi, S., Simon, A. B., Bangerter, B., Stitzer, M. L., Stetler, C. B., & Kivlahan, D. (2013). Rewarding early abstinence in Veterans Health Administration addiction clinics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 109-117.
- Higgins, S. T., Silverman, K., & Heil, S. H. (2007). *Contingency management in substance abuse*. New York: Guilford Publications.
- Higgins, S. T., & Wong, C. J. (1998). Treating cocaine abuse: What does research tell us? In S. T. Higgins & J. L. Katz (Eds.), *Cocaine abuse: Behavior, pharmacology, and clinical applications* (pp. 343-361). New York: Academic.

- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Ogden, D. E. H., & Dantona, D. L. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Iguchi, M. Y., Lamb, R. J., Belding, M. A., Platt, J. J., Husband, S. D., & Morral, A. R. (1996). Contingent reinforcement of group participation versus abstinence in a methadone maintenance program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 1-7.
- Jones, H. E., Haug, N. A., Silverman, K., Stitzer, M. L., & Svikis, D. S. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 297-306.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1220-1236.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Increased drinking in a trial of treatments for marijuana dependence: Substance substitution? *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 168-171.
- Kamon, J., Budney, A., & Stanger, S. (2005). A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 513-521.
- Koffarnus, M. N., Wong, C. J., Diemer, K., Needham, M., Hampton, J., Fingerhood, M., ... Silverman, S. (2011). A randomized clinical trial of a therapeutic workplace for chronically unemployed, homeless, alcohol-dependent adults. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 561-569.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J., & Platt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 761-767.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). Does contingency management affect motivation to change substance use? *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 65-72.
- Lewis, M. W., & Petry, N. M. (2005). Contingency management treatments that reinforce completion of goal-related activities: Participation in family activities and its association with outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 267-271.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Petry, N. M. (2013). Behavioral treatment for marijuana dependence: Randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addictive Behaviors*, 38, 1764-1775.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- McDonell, M. G., Howell, H., McPherson, S., Cameron, J. M., Srebnik, D., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2012). Voucher-based reinforcement for alcohol abstinence using the ethyl-glucuronide alcohol biomarker. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45, 161-165.
- Merx, M. J. M., DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2015). *Bruikbaarheid en toepasbaarheid van Contingency Management gecombineerd met een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor middelengebruik in de reguliere ambulante forensische zorg*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Merx, 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.

- 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*. National Collaborating Manchester: Centre for Mental Health.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg 2015* (kenmerk TB/CU-5074-02). Utrecht: NZA.
- Peck, J. A., Reback, C. J., Yang, X., Rotheram-Fuller, E., & Shoptaw, S. (2005). Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. *Journal of Urban Health*, 82(Suppl. 1), 100-108.
- Peirce, J. M., Petry, N. M., & Stitzer, M. L. (2006). Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment: A National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 201-208.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Petry, N. M. (2012). *Contingency Management for substance abuse treatment: A guide to implementing this evidence-based practice*. New York, NY: Routledge.
- Petry, N. M., & Alessi, S. M. (2010). Prize-based contingency management is efficacious in cocaine-abusing clients with and without recent gambling participation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 282-288.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., & Rash, C. J. (2013a). A randomized study of contingency management in cocaine-dependent patients with severe and persistent mental health disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 130, 234-237.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., & Rash, C. J. (2013b). Contingency management treatments decrease psychiatric symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 926-931.
- Petry, N. M., & Carroll, K. M. (2013). Contingency management is efficacious in opioid-dependent outpatients not maintained on agonist pharmacotherapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 1036-1043.
- Petry, N. M., & Martin, B. (2002). Low-cost contingency management for treating cocaine- and opioid abusing methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 398-405.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L., & Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes and they will come: Contingency management for the treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 250-257.
- Petry, N. M., Martin, B., & Simcic, F. (2005a). Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 354-359.
- Petry, N. M., Peirce, J. M., Stitzer, M. L., Blaine, J., Kellogg, S., Satterfield, F., ... Kolodner, K. (2005b). Effect of prize based incentives on outcomes in stim-

- ulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: A national drug abuse treatment clinical trials network study. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1148-1156.
- Petry, N. M., Tedford, J., & Martin, B. (2001). Reinforcing compliance with non-drug-related activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 33-44.
- Preston, K. L., Ubricht, A., Wong, C. J., & Epstein, D. H. (2001). Shaping cocaine abstinence by successive approximation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 643-654.
- Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., & Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101, 267-274.
- Roll, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M. L., Brecht, M. L., Peirce, J. M., McCann, J. M., ... Kellog, S. (2006). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1993-1999.
- Rudes, D. S., Taxman, F. S., Portillo, S., Murphy, A., Rhodes, A., Stitzer, M., ... Friedmann, P. D. (2012). Adding positive reinforcement in justice settings: Acceptability and feasibility. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 260-270.
- Schumacher, J. E., Milby, J. B., Wallace, D., Meehan, D. C., Kertesz, S., Vuchinich, R., Dunning, J., & Usdan, S. (2007). Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham homeless cocaine studies (1990-2006). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 823-828.
- Shoptaw, S., Huber, A., Peck, J., Yang, X., Liu, J., Dang, J., et al. (2006). Randomized, placebo controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 12-18.
- Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R., & Preston, K. L. (1996). Sustained cocaine abstinence, in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Silverman, K., Svikis, D. S., Wong, C. J., Hampton, J., Stitzer, M. L., & Bigelow, G. E. (2002). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: Three year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228-240.
- Silverman, K., Wong, C. J., Ubricht-Schneiter, A., Montoya, I. D., Schuster, C. R., & Preston, K. L. (1998). Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 811-824.
- Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J., & Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors*, 32, 1237-1251.
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en Arkin (2009). *Korte leefstijl-training voor justitiabelen*. Utrecht: SVG.
- Stitzer, M. L., Iguchi, M. Y., & Felch, L. J. (1992). Contingency take-home incentive: Effects on drug use of methadone maintenance patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 972-934.

Wang, L. R., Wei, X. L., Wang, X. L., Li, J. S., Li, H. X., & Jia, W. (2014). Long-term effects of methadone maintenance treatment with different psychosocial intervention models. *PLOS ONE*, 9, 2.

Weiss, L. M. & Petry, N. M. (2014). Sub-

stance abuse treatment patients with early onset cocaine use respond as well to contingency management interventions as those with later onset cocaine use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 146-150.

Gecomputeriseerde training van cognitieve processen bij problematisch middelengebruik

REINOUT W. WIERS & ELSKE SALEMINK

Samenvatting

Problematisch middelengebruik gaat vaak gepaard met diverse cognitieve vertekeningen (*cognitive biases*) in aandacht, geheugen en actietendensen. De laatste jaren zijn er diverse trainingen ontwikkeld die deze processen direct beïnvloeden (*Cognitive Bias Modification*, CBM). We bespreken de literatuur op dit gebied, en beargumenteren dat er met name voor alcoholverslaving behoorlijk wat evidentie is dat CBM een nuttige toevoeging kan zijn bij de gedragstherapeutische behandeling ervan. Deze interventies zijn online direct gratis beschikbaar voor behandelaars (en hun cliënten). Het lijkt aannemelijk dat CBM ook bij verslaving aan roken, cannabis en gokken een nuttige toevoeging kan zijn, maar is er nog weinig bewijs. Bewijs voor effectiviteit van CBM als losstaande interventie bij andere psychische problemen, met name bij angst en depressie, is controversieel en weinig onderzocht in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Naar dit laatste wordt momenteel onderzoek gedaan en geïnteresseerde behandelaars (en hun cliënten) kunnen hieraan meewerken.

Trefwoorden: problematisch middelengebruik, cognitieve vertekeningen, gecomputeriseerde training

INLEIDING

Menselijk gedrag in het algemeen en middelengebruik in het bijzonder wordt de laatste jaren steeds meer gezien als de uitkomst van een samenspel van verschillende processen: enerzijds automatisch in gang gezette ‘impulsieve’ processen, en anderzijds controlerende, op langetermijnuitskomsten gerichte ‘reflectieve’ processen (Stacy & Wiers, 2010; Strack & Deutsch,

2004). Volgens dergelijke modellen reageren we in eerste instantie vaak associatief, wat gevolgd wordt (als daarvoor nog tijd is) door een afweging van verdere consequenties van de eerste impuls.¹ Wanneer we een slang zien, trekt die de aandacht, en zonder dat we er verder over na hoeven te denken, springen we weg (of we ‘bevriezen’ in zeldzame gevallen). Op vergelijkbare wijze kan een zware drinker, roker of blower de neiging hebben om impulsief te reageren op een signaal dat de komst van alcohol, een sigaret of een joint aankondigt. De lichtreclame van een café houdt de aandacht vast (aandachtbias), kan zorgen voor allerlei associaties (automatisch geactiveerde geheugenassociaties: gezelligheid, goed gevoel), en kan de neiging activeren om naar het café toe te bewegen (actietendens). Bij een succesvol van de alcohol afgekickte cliënt zijn deze processen niet zonder risico en kunnen ze leiden tot terugval. De cognitieve trainingen (varianten van Cognitive Bias Modification ofwel CBM-paradigma’s) die in dit artikel besproken worden, zijn erop gericht deze processen direct te beïnvloeden, door middel van herhaalde gecomputeriseerde trainingen. Dit blijkt een deel van de alcoholverslaafde cliënten te helpen om abstinente te blijven, zelfs op lange termijn (gerepliceerd effect op terugval een jaar na beëindiging van de therapie: Eberl et al., 2013; Wiers, Eberl, Rinck, Becker, & Lindenmeyer, 2011). Het is wel belangrijk om te bedenken dat alle succesvolle studies naar CBM bij verslaving toevoegingen waren aan standaard therapie (in het algemeen een combinatie van CGT en motiverende gespreksvoering).

ACHTERGROND: VERKLARINGSMODEL

.....

Er zijn drie lijnen van evidentie die hebben laten zien dat relatief automatische processen belangrijk zijn bij problematisch middelengebruik. De eerste lijn betreft studies die zowel impulsieve (in de zin van automatisch geactiveerde) als reflectieve processen gebruikten om problematisch middelengebruik te voorspellen. Deze studies hebben laten zien dat beide typen processen bijdragen aan de voorspelling van problematisch middelengebruik (in vaktermen: beide verklaren unieke variantie; voor een meta-analyse, zie: Rooke, Hine, & Thorsteinsson, 2008). Dit wil zeggen dat het interessant is om een computertaakje af te nemen waarmee men bijvoorbeeld automati-

- 1 Merk op dat de huidige diervormen van verslaving hier verschillende processen aan koppelen: automatisch geactiveerde appetitieve responsen op geconditioneerde stimuli (Robinson & Berridge, 2003), of operant geconditioneerde reacties, in de zin van sterk gewoontegedrag, die zelfs optreden wanneer er van een beloning geen sprake meer is (Everitt, Dickinson, & Robbins, 2001). De hier besproken maten bij mensen kunnen door beide processen (of een combinatie) veroorzaakt worden (voor een uitgebreide discussie, zie: Stacy & Wiers, 2010).

sche associaties met alcohol meet, want dat geeft andere informatie dan wat iemand vertelt of op een vragenlijst invult. De tweede lijn van onderzoek relateert individuele verschillen aan de mate waarin impulsieve en reflectieve processen middelengebruik voorspellen, zoals individuele verschillen in cognitieve controleprocessen (ook wel executieve functies genoemd)². Wat blijkt? De meer impulsieve processen verklaren problematisch middelengebruik relatief goed bij mensen met relatief zwakke cognitieve controlefuncties. De meer reflectieve overwegingen voorspellen juist goed bij mensen met relatief sterke cognitieve controlefuncties (voor een overzicht, zie: Wiers, Gladwin, Hofmann, Salemink, & Ridderinkhof, 2013; voor een vergelijkbare bevinding bij angst, zie: Salemink & Wiers, 2012).³ Dit is belangrijk, omdat het aangeeft dat het beïnvloeden van rationele argumenten om te drinken (of te blowen of te roken) vooral een goede strategie is bij mensen met goede cognitieve controle, die vaak ook beter opgeleid zijn en in een hogere sociale klasse zitten. Bij mensen met zwakkere cognitieve controlefuncties is de invloed van dergelijke overwegingen op het daadwerkelijke gedrag minder sterk en zou het dus therapeutisch zinvol kunnen zijn om de meer impulsieve processen te beïnvloeden. En het goede nieuws is dat dit tegenwoordig kan, met gemakkelijk toegankelijke computerprogramma's via internet, zoals hieronder beschreven. Het gerelateerde onderzoek is meteen de derde lijn van evidentie: wanneer men impulsieve processen direct kan beïnvloeden, en dit effect blijkt te hebben op de behandeluitkomst, dan moeten deze processen wel een rol spelen bij het in stand houden van het probleem.

COGNITIEVE TRAININGEN BIJ PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK

.....

Vanuit het idee dat het samenspel tussen impulsieve en reflectieve processen verstoord is bij verslaving en veel ander probleemgedrag, kan men in principe twee strategieën hanteren om dit te beïnvloeden: de impulsieve processen die het probleem in stand houden direct beïnvloeden of de con-

- 2 Executieve of cognitieve controlefuncties zijn functies die van belang zijn bij het reguleren van het gedrag in relatie tot doelen van het individu. Er worden diverse functies onderscheiden, zoals plannen, het adaptief schakelen (*shifting*) en het onderdrukken van interfererende informatie of antwoordneigingen. Hoewel onderzoekers lang de nadruk legden op de verschillende controlefuncties, wordt de laatste tijd de eenheid ervan benadrukt, waarbij werkgeheugen vaak als centrale executieve controlefunctie wordt beschouwd (voor meer informatie, zie: Wiers et al., 2013).
- 3 Er is ook nog een gerelateerde lijn van onderzoek naar de relatieve invloed van impulsieve en reflectieve processen onder invloed van manipulaties van de omgeving. Daaruit blijkt dat de invloed van impulsieve processen sterker is wanneer mensen vermoeid of gestrest zijn, of wanneer ze gedronken hebben.

tolererende processen versterken. Dat laatste wordt bijvoorbeeld gedaan bij ADHD en is ook getest bij verslaving, met voorzichtige eerste successen (zie bijvoorbeeld: Houben, Wiers, & Jansen, 2011; zie verder: Wiers et al., 2013). Dit type training vereist echter veel sessies (minstens 25) en is daarom minder gemakkelijk in de praktijk te implementeren. Daarom bespreken we deze techniek hier verder niet. We concentreren ons op de directe beïnvloeding van de impulsieve processen. Hierbij worden in het algemeen drie soorten processen onderscheiden: aandachtbias, geheugenassociaties en een automatisch in gang gezette actietendens (toenadering tot het middel of een geconditioneerde stimulus bij verslaving, verwijdering bij angst). We concentreren ons hieronder op de beïnvloeding van aandachtsprocessen en actietendensen, omdat die succesvol toegepast zijn bij patiënten met een alcoholverslaving.

Aandachtstraining

Aandachtstraining is als eerste ontwikkeld in het domein van angst, en in diverse studies in dat domein succesvol toegepast, met eerste klinisch veelbelovende resultaten veelal in kleine studies met klinische groepen. Recentere studies, veelal grote studies via internet, zijn echter minder succesvol geweest. Daarbij valt op dat in de studies waarin geen klinisch relevante resultaten werden geboekt het vrijwel altijd ook niet gelukt was de aandachtbias succesvol te beïnvloeden (voor een recent overzicht, zie: Clarke, Notebaert, & MacLeod, 2014). Het idee achter dergelijke paradigma's, waarin selectieve aandacht getraind wordt, is eenvoudig: men neemt een taak die gebruikt wordt om het cognitieve proces te meten en vervolgens verandert men de contingenties (de samenhang tussen relevante stimuli en het signaal waarop een deelnemer moet reageren). Dit klinkt abstract, maar een voorbeeld zal het duidelijk maken. Bij selectieve aandacht wordt veel gebruikgemaakt van de zogenoemde 'visuele-probe-taak' om een aandachtbias te meten. In deze taak worden steeds twee stimuli tegelijk aangeboden op een computerscherm. In het geval van alcohol zijn dat bijvoorbeeld een plaatje van een glas bier en een van een glas thee. Vervolgens verschijnt er op de plek van een van de twee stimuli een signaal (probe) waar de proefpersoon op moet reageren, bijvoorbeeld een pijltje waarvan de deelnemer aan moet geven of het naar boven of naar beneden wijst. Dat zware drinkers een aandachtbias hebben voor alcohol blijkt uit de bevinding dat zij gemiddeld genomen iets sneller reageren wanneer het pijltje op de plek van het bier verschijnt dan wanneer het op de plek van de thee verschijnt. Uit oogbewegingen blijkt dat het voor zware drinkers met name moeilijk is om te reageren wanneer het pijltje op de plek van het non-alcoholische drankje verschijnt. In veel gevallen is hun aandacht dan op de andere plek (die van de alcohol) en dan kost het moeite om daar vandaan te bewegen (Wiers et al., 2013).

In een trainingsversie van de taak wordt de contingentie veranderd: nu verschijnt de pijl relatief vaak (bijvoorbeeld in 90% van de gevallen) op de plek waar even daarvoor geen alcohol te zien was. Ongemerkt wordt de zware drinker zo getraind om zijn of haar aandacht van de alcohol af te richten. Deze methode is ontwikkeld bij angst (MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy, & Holker, 2002) en daarna met wisselend succes toegepast bij angstproblemen. Daarbij valt op dat vrijwel alle studies die erin slagen de aandachtbias te veranderen, ook klinisch relevante effecten laten zien, terwijl de studies waarin de manipulatie niet succesvol is, geen klinisch relevante effecten laten zien (Clarke et al., 2014; zie de tabel in de online appendix bij dat artikel). Zou dit ook bij alcohol werken? Een belangrijk verschil is natuurlijk de richting van de automatische reactie: die is bij angst verwijdering en bij middelengebruik toenadering. De eerste studies onderzochten een eenmalige beïnvloeding met aandachtstraining. De resultaten waren eenduidig, en een combinatie van succes en teleurstelling. Het goede nieuws was dat de aandacht succesvol weggetraind bleek te kunnen worden van de middelenrelateerde stimuli. Het slechte nieuws was dat dit effect niet generaliseerde naar plaatjes die niet in de training opgenomen waren, noch naar middelengebruik, een patroon dat zowel gevonden werd voor alcohol als voor roken (Wiers et al., 2013).

Meer hoopgevend zijn de eerste resultaten van *herhaalde* aandachtstraining. Fadardi en Cox (2009) ontwikkelden een aandachttrainingsprogramma op basis van de alcohol-Stroop-taak. In de meetversie van de alcohol-Stroop-taak worden alcoholwoorden en controlewoorden aangeboden in een bepaalde kleur, waarbij de deelnemers de kleur van ieder woord dienen te benoemen. Zware drinkers zijn trager in het benoemen van de kleur van de alcoholwoorden vergeleken met de controlewoorden (Fadardi & Cox, 2009). In de trainingsversie krijgen deelnemers bijvoorbeeld twee plaatjes van flessen te zien: één van een alcoholische en één van een niet-alcoholische drank. Deelnemers moeten zo snel mogelijk de kleur van een lijntje om de niet-alcoholische fles aangeven en de alcoholische fles negeren. Een *baseline* gecontroleerde studie (zonder controlegroep) wees uit dat probleemdrinkers na deze training minder gingen drinken ten opzichte van de (herhaalde) baseline, en dat deze vermindering drie maanden stand hield (Fadardi & Cox, 2009). Probleem van een dergelijke opzet is natuurlijk dat men niet weet in hoeverre de effecten echt aan de aandachtstraining lagen, of dat elke vorm van aandacht voor overmatig drinken al helpt. In een gerandomiseerd gecontroleerd experiment (*randomized controlled trial*, RCT) wordt daarop wel gecontroleerd. In de eerste RCT van herhaalde aandachtstraining, op basis van de eerdergenoemde visuele-probe-taak bij alcoholafhankelijke patiënten (uitgevoerd in verschillende Nederlandse verslavingszorginstellingen), vonden we dat de patiënten in de experimentele trainingsconditie na vijf sessies hadden geleerd hun aandacht automatisch weg te sturen van de alcoholgerelateerde plaatjes. Dit gold zowel voor getrainde als voor niet-getrainde plaatjes

(Schoenmakers et al., 2010). Na meerdere sessies generaliseerden de effecten op aandacht dus wel. Verder bleken deze patiënten sneller succesvol ontslagen te worden van de behandeling door behandelaars die niet op de hoogte waren van de conditie waarin de patiënten zaten dan de patiënten uit de controleconditie (die een neptraining deden met dezelfde plaatjes). Patiënten in de experimentele conditie vielen ook gemiddeld genomen een maand later terug. Hoewel deze resultaten veelbelovend zijn, is replicatie belangrijk, ook al omdat het om een relatief kleine groep patiënten ging. In een recente (op het moment van schrijven van dit artikel nog ongepubliceerde) studie met een vergelijkbare variant van aandachtstraining voor rokers (via internet), werden ook bemoedigende resultaten gevonden. Zware rokers hadden baat bij de training: er waren aanwijzingen voor een afname in aandachtbias en een grotere kans op abstinentie na een half jaar (Elfeddali, 2013).

Actietendenstraining

Een tweede impulsief proces dat getraind kan worden is de automatisch geactiveerde actietendens om aantrekkelijke dingen te benaderen (Robinson & Berridge, 2003). Met diverse taken en voor diverse middelen is gevonden dat middelengebruik samenhangt met deze neiging (Wiers et al., 2013). In de alcohol-AAT (*approach avoidance task*) reageert de deelnemer op een kenmerk van een plaatje dat ongerelateerd is aan de inhoud. Zo leert een proefpersoon dat op liggende plaatjes (*landscape*) altijd gereageerd moet worden met het naar zich toe trekken van een joystick. Wanneer de proefpersoon dat doet, wordt het plaatje groter op het scherm (het *zoom*-effect). Andere plaatjes (in dit voorbeeld in *portrait*-formaat, oftewel rechtopstaand) moeten juist weggeduwd worden (en bij wegdrukken van de joystick wordt het plaatje kleiner). Bij deze taak bleken zware drinkers alcoholplaatjes in landscape-formaat sneller naar zich toe te bewegen dan alcoholplaatjes in portrait-formaat van zich af, en dat gold met name voor zware drinkers met een risico-gen, het zogeheten OPRM1-gen (Wiers, Rinck, Dictus, & van den Wildenberg, 2009). Dit verschil werd niet gevonden voor algemeen positieve of algemeen negatieve plaatjes. Een variant van deze taak met cannabis bleek een goede voorspeller van de toename in cannabisgebruik in het half jaar na de meting bij zware blowers (Cousijn, Goudriaan, & Wiers, 2011).

In vervolgonderzoek ontwikkelden we een trainingsversie van deze taak (Wiers, Rinck, Kordts, Houben, & Strack, 2010). Omdat deelnemers in deze taak reageerden op een kenmerk dat losstaat van de inhoud van de plaatjes (het formaat waarin de plaatjes aangeboden werden bepaalt de handeling) konden we hier dezelfde strategie toepassen als bij aandachtstraining: de relatieve hoeveelheid van een type plaatje dat geduwd of getrokken diende te worden, werd ongemerkt veranderd. In een eerste studie bij studenten manipuleerden we de actietendens in twee richtingen: een deel van de studenten moest na verloop van tijd alcoholplaatjes vooral naar zich toe trekken (en

non-alcoholische drankjes wegduwen) en een ander deel van de studenten moest alcoholplaatjes juist vaak wegduwen (en non-alcoholische drankjes naar zich toe trekken) (Wiers et al., 2010). Opmerkelijk genoeg leidde deze enkele sessie van beïnvloeden al meteen tot gegeneraliseerde resultaten, wat dus met een enkele sessie aandachtstraining bij middelen nooit gevonden is. Effecten werden zowel gevonden op de actietendensen als op drinkgedrag direct na afloop: de zwaar drinkende studenten van wie de actietendensen succesvol beïnvloed waren in de alcohol-wegduwen-conditie dronken minder bier tijdens een bierproefsessie na afloop dan de zwaar drinkende studenten die succesvol beïnvloed waren en juist veel bierplaatjes naar zich toe hadden getrokken.

Op basis van deze veelbelovende resultaten is deze nieuwe methode toegepast bij alcoholafhankelijke patiënten. In een eerste studie gaven we patiënten vier sessies actietendenstraining (in twee varianten: ofwel met de expliciete instructie om alcohol weg te duwen, ofwel met een indirecte instructie om plaatjes in een bepaald formaat weg te duwen; dit bleek voor de resultaten niet uit te maken) en we vergeleken de resultaten met twee soorten controlegroepen (een groep die helemaal niets deed, en een groep die de alcoholplaatjes even vaak bleef duwen als trekken, zoals tijdens de meetversie van de taak; ook dit bleek niets uit te maken). Aangezien de twee varianten van de training, en ook de twee varianten van de controlegroep, niet van elkaar verschilden, werden de resultaten vereenvoudigd door de twee varianten samen te nemen en één (gecombineerde) trainingsconditie en één (gecombineerde) controleconditie te vergelijken. Na vier sessies training bleek er een gegeneraliseerde neiging ontstaan te zijn om alcoholplaatjes weg te duwen. Dat generalisatie plaatsvond, bleek onder andere uit een veranderde neiging in de corresponderende geheugenassociaties, die was gemeten met een Impliciete Associatie Taak (IAT). Vóór de training sorteerden deelnemers alcoholwoorden sneller met toenaderingswoorden (zoals 'grijpen') dan met verwijderingswoorden (zoals 'weggaan'), na de training was dit alleen in de experimentele groep omgedraaid. Het klinisch meest relevante resultaat was dat de trainingsgroep een jaar later 13% minder kans bleek te hebben op terugval, na controle voor allerlei andere voorspellers (geslacht, leeftijd, andere psychopathologie en middelengebruik-gerelateerde variabelen; Wiers et al., 2011).

In een recente replicatiestudie werd het klinische effect gerepliceerd (in dit geval bijna 10% minder terugval een jaar later) en dit effect werd gemedieerd door de veranderde actietendensen voor alcohol (Eberl et al., 2013). Deze studie bevestigde dat het mechanisme dat zorgt voor een verminderde kans op terugval inderdaad de verandering in automatische actietendensen op alcohol was: hoe meer de neiging om alcohol weg te duwen was versterkt, des te kleiner de kans op terugval. Er was ook sprake van statistische moderatie: patiënten met een sterke toenaderingsneiging bleken het meeste baat te hebben bij deze training als aanvulling op hun CGT. Daarnaast bleek dat

oudere patiënten het meeste profiteren van de training. Deze laatste bevinding kan ook duiden op een sterker trainingseffect voor mensen met relatief zwakke executieve functies (die negatief samenhangen met leeftijd). Hoewel deze resultaten veelbelovend zijn, moet er wel bij vermeld worden dat de grootte van het effect niet heel sterk was. Dit kan erop wijzen dat de training niet voor iedereen even goed werkt en dat er subgroepen zijn waarbij de training juist wel werkt (cliënten met een sterke automatische actietendens om alcohol te benaderen). Omdat dezelfde automatische actietendens ook gevonden is bij andere middelen (roken, cannabis), wordt deze training daar nu ook uitgetest.

In een recente studie (Wiers et al., 2015) werden aandachtstraining en verschillende vormen van actietendenstraining voor alcohol vergeleken met controle- of placebotraining. Anders dan in de eerder besproken klinische studies, ging het hier om cognitieve training als zelfhulpinstrument voor mensen die op zoek waren naar een online behandeling voor overmatig drinken. In deze studie gingen alle groepen minder drinken: de mensen in de aandachtstrainingsconditie (de alcohol-Stroop gebaseerde aandachtstraining; Fadardi & Cox, 2009), die in de actietendens-trainingscondities en die in de placebo-trainingsconditie, die alcoholplaatjes even vaak moesten trekken als duwen. Er zijn twee belangrijke verschillen tussen deze studie en de eerdere klinische studies (Eberl et al., 2013; Schoenmakers et al., 2010; Wiers et al., 2011). Ten eerste ging het hier om probleemdrinkers die wilden minderen. Vrijwel niemand wilde helemaal stoppen met drinken, terwijl de patiënten in de kliniek allemaal in een abstinentiegeoriënteerde programma zaten. Ten tweede kregen de deelnemers aan de online training alleen de training, terwijl de patiënten de training kregen naast *face-to-face* therapie (CGT en motiverende gespreksvoering). Tegelijkertijd was deze vorm van online zelfhulp weliswaar niet differentieel effectief (mensen in de placeboconditie verminderten hun drankgebruik net zo goed als mensen in de echte trainingscondities), maar wel effectief in het verminderen van overmatig drankgebruik. Overigens wordt bij onderzoek naar een recent ontwikkeld medicijn dat erop gericht is om overmatig drankgebruik te minderen zonder helemaal te stoppen (nalmeleen) ook een sterke afname gevonden voor zowel het echte medicijn als de placebo (maar wel een iets sterker effect voor het echte medicijn). Kennelijk lukt het veel mensen die overmatig drinken om minder te gaan drinken op het moment dat ze zelf besloten hebben verandering aan te brengen in hun middelengebruik, al dan niet geholpen door een korte interventie (of bijvoorbeeld een welgemeend advies van de huisarts). Dat kan ook met een korte CGT-interventie, *face-to-face* of via het internet (voor een meta-analyse hierover, zie: Riper et al., 2014). Om deze reden hebben we een korte, op CGT gebaseerde zelfhulpmodule aan de huidige online zelfhulp-trainingen toegevoegd.

PRAKTIJK: COGNITIEVE TRAININGEN NAAST REGULIERE BEHANDELING

.....

179

Cognitieve trainingen zijn dus een veelbelovende toevoeging aan het interventieaanbod. Ze zouden ingezet kunnen worden als eerste stap in een *stepped-care* model, gezien de beperkte inspanning voor de cliënt (een paar korte sessies bias-hertraining is genoeg), beperkte emotionele belasting voor cliënt (de trainingen zijn wellicht vrij saai, maar niet vervelend of intrusief), de beperkte kosten en het feit dat de trainingen gemakkelijk thuis via internet uitgevoerd kunnen worden (Wiers et al., 2013). Dit biedt verschillende mogelijkheden: de training kan parallel aan de behandeling gedaan worden of (bij een wachtlijst bijvoorbeeld) voorafgaand aan de face-to-face behandeling.

Het is nu mogelijk om een gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik te ondersteunen met een training van specifieke cognitieve processen, zoals een hertraining van aandachtbias of een actiendensbias. Met het ADAPT-lab (Addiction Development and Psychopathology) bieden we deze trainingen nu (kosteloos) online aan. Er is zowel een zelfhulpvariant, voor mensen die zelf iets willen doen aan hun middelengebruik, angstklachten of depressieve klachten, als een portaal voor therapeuten. Hier kan een therapeut een cliënt opgeven voor de online training, als toevoeging aan de face-to-face behandeling voor het problematisch middelengebruik.

Op het moment dat cliënt geïnteresseerd lijkt, is het belangrijk dat cliënt er vervolgens voor gemotiveerd wordt. Een deel van de rationale en uitleg over de trainingen wordt in het computerprogramma aan de cliënt gegeven (zie appendix voor de rationale die de cliënt te zien krijgt). Het is voor de behandelaar vooral zaak de algemene rationale op motiverende wijze voor het voetlicht te brengen. In het domein van angst is ook gebleken dat de resultaten die behaald worden met dergelijke cognitieve trainingen beter zijn als de rationale geloofwaardig wordt uitgelegd (Beard, Weisberg, & Primack, 2011). Het is dus op dit moment zaak om de cliënten het nut van aanvullende cognitieve trainingen duidelijk te maken (in het online portaal voor therapeuten is een protocol beschikbaar). De training kan bijvoorbeeld geïntroduceerd worden als uit de diagnose blijkt dat de cliënt vaak toch weer valt voor de drank, hoewel de nadelen van dit gedrag duidelijk zijn. Zij kan dan aan middelenregistratie en zelfcontrolemaatregelen gekoppeld worden. Ook wanneer er aanwijzingen zijn dat de cliënt vaak gebruikt 'op de automatische piloot' of dat een aandachtbias of een toenaderingsneiging een rol speelt bij het probleem, lijkt het verstandig om training voor te stellen naast een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik. Een sterke zucht om te gebruiken in een bepaalde context kan een aanwijzing zijn, evenals het steeds weer gebruiken ondanks goede rationele voornemens om te stoppen.

Hierbij is het goed om aan de cliënt uit te leggen dat bij problematisch middelengebruik, net als bij veel ander gedrag, zowel meer bewuste, rationele overwegingen een rol spelen, als meer onbewuste, automatisch in gang gezette processen. De invloed van onbewuste processen kan bijvoorbeeld duidelijk gemaakt worden met de metafoor van de ruiter en het paard (Wiers, 2013), waarbij onderzocht kan worden of de cliënt zich hierin herkent. Onbewuste processen blijken niet te veranderen door praten en goede voornemens alleen, maar wel door cognitieve trainingen (voor de resultaten van de diverse klinische studies, zie: Eberl et al., 2013; Schoenmakers et al., 2010; Wiers et al., 2011). Het idee achter de training is dat een paard dat snel op hol slaat alleen getemd kan worden door veel te trainen. Het is belangrijk om de rationale achter regelmatig trainen goed uit te leggen en de cliënt te motiveren, want de trainingen kunnen na verloop van tijd nogal saai worden. Een metafoor die we wel gebruiken bij de uitleg is die van trainen in een sportschool: de cliënt zal het in eerste instantie vermoeiend vinden om veel te trainen (en misschien wel saai), maar trainen helpt op de lange termijn. In dezelfde metafoor kan ook uitgelegd worden waarom het nuttig is om verschillende trainingen te doen: dat is in de sportschool ook beter dan steeds maar op één en hetzelfde apparaat te trainen. Overigens is het goed om cliënten aan te moedigen om ook daadwerkelijk fysiek te gaan sporten, naast de behandeling en/of de cognitieve trainingen. Sporten versterkt de zelfcontrole en er is zelfs evidentie dat fysiek trainen bij rokers ook de aandachtbias voor sigaretten kan verminderen (van Rensburg, Taylor, & Hodgson, 2009).

In de trainingen wordt veel herhaald, wat nog eens onderstreept dat de trainingen een aanvulling vormen op de gangbare behandeling: geen therapeut wordt er blij van een cliënt honderden keren een glas alcohol te laten wegduwen (een effectieve aandachtstraining zou zonder computer moeilijk te realiseren zijn). Het is dus belangrijk om de langetermijndoelen van abstinentie (of minderen) in de behandeling helder te krijgen. En indien die doelen steeds niet gerealiseerd worden, dan kunnen de cognitieve trainingen mogelijk een nuttig middel zijn op de momenten waarop de verleiding groot is. Op neurocognitief niveau lijken de cognitieve trainingen de cliënt extra tijd te geven op momenten van verleiding, omdat de automatische eerste reactie niet langer vanzelfsprekend het gedrag bepaalt (Wiers et al., 2013). Omdat de training lijkt te leiden tot meer tijd voor reflectie, zouden langetermijndoelen beter meegewogen kunnen worden in de beslissingen op momenten dat de verleiding groot is om weer te gaan gebruiken.

Voor therapeuten die een protocol volgen dat begint met motiverende gespreksvoering, gevolgd door cognitieve gedragstraining, lijkt het een goed idee om de mogelijkheid en rationale van online ondersteuning van de therapie in het eerste gesprek aan te kaarten. Indien de cliënt interesse heeft, verdient het aanbeveling om in de tweede sessie samen een start met het online trainingsprogramma te maken, om eventuele drempelvrees meteen te overwinnen. Dit kan kort, bijvoorbeeld door het zenden van de link naar de

cliënt om de taak verder thuis af te maken. De therapeut dient de cliënt aan te melden en een kort vragenlijstje in te vullen. Indien de cliënt inderdaad gaat trainen naast de behandeling, is het goed om de ervaringen en voortgang steeds even kort op de agenda te zetten tijdens de gesprekken. De therapeut krijgt de mogelijkheid om op de hoogte gehouden te worden van de vorderingen met de cognitieve trainingen van de cliënt en krijgt feedback over door de cliënt gerapporteerde ernst van de verslavingsproblematiek tijdens de voor- en nameting.

Een laatste belangrijke vraag voor de klinische praktijk is die naar moderatie: Kunnen we voorspellen voor wie welke training het beste werkt? Er zijn inmiddels een aantal voorbeelden van moderatie: werkgeheugentraining bleek vooral mensen te helpen met sterke automatisch geactiveerde alcoholassociaties (Houben et al., 2011) en het trainen van actietendensen bleek vooral mensen te helpen die een sterke toenaderingsbias voor alcohol hadden (Eberl et al., 2013). Het ligt dus voor de hand de automatische processen van tevoren te meten en daar een behandelplan op af te stemmen. Het probleem is alleen dat dergelijke maten niet betrouwbaar zijn op individueel niveau. We kunnen dus (nog) niet op individueel niveau behandel-effectiviteit voorspellen, maar op groepsniveau blijken tamelijk veel mensen baat te hebben bij de training: voor zo'n 10% maakt het wel of niet de training krijgen naast de gewone behandeling het verschil tussen wel of niet terugvallen in het jaar na de behandeling (Eberl et al., 2013; Wiers et al., 2011).

CONCLUSIE

.....

Er zijn sterke aanwijzingen dat problematisch middelengebruik wordt beïnvloed door automatisch in gang gezette 'impulsieve' processen, naast meer rationele overwegingen, ofwel 'reflectieve' processen. CGT heeft vooral directe invloed op reflectieve processen (en kan als het gedrag verandert indirect ook impulsieve processen beïnvloeden). Daarnaast zijn er de afgelopen jaren diverse methoden ontwikkeld om de meer automatische processen direct te beïnvloeden. We bespraken twee voorbeelden: aandachtstraining en actietendenstraining, waar positieve resultaten mee behaald zijn in klinische groepen als toevoeging aan een reguliere behandeling (CGT en motiveerende gespreksvoering). Deze trainingen zijn nu online beschikbaar, zodat de therapeut ze als huiswerk aan de cliënt kan opgeven.

APPENDIX RATIONALE (VOOR DE CLIËNT)

.....

De meeste zelfhulpprogramma's proberen alcoholgebruik op een bewuste manier te veranderen. Veel mensen geven echter aan dat hun alcoholgebruik niet altijd een bewuste keuze is: soms lijkt het hen meer te overkomen.

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat uw reactie op het zien van alcohol voor een deel onbewust en moeilijk te beheersen is. Zo wordt de **AANDACHT** van mensen die veel alcohol drinken automatisch getrokken door alcohol. Daarnaast hebben zware drinkers de neiging om naar alcoholische drankjes toe te bewegen, een automatische **ACTIE**. Als deze actie eenmaal is ingezet, is het vaak moeilijk om deze te beheersen, of er **CONTROLE** over uit te oefenen.

Net als met andere gewoonten (zoals typen, autorijden of fietsen), kunt u door herhaalde oefening een nieuwe automatische reactie aanleren op het zien van alcohol. De TOP-trainingen, ofwel Trainingen van **Onbewuste Processen**, helpen u hierbij door middel van drie onderdelen:

- 1 **AANDACHT** training;
- 2 **ACTIE** training;
- 3 **CONTROLE** training.

Tijdens de trainingen krijgt u op het beeldscherm plaatjes te zien van alcohol en frisdrank. U wordt steeds gevraagd om bepaalde toetsen in te drukken op het toetsenbord. Voorafgaand aan iedere training krijgt u meer uitleg over hoe de training precies werkt.

Waarom oefenen?

De TOP-trainingen veranderen uw automatische reactie op alcohol. Hiervoor is herhaaldelijk oefenen erg belangrijk. Het trainen van uw automatische reactie op alcohol is als het trainen van uw spieren: het vereist regelmatige oefening. Daarom raden wij u aan om 12 complete TOP-trainingen uit te voeren.

Reinout W. Wiers en Elske Salemink zijn verbonden aan het ADAPT-lab (Addiction, Development and Psychopathology Lab) van de Programmagroep Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: Reinout Wiers, ADAPTlab, Afdeling Ontwikkelingspsychologie Universiteit van Amsterdam, Weesperplein 4, 1018 XA Amsterdam. E-mail: R.Wiers@uva.nl

Summary Problematic substance use is associated with various cognitive biases in attention, memory, and action tendencies. Over the past years, various training paradigms have been developed to directly modify these processes; so-called Cognitive Bias Modification (CBM). We discuss relevant literature in this domain and argue that especially for alcohol addiction there is accumulating evidence that CBM can be a valuable addition to cognitive behavioral treatments. These CBM interventions are available online, free of charge, for therapists (and their clients).

It seems plausible that CBM could also be a valuable addition to the treatment of smoking, cannabis use, and gambling, however studies are limited. The evidence for CBM as a stand-alone intervention for other psychological problems, especially anxiety and depression, is controversial and not well studied in combination with cognitive behavioral treatment. Research regarding the latter is conducted at the moment, and interested therapists (and their clients) can participate in this.

Keywords: *problematic substance use, cognitive biases, computerized training*

Literatuur

- Beard, C., Weisberg, R. B., & Primack, J. (2011). Socially anxious primary care patients' attitudes toward cognitive bias modification (CBM): A qualitative study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 618-633.
- Clarke, P. J., Notebaert, L., & MacLeod, C. (2014). Absence of evidence or evidence of absence: Reflecting on therapeutic implementations of attentional bias modification. *BMC Psychiatry*, 14, 8.
- Cousijn, J., Goudriaan, A. E., & Wiers, R. W. (2011). Reaching out towards cannabis: Approach-bias in heavy cannabis users predicts changes in cannabis use. *Addiction*, 106, 1667-1674.
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E., & 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.
- Elfeddali, I. (2013). *Towards successful web-based smoking relapse prevention: The efficacy of a computer tailored program incorporating post-motivational components and an attentional bias modification program* (Doctoral dissertation). Maastricht: Maastricht University.
- Everitt, B. J., Dickinson, A., & Robbins, T. W. (2001). The neuropsychological basis of addictive behaviour. *Brain Research Reviews*, 36, 129-138.
- Fadardi, J. S., & Cox, W. M. (2009). Reversing the sequence: Reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 137-145.
- Houben, K., Wiers, R. W., & Jansen, A. (2011). Getting a grip on drinking behavior: Training working memory to reduce alcohol abuse. *Psychological Science*, 22, 968-975.
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, C., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107-123.
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R. W., ... Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9, e99912.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rooke, S. E., Hine, D. W., & Thorsteinsson, E. B. (2008). Implicit cognition and substance use: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 33, 1314-1328.
- Salemink, E., & Wiers, R. W. (2012). Adolescent threat-related interpretive bias and its modification: The moderating role of regulatory control. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 40-46.
- Schoenmakers, T., 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.
- Stacy, A. W., & Wiers, R. W. (2010). Implicit cognition and addiction: A tool for explaining paradoxical behavior. *Annual review of clinical psychology*, 6, 551-575.
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 220-247.
- van Rensburg, K. J., Taylor, A., & Hodgson, T. (2009). The effects of acute exercise on attentional bias towards smoking-related stimuli during temporary abstinence from smoking. *Addiction*, 104, 1910-1917.
- Wiers, R. W. (2013). *Grip op je problemen: Cognitieve training bij verslaving en angst*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E., & Lindenmeyer, J. (2011). Re-training automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22, 490-497.
- Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive bias modification and control training in addiction and related psychopathology: Mechanisms, clinical perspectives and ways forward. *Clinical Psychological Science*, 1, 192-212.
- Wiers, R. W., Houben, K., Fadardi, J. S., van Beek, P., Rhemtulla, M. T., & Cox, W. M. (2015). Alcohol cognitive bias modification training for problem drinkers over the web. *Addictive Behaviors*, 40, 21-26.
- Wiers, R. W., Rinck, M., Dictus, M., & van den Wildenberg, E. (2009). Relatively strong automatic appetitive action-tendencies in male carriers of the OPRM1 G-allele. *Genes, Brain and Behavior*, 8, 101-106.
- Wiers, R. W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K., & Strack, F. (2010). Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction*, 105, 279-287.

Prevalentie en behandeling van benzodiazepineverslaving

ERIK PALING, BOUKJE DIJKSTRA, COR DE JONG & ARNT SCHELLEKENS

Samenvatting

Achtergrond: Afhankelijkheid van benzodiazepines (BZD's) komt veel voor, maar wordt niet altijd herkend. Hierdoor worden veel BZD-afhankelijke patiënten niet adequaat behandeld. Dit artikel biedt een overzicht van de stand van zaken rond BZD-afhankelijkheid.

Methode: Narratief literatuuroverzicht van de huidige kennis rond BZD-afhankelijkheid.

Resultaten: In Nederland zijn ongeveer 200 duizend mensen afhankelijk van BZD's. Belangrijke negatieve effecten van langdurig BZD-gebruik zijn cognitieve functiestoornissen, verminderd reactievermogen, verhoogd risico op ongelukken en onthoudingssymptomen. Bij vermoeden van BZD-afhankelijkheid dient een *stepped-care* benadering te worden gevolgd, met in het bijzonder aandacht voor terugvalpreventie.

Conclusie: BZD-gebruik dient systematisch uitgevraagd te worden bij patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Bij BZD-afhankelijkheid dient een behandelstrategie daarvoor opgenomen te worden in het behandelingsplan.

Trefwoorden: benzodiazepines, afhankelijkheid, onthouding, behandeling

INLEIDING

Afhankelijkheid van benzodiazepines (BZD's) komt veelvuldig voor. BZD-afhankelijkheid wordt echter vaak niet herkend en blijft daardoor ook vaak onbehandeld. BZD's worden vanwege hun remmend effect op het zenuwstelsel veelal voorgeschreven voor spierrelaxatie, behandeling van een epileptisch insult, demping van angst en onrust, en ook als slaapmiddel. Binnen de psychiatrie worden zes indicatiegebieden omschreven: angst, slaapstoornissen, ontgiftiging van alcohol, delirium, agitatie, en agressie bij psychose en bij bijwerkingen van antipsychotica (Dell'osso & Lader, 2013). Alleen bij epi-

leptie en paniekstoornissen is er evidentie om *langdurig* te behandelen met BZD's wanneer eerstekeuzebehandelingen falen; voor de overige indicatiegebieden in de psychiatrie wordt geadviseerd *kortdurend* voor te schrijven.

Toch werden in 2010 voor 1,4 miljoen BZD-gebruikers 10,6 miljoen recepten uitgeschreven (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011). Ruim een derde van deze groep gebruikt BZD's chronisch (Gorgels et al., 2001). De beperking van de vergoeding voor BZD's, ingevoerd in 2009, heeft het aantal gebruikers direct doen dalen met 15% (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011). In de laatste jaren is het aantal gebruikers met een paar procent per jaar gedaald en wordt 40 van de 67 miljoen euro van de kosten betaald door de gebruiker.

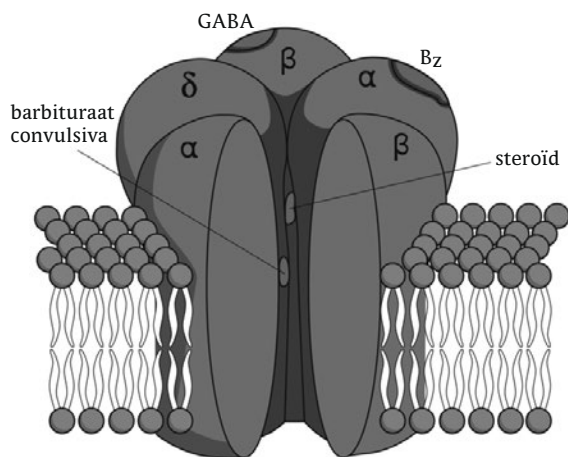
Langdurig gebruik van BZD's heeft diverse negatieve consequenties (Gorgels et al., 2001; Lader, 2011). Een belangrijke bijwerking van langdurig BZD-gebruik is het negatieve effect op een breed palet aan cognitieve functies (waaronder geheugenfuncties, tempo van informatieverwerking, aandachtsfuncties en executieve functies). Na het staken van de BZD's verbeteren deze cognitieve functies, al is dit herstel na een jaar abstinentie nog altijd niet volledig bij een groot deel van de chronisch gebruikers (Barker, 2004; Lader, 2011). Ook draagt BZD-gebruik bij aan ongevallen en botbreuken door een verminderd reactievermogen in combinatie met het spierverslappende effect van BZD's (Gorgels et al., 2001; Lader, 2011).

Langdurig gebruik van BZD's kan ook leiden tot tolerantie en afhankelijkheid. Bij zo'n 40% van de chronische gebruikers in de huisartsenpraktijk en 65% in de psychiatrie is sprake van BZD-afhankelijkheid (Kan, Breteler, & Zitman, 1997). Dit zou betekenen dat in Nederland circa 200 duizend mensen afhankelijk zijn van een BZD. Dit artikel geeft een overzicht van de farmacologische effecten van BZD's, inclusief het mechanisme van benzodiazepine-afhankelijkheid. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de herkenning en behandeling van benzodiazepineafhankelijkheid en de mogelijke rol van de gedragstherapeut hierbij.

FARMACOLOGIE VAN BZD'S

.....

De werking van BZD's berust op binding aan GABA-A-receptoren in het centrale zenuwstelsel. Deze receptoren hebben een buisvormige structuur, waardoorheen chloorionen de cel in getransporteerd worden (figuur 1). Na hechting van een BZD op de GABA-A-receptor wordt de werking van GABA versterkt. Hierdoor stromen meer negatief geladen ionen door de celmembraan de hersencel in. De celmembraan wordt extra negatief geladen (gehyperpolariseerd), waardoor de activiteit van de hersencel geremd wordt. Daar GABA-A-receptoren door vrijwel het gehele brein voorkomen, leidt activering van GABA-receptoren tot een algehele demping van hersenfuncties, onder andere resulterend in slaap, spierontspanning, en afname van angst en agitatie.



FIGUUR 1 GABA-receptor: GABA = bindingsplaats voor GABA; Bz = bindingsplaats voor benzodiazepines (bron: Loonen, 2013)

TABEL 1 Geregistreerde benzodiazepines in Nederland (generiek en spécialité)

Generiek	Spécialité	Generiek	Spécialité
alprazolam	Xanax	loprazolam	Dormonoc
bromazepam	-	lorazepam	Temesta
brotizolam	Lendormin	lormetazepam	Noctamid
chloordiazepoxide	Librium	midazolam	Dormicum
clobazam	Frisium	nitrazepam	Mogadon
clonazepam	Rivotril	oxazepam	Seresta
clorazepaat	Tranxène	prazepam	Reepam
diazepam	Valium, Stesolid	temazepam	Normison
flunitrazepam	Rohypnol	zolpidem	Stilnoct
flurazepam	Dalmadorm	zopiclon	Imovane

Er zijn in Nederland 20 verschillende soorten BZD's geregistreerd (tabel 1). Effectverschillen worden met name veroorzaakt door de gebruikte dosering, verschil in werkingsduur tussen de verschillende preparaten (halveringstijd in het bloed) en eigenschappen van het individu (zoals lichaamsgewicht) (Lader, 2011). Voor sommige BZD's geldt dat de afbraakproducten (metabolieten) die ontstaan na omzetting in de lever zelf ook binden aan de GABA-A-receptor. Diazepam heeft bijvoorbeeld een halfwaardetijd van circa 20-30 uur. De metabolieten van diazepam zijn echter ook actief op de GABA-A-receptor, waardoor de werking van diazepam langer aan kan houden, tot wel 80-90 uur na inname. Oxazepam daarentegen heeft een halfwaardetijd van circa 5-10 uur en wordt afgebroken tot een product dat niet actief inwerkt op het zenuwstelsel.

AFHANKELIJKHEID VAN BENZODIAZEPINES

.....

Afhankelijkheid van BZD's hangt samen met lichamelijke gewenning (fysieke afhankelijkheid) en mentale verslaving (zie hiervoor de criteria voor BZD-afhankelijkheid in tabel 2; American Psychiatric Association, 2013). Na 4-6 weken gebruik van BZD's ontstaat bij ongeveer 25% van de mensen klachten van fysieke afhankelijkheid (Lader, 2011). Meest opvallend is daarbij het optreden van een onthoudingssyndroom bij het staken van BZD-gebruik. Door langdurig BZD-gebruik past het brein zich namelijk aan door het aantal GABA-A-receptoren te laten afnemen (*down-regulatie*). Wanneer de benzodiazepinestimulatie van de aanwezige GABA-receptoren wegvalt, ontstaat vervolgens een feitelijke GABA-onderactiviteit, met een te geringe remming van de zenuwcellen en toegenomen activiteit van deze cellen als gevolg. Dit uit zich in klachten als trillen, verhoging van de bloeddruk en transpiratie, onrust, angst en slaapproblemen. Bij ernstige toename van de hersenactiviteit kunnen epileptische insulten en een delier ontstaan (zie tabel 3).

De mentaal verslavende effecten van BZD's worden veroorzaakt door effecten op het beloningscircuit in de hersenen. In de normale situatie wordt de afgifte van dopamine in het beloningscircuit van de hersenen geremd door inhiberende zenuwcellen. Onder invloed van BZD's worden deze inhiberende zenuwcellen geremd, waardoor de afgifte van dopamine in het beloningscircuit (ventrale striatum) minder wordt geremd (disinhibitie), en vindt er meer uitstoot van dopamine plaats in het beloningscentrum (Tan, Rudolph, & Luscher, 2011). Bij verslavingsgevoelige individuen zorgt dit voor een drang om opnieuw BZD's te gebruiken.

In circa 93% van de BZD-afhankelijke patiënten is er sprake van BZD-afhankelijkheid met een therapeutische dosis. Dit zijn mensen die op enige moment begonnen zijn met een slaapmiddel of een rustgevend medicijn, en die er nooit mee zijn gestopt. Tot deze groep behoren ook patiënten die ge-

start zijn met BZD's bij ontwenning van bijvoorbeeld alcohol, en dit gebruik nooit gestaakt hebben. Vrouwen en ouderen zijn oververtegenwoordigd in deze groep.

TABEL 2 *Stoornis (afhankelijkheid) van een sedativum, hypnoticum of anxiolyticum volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)*

- Een patroon van problematisch gebruik van een sedativum, hypnoticum of anxiolyticum met tot gevolg lijden en of verminderd functioneren zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende criteria gedurende een periode van twaalf maanden:
- ▶ Sedativa, hypnotica of anxiolytica worden vaker ingenomen in grotere hoeveelheden of gedurende een langere periode dan de bedoeling was.
 - ▶ Er is een aanhoudende wens of mislukte pogingen om het gebruik van een sedativum, hypnoticum of anxiolyticum te minderen of te beheersen.
 - ▶ Een groot deel van de tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om het sedativum, hypnoticum of anxiolyticum te verkrijgen of om te herstellen van de gevolgen ervan.
 - ▶ *Craving*, of een sterk verlangen of drang, om het sedativum, hypnoticum of anxiolyticum te gebruiken.

TABEL 3 *Onthoudingssyndroom volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)*

A	De inname van BZD's wordt na enkele weken gebruik geheel of gedeeltelijk gestaakt.
B	Twee of meer van onderstaande symptomen ontstaan binnen enkele uren tot dagen na het geheel of gedeeltelijk staken van de inname: ▶ autonome hyperactiviteit (bijvoorbeeld toename van de hartslag, ademhaling, bloeddruk, lichaamstemperatuur of transpiratie); ▶ een tremor van de handen; ▶ slaapproblemen; ▶ misselijkheid of braken; ▶ angst; ▶ psychomotorische agitatie; ▶ een insult; ▶ visuele, tactiele en/of auditieve hallucinaties of illusies.
C	De voornoemde symptomen veroorzaken in belangrijke mate lijden of beperkingen in het functioneren.
D	De symptomen kunnen niet beter verklaard worden door een andere aandoening, bijvoorbeeld een intoxicatie en/of ontwenning van een ander middel, of een angststoornis.

Minder vaak voorkomend zijn patiënten met hogedosisafhankelijkheid (Lugoboni et al., 2014). Hoewel er geen internationale definitie bestaat voor hogedosisafhankelijkheid van BZD's, wordt uitgegaan van een dosisequivalent van 20 mg diazepam of meer. De groep met hogedosisafhankelijkheid van BZD's bestaat vooral uit patiënten met afhankelijkheid van alcohol of drugs. Deze patiënten gebruiken BZD's vaak om de effecten van andere middelen te moduleren.

HERKENNING VAN BENZODIAZEPINEAFHANKELIJKHEID

.....

Het vaststellen van BZD-afhankelijkheid gebeurt op basis van het uitvragen van BZD-gebruik en de daarmee samenhangende symptomen (zie tabel 2). Differentiatie tussen symptomen van BZD-afhankelijkheid en symptomen van psychiatrische aandoeningen is niet altijd eenvoudig. De vertraagde psychomotoriek, angstklachten, slaapproblemen en cognitieve klachten kunnen zowel samenhangen met BZD-afhankelijkheid als passen bij een affectieve stoornis zoals een depressie. Klachten van BZD-onthouding kunnen eveneens lijken op symptomen van andere psychiatrische stoornissen, zoals een paniekstoornis (Lader, 2011). Het is daarom van belang dat in de ggz systematisch navraag wordt gedaan naar het gebruik van BZD's, zoals ook alcohol- en drugsgebruik uitgevraagd dienen te worden (zie de Wildt, in dit themanummer).

Vervolgens dient het beloop van de symptomen in de tijd en de mogelijke samenhang met BZD-gebruik uitgevraagd te worden om de diagnose te kunnen stellen.

De Bendep-zelfrapportagevragenlijst (Bendep-SRQ) is een 20-item zelfrapportagevragenlijst die kan worden ingezet om de ernst van BZD-afhankelijkheid in kaart te brengen (zie <http://hulp.gids.nl/assets/files/pdf/testen/Bndep.pdf>). De scores geven informatie over de ernst van problematisch gebruik, preoccupatie, therapietrouw en ontwenning (Kan, Breteler, van der Ven, & Zitman, 2001).

BEHANDELING VAN BENZODIAZEPINEAFHANKELIJKHEID

.....

Succesvolle behandeling van BZD-afhankelijkheid resulteert, naast een verbetering in cognitieve symptomen bij een deel van de patiënten, bij zo'n 70% van hen ook in verbetering van de slaap (Lader, 2011). Tevens wordt na het afbouwen van BZD een betere kwaliteit van leven gerapporteerd, wat door naasten wordt bevestigd (Lader, 2011). De vraag naar medische zorg neemt af na het bereiken van abstinentie, hetgeen eveneens een aanwijzing is voor verbetering van de kwaliteit van leven (Gorgels et al., 2008).

De eerste stap in de behandeling van BZD-afhankelijkheid is het staken van BZD-gebruik. Ten behoeve van het staken wordt internationaal een *stepped-care* benadering aanbevolen (Lingford-Hughes et al., 2012). Deze benadering wordt deels onderbouwd door onderzoek (Oude Voshaar, Couvee, van Balkom, Mulder, & Zitman, 2006a). De verschillende behandelstappen worden hieronder besproken.

Stap 1: Minimale interventie

Een korte interventie, zoals een brief of een consult van de huisarts, waarin gewezen wordt op schadelijke effecten van langdurig BZD-gebruik, is voor ongeveer 20% van de chronisch BZD-gebruikers aanleiding om hun BZD-gebruik te staken (Oude Voshaar et al., 2006a; Parr, Kavanagh, Cahill, Mitchell, & Young, 2009). Voor de praktijk betekent dit dat een aanzienlijk deel van de chronisch BZD-gebruikers na een brief van hun huisarts zonder veel klachten kan stoppen. Feitelijk is hier eerder sprake van chronisch BZD-gebruik dan van BZD-afhankelijkheid. Vooral patiënten met gebruik van een therapeutische dosis komen in aanmerking voor deze interventie. De gedragstherapeut kan de cliënt hiertoe stimuleren door uitleg te geven over de gevolgen van BZD-gebruik (zie tabel 4 voor een kort overzicht) en de patiënt een afspraak bij de voorschrijvende arts te laten maken.

Stap 2: Begeleide detoxificatie

Als staken van BZD's niet slaagt vanwege onthoudingsklachten wordt graduele dosisreductie geadviseerd. Dit is eveneens aangewezen bij hogedosisafhankelijkheid van BZD, teneinde complicaties als een onthoudingsdelier of epilepsie te voorkomen (een dosisequivalent van 20 mg diazepam of meer). Hierbij kan de voorschrijvende arts starten met het langzaam afbouwen van de eigen medicatie. Ook kan eerst de eigen BZD-medicatie worden omgezet in een BZD met een lange halfwaardetijd, bijvoorbeeld diazepam. Redenen voor omzetting zijn eerder mislukte stoppoging(en), comorbide gedragsproblemen, waaronder agressie of suïcidaliteit, en de afwezigheid van een tabletvorm in kleinere doseringen ten behoeve van de afbouw (Lader, 2011). Omzetting vindt plaats door de equivalente dosering van bijvoorbeeld diazepam uit te rekenen, waarna de patiënt kan worden gewitcht (voor een rekenhulp, zie http://benzoschema.knmp.nl/benzos_enduser_pt).

Bij dosisreductie kan met een vast afbouwschema worden gewerkt, of kunnen BZD's worden verstrekt op geleide van de ernst van het onthoudingssyndroom. Beide benaderingen lijken even effectief in de ontgiftiging van BZD's. Flexibiliteit in de afbouw in samenspraak met de patiënt wordt aanbevolen (Lader, 2011). Het advies is de afbouw binnen enkele maanden af te ronden.

Bij hogedosisafhankelijkheid of ernstige comorbiditeit is doorgaans een verwijzing naar de specialistische ggz of verslavingszorg aangewezen. Zeker

als er sprake is van controleverlies of als er op meerdere levensgebieden problemen ontstaan zijn. Ernstige onthoudingssymptomen in het verleden zijn ook een indicatie voor verwijzing naar de specialistische ggz of verslavingszorg. In de Richtlijn Detox (GGZ Nederland, 2004) wordt het gehele detoxificatieproces beschreven, met daarbij criteria voor ambulante en intramurale detoxificatie. Deze richtlijn wordt echter op dit moment gereviseerd naar de meest recente inzichten.

Bij ruim de helft van de patiënten met een therapeutische dosisafhankelijkheid (57%) verloopt afbouw succesvol. Ruim de helft van deze patiënten (54%) valt echter binnen een jaar alsnog terug in gebruik van BZD (Parr et al., 2009).

De belangrijkste voorspellers van succesvol staken van BZD-gebruik zijn: succesvol halveren van de dosis voorafgaand aan GDR zonder hulp, een lage BZD-dosering (< 10 mg diazepam dosisequivalent), afwezigheid van problematisch alcoholgebruik en goede therapietrouw (Oude Voshaar et al., 2006b).

Stap 3: Psychologische interventies gericht op terugvalpreventie

Er bestaan verschillende psychologische interventies gericht op terugvalpreventie. Het nieuwe *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (Schippers, Smeerdijk, & Merckx, 2013) geeft geen overzicht van de evidentie voor CGT bij benzodiazepinegebruik, maar er is wel een aantal studies over gepubliceerd. De gemiddelde kans op abstinentie is in een Australische meta-analyse bijna twee keer zo hoog bij toevoeging van een psychologische interventie aan de afbouw (ontspanningsoefeningen, CGT bij slaapstoornissen en ondersteuning bij omgaan met ontwenningsklachten en angst) als in een placeboconditie (gepoolde odds ratio = 1,82 (95% CI 1,25-2,67)) (Parr et al., 2009). Dit effect hield aan in de *follow-up* (6 studies, $n = 308$). Het betrof hier studies met BZD-afhankelijke patiënten met een therapeutische BZD-dosering in de huisartsenpraktijk. Een Nederlandse meta-analyse toonde een vijf maal hogere kans op abstinentie bij toevoeging van CGT tijdens de afbouw bij ambulante patiënten met jarenlang gebruik van een lage dosis BZD voor insomnia (2 studies, $n = 117$, gepoolde odds ratio 5,5 (95% CI 2,3-14,2)) (Oude Voshaar et al., 2006a). De toevoeging bestond uit 9-10 wekelijkse groepsbehandelingen van 90 minuten voor 4-7 personen, gegeven door een getrainde klinisch psycholoog. Inhoudelijk werd gebruikgemaakt van slaappro restrictie, stimuluscontrole, cognitieve therapie en psycho-educatie (zie tabel 4).

Een studie naar de effecten van dosisreductie gecombineerd met ontspanningsoefeningen of CGT, ten opzichte van uitsluitend dosisreductie, bij 47 patiënten met een comorbide paniekstoornis, werd gepubliceerd na het verschijnen van de hierboven besproken meta-analyses (Otto et al., 2010). De groep met ontspanningsoefeningen kreeg elf sessies spierrelaxatieoefenin-

gen. De CGT-groep kreeg op vergelijkbare tijdstippen acht sessies (interoceptieve) exposure met drie boostersessies, aangevuld met psycho-educatie en cognitieve herstructurering. Voor details van de elementen, zie tabel 5. De abstinentiepercentages direct na dosisreductie verschilden niet significant,

TABEL 4 *Elementen van CGT bij slaapproblemen*

Slaaprestrictie	Stimuluscontrole
<i>Principe:</i> Beperken van de totale tijd in bed tot daadwerkelijk slapen, zodat bed geassocieerd wordt met slapen. <i>Hoe:</i> Een slaap-waakdagboek wordt bijgehouden. Als blijkt dat er gemiddeld zes uur geslapen wordt van de acht uur in bed, wordt het advies gegeven de volgende week zes uur in bed door te brengen. Minimum is vijf uur. Zodra de slaapefficiëntie (= tijd in slaap gedeeld door de tijd in bed) in een week hoger is dan 85%, wordt 15-20 minuten toegevoegd aan de toegestane tijd in bed. Bij een slaapefficiëntie van minder dan 80% wordt 15-20 minuten van de toegestane bedtijd afgetrokken. Er wordt gestreefd naar een slaapefficiëntie van 80-85%.	<i>Principe:</i> Verbeteren van het slaap-waakritme en associëren van het bed met slapen. <i>Hoe:</i> Vijf regels: (1) Alleen naar bed gaan als je slaap hebt. (2) Gebruik het bed en de slaapkamer alleen om te slapen of voor seks, niet voor lezen, piekeren of televisiekijken. (3) Ga uit bed en ga naar een andere kamer als je niet binnen 15-20 minuten in slaap valt. (4) Sta elke ochtend op hetzelfde tijdstip op ongeacht de kwaliteit van de slaap van die nacht. (5) Vermijd dutjes overdag. In de eerste weken van behandeling met slaaprestrictie was deze regel optioneel en kon gekozen worden voor overdag een dutje van maximaal één uur voor 15.00 uur.
Cognitieve herstructurering	Psycho-educatie
<i>Principe:</i> Corrigeren van incorrecte gedachten die de slapeloosheid onderhouden. <i>Voorbeelden:</i> (1) Onrealistische verwachtingen over slaap (bijvoorbeeld de absolute noodzaak om minimaal acht uur per nacht te slapen). (2) De gevolgen van slapeloosheid overschatten (bijvoorbeeld om elk disfunctioneren overdag te zien als een gevolg van slecht slapen). (3) Verkeerde strategieën om de slaap te bevorderen (bijvoorbeeld extra vroeg naar bed). (4) Ontwenningssklachten wijten aan slaaptekort.	Informatie over normale slaap en pathologische slaap, en adviezen over slaaphygiëne. Informatie over de effecten op slaap van lichaamsbeweging, cafeïne, energiedranken en alcohol, alsmede over het effect van arousal en licht (computer, smartphone en televisie) na 20.00 uur.

respectievelijk 40% (dosisreductie alleen), 56,3% (dosisreductie plus CGT) en 31,3% (dosisreductie plus relaxatie). Na zes maanden bleek de groep dosisreductie plus CGT echter superieur aan dosisreductie alleen en dosisreductie plus relaxatie, met abstinentiepercentages van respectievelijk 62,5%, 26,7% en 12,5% ($p < .006$; $p < .008$).

Geconcludeerd kan worden dat er evidentie is voor de effectiviteit voor CGT met name bij comorbide slaapstoornissen en panieklachten (Otto et al., 2010; Oude Voshaar et al., 2006a; Parr et al., 2009). Voor ontspanningsoefeningen worden tegenstrijdige resultaten gevonden (Parr et al., 2009; Otto et al., 2010).

TABEL 5 *Elementen van CGT bij een comorbide paniekstoornis*

Psycho-educatie	Interoceptieve exposure
Informatie over: (1) gedragspatronen en mogelijke alternatieven bij een paniekstoornis. (2) De voor- en nadelen van medicatie bij paniek. (3) Herkenning van de symptomen van terugtrekken en paniek.	Exposure aan somatische sensaties die geassocieerd zijn met paniekaanvallen en mogelijke ontwenningklachten.
Coping met fysieke symptomen	Cognitieve herstructurering
Ademhalingsoefeningen en spierrelaxatie om te kunnen anticiperen op de intensiteit van de fysieke symptomen van hyperventilatie en spierspanning bij een paniekaanval.	Corrigeren van onjuiste gedachten en strategieën rondom paniek en ontwenningklachten.

Stap 4: Farmacologische interventies gericht op terugvalpreventie

In de twee genoemde meta-analyses van Parr et al. (2009) en Oude Voshaar et al. (2006a) werd eveneens de effectiviteit onderzocht van ondersteunende medicatie ter voorkoming van terugval. Paroxetine was effectief in een openlabelstudie bij een groep BZD-afhankelijke patiënten zonder depressieve stoornis, zowel direct na GDR, als na een follow-up van twee maanden (46% vs. 17%; $p = 0,023$) (Nakao, Takeuchi, Nomura, Teramoto, & Yano, 2006). Melatonine (2 mg/dag met vertraagde afgifte) was bij ouderen met slaapproblemen effectief direct na dosisreductie en na zes weken follow-up. Het abstinentiepercentage bedroeg 61% in de melatoninegroep, tegenover 25% in de placebogroep ($p = 0,04$). Na deze periode kregen alle proefpersonen melatonine, waarna het abstinentiepercentage in de placebogroep steeg

naar 63% (Garfinkel, Wainstein, & Laudon, 1999). Twee studies die het effect van imipramine (circa 190 mg/dag) bij de afbouw van benzodiazepines bij patiënten met een comorbide angststoornis onderzochten, werden geïnccludeerd in een meta-analyse (Oude Voshaar et al., 2006a). Het effect op abstinentie was positief (gepoolde odds ratio 3,1 CI 1,1-9,4; $p = 0,03$).

ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK

.....

Naast systematisch uitvragen van medicatie bij de patiënt dient bij elke patiënt medicatieverificatie bij de huisarts of apotheek plaats te vinden. BZD-gebruikers zijn niet altijd open over het gebruik van deze middelen. Psycho-educatie over de werking en mogelijk schadelijke effecten van benzodiazepines, voordelen van stoppen en ontwenningssklachten kan helpen om patiënten open te laten zijn over hun gebruik (zie tabel 6). De Bendepezelfrapportagevragenlijst kan ingezet worden om de ernst van problematisch benzodiazepinegebruik in kaart te brengen. Vervolgens kan motiveerende gespreksvoering (een *evidence-based* benadering voor mensen met verslavingsproblemen) ingezet worden om de motivatie tot gedragsverandering te versterken (Schippers & de Jonge, 2002). Zie hiervoor ook het artikel van Baron, de Jonge, en Schippers in dit themanummer.

TABEL 6 *Nadelen van benzodiazepinegebruik en voordelen van stoppen*

Nadelen benzodiazepinegebruik	Voordelen staken benzodiazepines
▶ Vermindering van geheugen, reactievermogen en leren ▶ Meer ongevallen ▶ Meer botbreuken ▶ Risico op afhankelijkheid met klachten van stemming en angst ▶ Onthoudingssymptomen: autonome hyperactiviteit, tremoren, slaapproblemen, misselijkheid of braken, psychomotorische agitatie, insult, visuele, tactiele en/of auditieve hallucinaties of illusies ▶ Mogelijk verhoogd risico op dementie	▶ Langzaam herstel van deze functies maar mogelijk niet volledig ▶ Normaal risico op ongevallen ▶ Normaal risico op botbreuken ▶ Verbetering kwaliteit van leven, die ervaren wordt door patiënt en omgeving ▶ Minder consulten bij de huisarts

Voorafgaand aan het afbouwen of staken van benzodiazepinegebruik is aandacht nodig voor nabehandeling, teneinde het risico op hernieuwd gebruik te verkleinen. Cognitieve gedragstherapie kan ingezet worden om

het stoppen met BZD-gebruik te bewerkstelligen en terugval te voorkomen (Oude Voshaar et al., 2006a). De functieanalyse van zowel gebruik als stoppen geeft de cliënt en de therapeut zicht op de motieven van gebruik. Dit levert doorgaans goede aanknopingspunten op voor de behandeling. Voor het toepassen bij CGT is kennis noodzakelijk over het beloop van benzodiazepineafhankelijkheid, de mogelijkheden en beperkingen in het veranderen van gedrag, de eigenschappen van BZD's en de rol van craving (Schippers et al., 2013). De cliënt moet zich realiseren dat terugval een onderdeel is van afhankelijkheid. Anticipeer op de mogelijkheid van terugval, en benoem een terugval in gebruik als een uitglijer waar men van kan leren (en voorkom straffen). Een niet beschuldigende houding van de therapeut helpt de cliënt om van terugval een leermoment van te maken.

Voor en tijdens detoxificatie is ondersteuning bij het omgaan met ontwenningsklachten en angst in de vorm van psycho-educatie belangrijk (Oude Voshaar et al., 2006a; Parr et al., 2009).

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

.....

Dit overzichtsartikel laat zien dat BZD's te vaak en te langdurig voorgeschreven worden zonder duidelijke evidentie, en met diverse negatieve consequenties. In Nederland zijn ongeveer 200 duizend mensen afhankelijk van BZD's, terwijl dit vaak niet wordt herkend.

Medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg (inclusief gedragstherapeuten) moeten alert zijn op overmatig BZD-gebruik en de nadelige effecten ervan. Doorvragen naar gebruik van BZD's is daarom van groot belang. Stoppen is moeilijk: slechts 30% weet langdurige abstinentie te bereiken. Van de psychologische interventies lijkt met name cognitieve gedragstherapie een waardevolle aanvullende behandeling bij de afbouw van BZD's.

ERIK P. PALING is verslavingsarts KNMG, Novadic-Kentron, Vught.

BOUKJE A. G. DIJKSTRA is post-doc onderzoeker bij het NISPA, Nijmegen.

COR A. J. DE JONG is wetenschappelijk directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA), Nijmegen.

ARNT F. A. SCHELLEKENS is post-doc onderzoeker bij het NISPA en psychiater bij het Radboud UMC, Nijmegen.

Correspondentieadres Erik Paling, Novadic-Kentron, Postbus 243, 5260 AE Vught.

E-mail: erik.paling@novadic-kentron.nl

Summary Aims: Dependence on benzodiazepines (BZDs) is common, but is not always recognized. Because of this, many patients with BZD-dependence are not adequately treated. This article provides an overview of the state of art of BZD dependence.

Method: Narrative literature review of the current knowledge on BZD dependence.

Results: In the Netherlands, about 200,000 people are dependent on BZDs. Significant adverse effects of long-term BZD use are cognitive impairment, decreased reaction time, increased risk of accidents, and withdrawal symptoms. Suspicion of BZD dependence should be followed by a stepped care approach with particular attention for relapse prevention.

Conclusion: Patients within the mental health system should be assessed systematically on BZD use. In case of BZD dependence a treatment strategy should be included in the treatment plan.

Keywords: *benzodiazepines, adverse effects, dependence, treatment*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barker, M. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: A meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 437-454. doi: 10.1016/S0887-6177(03)00096-9
- Dell'osso, B., & Lader, M. (2013). Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European Psychiatry*, 28, 7-20. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.11.003
- Garfinkel, D. Z. N., Wainstein, J., & Laudon, M. (1999). Facilitation of benzodiazepine discontinuation by melatonin. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2456-2460.
- GGZ Nederland (2004). *Richtlijn detox: Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Gorgels, W., Oude Voshaar, R., Mol, A., Breteler, M., van de Lisdonk, E., & Zitman, F. (2001). Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1342-1346.
- Gorgels, W., Oude Voshaar, R., Mol, A., van de Lisdonk, E., Mulder, J., van den Hoogen, H., ... Zitman, F. (2008). A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 74-79. doi: 10.1080/02813430801999121
- Kan, C. C., Breteler, M. H., van der Ven, A. H., & Zitman, F. G. (2001). Cross-validation of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 433-439. doi: 10.1053/comp.2001.26275
- Kan, C. C., Breteler, M. H. M., & Zitman, F. G. (1997). High prevalence of benzodiazepine dependence in outpatient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 85-93.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited: Will we ever learn? *Addiction*, 106, 2086-2109. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x
- Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L., Nutt, D. J., & British Association

- tion for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group (2012). BAP updated guidelines: Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: Recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*, 26, 899-952. doi: 10.1177/0269881112444324
- Loonen, A. J. M. (2013). *Het beweeglijke brein* (158). Badhoevedorp: Mension.
- Lugoboni, F., Mirijello, A., Faccini, M., Casari, R., Cossari, A., Musi, G. ... Adolorato, G. (2014). Quality of life in a cohort of high-dose benzodiazepine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 105-109. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.06.020
- Nakao, M., Takeuchi, T., Nomura, K., Teramoto, T., & Yano, E. (2006). Clinical application of paroxetine for tapering benzodiazepine use in non-major-depressive outpatients visiting an internal medicine clinic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 605-610. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01565.x
- Otto, M. W., McHugh, R. K., Simon, N. M., Farach, F. J., Worthington, J. J., & Pollack, M. H. (2010). Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. *Behaviour Research & Therapy*, 48, 720-727. doi: 10.1016/j.brat.2010.04.002
- Oude Voshaar, R. C., Couvee, J. E., van Balkom, A. J., Mulder, P. G., & Zitman, F. G. (2006a). Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189, 213-220. doi: 10.1192/bjp.189.3.213
- Oude Voshaar, R., Gorgels, W., Mol, A., van Balkom, A., Mulder, J., van de Lisdonk, E., ... Zitman, F. (2006b). Predictors of long-term benzodiazepine abstinence in participants of a randomized controlled benzodiazepine withdrawal program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 445-452.
- Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Mc, D. Y. R. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis. *Addiction*, 104, 13-24. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x
- Schippers, G. M., & de Jonge, J. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 250-265.
- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (2013). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij midde- en langegebruik en gokken*. Utrecht: Perspectief Uitgevers.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2011). *Data en feiten 2011*. Geraadpleegd op <http://www.sfk.nl/pdf-documenten/data-en-feiten/data-en-feiten-2011>
- Tan, K. R., Rudolph, U., & Luscher, C. (2011). Hooked on benzodiazepines: GABA-A receptor subtypes and addiction. *Trends in Neurosciences*, 34, 188-197. doi: 10.1016/j.tins.2011.01.004

Van gokken en gamen tot facebook en food: alles een verslaving?

ANNEKE GOUDRIAAN, LAURA DEFUENTES-MERILLAS, ILSE NIJS &
TONY VAN ROOIJ

Samenvatting

In de afgelopen tien jaar is er toenemende belangstelling voor gedragsmatige verslavingen. Inmiddels is er op basis van de overlap in klinische kenmerken, neurobiologie, genetische kwetsbaarheid en effectiviteit van behandelingen internationale consensus dat problematisch gokken gezien kan worden als een gedragsverslaving. In dit artikel wordt naast problematisch gokken aandacht besteed aan excessief internetten, gamen en gebruik van sociale media, en wordt nagegaan of ook in deze gevallen gesproken kan worden van een gedragsverslaving. Tot slot wordt stilgestaan bij eetproblematiek en met name de eetbui stoornis: in hoeverre liggen hier ook mechanismen aan ten grondslag die vergelijkbaar zijn met de gedragsverslavingen? Achtergrond, nieuwe onderzoeksinzichten en evidentie wat betreft behandeling van deze stoornissen worden toegelicht.

Trefwoorden: gedragsverslaving, gokverslaving, eetbui stoornis, internet, overzichtsartikel

INLEIDING

Gedragsmatige verslavingen staan de laatste jaren erg in de belangstelling. Gokverslaving werd in 2013 als eerste gedragsmatige verslaving opgenomen in de DSM-5, onder de nieuwe categorie 'middelgerelateerde en verslavingsstoornissen' (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014). Dit gebeurde op basis van onderzoek dat vooral in de voorafgaande tien tot vijftien jaar gedaan was. Vanwege overeenkomsten met stoornissen in middelengebruik wat betreft symptomen, etiologie, neurobiologie en behandeling, werd gokverslaving daarom ondergebracht bij middelgerelateerde en verslavingsstoornissen. Het opnemen van een eerste niet-middelengebonden

verslavingsstoornis in deze categorie is een belangrijke verschuiving in het denken en behandelen van gedragsmatige verslavingen. In recent onderzoek van andere gedragsmatige stoornissen, zoals overmatig gamen, staat ook vaak de vraag centraal in hoeverre de verslavende aspecten van deze activiteiten gedragsmatig en neurobiologisch overeenkomen met middelge-relateerde verslavingen (Kuss & Griffiths, 2012). In dit artikel worden het vóórkomen, nieuw onderzoek en behandelmogelijkheden gepresenteerd voor probleemgokken en excessieve videogaming. Ook wordt ingegaan op de vraag of er zoiets bestaat als een ‘sociale mediaverslaving’, en wordt ingegaan op de vraag of eetproblematiek en de eetbuistoornis gezien kunnen worden als verslaving – waarbij het bij eten strikt genomen wel gaat om in-name van een ‘middel’, namelijk voedsel.

PATHOLOGISCH GOKKEN

.....

Definitie en prevalentie

.....

Problematisch gokken wordt gekenmerkt door verlies van controle over gokgedrag en het in grote mate beheerst worden door gokken, doordat er veel tijd en geld aan wordt besteed. Ook is kenmerkend dat gokgedrag een sterk negatieve invloed kan hebben op iemands werklevens (iemand gaat bijvoorbeeld gokken in plaats van naar zijn werk) of relaties (de gokker leent bij collega's, familie of vrienden geld, dat hij niet kan terugbetalen). De gokproblematiek kan door de schulden en de negatieve financiële gevolgen – ook lang na behandeling – grote invloed hebben op iemands leven. De meerderheid van de mensen die zich met problematisch gokken aanmelden bij de hulpverlening gokt op fruitautomaten (90%, zowel binnen als buiten casino's) of speelt casinospelen (30%). On- en offline pokeren zijn in de afgelopen jaren toegenomen als redenen voor aanmelding (Bieleman et al., 2011).

Uit recent prevalentieonderzoek blijkt dat zo'n 87% van de Nederlandse bevolking ooit heeft gegokt (Bieleman et al., 2011). Aan de andere kant blijkt maar een relatief klein aantal van hen problemen met gokken te hebben gehad. Net als bij ander gedrag dat in principe tot een verslaving kan leiden, zoals alcoholgebruik, ontwikkelt maar een klein deel van de mensen die gokken daadwerkelijk gokproblematiek. De *lifetime*-prevalentie – het vóórkomen van gokproblemen in één bepaalde periode in het leven – was 1%, terwijl de jaarprevalentie op 20 duizend probleemgokkers en 90 duizend risicospelers werd geschat (Bieleman et al., 2011). Dit is redelijk vergelijkbaar met de prevalentie van problematisch gokken in landen als Zweden (Volberg, Abbott, Ronnberg, & Munck, 2001) en iets hoger dan de prevalentie van het ernstiger profiel van pathologisch gokken (0,42%) in de Verenigde Staten (Petry, Stinson, & Grant, 2005).

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (<http://www.sivz.nl/nl/ladis/kerncijfers>), dat jaarlijks de actuele inzichten rapporteert over de ontwikkeling van de hulpvraag binnen de verslavingszorg, laat zien dat in 2013 de hulpvraag van cliënten met gokproblemen voor het derde opeenvolgende jaar daalde. Wat betreft de klinische kenmerken van cliënten met een gokverslaving zijn mannen oververtegenwoordigd (86%). Ook werklozen en alloctonen hebben een grotere kans gokverslaafd te zijn (Bieleman et al., 2011; Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012). Uit internationaal onderzoek blijkt verder dat vooral adolescenten en jongvolwassenen vaker gokproblemen hebben dan op basis van de demografische samenstelling te verwachten is. In het Nederlandse prevalentieonderzoek werden zeer ruime leeftijdscategorieën gebruikt (18-35), waardoor dit patroon waarschijnlijk niet gevonden kon worden.

Onderzoek naar problematisch gokken: inzichten en ontwikkelingen

Hieronder worden de belangrijkste biologische, psychologische en sociale factoren beschreven die van invloed zijn bij het ontstaan van een gokverslaving. Het is daarbij belangrijk om in het achterhoofd te houden dat deze factoren niet los van elkaar functioneren, maar ook onderling verbonden zijn en interacties met elkaar kunnen aangaan.

Biologische factoren — Biologische factoren zijn belangrijk als verklaring voor problematisch gokken. Zo blijkt uit tweelingenonderzoek dat 62% van de variantie voor de diagnose pathologisch gokken wordt verklaard door gedeelde genetische factoren, wat een vergelijkbaar percentage is als bij middelenafhankelijkheid gevonden wordt. Bepaalde boodschapperstoffen in het brein, waarvan de hoeveelheid genetisch bepaald wordt, komen meer voor bij problematische gokkers dan bij gezonde controlepersonen. Verder zijn er in beeldvormende hersenstudies (functionele MRI-studies) aanwijzingen gevonden voor afwijkingen in het verwerken van signalen die gerelateerd zijn aan gokken, de zogenaamde ‘gok-cues’ (dit wil zeggen dat er een grotere reactie in beloningsgebieden wordt gevonden bij het zien van gokfoto’s of -films) en een verminderd vermogen het eigen gedrag te remmen. Dit laatste verschijnsel geldt zowel in het algemeen, maar ook specifiek voor gokgedrag. Een verminderd vermogen om eigen gedrag te remmen is een voorspeller voor het later ontstaan van gokproblematiek, terwijl grotere cue-reactiviteit, zoals gemeten door hogere reactiviteit van beloningsgebieden in het brein bij het kijken naar gokfoto’s, te maken lijkt te hebben met de ernst van de gokproblematiek, en eerder het gevolg lijkt van gokproblematiek (voor een overzicht van recent onderzoek, zie: Goudriaan, Yücel, & van Holst, 2014).

Samengevat kan gesteld worden dat genetische, neurocognitieve en neurobiologische factoren een kwetsbaarheid vormen voor het ontstaan van gok-

problematiek. Deze kwetsbaarheid, in combinatie met omgevingsfactoren, zoals de beschikbaarheid van verschillende mogelijkheden tot gokken, kan het ontstaan en voortduren van pathologisch gokken bevorderen (Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012).

Psychologische factoren — Verschillende psychologische factoren zijn gerelateerd aan het ontstaan van gokproblematiek.

Uit epidemiologische onderzoeken blijkt dat pathologische gokkers aanzienlijk vaker psychische stoornissen en/of middelenproblematiek hebben in vergelijking met mensen zonder gokproblemen. Mensen met psychiatrische stoornissen hebben ongeveer zeventien keer meer kans om pathologisch gokken te ontwikkelen dan mensen zonder dergelijke stoornissen. Onder pathologische gokkers is de kans op het ontstaan van een stemmingsstoornis vier keer groter, de kans op ontstaan van een angststoornis drie keer groter, en de kans op ontstaan van een stoornis in middelengebruik vijf keer groter dan onder niet-pathologische gokkers (Shaffer & Martin, 2011).

Een aantal belangrijke psychologische mechanismen die een rol spelen bij de verslavende potentie van gokken zijn (1) de onregelmatige intermitterende bekrachtiging van winsten bij gokspelen, zoals fruitautomaten, maar ook bijvoorbeeld roulette, (2) de rol van verwachtingen (*near misses*) en (3) cognitieve illusies, zoals een bovenmatige aandacht voor winsten. Ook een aantal spelmechanismen zijn geassocieerd met een hogere verslavingspotentie: een kortere uitbetalingsinterval, zoals bij spelen op fruitautomaten en deelname aan casinospelen, blijkt sterk met gokproblematiek samen te hangen, terwijl gokactiviteiten waarbij een langere tijd ligt tussen inzet en uitkomst, zoals bij deelname aan loterijen, nauwelijks samenhangen met gokproblematiek. Andere factoren die zorgen voor een hogere verslavingspotentie bij gokken zijn inzet (hoe hoger, hoe verslavender) en de suggestie dat men zelf invloed heeft op de uitkomst van het kansspel (*illusion of control*), waardoor de suggestie gewekt wordt dat het gaat om behendigheid, in plaats van kans (Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012).

Sociale factoren — Sociale factoren beïnvloeden zowel de deelname aan kansspelen als de kans op problematisch gokken. Mensen die dicht bij een casino wonen en mensen die in een achterstandswijk wonen hebben vaker gokproblemen (Goudriaan & DeFuentes-Merillas, 2012). Een grotere toegankelijkheid van gokgelegenheden hangt ook samen met een hogere kans op het ontwikkelen van gokproblematiek. De maatschappelijke discussie over het legaliseren van het online gokken op de Nederlandse markt (momenteel nog illegaal) en de mogelijke gevolgen daarvan voor het stijgen van het aantal mensen met gokproblematiek heeft legalisatie tot nu toe in de weg gestaan. Het ligt echter in de verwachting dat de Tweede Kamer zeer binnenkort hierover een wetsvoorstel beoordeelt (juni 2015). Hierbij wordt de redenering gevolgd dat het beter is een gereguleerd aanbod van kans-

spelen te hebben – waarbij er controle is op de aanbieders en bijvoorbeeld de winstkansen – tegenover de huidige situatie, waarin veel mensen deelnemen aan illegaal gokaanbod.

BEHANDELING VAN PROBLEMATISCH GOKKEN

.....

Wetenschappelijke evidentie

.....

In de afgelopen jaren was er een toename van gerandomiseerde gecontroleerde studies die de effectiviteit aantonen van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van gokproblematiek. In twee meta-analyses door Pallesen et al. (Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen, & Molde, 2005; Pallesen et al., 2007) werd gevonden dat *psychologische* behandelingen, die voornamelijk bestonden uit cognitief-gedragmatige interventies, een grotere effectgrootte hadden dan farmacologische behandelingen, en dat farmacologische behandelingen effectiever zijn dan geen behandeling (*effect size* psychologische behandeling: 2,01; *effect size* farmacologische behandeling: 0,78; Pallesen et al., 2005). Bij de farmacologische behandelingen lijken met name naltrexon en nalmeleen (opioïde receptorantagonisten) effectief, terwijl van de antidepressiva alleen paroxetine effectief bleek, en het laatste middel in een Australische richtlijn alleen wordt aangeraden bij comorbide depressie of angstproblematiek (Problem Gambling Research and Treatment Centre, 2011).

In een recenter literatuuroverzicht werd door Stea en Hodgins (2011) onderzocht welke wetenschappelijke basis er was voor zeven verschillende behandelmethoden voor gokproblematiek. De effectiviteit van deze behandelmethoden werd geclassificeerd volgens de criteria van de American Psychological Association (APA), waarbij voor behandelingen in categorie I de sterkste evidentie is, en de evidentie terugloopt bij behandelingen in categorie II en III. Cognitieve gedragstherapie, en korte, motiverende en zelfgerichte behandelingen, werden beoordeeld als behandelingen in categorie I en II, maar ook farmacotherapie werd gerangschikt als behandeling in categorie I. Psychodynamische benaderingen en Anonieme-Gokkers-benaderingen werden als behandeling in categorie III gekwalificeerd. In een Cochrane Review naar de effectiviteit van psychologische interventies bij pathologisch gokken (Cowlshaw et al., 2012) wordt ook geconcludeerd dat van de psychologische interventies voor deze aandoening er de meest evidentie bestaat voor CGT, en dat individuele behandeling even effectief is als groepsbehandeling. Een Australische richtlijn voor de behandeling van gokproblematiek benadrukt ook de evidentie voor CGT, en in sommige gevallen voor naltrexon (Problem Gambling Research and Treatment Centre, 2011).

Beschrijving CGT-behandeling

De behandeling van gokproblematiek lijkt in veel opzichten op de behandeling van middelenproblematiek. Voor een uitgebreide beschrijving van de cognitief gedragstherapeutische behandeling bij problematisch gokken verwijzen we naar bijvoorbeeld Schippers, Smeerdijk, en Merckx (2013). De behandelmethoden voor gokproblematiek worden daarom in dit bestek niet in detail besproken. *Evidence-based* cognitieve gedragsbehandeling van gokproblematiek zou in ieder geval de volgende onderdelen moeten bevatten:

- 1 Inzetten op de hulpvraag van de cliënt en zijn motivatie om zijn doel te bereiken.
- 2 Psycho-educatie over de aard en de kenmerken van pathologisch gokken.
- 3 Functieanalyse om zowel de uitlokkende als de in stand houdende factoren van het gokken in kaart brengen. Deze factoren bepalen voor een groot deel de behandelinterventies en de volgorde ervan (zoals zelfcontrolemechanismen leren, vaardigheden trainen, enzovoort).
- 4 De toepassing van gedragsexterne maatregelen (stimuluscontrole) om met gokken te stoppen of het onder controle te krijgen op de korte termijn. Deze maatregelen behelzen bijvoorbeeld het verminderen van de beschikbaarheid van geld, het zichzelf op een lijst laten zetten van personen met een toegangsverbod voor casino's of een gokhal, het inzetten van een filter bij online gokken en het overdragen van de financiën aan een belangrijke ander. Ook behoort hiertoe het vergroten van de belonende waarde van plezierige activiteiten (natuurlijke bekrachtigers) als alternatief voor de belonende waarde van gokken.
- 5 Het uitdagen van 'gokillussies' of irrationele gedachten (veranderen van gedachten).
- 6 Terugvalpreventie, gericht op het trainen van de patiënt om risicovolle situaties voor terugval, zoals sociale druk, negatieve emoties (bijvoorbeeld angst, depressie en woede) en interpersoonlijke conflicten, te identificeren, en het verstrekken van geschikte strategieën voor het omgaan met problematische situaties.

INTERNETVERSLAVING, GAMING EN SOCIALE MEDIA

Definitie en prevalentie

Bij problematisch (verslavend) internetgebruik gaat het om mensen die aangeven het soms best lastig vinden te stoppen met hun internetgebruik, terwijl ze door het vele internetgebruik toch enige problemen ondervinden.

We maken bij het bespreken van verslavend gedrag via internet onderscheid tussen enerzijds problematisch (verslavend) internetgebruik binnen de algemene bevolking en anderzijds verslaving, dat we reserveren voor cliënten die in behandeling zijn voor internetgebruik.

In Nederland lopen de prevalentieschattingen voor problematisch internetgebruik uiteen van zo'n 1% van de algemene bevolking (Meerkerk, van Rooij, Amadmoestar, & Schoenmakers, 2009) tot zo'n 5-6% onder jonge adolescenten. Onderzoek richt zich echter steeds vaker op meer specifieke vormen van problematisch internetgebruik, zoals gaming, gokken, erotica en sociale media. We besteden in dit artikel apart aandacht aan de twee gedragingen die exclusief gekoppeld zijn aan internetgebruik: (online) gamen en sociale media.

Problematisch gamegedrag: onderzoek onder de algemene bevolking

Verschillende onderzoeken laten zien dat gamen een verstorende invloed kan hebben op school, werk en *real life*-contacten (Chappell, Eatough, Davies, & Griffiths, 2006). Wetenschappers zijn verdeeld over de vraag of men gamen een verslaving moet noemen. Sommige auteurs beargumenteren op klinische gronden dat een officiële diagnose voor gameverslaving mogelijk nodig is. Er zijn immers patiënten die controleverlies ervaren, niet kunnen minderen ondanks dat ze dit willen, en door het gamen in de problemen komen omdat ze sociale contacten, school of werk verwaarlozen (Block, 2008). Anderen beweren dat 'gameverslaving' vooralsnog meer gebaseerd is op paniekberichten uit de media dan op feiten. Uit een Nederlands onderzoek bij patiënten die zich met gameproblematiek hadden aangemeld voor behandeling binnen een verslavingszorginstelling kwam naar voren dat 94,5% man was, met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar (DeFuentes-Merillas, Erp, Mil, & Dijkstra, 2012). Deze patiënten meldden zich voor gameproblematiek, waarbij iets minder dan een kwart van hen (24%) uitsluitend leed aan gameverslaving, terwijl de andere 76% naast gameverslaving andere comorbide psychiatrische stoornissen had, zoals depressie, een autismespectrumstoornis, andere verslavingsproblematiek of ADHD (DeFuentes-Merillas, van Mil & de Hart, 2015). Het lijkt erop dat het klinische beeld van gameverslaafden die hulp zoeken dus ernstiger is dan in de algemene bevolking wordt gezien, en dat het in vergelijking met andere groepen cliënten in de verslavingszorg gaat om jongere, mannelijke cliënten, van wie een groter deel comorbide psychiatrische problematiek heeft.

De twee schalen die in Nederland in omloop zijn voor het meten van problematisch gamegebruik in de algemene bevolking zijn de Videogame Addiction Test (VAT; van Rooij, Schoenmakers, van den Eijnden, Vermulst, & van de Mheen, 2012) en de Game Addiction Scale (GAS; Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2009). Beide beschrijven zij een gebrek aan controle over het gamegedrag, sterke negatieve uitkomsten en preoccupatie met het gedrag.

Andere symptomen die worden genoemd zijn: de eigen stemming proberen te verbeteren door middel van het gedrag, het opbouwen van tolerantie, het optreden van ontwenning als het gedrag niet meer mogelijk is en gevoelens van *craving* ('trek'). Schattingen op basis van dit soort schalen liggen dicht bij elkaar: met een verkorte versie van de VAT werd geschat dat 4% van de Nederlandse jongeren (13-14 jaar) problematisch gamet, terwijl de GAS eerder 2% schatte met een conservatief afkappunt (positief scoren op alle criteria) onder Nederlandse jongeren van 12-18 jaar (Lemmens et al., 2009).

Wat betreft onderzoek met hersenscans worden er bij buitensporig gamen, net als bij gokken, overeenkomsten gevonden met middelenverslaving. Zo worden tijdens blootstelling aan gameplaatjes activatiepatronen gevonden in verschillende hersengebieden die ook geactiveerd worden bij middelenverslaafden en die samenhangen met craving. Er wordt voor problematisch gamen bovendien een samenhang gevonden met ADHD, psychosomatische problemen, lagere schoolprestaties en slechtere psychosociale gezondheid, waaronder verhoogde mate van (sociale) angst, negatief zelfbeeld, eenzaamheid en depressieve gevoelens (van Rooij et al., 2012). De richting is hier onduidelijk: mogelijk vormt het gamen een vlucht voor de problemen, maar anderzijds kan het gamen ook leiden tot problemen.

Gameverslaving in de klinische setting

Gamen is nog geen erkende psychiatrische stoornis, maar wordt voorgesteld als kandidaat voor het psychiatrische handboek (in Appendix B van de DSM-5). Er zijn twee (nog niet gevalideerde) Nederlandstalige lijsten ontwikkeld voor gebruik in de klinische setting om aan te sluiten op de DSM-5: de C-VAT (beschikbaar via IVO, veldonderzoek loopt) en een nog te valideren lijst, die in het tijdschrift *Addiction* werd gepresenteerd (deze vragenlijst is te downloaden via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12457/supinfo>). De DSM-5-criteria zijn preoccupatie, tolerantie, onthoudingsverschijnselen, controleverlies, gebruik van internet om de stemming te beïnvloeden, negatieve gevolgen in school/werk of persoonlijke relaties door internetgebruik, craving, en liegen over internetgebruik.

Slechts een klein deel van de problematische gamers zoekt gespecialiseerde hulp. Dit sluit aan bij het beperkte voorkomen van cliënten die behandeling zoeken voor internetproblematiek binnen de verslavingszorg. Stichting IVZ rapporteert dat in 2013 slechts 529 cliënten in de verslavingszorg mogelijk in behandeling waren voor een internetgerelateerd probleem anders dan gokken. De helft hiervan was in behandeling voor (online) gamen, en de andere helft voor (niet-middelgebonden) verslavingen als 'chatten' en 'erotiek'. Mogelijk worden er meer cliënten behandeld voor gameverslaving, maar wordt dit niet door alle verslavingsinstellingen geregistreerd, aangezien sommige verslavingsinstellingen gedragsverslavingen registreren onder de noemer 'andere verslaving'.

Dat een kleine groep gamers moeite heeft om het gedrag onder controle te houden wordt niet betwist, maar het exacte verloop van de problemen over de tijd is nog onbekend. Daarnaast is er nog weinig bekend over het klinische beeld van de ‘gameverslaafde’, waardoor de noodzaak van een nieuwe diagnose voorlopig nog niet duidelijk genoeg is.

VERSLAVING AAN SOCIALE MEDIA

.....

Prevalentie

.....

Jongeren besteden verreweg de meeste tijd op het internet aan sociale activiteiten (via pc, laptop of smartphone). Youtube, Whatsapp (of varianten van deze vorm van digitale sms), Twitter en Instant Messenger worden genoemd als meest gebruikte functies van de smartphone. Er zijn signalen dat het gebruik van sociale media soms lijkt op een verslaving. Zo’n 6% van de Nederlandse jongeren geeft namelijk op vragenlijsten aan dat ze wel eens op verslavende wijze met sociale media bezig zijn. Ze ervaren bijvoorbeeld problemen als gevolg van het gebruik van sociale media (zoals huiswerk afraffelen en moeilijk kunnen stoppen; zie hiervoor ‘Verder lezen’ aan het eind van dit artikel).

Wat betreft de klinische behandeling van patiënten met ‘sociale media-verslaving’ is de situatie echter volstrekt onduidelijk. Het probleem wordt in vergelijking met gamen zelden genoemd binnen de verslavingszorg. Gezien de beperkte informatie is er verder zeer weinig bekend over het ontstaan of het verloop van ‘sociale mediaverslaving’. Desalniettemin hebben Kuss en Griffiths in 2011 een review gepubliceerd met de stand van zaken in de psychologische literatuur rondom excessief gebruik van *social networking sites* (SNS). Duidelijk wordt dat er een aantal negatieve zaken zijn die samenhangen met het gebruik van sociale netwerken: een verlaging in academische prestatie, verlaagde sociale activiteit buiten internet om en relatieproblematiek (Kuss & Griffiths, 2011).

Samengevat is er zeer weinig bekend over het vóórkomen van problematisch gebruik van, dan wel verslaving aan, sociale media. Voor zover dit al gebeurt, lijden de meetinstrumenten, in nog grotere mate dan bij internet-verslaving of gameverslaving, aan zeer gebrekkige externe validiteit. Zolang er geen duidelijke definitie is van sociale mediaverslaving, en er dus ook geen consensus bestaat over welke componenten behoren tot sociale mediaverslaving, wordt in vragenlijsten voorlopig met name gebruikgemaakt van criteria ontleend aan gokverslaving of *video gaming disorder*. Daarnaast is het nog volstrekt onduidelijk hoe negatief de consequenties zijn van problematisch gebruik van sociale media. Dit heeft deels te maken met het gebrek aan een duidelijk klinisch profiel van de ‘patiënten’.

Wetenschappelijke evidentie voor de behandeling van problematisch gamen, en van verslaving aan sociale media en internet

Ofschoon de wetenschappelijke literatuur wat betreft de behandeling van internetverslaving in de kinderschoenen staat, worden in de dagelijkse praktijk wel behandelingen aangeboden. Deze behandelingen zijn grotendeels gebaseerd op evidence-based interventies voor andere verslavingen, zoals alcohol- of gokverslaving. Voor psychotherapeutische en farmacologische behandelingen gericht op problematisch internetgebruik, gameverslaving en sociale mediaverslaving is slechts beperkte evidentie: de enige meta-analyse, waarin zestien studies naar internetverslaving werden vergeleken, concludeerde dat psychofarmaca (SSRI's, stemmingsstabilisatoren, nalme-feen) en cognitieve gedragstherapie de meest veelbelovende positieve effecten hebben in de behandeling van internetverslaving, gameverslaving en sociale mediaverslaving (Winkler, Dorsing, Rief, Shen, & Glombiewski, 2013). De effecten van de behandelingen voor internetverslaving bleken uit afgenomen scores op vragenlijsten voor internetverslaving, verminderde tijd besteed aan de internetverslaving in kwestie, en een vermindering in depressie en/of angst. Er waren geen verschillen in effectiviteit van farmacologische interventies of psychologische interventies. Wel bleken CGT-interventies effectiever in het verminderen van tijd besteed aan internet, vergeleken met andere psychologische behandelingen. Er moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten met de methodologische tekortkomingen van deze studies (voor een uitgebreide samenvatting van de wetenschappelijke literatuur over de behandeling van verslaving aan internet, gaming en sociale media, zie: van Rooij et al., 2014). Hierin wordt het volgende aanbevolen betreffende de behandeling van gedragsverslavingen:

- ▶ 'Voor de behandeling van gedragsverslavingen wordt aanbevolen om cognitieve en gedragstherapie als basis te nemen, eventueel aangevuld met medicatie.'
- ▶ 'Gedragsverslavingen zouden in principe een vergelijkbare indicatiestelling en aanpak kunnen krijgen als gokverslavingen of middelgebonden verslavingen, rekening houdend met de unieke karakteristieken van de gedragsverslaving.'

In Nederland is een behandelprotocol ontwikkeld voor problematisch gamen en internetgebruik (DeFuentes-Merillas et al., 2012). Het is gebaseerd op CGT en de Community Reinforcement Approach. De behandeling is geschikt voor game- en internetverslaafden van alle leeftijden. De behandeling is ook geschikt voor cliënten bij wie sprake is van comorbiditeit (zoals ADHD, autisme, stemmingsklachten of andere verslavingen) en kan als losse module aangeboden worden of gecombineerd met andere behandelingen.

Definitie: bestaat eetverslaving?

De idee van verslaafd zijn aan eten of een bepaald voedingsmiddel is ingeburgerd in de media en onder leken. In tijdschriften zie je koppen als 'Verslaafd aan chocolade!' en in televisieprogramma's als *Obese* bestempelen deelnemers zichzelf als eetverslaafd. Net als bij sociale media- of gameverslaving is de herkenbaarheid groot. Er is echter een belangrijk verschil met deze gedragsverslavingen: bij eetverslaving gaat het om de ongecontroleerde inname van een 'middel', namelijk suiker- en vetrijk voedsel. Om die reden kan men eigenlijk beter spreken van een voedselverslaving (*food addiction*) dan van een eetverslaving (Nijs & Franken, 2012; Volkow, Wang, Tomasi, & Baler, 2013). Omdat in het Nederlands de term 'eetverslaving' de meest gebruikelijke is, wordt deze term in dit artikel ook gebruikt.

Terwijl we in het dagelijks leven de term eetverslaving gemakkelijk in de mond nemen, is in de wetenschap een stevige discussie gaande over de vraag of eetverslaving wel bestaat (Ziauddeen, Farooqi, & Fletcher, 2012). Er worden vragen gesteld als: 'Is het gerechtvaardigd om te spreken van een verslaving wanneer het gaat om impulsief eetgedrag?' Er zijn voor- en tegenstanders van het eetverslavingsconcept (Nijs & Franken, 2012; Ziauddeen et al., 2012).

Onderzoek

Sinds een tiental jaren wordt in toenemende mate onderzoek gedaan naar het concept eetverslaving. Dat heeft te maken met de vaststelling dat het aantal mensen met obesitas in de westerse wereld in zorgwekkende mate is toegenomen. De obesitasepidemie lijkt geassocieerd met de opkomst van de voedingsindustrie, en het toegenomen aanbod van goedkoop suiker- en vetrijk gemaksvlees. Dit heeft geleid tot de hypothese dat obese mensen verleidelijk voedsel moeilijk kunnen weerstaan en wellicht kenmerken vertonen van verslaving.

Het grootste deel van het onderzoek naar eetverslaving is zodoende gericht op het toetsen of obese mensen typische kenmerken van verslaving vertonen, zowel op gedragsmatig, psychologisch als (neuro)biologisch vlak. Onder meer door tegenstrijdige onderzoeksbevindingen gaat de aandacht inmiddels meer en meer naar een subgroep van obese personen, namelijk patiënten met een *eetbuisstoornis*. De eetbuisstoornis wordt gekenmerkt door terugkerende episoden van overmatig en ongecontroleerd eten, en lijkt daarmee meer op een verslaving (Nijs en Franken, 2012). Andere onderzoekers stellen dat eetverslaving gezien moet worden als een losstaande stoornis, en beklemtonen dat er consensus moet komen over diagnostische criteria en meetinstrumenten (Ziauddeen et al., 2012). Een instrument dat momenteel

regelmatig wordt gebruikt in onderzoek, maar niet zonder kritiek, is de Yale Food Addiction Scale, die gebaseerd is op DSM-IV-criteria voor middelenafhankelijkheid. In recente onderzoeken werd gevonden dat ongeveer 10% van een (overwegend slanke) studentenpopulatie (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009), 15% tot 25% van de obese populatie (Davis et al., 2011) en 41,5% tot 57% van de populatie van patiënten met een eetbuistoornis (Gearhardt et al., 2011) voldoet aan de YFAS-criteria voor eetverslaving.

Onderzoek dat het eetverslavingsmodel ondersteunt

Voorstanders van het eetverslavingsmodel benadrukken de overeenkomsten in het gedrag van mensen met een middelenverslaving en obese personen: bij beiden gaat het om de overmatige inname van een 'middel' dat op de korte termijn een zekere beloning oplevert, maar op de lange termijn kan leiden tot gezondheids- en psychosociale problemen. In beide gevallen is het moeilijk om de hardnekkige gewoonte te veranderen, zoals blijkt uit hoge terugvalcijfers in ontwenning- en afvalprogramma's. Uit gedragsexperimenten en vragenlijsten is gebleken dat obese personen, en vooral die met eetbuien, net als verslaafden worden gekenmerkt door een impulsieve en beloningsgevoelige persoonlijkheid (Nijs & Franken, 2012).

Het meest overtuigende bewijs voor het eetverslavingsmodel komt uit dieronderzoek: het lijkt mogelijk om ratten 'verslaafd' te maken aan vet- en suikerrijk voedsel, in de zin dat ze eetbuien, tolerantie en onthoudingsverschijnselen vertonen, en er met drugsverslaving vergelijkbare veranderingen in hun hersenen optreden (Corwin, Avena, & Boggiano, 2011). Meer specifiek vertonen dieren eetbuien na een regime van herhaaldelijke voedselbeperking, stress en de blootstelling aan calorierijk voorkeursvoedsel. Ook in onderzoek met mensen is gevonden dat lijnen en stress belangrijke factoren zijn die eetbuien kunnen uitlokken. Deze risicofactoren spelen ook een rol bij verslaving: van stress is bijvoorbeeld bekend dat het een trigger is voor drugsgebruik.

Voor drugsverslaving typische veranderingen in de hersenen zijn ook vastgesteld bij obese personen. Onderzoek met hersenscantechnieken wijst bijvoorbeeld op een verlaagd aantal beschikbare dopaminereceptoren in het hersenbeloningssysteem van obese personen. Ook is gevonden dat obese mensen, en vooral die met eetbuien, een andere hersenrespons en meer directe aandacht vertonen voor voedselstimuli (bijvoorbeeld foto's van voedsel) dan slanke personen (Nijs & Franken, 2012). Uit verslavingsonderzoek weten we dat deze sterke *cue*-reactiviteit samengaat met een hunkering (*craving*) en controleverlies (Volkow et al., 2013).

Er zijn aanwijzingen voor een gedeelde genetische kwetsbaarheid voor drugsverslaving en obesitas. Alcoholisme in de familie lijkt bijvoorbeeld geassocieerd met een meer uitgesproken voorkeur voor zoet (*sweet preference*) en een grotere kans om obes te worden. Obese mensen en drugsverslaafden delen bepaalde genvarianten die onder meer verantwoordelijk zijn voor de

expressie van het aantal dopaminereceptoren (voor een overzicht, zie: Nijs & Franken, 2012).

Tegenstanders van het eetverslavingsmodel

Tegenstanders van het eetverslavingsmodel benadrukken de verschillen tussen middelenverslaving en obesitas, en het feit dat bovengenoemde onderzoeksbevindingen niet altijd even sterk of consistent zijn. Het meest gehoorde kritiekpunt is dat voedsel niet verslavend zou kunnen zijn, omdat het geen directe psychoactieve (bijvoorbeeld euforie) effecten heeft zoals drugs. Ook processen als tolerantie en abstinentieverschijnselen zijn (nog) niet overtuigend aangetoond bij mensen (Ziauddeen et al., 2012)

Wetenschappelijke evidentie voor behandeling van de eetbuistoornis

Ondanks alle onduidelijkheid omtrent het concept eetverslaving is er een toenemend aanbod van behandelingen voor obesitas en eetstoornissen in de verslavingszorg. Voor eetstoornissen bestaat een nationale multidisciplinaire richtlijn die goedgekeurd is in 2008 (Trimbos-instituut, 2008). Wat betreft de eetbuistoornis beveelt deze richtlijn cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor de eetbuistoornis, gericht op de verandering van zowel gedrag als cognities. Het doel van CGT voor de eetbuistoornis is het ontwikkelen van een regelmatig en normaal eetpatroon, en het bewerkstelligen van een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en lichaamsgewicht. Recenter onderzoek richt zich op de effectiviteit van zelfhulpinterventies. Verschillende meta-analyses laten zien dat zelfhulpinterventies effectief zijn bij eetbuistoornissen (Beintner, Jacobi, & Schmidt, 2014; Farrand & Woodford, 2013). Alhoewel de effectiviteit van CGT bij de eetbuistoornis niet ter discussie staat, is er minder consistentie over de effectiviteit op lange termijn, en meer onderzoek naar langetermijneffecten is daarom nodig (Spielmans et al., 2013).

Er bestaan ook hulpgroepen en behandelprogramma's voor eetverslaafden (bijvoorbeeld *Anonieme Overeters*), maar er is nog weinig of geen goed onderbouwd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze behandelprogramma's. Wel is er kennis over de behandeling van de eetbuistoornis, die hieronder wordt uiteengezet.

Psychologische behandeling van de eetbuistoornis — Het primaire doel van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij de behandeling van de eetbuistoornis is (1) het ontwikkelen van een regelmatig en normaal eetpatroon, en (2) een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en lichaamsgewicht. Uit een meta-analyse van Vocks et al. (2010) komt naar voren dat CGT en op CGT gebaseerde gestructureerde zelfhulpprogramma's te verkiezen zijn voor de behandeling van de eetbuistoornis. CGT

is effectief, niet alleen in het verminderen van het aantal eetbuien, maar ook in het verbeteren van disfunctionele eet- en lichaamsgerelateerde cognities. CGT hoeft niet per se aangeboden te worden middels een klassiek *face-to-face* format. Ook een gestructureerd zelfhulpformat kan hulp bieden, bijvoorbeeld indien de cliënt op een wachtlijst staat of niet gemotiveerd is tot deelname aan een (groeps)behandeling. CGT wordt gezien als voorkeurs-therapie, maar hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat andere psychotherapievormen nauwelijks zijn onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat bijvoorbeeld interpersoonlijke therapie op de lange termijn even effectief is als CGT voor de eetbuistoornis (Hilbert et al., 2012). De werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) adviseert CGT of IPT voor de behandeling van de eetbuistoornissen, en beschouwt beide psychotherapievormen als even effectief.

Een andere kanttekening is dat geen van de onderzochte behandelingen een effect lijkt te hebben op het lichaamsgewicht. Dit is problematisch, gezien het feit dat gewichtsverlies vaak een primaire hulpvraag is van de patiënten, motiverend werkt voor het volhouden van een therapie en in veel gevallen ook gewenst is voor de gezondheid (Vocks et al., 2010). De werkgroep MDR Eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) adviseert tijdens of vlak na de CGT/IPT-interventie te starten met een gewichtsreductieprogramma voor patiënten met overgewicht of obesitas.

Biologische behandeling van de eetbuistoornis — Bij farmacotherapeutische behandelingen gaat het overwegend om het gebruik van antidepressiva, zoals SSRI's. De werkgroep MDR Eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) stelt dat antidepressiva of topiramaat bruikbaar kunnen zijn bij de behandeling van de eetbuistoornis, additioneel bij cognitieve therapie, IPT of een zelfhulpprogramma. Uit de recentere meta-analyse van Vocks et al. (2010) blijkt evenwel dat een behandeling met antidepressiva over het algemeen slechts een matig effect heeft op het terugdringen van de eetbuien en hoegenaamd geen effect op het veranderen van eet- en lichaamsgerelateerde cognities. De effecten van een gecombineerde behandeling (psychotherapie én medicatie) verschillen niet significant van de effecten van uitsluitend psychotherapie, zodat de toevoeging van medicatie geen meerwaarde lijkt te hebben. In een recente publicatie (Jansen, 2014) worden zeer recente ontwikkelingen besproken met betrekking tot psychologische behandeling van obesitas en de eetbuistoornis.

CONCLUSIE

.....

Op het gebied van gedragsverslavingen is er internationaal consensus dat problematisch gokken (in DSM-5-termen: de 'gokstoornis') als een gedragsmatige verslaving gezien kan worden. Hiermee is de deur geopend voor an-

dere mogelijke gedragsverslavingen. Wat betreft de hoeveelheid onderzoek is er in de laatste tien jaar veel belangstelling geweest voor (online) gameverslaving, en bij deze stoornis zien we dan ook dat er inmiddels vragenlijsten zijn ontwikkeld om problematisch gamen te meten. Bij internetverslaving is de laatste jaren een toenemend besef ontstaan dat de activiteiten die op internet gedaan worden van belang zijn. In de praktijk blijkt dat problematisch internetgebruik met name gaat om gamen, erotiek of shoppen. Wat betreft eten (strikt gezien geen gedragsverslaving) lijkt het erop dat met name de eetbui stoornis (nu ook opgenomen in de DSM-5) gezien wordt als een stoornis met overeenkomsten met verslavingen. Wat betreft de behandeling van gedragsverslavingen is er de meeste evidentie voor CGT bij de eetbui stoornis. Daarbij lijkt het meest recente onderzoek erop te wijzen dat psychofarmaca weinig toegevoegde waarde hebben in aanvulling op CGT. Bij gokverslaving blijkt zowel CGT als psychofarmaca een positief effect te hebben, waarbij CGT een groter effect heeft dan psychofarmaca. Voor de behandeling van de diverse vormen van internetverslaving is nog weinig evidentie, omdat de meeste studies methodologische tekortkomingen hebben. Desondanks lijken zowel psychologische behandelingen afgeleid van CGT voor andere verslavingen, als psychofarmaca, een positief effect te hebben. In de Nederlandse verslavingszorg worden naast probleemgokkers vooral online gameverslaafden (ruim 500) gezien, en een kleinere groep met seksverslaving of eetproblematiek. Om een beter zicht te krijgen op de klinische relevantie van 'sociale mediaverslaving' en andere mogelijke nieuwe gedragsmatige verslavingen is het nodig om te onderzoeken of en waar mensen hulp zoeken, en het verloop van deze problematiek.

Het onderdeel 'Internetverslaving, gaming en sociale media' van bovenstaand artikel werd gebaseerd op de rapportage Inventarisatie gedragsverslavingen in Nederland 2013 van Resultaten Scoren!, Kenniscentrum Verslaving (van Rooij et al., 2014; zie 'Verder lezen' hierna en www.resultatenscoren.nl).

ANNEKE GOUDRIAAN is bijzonder hoogleraar werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, Arkin, Amsterdam, en verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

LAURA DEFUENTES-MERILLAS is senior wetenschappelijk medewerker bij Novadic-Kentron, Vught, cognitief gedragstherapeut VGCT en psychotherapeut bij een vrijgevestigde praktijk in Den Bosch.

ILSE NIJS is universitair docent, Afdeling Klinische Psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

TONY VAN ROOIJ was ten tijde van het schrijven van dit artikel senior wetenschappelijk medewerker van onderzoeksbureau IVO (Rotterdam). Sinds april 2015 werkt hij bij de vakgroep Media en ICT aan de Universiteit Gent / iMinds.

Correspondentieadres: Prof. dr. Anneke Goudriaan, Academisch Medisch Cen-

trum, Afdeling Psychiatrie, PA3-226, Verslavingsonderzoek, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam. Email: Anneke.Goudriaan@arkin.nl; a.e.goudriaan@amc.uva.nl

Summary In the past ten years, behavioral addictions have received increased interest in research and clinical practice. Based on novel insights, there is international consensus that gambling disorder can be viewed as a behavioral addiction due to the overlap in clinical characteristics, neurobiological and genetical vulnerabilities, and treatment effects. In this article, gambling disorder, excessive internet use, gaming and social media use are discussed regarding the question whether the term 'behavioral addiction' may also be suitable for these behaviors. In addition, eating disorders are discussed, and, more specifically, binge eating disorder: Are similar mechanisms responsible here as in behavioral addictions? Background, novel research findings and evidence regarding treatment are highlighted.

Keywords: *behavioral addiction, disordered gambling, problem gambling, gaming, internet addiction, food addiction, binge eating disorder, review*

Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Beintner, I., Jacobi, C., & Schmidt, U. H. (2014). Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review and metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 158-176.
- Bieleman, B., Biesma, S., Kruize, A., Zimmerman, C., Boendermaker, M., Nijkamp, R., & Bak, T. (2011). *Gokken in kaart: Tweede meting aard en omvang kansspelen* (Rapport). Rotterdam: Intraval.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.
- Chappell, D., Eatough, V., Davies, M. N. O., & Griffiths, M. D. (2006). EverQuest: It's just a computer game, right? An interpretative phenomenological analysis of online gaming addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 205-216.
- Corwin, R. L., Avena, N. M., & Boggiano, M. M. (2011). Feeding and reward: Perspectives from three rat models of binge eating. *Physiology and Behavior*, 104, 87-97. doi:10.1016/j.physbeh.2011.04.041
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57, 711-717. doi:10.1016/j.appet.2011.08.017
- DeFuentes-Merillas, L., Erp, M., Mil, N., & Dijkstra, B. (2012). Behandeling voor gameverslaving en problematisch internetgebruik. *Verslaving*, 8, 32-36. doi:10.1007/s12501-012-0040-1
- DeFuentes-Merillas, L., van Mil, N., & de Hart, A. (2015). Klinisch beeld en behandeling van problematisch inter-

- netgebruik en gameverslaving. In H. Kisjes & A. J. van Rooij (Red.), *Gedragsverslaving* (pp. 149-162). Middelbeers: InnoDoks Uitgeverij.
- Farrand, P., & Woodford, J. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33, 182-195.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52, 430-436. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2011). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 657-663.
- Goudriaan, A., & DeFuentes-Merillas, L. (2012). Pathologisch gokken. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (Red.), *Basisboek psychopathologie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Goudriaan, A. E., Yucel, M., & van Holst, R. J. (2014). Getting a grip on problem gambling: What can neuroscience tell us? *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 141.
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *British Journal of Psychiatry*, 200, 232-237.
- Jansen, A. (2014). Missie Obesitas. *De Psycholoog*, 49, 33-43.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). On-line social networking and addiction: A review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3528-3552.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet and gaming addiction: A systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain Sciences*, 5, 347-374.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12, 77-95.
- Meerkerk, G.-J., van Rooij, A. J., Amadmoestar, S. S., & Schoenmakers, T. M. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht. Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland [New addictions in sight! A survey into the nature and prevalence of 'new addictions' in The Netherlands]*. Rotterdam: IVO Reeks 63.
- Nijs, I. M. T., & Franken, I. H. A. (2012). Zijn obese mensen eetverslaafd? *Verslaving*, 8, 57-68.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H. M., Laberg, J. C., Skutle, A., Iversen, E., ... Holsten, F. (2007). *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 357-364.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC) (2011). *Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling*. Melbourne, Australië: Monash University. Geraadpleegd op 10 november 2014, van http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ext0005_problem_gambling_guideline.pdf

- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (2013). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij midde-
lengebruik en gokken*. Utrecht: Uit-
geverij Perspectief.
- Shaffer, H. J., & Martin, R. (2011). Disor-
dered gambling: Etiology, trajectory,
and clinical considerations. *Annual
Review of Clinical Psychology*, 7, 483-
510.
- Spielmans, G. I., Benish, S. G., Marin, C.,
Bowman, W. M., Menster, M., &
Wheeler, A. J. (2013). Specificity of
psychological treatments for bulimia
nervosa and binge eating disorder?
A meta-analysis of direct compari-
sons. *Clinical Psychology Review*, 33,
460-469.
- Stea, J. N., & Hodgins, D. C. (2011). A
critical review of treatment approach-
es for gambling disorders. *Current
Drug Abuse Reviews*, 4, 67-80.
- Trimbos-instituut (2008). *Multidiscipli-
naire richtlijn eetstoornissen*. Geraad-
pleegd op 10 november 2014, van
[http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.
php?pagina=richtlijn/item/pagina.
php&richtlijn_id=64](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=64)
- van Rooij, A. J., DeFuentes-Merillas, L.,
Meerkerk, G.-J., Nijs, I. M. T., van de
Mheen, D., Schoenmakers, T. (2014).
*Gedragsverslavingen: De stand van
zaken in wetenschap en praktijk* (Rap-
port: Resultaten Scoren). Geraad-
pleegd op 1 november 2014, van [http://
www.resultatenscoren.nl/publicaties/
detail/gedragsverslavingen.html](http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/gedragsverslavingen.html)
- van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., van
den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A.,
& van de Mheen, D. (2012). Video
game addiction test: Validity and psy-
chometric characteristics. *Cyberpsy-
chology, Behavior and Social Network-
ing*, 15, 507-511.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrows-
ky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A.,
& Herpertz, S. (2010). Meta-analysis
of the effectiveness of psychological
and pharmacological treatments for
binge eating disorder. *International
Journal of Eating Disorders*, 43, 205-
217.
- Volberg, R. A., Abbott, M. W., Ronnberg,
S., & Munck, I. M. (2001). Prevalence
and risks of pathological gambling in
Sweden. *Acta Psychiatrica Scandina-
via*, 104, 250-256.
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Tomasi, D., &
Baler, R. D. (2013). The addictive di-
mensionality of obesity. *Biological
Psychiatry*, 73, 811-818. doi:10.1016/j.
biopsych.2012.12.020
- Winkler, A., Dorsing, B., Rief, W., Shen,
Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treat-
ment of internet addiction: A me-
ta-analysis. *Clinical Psychology Re-
views*, 33, 317-329.
- Ziauddeen, H., Farooqi, I. S., & Fletcher,
P. C. (2012). Obesity and the brain:
How convincing is the addiction mod-
el? *Nature Reviews: Neuroscience*, 13,
279-286.

Verder lezen

- Clark, L. (2014). Disordered gambling:
The evolving concept of behavioral
addiction. *Annals of the New York
Academy of Sciences*, 1327, 46-61.
- van Rooij, A. J., DeFuentes-Merillas, L.,
Meerkerk, G.-J., Nijs, I. M. T., van de
Mheen, D., Schoenmakers, T. (2014).
*Gedragsverslavingen: De stand van
zaken in wetenschap en praktijk* (Rap-
port: Resultaten Scoren). Geraad-
pleegd op 1 november 2014, van [http://
www.resultatenscoren.nl/publicaties/
detail/gedragsverslavingen.html](http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/gedragsverslavingen.html)

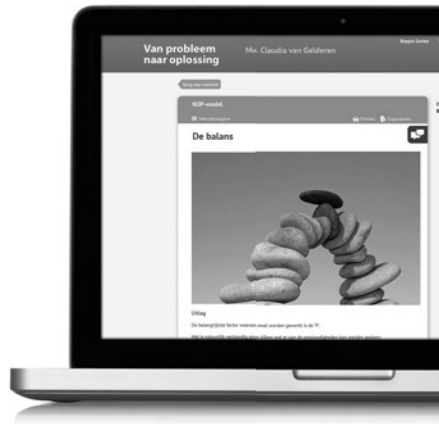
Aan de slag met eHealth

Nieuw: KOP-model online

KOP-model online is een vorm van blended behandelen, waarbij u cliënten in slechts een aantal sessies verder helpt.

De voordelen op een rij:

- Flexibel in te zetten
- De behandelaar houdt de regie
- Iedere sessie is te declareren als verzekerde zorg



“Dankzij het KOP-model leer je sneller je gedrag en gewoonten aan te passen. Een korte behandeling met een krachtig resultaat!”



Nu ook beschikbaar:
online zelfhulp cursussen
om psychische klachten
aan te pakken

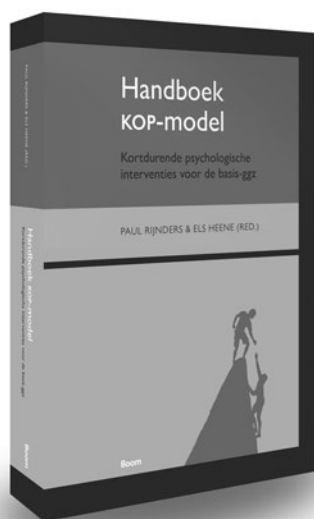
Lees meer op **www.boompsychologie.nl**

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie

Handboek KOP-model: kortdurend behandelen in de Basis GGZ



Het KOP-model is een praktisch werkmodel waarmee de patiënt inzicht krijgt in de oorzaken van de klachten, wat er aan gedaan kan worden en vooral wat hij of zij er zelf aan kan doen. Uit onderzoek blijkt dit model uitstekend geschikt voor de behandeling van patiënten met milde tot matige psychische klachten.

9789089535023 | € 42,50



9789089534354
€ 89,95



9789089534811
€ 24,95



9789058753687
v.a. € 68,50



D300DIG009079
€ 29,50

Bestel al uw vakliteratuur op
www.boompsychologie.nl

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Prijzen gelden in 2015, o.v.v. wijzigingen.

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel re-produceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden

het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen. Het voornaamste is dat duidelijk wordt wat de sterke en zwakke kanten van het boek zijn, alsmede in hoeverre het boek een aanvulling is op bestaande literatuur

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zesde editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2009).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Achtenveertigste jaargang, nummer 2, juni 2015

Pagina 93–220

- 93 *Redactioneel*
Redactioneel gastredactie
-
- 96 **Wencke de Wildt**
Screening, diagnostiek en behandeling van problematisch middelen-
gebruik in de ggz — Verplichte kost voor de gedragstherapeut
- 111 **Maarten J. M. Merkx, Kees W. Korrelboom** ✉
Wencke A. J. M. de Wildt
Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik —
Protocol en leertheoretische reflectie
- 138 **Ellis Baron, Jannet de Jonge** ✉ **Gerard Schippers**
Motiverende gespreksvoering
- 153 **Paul M. G. Emmelkamp, Maarten Merkx** ✉ **Laura DeFuentes-
Merillas**
Contingency Management
- 171 **Reinout W. Wiers** ✉ **Elske Salemink**
Gecomputeriseerde training van cognitieve processen bij problema-
tisch middelengebruik
- 185 **Erik Paling, Boukje Dijkstra, Cor de Jong** ✉ **Arnt Schellekens**
Prevalentie en behandeling van benzodiazepineverslaving
- 199 **Anneke Goudriaan, Laura DeFuentes-Merillas, Ilse Nijs** ✉
Tony van Rooij
Van gokken en gamen tot facebook en food: alles een verslaving?