



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Cue exposure met responspreventie bij de behandeling van verslaving

Remco Havermans, Sandra Mulkens, Ingmar Franken, Maarten Vanwingh, Rolf Sanderson en Anita Jansen\*

De auteurs danken LINDA KROON en ANJA MEIJBOOM voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van dit protocol.

---

## Samenvatting

*Cue exposure met responspreventie bij de behandeling van verslaving is een gedragstherapeutische techniek waarbij de cliënt herhaaldelijk wordt blootgesteld aan met alcohol- of druggebruik samenhangende stimuli. Deze blootstelling leidt tot de uitdoving van drang, of trek, en zou zodoende terugval in de oude verslaving kunnen voorkomen. In dit artikel zetten we uiteen waarop het mechanisme van cue-exposuretherapie is gebaseerd en hoe zo'n behandeling kan worden uitgevoerd.*

## Inleiding

Cue exposure met responspreventie (CERP) is een vorm van gedragstherapie met als doel ongewenste, abnormale gedragingen uit te doven. CERP werd al succesvol toegepast bij de behandeling van angststoornissen en eetstoornissen als bulimia nervosa (zie Jansen, 1992; Jansen & Meijboom, 1997; Marks, 1987). Gezien dit succes is het niet vreemd dat cue exposure is geopperd als een methode voor de behandeling van verslaving (Drummond, Tiffany, Glautier, & Remington, 1995; Heather & Bradley, 1990).

Logischerwijze tonen klinici belangstelling voor deze behandeling, maar tot op heden is nog maar weinig geschreven over de praktische toepassing van deze methode (maar zie Van Broekhoven, 1998; 2002). Wij voelden de behoefte om het cue-exposureprotocol, dat is ontwikkeld in Maastricht en dat momenteel wordt toegepast in het kader van een gecontroleerde therapie-effectstudie, onder uw aandacht te brengen.

---

\* DRS. R. HAVERMANS is assistent in opleiding en docent aan de Faculteit der Psychologie, capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht. Postbus 616, 6200 MD Maastricht. Tel.: 043-388 40 53. E-mail: r.havermans@psychology.unimaas.nl.  
DR. S. MULKENS is psychotherapeut en universitair docent bij dezelfde capaciteitsgroep van de Universiteit Maastricht.  
DR. I. FRANKEN is universitair docent bij de Faculteit Sociale Wetenschappen (Instituut Psychologie) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.  
DHR. M. VANWINGH is teamleider bij de Mondriaan Zorggroep, Divisie Verslavingszorg te Heerlen.  
DRS. R. SANDERSON is psycholoog en clustermanager voor de ambulante zorg bij de Mondriaan Zorggroep, Divisie Verslavingszorg te Heerlen.  
PROF. DR. A. JANSEN is hoogleraar aan de Faculteit der Psychologie, capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht.

## Achtergrond

De kans op terugval bij een 'herstelde' verslaving is groot. Vanwege de grote kans op terugval (zo'n 80 procent) kan verslaving worden beschouwd als een chronische aandoening (Hunt, Barnett, & Branch, 1971; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000). CERP is een behandeling die de kans op terugval zou kunnen verkleinen. De rationale van deze behandeling is gebaseerd op de associatieve leertheorie. Pavlov vergeleek in 1927 al het conditioneren van gedrag met de ontwikkeling van dwangmatig alcoholgebruik. Stimuli of *cues* (omgevingsprikkels, emoties en gedachten) die consequent voorafgaan aan druggebruik, worden na veelvuldig gebruik van drugs of alcohol goede voorspellers van het gebruik van drank of drugs. Zulke cues ontlokken geconditioneerde responsen, ofwel *cuereactiviteit* (O'Brien, Childress, Ehrman, & Robbins, 1998). Cuereactiviteit kan bestaan uit subjectieve responsen (toename in drang), lichamelijke responsen (bijvoorbeeld veranderingen in hartslag, of een toename in zweetklieractiviteit) of gedragsmatige responsen (drugs 'scoren'). Het lichaam van een verslaafde bereidt zich al voor op de toediening van drugs zodra hij wordt blootgesteld aan cues. Dit gaat gepaard met een enorme toename in het subjectief ervaren verlangen om drugs of alcohol te gebruiken. Het optreden van cuereactiviteit vormt zo een belangrijke factor bij het instandhouden van een verslaving (Havermans & Jansen, 2001).

Bewijs voor deze voorbereidende lichamelijke reacties bestaat voornamelijk uit studies waarin werd gevonden dat tolerantie voor drugs of alcohol aan omstandigheden is gebonden. Een situatie waarin iemand gewend is drugs te gebruiken, gaat als cue fungeren. Deze cue ontlokt voorbereidende lichamelijke reacties die tegengesteld zijn aan de effecten van de drug en die zodoende het effect van de drug verkleinen. Wanneer de verslaafde nu eenzelfde dosis drugs gebruikt in een andere situatie, zullen er geen voorbereidende lichamelijke reacties optreden, waardoor het effect van de gebruikte drug veel groter zal zijn, met het gevaar van een 'overdosis' (zie Siegel & Ramos, 2002).

Pavlov (1927) vond in zijn experimenten dat zijn honden de geconditioneerde kwijlrespons afleerden wanneer het rinkelen van de bel niet werd gevolgd door het geven van voer. Deze procedure staat bekend als extinctie en vormt de basis voor CERP. Door herhaaldelijke blootstelling aan cues (cue exposure) zonder dit te laten volgen door alcohol- of druggebruik (responspreventie), worden cues steeds minder goede voorspellers van dit gebruik. Hierdoor zullen de cues steeds minder in staat zijn cuereactiviteit te ontlokken. De reactie zou uitdoven omdat de geleerde associatie tussen de cues en het gebruik wordt doorbroken. Door cuereactiviteit te laten uitdoven zou daarmee een van de meest belangrijke factoren voor verder druggebruik geëlimineerd zijn en zou de kans op terugval aanzienlijk moeten afnemen (Drummond, Tiffany, Glautier, & Remington, 1995; Laberg, 1990).

Verscheidene onderzoekers hebben overtuigend aangetoond dat door middel van cue exposure de cuereactiviteit uitdooft (Drummond & Glautier, 1994; Franken, De Haan, Van der Meer, Haffmans, & Hendriks, 1999; Rankin, Hodgson, & Stockwell, 1983; Rohsenow et al., 2001). Maar dit betekent niet dat de drang om drugs te gebruiken is geëlimineerd. Zo vonden O'Brien, Childress, McClellan en Ehrman (1990) dat, ondanks succesvolle uitdoving van cuereactiviteit, cocaïneverslaafden weer drang rapporteerden buiten de klinische setting. In eerdere studies naar de effectiviteit van CERP werd gevonden dat uitdoving van cuereactiviteit weliswaar ertoe leidt dat cliënten langer

abstinent blijven, maar dat het de kans op een terugval nauwelijks verkleint (Conklin & Tiffany, 2002; Havermans & Jansen, in druk).

Hoe kan dit nu worden verklaard? Uit leertheoretisch onderzoek is gebleken dat geconditioneerde responsen na een uitdovingprocedure weer kunnen terugkeren wanneer de geconditioneerde stimulus wordt gepresenteerd buiten de omgeving waar de extinctie werd uitgevoerd (Bouton, 2000). Wat betekent dit nu voor de behandeling van verslaving? Een voorbeeld. Een alcoholist meldt zich bij een kliniek en wordt behandeld met cue exposure. Nadat de drang om alcohol te drinken na blootstelling aan alcoholcues is uitgedoofd, gaat de cliënt met ontslag. Maar als hij vervolgens thuis een reclameboodschap voor zijn favoriete drankje ziet (een alcoholcue), ervaart hij opnieuw de drang om te drinken. Cue exposure ter behandeling van verslaving is volstrekt zinloos, tenzij men weet te bewerkstelligen dat uitgedoofde cuereactiviteit ook uitgedoofd blijft buiten de klinische setting.

Leertheoretici wijten het hernieuwd optreden van geconditioneerd gedrag na uitdoving aan het onvermogen om zich datgene wat men heeft geleerd tijdens extinctie te herinneren in een andere context. Dit betekent dat wanneer men een cliënt na ontslag iets meegeeft wat herinnert aan de behandelsituatie, de terugkeer van cuereactiviteit wordt ingeperkt. Bij dieren werd al aangetoond dat een dergelijke methode werkt (Bouton, 2000) en er zijn aanwijzingen dat dit ook bij mensen het geval is. Onlangs voerden Collins en Brandon (2002) een studie uit bij zware drinkers. Deze zware drinkers kregen een cue-exposurebehandeling in een specifieke ruimte. Zij werden herhaaldelijk blootgesteld aan alcoholcues en naast fysiologische reactiviteit (speekselvorming) werd subjectieve reactiviteit gemeten. De proefpersonen moesten hiertoe met een specifiek potlood op een aantal schaaltes aangeven hoeveel drang zij voelden. Als de cuereactiviteit was uitgedoofd, kreeg een deel van de proefpersonen een cuereactiviteitstest in een andere ruimte. In deze ruimte werden zij opnieuw blootgesteld aan alcoholcues. Deze proefpersonen rapporteerden wederom drang om te drinken en vertoonden fysiologische cuereactiviteit, in tegenstelling tot de zware drinkers die deze test deden in dezelfde ruimte als waar zij de exposuretherapie hadden gekregen. Een derde groep zware drinkers verkreeg de cuereactiviteitstest ook in een andere ruimte, maar zij werden op subtiele wijze herinnerd aan de behandelsetting. Tijdens de test dienden zij hetzelfde potlood te gebruiken bij het rapporteren van de drang als tijdens de behandeling. Dit bleek voldoende om de terugkeer van alcohol cuereactiviteit te voorkomen.

In de klinische praktijk kan men ervoor zorgen dat wat de cliënt leert in de behandelsetting daarbuiten niet direct wordt vergeten door na de behandeling intensief contact met de cliënt te onderhouden. Collins en Brandon (2002) tonen verder aan dat men dit kan bewerkstelligen door de cliënt een 'souvenir' van de behandelsetting mee te geven. Zo'n souvenir kan een *reminder card* zijn. Marlatt en Gordon (1985) beschrijven deze kaartjes in hun programma voor terugvalpreventie. Op zo'n kaartje kan men de cliënt een persoonlijke boodschap laten schrijven, bijvoorbeeld over wat hij heeft geleerd tijdens de behandeling. Verder zou een beknopte omschrijving van de rationale op dit kaartje kunnen worden gedrukt. Soortgelijke kaartjes worden al in de klinische setting gebruikt bij zelfcontroletechnieken (Kobussen & Bootink, 1993) en ook wij passen ze toe in het onderzoek naar de effectiviteit van CERP bij de behandeling van verslaving. De cliënt ontvangt de *reminder card* aan het einde van de behandeling en krijgt de instructie dit kaartje altijd bij zich te dragen. Deze eenvoudige

toevoeging aan het protocol voor CERP zou de effectiviteit van de behandeling sterk kunnen vergroten. In de volgende paragrafen beschrijven we hoe CERP kan worden uitgevoerd.

## **De behandeling**

Net als bij de behandeling met cue exposure van bulimia nervosa bestaat cue exposure bij de behandeling van verslaving uit drie delen: uitleg over de inhoud van de behandeling, het vaststellen van cues en het blootstellen aan deze cues.

***Uitleg***

Voor u kunt starten met de exposure, moeten de cliënten op de hoogte zijn van wat hen staat te wachten. Deze toelichting op de therapie moet volkomen helder zijn voor de cliënt. Een voorbeeld van zo'n toelichting luidt:

'U bent hier omdat u een probleem hebt met alcohol of drugs. U bent hieraan verslaafd en u wilt hier graag vanaf. Een belangrijk probleem voor de behandeling van verslaving is de grote kans op terugval na behandeling. Met terugval wordt het opnieuw intensief gebruiken van drank of drugs bedoeld na eenmaal te zijn gestopt.

In deze behandeling gaan we eerst kijken hoe het komt dat het zo moeilijk is om van de alcohol of de drugs af te blijven. Daarna zullen we u een techniek leren die u kan helpen om ervan af te blijven. De techniek is gebaseerd op het "leermodel" van verslaving en het doel is het verminderen van drang om te gebruiken. Ik kan u dat leermodel het handigst uitleggen aan de hand van een voorbeeld. Meneer Jansen komt bijvoorbeeld elke dag om zes uur uit zijn werk. Zijn vrouw staat op dat moment te koken, dus in de keuken ruikt het flink naar eten. Zij staat meestal bij het aanrecht en op het moment dat meneer Jansen binnenkomt, schenkt ze een stevige borrel voor hem in. Overdag drinkt meneer Jansen niet, maar 's avonds om zes uur neemt hij altijd zijn borrel. Op een gegeven moment merkt meneer Jansen dat hij in de auto, tijdens de laatste kilometers op weg naar huis, al hevige trek in een borrel krijgt. Als hij thuiskomt, drinkt hij steeds vaker een borrel extra omdat zijn trek zo groot is. Meneer Jansen begon met een enkele borrel na het werk, nu drinkt hij er al zo'n vijf. Nu hij voor het eten wel vijf borrels drinkt, verandert zijn trek (in de auto, vlak voor thuiskomst) in een vrijwel onweerstaanbare drang om te drinken. Thuisgekomen 'moet' hij als het ware snel wat drinken om zijn ergste drang weg te spoelen. Onderzoekers hebben ontdekt hoe het nu komt dat meneer Jansen steeds vlak voor thuiskomst zo'n enorme drang om te drinken heeft.

Meneer Jansen drinkt elke dag om zes uur na thuiskomst van het werk. De thuisreis wordt op deze manier een goede voorspeller van het drinken van alcohol: als hij thuiskomt wordt er immers altijd gedronken. Er is iets bijzonders gebeurd: wanneer bepaalde omstandigheden steeds samengaan met het gebruik van alcohol, dan gaan deze het gebruik van alcohol voorspellen: het lichaam gaat zich namelijk al voorbereiden op de inname van alcohol en reageert met allerlei lichamelijke reacties, zoals veranderingen in de hartslag en zweten. Deze lichamelijke reacties gaan gepaard met drang. Als men nu inderdaad gaat drinken bij het voelen van deze drang, wordt de voorspellende waarde van de thuisrit weer bevestigd.

We weten nu dus dat bepaalde voorspellers, als ze vaak genoeg voorafgegaan worden door gebruik, al kunnen leiden tot voorbereidende lichamelijke reacties en een sterke drang. Om aan de drang tegemoet te komen, zult u willen gebruiken.

Wat is er dus van belang bij deze behandeling als u graag een terugval wilt voorkomen? Het gebruik volgt op de drang; het is belangrijk om geen drang meer te voelen. Dat gevoel komt als er voorspellers zijn; dus van belang is dat die voorspellers geen drang meer opwekken en het gebruik niet meer gaan voorspellen. Hoe zouden we dat voor elkaar kunnen krijgen? Dat kan door de voorspellers wel aan te bieden, de drang te laten komen, maar dan juist niet te gebruiken. Het lichaam leert dan dat de voorspellers eigenlijk helemaal niet zo'n goede voorspellers meer zijn. Het lichaam gaat zich dan ook niet meer voorbereiden en u zult ook geen drang meer ervaren.'

De uitleg van de behandeling kan geen eenrichtingsverkeer zijn. De cliënt moet ook zelf nadenken. Dit kan door hem voorbeelden te laten bedenken van voorbereidende lichamelijke reacties, of bepaalde situaties te laten beschrijven die altijd samengingen met alcohol- of druggebruik. Het is belangrijk dat de cliënt begrijpt waarom hij de confrontatie met de cues dient aan te gaan. Want cliënten zullen weinig gemotiveerd zijn om zo'n blootstelling aan cues te ondergaan zonder het besef dat drang pas kan uitdoven wanneer deze in eerste instantie wordt ervaren (Jansen & Meijboom, 1997).

### ***Cues identificeren en inventariseren***

In de tweede sessie volgt de identificatie en inventarisatie van de cues. Het belang hiervan is dat u de cliënt aan zo veel mogelijk cues wilt blootstellen om de ontstane drang zo goed mogelijk uit te kunnen doven. Het vaststellen van de cues is een secuur karwei, omdat het geen zin heeft de cliënt aan (quasi-)cues bloot te stellen die geen voorspellende waarde voor het druggebruik van de cliënt hebben. Zo is een fles bier bijvoorbeeld een goede cue voor een cliënt die altijd bier drinkt, maar geen goede cue voor iemand die altijd wijn drinkt.

Het middelengebruik moet worden geïnventariseerd. Als uw cliënt veel verschillende middelen gebruikt, laat hem hier dan een hiërarchie van maken. Welk middel gebruikt hij het liefst en welk middel gebruikt hij meestal? De favoriete en meest genuttigde drank of drug van de cliënt is waarschijnlijk een goede cue, maar daarnaast kunnen situationele factoren een voorspeller zijn voor alcohol- of druggebruik (Litt & Cooney, 1999; Weinstein, Lingford-Hughes, Martinez-Raga, & Marshall, 1998). Is er een speciale omgeving of tijdstip waarin de cliënt altijd dronk of drugs gebruikte (bijvoorbeeld 's avonds alleen thuis op de bank)? Verder kunt u vragen of de cliënt zich een situatie kan herinneren, waarin hij voor het laatst drang om te drinken of om drugs te gebruiken voelde. Wanneer dit het geval is kunt u doorvragen naar de details van deze situatie. U geeft hierbij aandacht aan perceptuele, cognitieve en emotionele aspecten van die situatie. Gebruikte de cliënt alleen, of in de aanwezigheid van anderen? Is er een gebruikersritueel? Had hij daar speciale gedachten of gevoelens bij? U kunt hierbij ook dieper ingaan op de stemming tijdens de situatie. Is deze positief of negatief? Bij de inventarisatie van de voorspellers is het verder belangrijk dat u zo veel mogelijk de exacte bewoordingen van de cliënt registreert.

Kortom, u zorgt ervoor dat u een zo goed mogelijk beeld krijgt van de voor uw cliënt typische gebruikerssituatie(s). Cliënten schamen zich veelal voor hun overmatig alcohol- of druggebruik en vinden het vaak moeilijk hierover te praten. U kunt dit bespreken en daarbij teruggrijpen naar de toelichting van de behandeling en uitleggen waarom het zo belangrijk is alle relevante voorspellers van gebruik te achterhalen. Voor deze fase staat geen voorgeschreven aantal zittingen. U organiseert zoveel bijeenkomsten als u denkt nodig te hebben om een adequaat beeld te krijgen van de voor de cliënt en u relevante voorspellers van gebruik.

### ***Blootstelling aan cues***

Als de cues zijn geïdentificeerd kunt u beginnen met de blootstelling. Bij CERP wordt de cliënt in vivo blootgesteld aan de cues die in de eerdere sessies zijn geïnventariseerd.



U heeft hierbij slechts één doel voor ogen en dat is de drang zo hoog mogelijk te krijgen en te houden. Om de voortgang van de cue exposure te kunnen vaststellen, is het raadzaam dat u de mate van ervaren drang bij de cliënt tijdens elke sessie herhaaldelijk navraagt, bijvoorbeeld iedere tien minuten. Dit kan met behulp van een continue honderdpunts visueel-analoge-schaal (VAS), variërende van 0 (= helemaal geen drang) tot 100 (= een bijna onweerstaanbare drang). Deze schaal is een 100 mm lange, horizontale lijn met daarboven de uitspraak 'Ik voel op dit moment...', linksonder de uitspraak 'helemaal geen drang' en rechtsonder de uitspraak 'een bijna onweerstaanbare drang'. Door een verticaal streepje te zetten op deze lijn kan de cliënt aangeven hoeveel drang hij ervaart. De betrouwbaarheid van deze drangmeting wordt vergroot wanneer voor ieder meetmoment een nieuwe VAS wordt gebruikt. De cliënt kan zodoende niet zien wat hij de voorgaande keer heeft gescoord en wordt zo meer gedwongen om de op dat moment ervaren mate van drang te rapporteren (Jansen & Meijboom, 1997).

De cliënt mag alles doen met de cues om de drang hoog te krijgen en te houden, behalve toegeven aan de drang tot daadwerkelijk gebruik. Wanneer hij toch gebruikt, wordt de voorspellende waarde van de cues ten aanzien van druggebruik herbevestigd.

Aan de hand van de inventarisatie van cues kunt u tevens imaginaire situaties aan de cliënt voorleggen. Imaginaire situaties bevatten een beschrijving van de omgeving, gedachten, stemming en gebeurtenissen die een intens verlangen om te gebruiken bij de cliënt kunnen opwekken. Het doel van zo'n geleide fantasieoefening naast de in vivo blootstelling, is om bij de cliënt een levendige herinnering aan gebruik op te roepen en de hoogst mogelijke drang op te wekken. U probeert zich hierbij in de cliënt te verplaatsen om zo goed mogelijk de werkelijkheid te benaderen. Het beschrijven van traumatische gebeurtenissen waarvan uw cliënt heeft aangegeven dat hij er absoluut niet mee wil worden geconfronteerd, dient u te vermijden. De cliënt wordt uitgenodigd zich zo goed mogelijk in te leven in de beschreven situatie. Het is van groot belang dat de cliënt hierbij de tijd krijgt om deze situatie goed voor de geest te halen. Een kort voorbeeld van zo'n imaginatie:

'Stelt u zich het volgende voor: Het is kwart over zes 's avonds en u bent net thuis van uw werk. Het is donker in huis, u ruikt dat er eten wordt gekookt. De televisie staat aan. U bent moe, u hebt uw ogen gesloten maar u slaapt niet. U luistert naar het nieuws. Dan komt uw vrouw de kamer binnen en zonder zelfs ook maar eerst hallo te zeggen begint ze te zeuren en te klagen dat u niks waard bent en dat u geen fluit uitvoert. U reageert niet, maar u voelt de woede opkomen. Ze slingert ondertussen schreeuwend verwijten naar uw hoofd. U bent geïrriteerd, maar tegelijkertijd voelt u zich schuldig omdat u weet dat ze eigenlijk wel gelijk heeft. Plots krijgt u een droge keel en u denkt: ik heb nu echt geen zin in dit gezeur... Zonder uw vrouw aan te kijken loopt u haar straal voorbij de keuken in en u pakt daar een koud flesje bier uit de koelkast...'

De blootstelling aan de cues kan, naast drang, allerlei gedachten en gevoelens opwekken bij uw cliënt. Hier moet u niet te lang bij stilstaan. De cliënt moet zich vooral concentreren op de drang die hij ervaart. U stelt uzelf slechts een enkel doel en dat is de drang zo hoog mogelijk te krijgen en te houden bij de cliënt. De drang zal niet stijgen als uw cliënt uitwijdt over bijvoorbeeld de moeilijke jeugd die hij heeft gehad, hoe relevant die ook is.

Een dergelijke sessie is niet niks voor uw cliënt. Het is zwaar en aan u is de paradoxale taak het uw cliënt zo zwaar mogelijk te maken. Het is dan ook aan te raden om tijd te reserveren voor het nabespreken van een sessie. Zeker in de eerste paar sessies kan het confronteren met cues en de daarop ervaren toename in drang als zeer belastend worden ervaren. De cliënt moet weten dat dit normaal is en dat, naarmate de behandeling vordert, de drang om te gebruiken zal uitdoven. Verder kunt u stellen dat om de drang te kunnen laten uitdoven, er wel in eerste instantie drang moet zijn en dat drang nog niet betekent dat men ook wil gebruiken. Daarnaast benadrukt u dat abstinentie een voorwaarde is voor het slagen van de behandeling. Wanneer men niet abtinent blijft gedurende de behandeling zal de drang niet of nauwelijks uitdoven. U vraagt na: 'Hoe zorgt u dat u na deze sessie niet gaat drinken of gebruiken?' Ook laat u de cliënt allerlei dingen bedenken die het fysiek onmogelijk maken te gebruiken. De cliënt mag nimmer de behandelkamer verlaten met een bijna onweerstaanbare drang.

## Gevalsbeschrijving<sup>1</sup>

Marlies is een vrouw van middelbare leeftijd en ze is afhankelijk van alcohol. Ze is voor het eerst in deeltijdbehandeling in een verslavingskliniek en kwam op eigen initiatief nadat ze al zeker vijf maanden niet meer had gedronken. Marlies is gescheiden en heeft twee kinderen, een dochter van 15 en een zoon van 11 jaar oud. Haar drankmisbruik hing samen met de scheiding en de daarop volgende verhuizing. Ook ging het financieel minder goed, waardoor zij haar hobby's moest opgeven. In haar nieuwe woonomgeving kende ze niemand en buiten haar broer en zijn gezin had zij niemand die zij volledig in vertrouwen kon nemen.

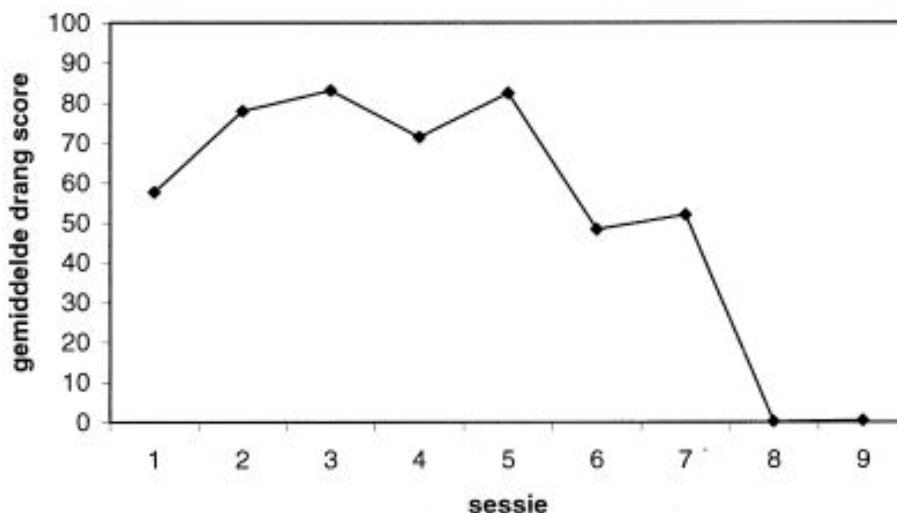
Bij de inventarisatie van cues bleek dat Marlies' favoriete drank betaalbare, witte wijn was. Zij dronk deze wijn steeds uit hetzelfde glas. Marlies' vaste drinkmomenten waren als zij alleen thuis was, maar pas vanaf het middaguur. In de ochtend dronk zij nooit alcohol, alleen koffie. Ook dronk zij nooit zolang zij iets te doen had. Belangrijke emotionele cues voor drankgebruik waren gevoelens van eenzaamheid, verveling en moedeloosheid over de last van het alleen opvoeden van twee kinderen. Marlies had een vast, dagelijks drinkritueel ontwikkeld, waarbij zij een à twee liter wijn dronk. Eerst deed zij boodschappen en kocht dan onder meer twee literflessen wijn. Dan deed zij nog wat andere huishoudelijke klussen waarna zij het 'verdiend' had om op de bank te zitten en alles even te vergeten met een glas wijn. Ze pakte er een sigaret en een boek bij en zette dan haar favoriete muziek op. Onderwijl schonk zij zich steeds een nieuw glas in. Ook zette ze na verloop van tijd de televisie aan. Op een gegeven moment werd Marlies moe en ging zij op bed liggen. Dit vond zij prettig, omdat ze dan even weg was uit alle ellende.

Na de inventarisatie van cues werd de gang van zaken van de behandeling uitgelegd. Marlies begreep de uitleg goed en kon deze ook repliceren. Zij stelde belangrijke vragen als 'Wat te doen als ik na de sessie thuis drang ervaar?' In het protocol was ervoor gekozen haar zelf te laten bedenken welke in de kliniek geleerde strategieën ze in zo'n geval kon toepassen die onverenigbaar waren met drankgebruik ('U kunt bijvoorbeeld moeilijk tegelijkertijd sporten en drinken.'). Er werd afgesproken dat ze bij het ervaren van drang buiten de kliniek zo'n strategie zou toepassen. De behandelaar benadrukte nogmaals dat het belangrijk was dat Marlies niet zou drinken. Want dan zou zij het opgebouwde resultaat tenietdoen. Na deze uitleg werd Marlies gevraagd enkele vragen

te beantwoorden over haar vertrouwen in deze behandeling. De volgende sessie startte de therapie van Marlies.

Er vonden negen sessies cue exposure met responspreventie plaats. Allereerst werd de blootstelling besproken. Het doel en de gang van zaken werden nogmaals uitgelegd ('Het doel is de drang zo hoog mogelijk te laten worden en hoog te houden en tegelijkertijd niet te drinken. Als we dit herhaaldelijk doen zal de drang langzaam uitdoven, omdat de cues – gevoelens en gedachten, zien en ruiken van de drank, omgevingsprikkels – geen adequate voorspeller meer zijn van daadwerkelijk drankgebruik.'). Dan startte de blootstelling, die een uur duurde. Er werd een zitje gecreëerd dat zo veel mogelijk leek op de opstelling thuis, haar favoriete muziek werd aangezet, een asbak en sigaretten kwamen te voorschijn en een boek. Ook pakte Marlies de wijn zelf uit een kast en verrichtte ze verder alle handelingen die zij thuis in een drinksituatie ook zou uitvoeren. Ze schonk het glas vol en ging zitten.

Al ruikend aan de wijn steeg de drang in de eerste zitting naar het maximum. In figuur 1 worden de gemiddelde drangscores (gescoord tijdens de sessies op een VAS) per sessie weergegeven. Marlies leefde zich helemaal in en had het gevoel de wijn echt te proeven. De mate van inlevingsvermogen kan verschillen tussen cliënten. Het is mogelijk dat dit vermogen nauw samenhangt met de mate van hypnotiseerbaarheid, maar dit werd hier niet gemeten.



*Figuur 1 De gemiddelde drang om te drinken per sessie.*

Marlies kreeg ontzettende dorst en had moeite met slikken tijdens het ruiken aan de wijn. Een droge mond volgde. Maar zij mocht pas na de sessie water drinken. Marlies dronk dan vijf of zes glazen water. Marlies had tijdens de eerste zitting een paar keer sterk de neiging echt te drinken en schrok hier hevig van. Ze keek dan op het formulier van de uitleg van de behandeling om te beseffen waarom ze zichzelf ook alweer confronteerde met de wijn. De blootstelling wekte ook boosheid op: 'Dit is een ware marteling. Wat wreed om iemand zo te kwellen.' Hierop reageerde de behandelaar met

empathie. 'Het is ook moeilijk en vooral heel moedig van je om toch door te zetten. Houd vol.'

Er waren in de eerste vijf tot zes sessies weinig aanmoedigingen nodig om de drang hoog te houden. De therapeut deed aanmoedigingen als 'Goed zo, houd het glas maar bij je neus, ruik er goed aan. Wat ruik je? Oké, laat de geur maar goed tot je doordringen, ruik de wijn.' Regelmatig werd naar de drang gevraagd en iedere tien minuten scoorde Marlies deze op een VAS. Verder gebruikte de therapeut imaginaties om de drang hoog te houden. Marlies beeldde zich bijvoorbeeld haar thuissituatie in ('Stel je voor, je bent thuis, het is twaalf uur 's middags. Je hebt allerlei huishoudelijk werk gedaan en je bent alleen. Je voelt je eenzaam, de kinderen zijn naar school. Er is niemand die je kent, je hebt geen hobby's en je voelt je rot...'). Het lukte Marlies goed zich in deze situatie in te leven en de drang werd hierdoor nog hoger.

In de eerste vier sessies was de drang nog maximaal aan het einde van het uur blootstelling. In de vijfde sessie trad er aan het eind een lichte daling op – Marlies vond de wijn ineens niet meer zo lekker ruiken – terwijl tijdens sessie zes en zeven de drang substantieel begon te dalen *binnen* het uur. De wijn ruikt nog wel lekker maar ze hoeft niet meer per se een slok. De dorst aan het einde van de sessie is ook minder geworden. In de laatste twee sessies lukte het op geen enkele manier meer om drang op te wekken. Interessant om te vermelden is dat Marlies ook geen dorst meer had en geen water heeft gedronken na deze sessies.

Direct na de laatste sessie werd de behandeling geëvalueerd. Marlies vond de therapie intrigerend. Ze had namelijk in eerste instantie niet verwacht dat ze drang zou gaan ervaren, aangezien ze daar al een tijd geen last meer van had gehad. Wat ze interessant vond is dat deze toch ook weer daalde na verloop van tijd, en hiermee ook haar droge mond. De laatste keren vond zij de sessies wel saai, het kostte veel moeite om drang te ervaren. Marlies schat haar kans op terugval binnen een jaar op tien procent. De geloofwaardigheid van de therapie beoordeelde ze nogmaals, maar nu achteraf terugkijkend. De geloofwaardigheid van de rationale was vóór de therapie gemiddeld 57.7 (op een schaal van 0-100) en achteraf 95. Naar eigen zeggen was Marlies na de therapie veel positiever geworden over de werkzaamheid van de behandeling.

## Tot slot

Samenvattend houdt de hier beschreven cue exposure met responspreventie in dat men eerst het waarom van de behandeling duidelijk moet maken aan de cliënt, vervolgens alle relevante cues dient te identificeren en dan pas daadwerkelijk met de exposure begint.

Hoe lang zou nu een enkele blootstellingsessie moeten duren en hoeveel sessies zijn er in totaal nodig om de drang uit te doven? Rohsenow, Monti en Abrams (1995) stellen dat zo'n zes tot zeven sessies van ongeveer een uur cue exposure voldoende zijn om de drang volledig te kunnen uitdoven. Desalniettemin kan het zo zijn dat sommige cliënten meer bijeenkomsten nodig hebben. Wij raden dan ook aan pas te stoppen met de behandeling wanneer het in twee achtereenvolgende sessies niet lukt een zekere mate van drang (drang groter dan dertig op de VAS) bij de cliënt te ontlokken.

Het hier beschreven protocol voor CERP is geschreven voor de toepassing bij verslaafden in een klinische setting. Dit wil niet zeggen dat dit ideaal is. Er kleven nadelen aan het uitvoeren van CERP in een klinische setting. Ten eerste is alcohol- of druggebruik 'onmogelijk' binnen de klinische setting, waardoor deze omgeving kan fungeren als een veiligheidssignaal. Men kan een alcoholist wel zijn favoriete drankje voor zijn neus zetten, maar omdat deze weet dat hij niet kan en mag drinken van dit glas, zou deze cue betekenisloos kunnen zijn voor de cliënt. Er treedt geen drang op. Havermans en Jansen (2001) benadrukken dan ook dat binnen de kliniek de gebruikerssituatie zo goed mogelijk voor de cliënt moet worden nagebootst. De situatie moet zo echt en zo natuurgetrouw mogelijk zijn (Meijboom & Jansen, 1998). Ten tweede, alhoewel de behandeling zo veel mogelijk in vivo exposure betreft, zijn binnen de klinische setting bepaalde cues niet altijd even gemakkelijk te organiseren, zoals sociale setting, tijdstip van de dag, omgeving en stemming. Uit onderzoek is gebleken dat nu juist geleide fantasietechnieken hier een uitkomst bieden (Litt & Cooney, 1999). Dergelijke in vitro blootstelling vindt altijd plaats in combinatie met in vivo blootstelling.

Natuurlijk kan cue exposure ook in een ambulante setting worden uitgevoerd. Het voordeel hiervan is dat dan bepaalde contextuele cues wel te organiseren zijn. Wanneer bijvoorbeeld de huiskamer van de cliënt een belangrijke cue is voor zijn druggebruik, zou men exposuresessies kunnen uitvoeren in deze omgeving. Een nadeel van exposure in een ambulante setting is het grotere gevaar dat de cliënt na een sessie alsnog gaat gebruiken. In een ambulante setting dient ervoor te worden gezorgd dat de drang binnen iedere sessie volledig uitdooft. Een eerste cue-exposuresessie kan zo enkele uren duren.

Hoe de cuereactiviteit ook wordt uitgedoofd, men dient te beseffen dat uitdoving van drang nog niet betekent dat de drang daarmee voorgoed verdwenen is. De kans op een terugkeer van uitgedoofde drang buiten de context van de behandeling kan worden verkleind door de cliënt ook na de CERP en ontslag nog te begeleiden. De cliënt moet zich blijven herinneren dat de drang om te gebruiken uitdooft wanneer niet wordt toegegeven aan gebruik. Een extra middel dat daarbij kan helpen zijn de zogenaamde reminder cards. Of cue exposure in dit geval daadwerkelijk meer effectief zal zijn in het voorkomen van terugval is een belangrijke, maar nog onbeantwoorde vraag.

---

### **Abstract**

*Cue exposure and response prevention in the treatment of addiction refers to the treatment in which a client is repeatedly exposed to alcohol or drug-related cues. This exposure should attenuate the maintenance of addictive behaviour through the extinction of cue-elicited craving, hence limiting the probability of a relapse. The present article describes the theoretical background of the treatment, and how to conduct cue exposure and response prevention.*

### **Noot**

- 1 De cliënt heeft schriftelijk toestemming verleend voor de publicatie van de hier gepresenteerde gegevens. Naam en overige persoonlijke gegevens zijn hier gewijzigd ter bewaking van de anonimiteit van de betreffende cliënt.

## Referenties

- Bouton, M.E. (2000). A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Psychology, 19* (Suppl. 1), 57-63.
- Broekhoven, A.M.F. van (1998). De kat op het spek binden. Deel 2: Beschrijving behandelprotocol en therapieessies. In R.W. Buisman, J. Casselman, L.B.J. Majoor, G.M. Schippers, J. Silvis & J.A. Walburg (red.), *Handboek Verslaving* (B4357). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Broekhoven, A.M.F. van (2002). Cue-exposuretherapie bij verslavingsproblematiek. *Gedragstherapie, 35*, 71-95.
- Collins, B.N., & Brandon, T.H. (2002). Effects of extinction context and retrieval cues on alcohol cue reactivity among nonalcoholic drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 390-397.
- Conklin, C.A., & Tiffany, S.T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction, 97*, 155-167.
- Drummond, D.C. & Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 809-817.
- Drummond, D.C., Tiffany, S.T., Glautier, S., & Remington, B. (1995). Cue exposure in understanding and treating addictive behaviours. In D.C. Drummond, S.T. Tiffany, S. Glautier & B. Remington (Eds.), *Addictive Behaviour: Cue exposure theory and practice* (pp. 1-17). Chichester: John Wiley & Sons.
- Franken, I.H.A., Haan, H.A. de, Meer, C.W. van der, Haffmans, P.M.J., & Hendriks, V.M. (1999). Cue reactivity and effects of cue exposure treatment in abstinent posttreatment drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 81-85.
- Havermans, R.C. & Jansen, A. (2001). Waarom cue exposure met responspreventie in de klinische setting niet effectief is. *De Psycholoog, 36*, 234-239.
- Havermans, R.C. & Jansen, A. (in druk). Increasing the efficacy of cue exposure treatment in preventing relapse of addictive behavior. *Addictive Behaviors*.
- Heather, N. & Bradley, B.P. (1990). Cue exposure as a practical treatment for addictive disorders: why are we waiting? *Addictive Behaviors, 15*, 335-337.
- Hunt, W.A., Barnett, L.W., & Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programmes. *Journal of Clinical Psychology, 27*, 455-456.
- Jansen, A. (1992). Boulimia nervosa en de bekoring van cue exposure. *Directieve Therapie, 12*, 127-149.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1997). Cue exposure voor mensen met eetbuien: meer protocol. *Directieve Therapie, 17*, 209-229.
- Kobussen, J.H.A.M., & Boaltink, W.J.J. (1993). Zelfcontrole-technieken in de psychotherapie: toepassing bij alcoholproblemen. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 19*, 161-173.
- Laberg, J.C. (1990). What is presented, and what prevented, in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjects? *Addictive Behaviors, 15*, 137-146.
- Litt, M.D., & Cooney, N.L. (1999). Inducing craving for alcohol in the laboratory. *Alcohol Research & Health, 23*, 174-178.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety and their Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcome evaluation. *Journal of the American Medical Association, 284*, 1689-1695.
- Meijboom, A., & Jansen, A. (1998). Struikelblokken bij cue exposure voor mensen met eetbuien. *Directieve Therapie, 18*, 378-388.
- O'Brien, C.P., Childress, A.R., Ehrman, R., & Robbins, S.J. (1998). Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion? *Journal of Psychopharmacology, 12*, 15-22.
- O'Brien, C.P., Childress, A.R., McClellan, T., & Ehrman, R. (1990). Integrating systematic cue-exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors, 15*, 355-365.
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned Reflexes*. Londen: Oxford University Press.
- Rankin, H., Hodgson, R., & Stockwell, T. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 435-446.

- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., & Abrams, D.B. (1995). Cue exposure treatment in alcohol dependence. In D.C. Drummond, S.T. Tiffany, S. Glautier & B. Remington (Eds.), *Addictive Behaviour: Cue exposure theory and practice* (pp. 169-196). Chichester: John Wiley & Sons.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Rubonis, A.V., Gulliver, S.B., Colby, S.M., Binkoff, J.A., & Abrams, D.B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96, 1161-1174.
- Siegel, S., & Ramos, B.M.C. (2002). Applying laboratory research: Drug anticipation and the treatment of drug addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 162-183.
- Weinstein, A., Lingford-Hughes, A., Martinez-Raga, J., & Marshall, J. (1998). What makes alcohol-dependent individuals early in abstinence crave for alcohol: exposure to the drink, images of drinking, or remembrance of drinks past? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1376-1381.