



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

Tweede pilotstudie naar Rationele Rehabilitatie bij patiënten met een verslaving

Martin Appelo en Kees Bieger

SAMENVATTING Rationele Rehabilitatie (RR) is een kortdurende cognitieve gedragstherapie waarmee patiënten meer controle over hun klachten kunnen ontwikkelen. De effecten zijn aangetoond bij patiënten met vooral chronische klachten, maar nog niet bij patiënten met verslavingsproblematiek. Dit artikel beschrijft een tweede pilotstudie naar het effect van RR bij deze doelgroep. De resultaten laten zien dat patiënten die de behandeling afmaken, meer autonomie en regie en minder klachten ervaren. Tot op het moment van follow-up is er geen sprake van terugval in verslaving. Omdat het hier om een selecte groep van gemotiveerde patiënten ging en de studie een ongecontroleerd karakter had, kunnen harde uitspraken over dit op zich positieve resultaat pas worden gedaan wanneer hetzelfde blijkt uit een gecontroleerde vervolgstudie.

Inleiding

Verslaving is in Nederland een serieus probleem. In 2002 waren er naar schatting ongeveer 2,5 verslaafden (aan drugs, medicatie, alcohol en gokken) per duizend inwoners (Vons, Riper, & Anzion, 2005). Dit aantal blijft maar stijgen. In 2005 waren er 13% meer verslaafden dan in 2004 (Blauw, Kornet, & Van der Vloed, 2005).

De psychosociale behandeling van verslaving is meestal cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerd en gebaseerd op drie pijlers: motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie (Carroll & Onken, 2005; Hartel & Glantz, 1999). De resultaten zijn echter beperkt en terugvalpercentages van 60 tot 80% zijn gebruikelijk (Hartel & Glantz, 1999; Jansen & Havermans, 2006; Marlatt & Gordon, 1985).

De theorieën van Lang (1985; 1988) over associatief cognitieve netwerken en van Brewin (2006) over 'retrieval competition' worden

DR. M. APPELO is gz-psycholoog/gedragstherapeut, hoofd wetenschappelijk onderzoek Lentis, universitair docent Klinische en Ontwikkelingspsychologie, RijksUniversiteit Groningen, Groningen. E-mail: ring@lentis.nl.

DRS. K. BIEGER is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Verslavingszorg Noord-Nederland, locatie Assen.

tegenwoordig veel gebruikt om het al of niet succesvol behandelen van psychopathologie en terugval te verklaren. Beiden gaan ervan uit dat gedragingen worden aangestuurd door mentale programma's of geheugenrepresentaties. Bij elk programma horen activerende stimuli (*triggers* of *cues*): kenmerken, gedachten, gebeurtenissen, situaties, personen en gevoelens die het programma kunnen activeren. Bovendien zal iemand een programma vaker zelf en bewust activeren wanneer hem dat iets positiefs in plaats van iets negatiefs oplevert. Hoe vaker een programma geactiveerd is, hoe meer het geautomatiseerd raakt en hoe sneller het actief kan worden. Om een representatie te veranderen of een programma minder dominant te maken, moet de persoon nieuwe netwerken of programma's ontwikkelen en die 'in competitie' brengen met de oude. Behandelen van psychopathologie betekent daarom vooral het ontwikkelen van gewenste en functionele programma's. Door deze te versterken, dooft de activiteit van ongewenste en disfunctionele programma's. Ze verdwijnen echter niet en kunnen opnieuw actief worden, bijvoorbeeld wanneer de patiënt in een omgeving komt waarin weinig *triggers* voor het nieuwe en veel voor het oude programma aanwezig zijn.

Aldus is eenvoudig te begrijpen waarom verslaafde patiënten die abtinent zijn, na succesvolle behandeling weer gaan gebruiken. Wanneer ze stoppen met de behandeling verdwijnen immers de stimuli die abtinentie activeren (zoals goede voornemens, therapeutische intenties en afspraken, het behandelklimaat, de setting, behandelaren en medepatiënten). De tot gebruik activerende cues hebben dan weer vrij spel, zeker wanneer de patiënt terugkeert naar een omgeving waarin gebruik min of meer normaal is.

Therapeutisch vertalen van het principe dat ongewenst gedrag vooral verdwijnt door gewenst gedrag te versterken, kan volgens Korrelboom en Ten Broeke (2004) met contraconditioneren. Eenvoudig gesteld komt dit erop neer dat de patiënt oefent om in een situatie die tot ongewenst gedrag leidt, gebruik te maken van een stimulus die tot tegenovergesteld en dus gewenst gedrag leidt. Als verslaving een vorm van controleverlies is, dan moet bij de behandeling daarvan dus in de situatie die eerder tot verslavingsgedrag aanzette, een stimulus worden aangeboden die tot zelfcontrole leidt.

Rationele Rehabilitatie¹ (RR; Appelo, 1999; Van der Veen, Appelo, Bouman, & Schaap, 2005) is een kortdurende (maximaal negen sessies

¹ RR wordt tegenwoordig ook wel 'Mentale Weerbaarheids Training' genoemd, of, zoals in de onderhavige studie, 'Regietraining'. Het therapieprotocol is te verkrijgen bij de eerste auteur.

van maximaal een half uur per keer) cognitieve gedragstherapie met contraconditionering als belangrijkste techniek. Deze wordt gecombineerd met cue conditionering. Eerst wordt het kernthema bepaald van de belangrijkste klachten of problemen. Vervolgens wordt een gewenst emotioneel 'tegenthema' vastgesteld. De patiënt leert dit te visualiseren en te verbaliseren. Dan wordt de gewenste emotionele toestand geconditioneerd aan een cue (bijvoorbeeld een sleutelhanger of een lichaamsdeel), zodat deze emotie letterlijk en figuurlijk voor het grijpen ligt. De cue wordt ten slotte gebruikt om moeilijke situaties (imaginair en in vivo) te contraconditioneren.

De therapie leidt tot een aanzienlijke en duurzame reductie van psychische draaglast en tot een toename van psychische draagkracht. Dit geldt vooral voor patiënten met chronische klachten en niet zo zeer voor patiënten met acute problemen waarmee ze volledig geïmprecupueerd zijn (zie voor een overzicht van de studies naar RR: Appelo, 2007).

Enmaal werd er een pilotstudie uitgevoerd naar het effect van RR bij patiënten met verslaving (Van der Veen, Appelo, Berretty, De Voogd, & Trügg, 2003). Wanneer de patiënt wordt blootgesteld aan tot verslavingsgedrag activerende situaties, gebruikt hij de geconditioneerde cue om te bewerkstelligen dat hij niet toegeeft aan de ongewenste gedragingen.

In deze pilotstudie trad een extreem hoge drop-out van 72% op. Dit werd vooral geweten aan het feit dat deelnemers vaak niet gemotiveerd bleken om de voor RR benodigde cue-conditioneringsoefeningen te doen. Voortschrijdend inzicht heeft geleerd dat daarbij ook zeker een rol speelde dat veel patiënten nog in de ban waren van middelengebruik. De kracht van de aan verslaving gerelateerde geheugenrepresentaties was dus waarschijnlijk nog te groot om er afstand van te nemen om zo de aandacht op een alternatief te kunnen richten. Bij patiënten die abstinente waren, de cue-conditioneringsoefeningen wel deden en de therapie afmaakten, was sprake van positieve resultaten.

Om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van RR bij verslaafden wordt de pilotstudie herhaald met strengere inclusiecriteria. Ditmaal mogen er alleen patiënten meedoen die geen actueel verslavingsgedrag of middelenmisbruik vertonen. Dit artikel doet verslag van de tweede pilotstudie die in 2006-2007 werd uitgevoerd.

Methode

Onderzoeksvragen

Het belangrijkste doel van deze pilotstudie is het beantwoorden van de vraag of patiënten met verslaving door RR mogelijk meer controle krijgen over hun klachten en ongewenste gedragingen. Ook zijn we benieuwd naar een mogelijk effect van RR op het welbevinden van patiënten. Ten slotte vragen we ons af of RR kan bijdragen aan het voorkómen van terugval in verslaving (c.q. consolideren van abstinentie). Omdat het gaat om een ongecontroleerde studie met relatief weinig proefpersonen, willen we vooral een indruk opdoen. Op basis daarvan besluiten we of een groter, gecontroleerd vervolgonderzoek geïndiceerd is.

Deelnemers

Deelnemers zijn patiënten van de Verslavingszorg Noord-Nederland (locaties Assen en Hogeveen)¹ die:

- ouder zijn dan 18 jaar;
- de Nederlandse taal goed spreken en begrijpen;
- vrijwillig in behandeling zijn;
- actief hebben deelgenomen aan de ambulante basisbehandeling (hetgeen in elk geval bleek uit het structureel maken van opdrachten) en deze succesvol hebben afgerond;
- geen actuele psychotherapeutische behandeling of training hebben;
- geen verslavingsgedrag meer vertonen;
- geen gevaar vormen voor zichzelf of anderen;
- aangeven dat ze nog met zichzelf ‘aan het werk’ willen om verder te komen; en
- zich kunnen vinden in de rationale en procedure van RR en het onderzoek, en daarvoor een toestemmingsverklaring ondertekenen.

In totaal worden er 26 deelnemers geïncludeerd. Het betreft 22 mannen en vier vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 35 jaar ($sd = 12$ jaar). Twaalf deelnemers hebben een alcoholverslaving, tien deelnemers hebben een medicatie-/drugsverslaving en de overige vier

¹ Met veel dank aan de collega's die naast de tweede auteur als therapeut aan dit onderzoek meewerkten: Daniël Krul, Mathilde Bierman en Aliës van Berkum.

zijn verslaafd aan gokken. De deelnemers zijn overwegend laag opgeleid: 23 deelnemers hebben maximaal een opleiding op mbo-niveau. Drie deelnemers zijn hoger opgeleid. Veertien deelnemers hebben een vaste partner en zeventien deelnemers wonen samen met hun partner, kinderen of anderen.

Er is sprake van drop-out wanneer de deelnemer:

- niet meer aan RR of het onderzoek kan of wil deelnemen;
- tijdens de onderzoeksperiode met een andere psychotherapeutische behandeling of training start;
- (in geval van medicatiegebruik op voorschrift van een arts) tijdens de onderzoeksperiode meer, minder of andere voorgeschreven medicatie gaat gebruiken.

Deelnemers die de behandeling en het onderzoek afmaken worden *completers* genoemd.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmomenten

Controle

Controle wordt gemeten met de subschaal 'autonomie' van de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL; Appelo, 2005). Autonomie wordt geoperationaliseerd als het ervaren van draagkracht, regie, zelfstandigheid en zelfvertrouwen, je gedachten goed kunnen ordenen, weten wat je wilt en zelfinzicht hebben. Een hogere score betekent dat iemand meer autonomie ervaart. De betrouwbaarheid en validiteit van de autonomiesubschaal zijn voldoende tot goed (Appelo & Lange, 2007). Naast de score op autonomie zal in deze studie ook worden gekeken naar de score op het item dat specifiek over het ervaren van regie gaat (item 5: Ik heb de regie over mijn leven).

Welbevinden / psychisch lijden

De variabele 'welbevinden / psychisch lijden' wordt geoperationaliseerd met de Korte Klachten Lijst (Lange & Appelo, 2007). De KKL heeft goede psychometrische eigenschappen en vraagt naar de mate waarin de respondent last heeft van angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of -pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, slaapproblemen en verslavingen (Appelo & Lange, 2007). Een hogere score betekent dat iemand meer psychisch lijdt.

Welbevinden / kwaliteit van leven

De variabele 'welbevinden / kwaliteit van leven' wordt gemeten met de Nederlandse versie van de subschaal 'Algemene kwaliteit van leven' van de WHO Quality of Life Scale (De Vries & Van Heck, 1996). Deze subschaal heeft twee items ('Hoe schat u uw kwaliteit van leven in' en 'Hoe tevreden bent u met uw gezondheid') en is goed te gebruiken voor wetenschappelijke effectevaluatie (Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiamont, & De Vries, 2005). Een hogere score impliceert dat de respondent meer kwaliteit van leven ervaart.

Mate van verslaving

Verslaving wordt gemeten met een vragenlijstversie van de 'Addiction Severity Index' (ASI), die gezien de resultaten van psychometrisch onderzoek ernaar goed kan worden gebruikt voor effectevaluatieonderzoek (Blanken et al., 1994; McGahan, Griffith, Parenthe, & McLellan, 1986). De lijst meet of de respondent gedurende de afgelopen dertig dagen alcohol en medicatie/drugs gebruikte, heeft gegokt en in hoeverre hij of zij dit gedrag als problematisch ervaart. Hogere scores impliceren dat het verslavingsgedrag frequenter en/of ernstiger is.

Naast de ASI wordt verslaving ook gemeten door specifiek te kijken naar het verslavingsitem van de KKL (item 13), dat informeert naar de mate waarin de respondent last heeft van verslaving.

Deelnemers vullen driemaal de vragenlijsten in. Voor aanvang van de behandeling met RR (T1), bij afsluiting van de behandeling (T2) en ongeveer drie maanden na de behandeling (T3).

Verwerking van de gegevens

Voordat we de statistische resultaten bespreken, vatten we samen hoe het onderzoek in de praktijk verliep. Naast een algemene indruk illustreren we de behandeling daarbij ook aan de hand van twee voorbeelden, die we samenstelden op basis van verschillende therapieverslagen.

Om een indruk te krijgen van de effecten van RR worden de verschillen tussen de meetmomenten berekend met de 'Wilcoxon Signed Ranks Test'. Bij autonomie, ervaren regie, psychische klachten en kwaliteit van leven worden de verschillen tussen T1-T2 en T1-T3 eenzijdig getoetst, omdat we er op basis van vorige studies naar het effect van RR van uitgaan dat er op deze variabelen verbetering zal optreden.

Veranderingen in last van verslaving, alcoholgebruik, medicatie-/ drugsgebruik en gokken worden tweezijdig getoetst, omdat we ervan uitgaan dat er geen verschil zal zijn tussen de meetmomenten.

Om te bekijken of drop-outs en completers voor aanvang van de therapie verschillen, worden deze groepen vergeleken met de 'Chi Square Toets' (als het om nominale variabelen gaat) en met de 'Mann-Whitney Test' (als het om niet-nominale variabelen gaat).

Praktijkverslag

Over het geheel genomen geldt dat van de 26 deelnemers er achttien de behandeling en het onderzoek afmaakten. Zij waren overwegend enthousiast over het principe dat er tijdens RR vooral wordt gewerkt aan het identificeren en versterken van controle, psychische draagkracht of gezonde eigenschappen. Veel deelnemers geven aan het prettig te vinden nu eens met iets positiefs bezig te zijn.

Vrijwel iedereen geeft aan RR te willen gebruiken voor het krijgen van controle over de neiging tot verslavingsgedrag. Daarnaast valt op dat veel deelnemers irritaties en boosheid noemen als een moeilijk te hanteren emotie die vaak de aanleiding is voor middelengebruik of gokken.

Visualiseren van een situatie en verbaliseren van een zin die past bij de meest gewenste emotie, is voor bijna niemand een probleem. Het cue-conditioneren gaat meestal ook prima, maar voor sommige deelnemers is dit het breekpunt. Deelnemers die een cue conditioneren met de door hen gewenste emotie, zijn vaak heel verbaasd en enthousiast over het effect ervan. Ze krijgen door deze eenvoudige oefening letterlijk en figuurlijk iets in handen waardoor ze zich beter gaan voelen, de drang tot verslavingsgedrag vaak kunnen weerstaan en veel moeilijke situaties onder controle kunnen krijgen.

Meer dan eens blijkt dat het gebruik van de cue in frequentie afneemt, nadat de behandeling is afgerond. Dit gaat meestal samen met het weer toenemen van ongewenste emoties en neigingen. Hervatten van het cue- en contraconditioneren is dan meestal voldoende om de gewenste emotie weer dominant te maken.

Van de acht deelnemers die met de behandeling en het onderzoek stoppen, zijn er vier die dat tijdens de fase van cue-conditioneren doen. Drie deelnemers voeren de conditioneringsoefening niet uit. Eén deelnemer is er juist dwangmatig perfectionistisch mee bezig en vindt het resultaat nooit goed genoeg. De vijfde drop-out is ook vanwege dwangmatig perfectionisme en onvrede, maar dan tijdens de fase van contraconditioneren. De overige drie drop-outs gebeuren vanwege

onvrede met de behandeling ('Dit is toch niet de behandeling die ik zoek'; 'RR past niet bij mij'; 'Het werkt averechts') en het niet nakomen van afspraken (over middelen- en medicatiegebruik en therapieafspraken).

Een voorbeeld van een succesverhaal is de therapie van Jan, een 35-jarige manager die verslaafd was aan harddrugs. Aan het einde van de basisbehandeling is hij abtinent maar ervaart *craving* in verschillende situaties die gerelateerd zijn aan drugsgebruik, bijvoorbeeld onder de douche (associatie met afkicken), in de auto (associatie met naar huis gaan om te gebruiken), tijdens het lopen in straten waar hij drugs kocht en bij het ontmoeten van mensen met wie hij samen gebruikte. Deze triggers activeren de neiging om te gebruiken en Jan vindt het moeilijk om die te weerstaan. Hij wil hier meer controle over krijgen. Daarnaast wil hij minder piekeren en minder boos worden. Dit zijn namelijk emotionele toestanden die bij hem vaak tot drugsgebruik hebben geleid.

Jan is enthousiast over de rationale van RR. Daarin ligt sterk de nadruk op het ontwikkelen en versterken van regie. RR is niet primair gericht op klachten maar op krachten! Hij ervaart dit als een verademing na alle probleemgerichte therapieën die hij al kreeg.

De door Jan meest gewenste emotie is 'ontspanning'. Deze is incompatibel met spanning, de emotie die bij hem het vaakst tot middelengebruik leidt. Hij visualiseert deze emotie met behulp van een zogenaamde 'topsituatie', de herinnering aan een boswandeling met zijn vriendin. Als verbalisatie gebruikt hij een zogenaamde 'kernstrategie'. Dit is een zin die de emotie die iemand wenst, het beste weergeeft. In het geval van Jan is dat 'Het is goed zoals het is'. Wanneer Jan de topsituatie oproept en daarbij in gedachten de kernstrategie zegt, krijgt hij het ontspannen gevoel dat hij wenst. Voor het cue-conditioneren gebruikt hij een kastanje. Hij oefent enkele weken (een aantal keer per dag gedurende enkele minuten) intensief met het via visualisatie en verbalisatie oproepen van ontspanning en het koppelen daarvan aan de kastanje. Zodra hij merkt dat het vastpakken van de kastanje voldoende is om zich echt ontspannen te voelen, wordt begonnen met contraconditioneren van moeilijke situaties.

Eerst worden verschillende situaties gecontraconditioneerd waarin Jan zich gespannen voelt, maar niet geneigd is om te gebruiken, bijvoorbeeld hectische momenten tijdens het werk en drukke situaties in de supermarkt. Jan stelt zich de situatie voor en pakt de kastanje zodra hij de spanning voelt opkomen. Wanneer deze imaginaire oefening tot ontspanning leidt, wordt de situatie in het echt opgezocht en gecontraconditioneerd. Zodra een situatie geen spanning meer oproept, volgt een nieuwe situatie.

Vervolgens worden situaties geselecteerd waarin triggers voorkomen die bij Jan craving activeren. Ook deze worden eerst imaginair en daarna in vivo gecontraconditioneerend met behulp van de ontspanningactiverende kastanje. Jan merkt daarbij dat hij ook tot andere gedachten en gedrag komt. Wanneer hij in een craving-activerende situatie komt en de kastanje gebruikt, voelt hij zich ontspannen en kan de confrontatie aan. Bij sommige situaties, zoals het maken van een praatje met ‘gebruikende-vrienden-van-vroeger’ krijgt hij gedachten als ‘Wat doe ik hier eigenlijk?’, ‘Waarom zou ik het mezelf lastig maken?’ en ‘Het is eigenlijk niet slim om met hem te praten’. Vervolgens voelt hij de neiging deze situaties te vermijden. Op basis van de veronderstelling dat sommige oude disfunctionele mentale programma’s nog zo sterk kunnen zijn dat de nieuwgevormde functionele programma’s de kracht ervan niet kunnen deactiveren, wordt deze neiging tijdens RR ‘functionele vermijding’ genoemd (Van der Veen et al., 2005). Als de patiënt het idee heeft dat hij nog niet tegen de confrontatie met oude cues is opgewassen, kan hij ze maar beter uit de weg gaan. Jan kiest er daarom voor sommige personen en situaties in elk geval voorlopig te vermijden. Wanneer hij bijvoorbeeld spanning voelt opkomen terwijl hij door de stad loopt en een straat nadert waar hij vroeger drugs kocht, dan pakt hij de kastanje en kiest redelijk ontspannen een andere route.

Aan het einde van de behandeling merkt Jan dat hij ook zonder de kastanje ontspanning kan oproepen. Hij hoeft daarvoor alleen maar aan de boswandeling te denken. ‘Als ik in mijn hoofd het filmpje van de boswandeling aanklik, voel ik me goed. Dat helpt om me te ontspannen. Het leidt me af van de dingen waar ik me druk over maak.’ Hij ervaart hierdoor duidelijk meer controle over spanninginducerende momenten, heeft nog maar zelden last van craving, en als dat gebeurt, kan hij het met behulp van de kastanje en/of het boswandelbeeld en/of het functioneel vermijden snel naar de achtergrond plaatsen.

Een minder positief verhaal gaat over Henk, een 28-jarige bankemployé met een alcoholverslaving. Ook hij is abstinente aan het einde van de basisbehandeling. Hij wil graag RR, omdat hij zich vaak onzeker en verlegen voelt. De alcohol was hier altijd een medicijn tegen en Henk heeft niet het idee dat hij daar al een goed alternatief voor heeft. Hij hoopt dat RR hem meer zelfvertrouwen geeft en helpt om ‘nee’ te zeggen wanneer vrienden hem een biertje aanbieden. Verder hoopt Henk dat RR zal helpen tegen ‘opgefokt raken’. Als het hem allemaal te veel wordt, heeft hij namelijk de neiging ‘te ontploffen’. Hij gaat dan schreeuwen, ruziemaken en met spullen gooien.

Zelfvertrouwen is de door Henk meest gewenste emotie. De eerste

opdracht is om hierbij een topsituatie te zoeken en een kernstrategie te formuleren. Dat lukt niet. Henk zit thuis op de bank, denkt aan situaties waarin hij zich goed en zelfverzekerd voelt, realiseert zich dat hij dan gedronken heeft, denkt aan drank, probeert niet aan drank te denken, gaat nog meer aan drank denken en geeft ten slotte toe aan de heftige drang om te gaan drinken. Hij is hevig teleurgesteld door deze terugslag en geeft aan te willen stoppen met RR, omdat deze behandeling een averechts effect heeft. De therapeut stelt voor om het eerst nog eens te proberen met een topsituatie uit de tijd waarin Henk nog geen alcohol gebruikte. Het lukt Henk echter niet een situatie te vinden waarin hij zich zelfverzekerd voelde zonder alcohol. Daarop stelt de therapeut voor een dergelijke situatie te fantaseren. Dat lukt wel. Henk bedenkt en visualiseert een situatie waarin hij zelfverzekerd, zonder alcohol op een feestje staat te praten met een aantrekkelijke vrouw die verliefd naar hem kijkt. Als kernstrategie past de zin 'Ik kan het' daar goed bij. Wanneer hij thuis gaat oefenen met het visualiseren van de topsituatie en het verbaliseren van de kernstrategie, slaat de twijfel echter weer toe. Henk realiseert zich dat het maar fantasie is, denkt dat het toch nooit zo zal zijn, voelt zich rot, denkt aan alcohol, probeert dat van zich af te zetten en gaat uiteindelijk weer drinken. Hierop besluit hij definitief met de behandeling te stoppen.

Resultaten

De resultaten van de achttien deelnemers die de therapie en het onderzoek afmaakten, staan vermeld in tabel 1.

Direct na de therapie ervaren de deelnemers meer autonomie in het algemeen en meer regie in het bijzonder. De psychische klachten zijn afgenomen en de kwaliteit van leven is verbeterd. De ervaren last van verslaving en de mate van verslaving zijn niet verslechterd. Het gemiddelde gebruik van medicatie/drugs is zelfs iets afgenomen.

Tijdens de follow-up, gemiddeld ruim drie maanden na het einde van de training (gemiddeld 13,2 weken, $sd = 8.0$) zijn de psychische klachten nog steeds afgenomen in vergelijking met de voormeting, ook de ervaren autonomie en regie zijn nog steeds verbeterd. De kwaliteit van leven is tijdens de follow-up niet meer verbeterd in vergelijking met de voormeting, hoewel er ook geen sprake is van een significante daling in kwaliteit van leven ten opzichte van de nameting.

Wat betreft last van verslaving en de mate van verslaving is er tijdens de follow-up geen sprake van terugval ten opzichte van de voormeting.

Tabel 1. Resultaten RR bij patiënten met verslaving ($n = 18$).

Variabele	T1 M(sd)	T2 M(sd)	T3 M(sd)	T1-T2 Z p n	T1-T3 Z p n
Autonomie	19.7 (3.0)	22.1 (3.0)	21.8 (3.6)	2.5 .01↑*	2.4 .01↑
Ervaren van regie	2.6 (0.8)	3.1 (0.5)	3.1 (0.5)	17 2.5 .01↑	16 1.9 .03↑
Psychische klachten	15.2 (7.9)	8.9 (6.7)	8.5 (6.3)	17 2.9 .00↑	16 2.2 .01↑
Kwaliteit van leven	12.2 (3.5)	14.2 (2.2)	14.0 (3.3)	17 2.6 .00↑	15 1.3 .10
Last van verslaving	0.9 (1.2)	0.7 (0.8)	0.5 (0.7)	17 .97 .33	16 1.2 .23
Alcoholgebruik	.12 (.09)	.08 (.08)	.10 (.14)	17 1.0 .31	16 .32 .75
Medicatie-/drugsgebruik	.05 (.06)	.03 (.05)	.06 (.08)	14 2.2 .03↑	15 .06 .95
Gokken	.02 (.05)	.01 (.03)	.00 (.00)	17 .74 .46	16 1.2 .22
				16	15

* ↑: Resultaat is een verbetering.

Drop-outs

Om een indruk te krijgen van eventuele verschillen tijdens de voormeting tussen de completers en de drop-outs, zijn de achttien completers vergeleken met de acht drop-outs. Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden met betrekking tot geslacht ($X^2(1) = .82$, $p = .37$), leeftijd ($Z = .50$, $p = .62$), opleidingsniveau ($Z = 1.5$, $p = .14$), wel of niet hebben van een vaste partner ($X^2(1) = 1.24$, $p = .27$), wel of niet alleen wonen ($X^2(1) = 1.21$, $p = .27$) en alcoholverslaafd of anderszins verslaafd zijn ($X^2(1) = .35$, $p = .56$). Ook op de uitkomstvariabelen (autonomie, $Z = .36$, $p = .72$; ervaren regie, $Z = .39$, $p = .69$; psychische klachten, $Z = 0.0$, $p = 1.0$; kwaliteit van leven, $Z = .68$, $p = .50$; last van verslaving, $Z = .70$, $p = .49$; alcoholgebruik, $Z = 1.78$, $p = .08$; medicatie-/drugsgebruik, $Z = .23$, $p = .82$; en gokken, $Z = 1.75$, $p = .08$) werden geen statistisch significante verschillen gevonden. De toetswaarden bij alcoholgebruik en gokken suggereren dat er mogelijk verschillen zijn tussen drop-outs en completers. De ruwe data laten zien dat completers tijdens de voormeting

iets minder alcohol gebruiken en iets vaker gokken dan drop-outs. De absolute waarden zijn echter erg klein en de standaarddeviaties relatief groot. De drop-outs en completers zijn dus alleen goed te onderscheiden op basis van het therapieverloop zoals beschreven in het praktijkverslag.

Discussie

Over het resultaat van de pilotstudie en de inclusiecriteria

Deze tweede pilotstudie naar het effect van RR bij patiënten met verslavingsproblematiek laat een redelijk positieve indruk achter. Deelnemers die de behandeling afmaken, ervaren tot gemiddeld drie maanden na de therapie meer autonomie en regie en minder psychische klachten. Tot op het moment van follow-up is er gemiddeld genomen ook geen sprake van terugval in verslaving.

Omdat het hier om een ongecontroleerde pilotstudie ging, kunnen deze verbeteringen niet exclusief aan de behandeling worden toegeschreven. Het kan bijvoorbeeld ook zijn dat we door het aanscherpen van de inclusiecriteria (alleen werken met gemotiveerde patiënten die al min of meer abstinēt zijn) vooral een subgroep hebben geselecteerd die ook door natuurlijk beloop verder verbeterd zou zijn.

Het aanscherpen van de inclusiecriteria lijkt in elk geval van invloed te zijn geweest op het drop-outpercentage. Dit is nu (31%); veel gunstiger dan in de eerste pilotstudie (72%; Van der Veen et al., 2003). Bovendien is een drop-out van ongeveer een derde normaal voor RR (Appelo, 2007). We realiseren ons dus dat we hier mogelijk te maken hebben gehad met een gemotiveerde en relatief gemakkelijk te behandelen subgroep van patiënten met verslavingsproblematiek.

Een tweede nuancering van het resultaat betreft kwaliteit van leven. Een aanvankelijke verbetering op deze variabele blijkt niet voort te duren tot het moment van follow-up. Als RR al positieve invloed heeft op het ervaren van autonomie en regie en bijdraagt aan klacht-reductie, dan is dat niet voldoende om ook de kwaliteit van leven in het algemeen te verbeteren. Daar is dus meer voor nodig!

Over de reden van drop-out

Net als in de eerste pilotstudie blijkt dat drop-out in ongeveer de helft van de gevallen samengaat met het niet doen van oefeningen. Dit kan te maken hebben met een gebrek aan discipline, maar dit lijkt niet aannemelijk omdat de deelnemers mede geselecteerd zijn op basis van gebleken inzet bij het uitvoeren van oefeningen en opdrachten tijdens de basisbehandeling. Mogelijk heeft het wel te maken met de belang-

rijkste reden die tot nu toe werd gevonden voor het stoppen met RR, namelijk het zodanig in de ban zijn van problemen en klachten dat er geen afstand van kan worden genomen om de aandacht te richten op andere zaken zoals positieve eigenschappen (Van der Veen et al., 2005; Appelo, 2007).

Over het praktisch toepassen van het geleerde

RR geeft deelnemers letterlijk en figuurlijk een alternatief in handen om iets aan hun problemen te doen: een geconditioneerde cue die de door hen meest gewenste emotie activeert. Dit kan helpen om de activiteit van ongewenste mentale programma's te verminderen. Voor patiënten met verslavingsproblematiek geldt hierdoor idealiter dat ze bij craving of wanneer ze geconfronteerd worden met stimuli die tot verslavingsgedrag aanzetten, in plaats van naar 'het middel' nu naar hun geconditioneerde cue kunnen grijpen. Maar, al is de cue geconditioneerd aan een gewenste uitkomst, patiënten moeten hem wel gebruiken. En dat blijkt lastig. Of, zoals een deelnemer het verwoordde: 'Het is een extra handeling, waar ik nog over moet nadenken, en dus vergeet ik het nogal eens.' Zolang het contraconditioneren met de cue niet geautomatiseerd is, blijft het risico dus aanwezig dat de patiënt zich overgeeft aan oude, meer vertrouwde mentale programma's. Zeker wanneer die tot kortetermijnbehoeftebevrediging leiden!

Over het vervolg

RR is geen haarlemmerolie! Ook niet bij verslaving! Het is een therapie die mogelijk kan helpen wanneer de patiënt in staat is en bereid is tot bewuste aandachtsmanipulatie. Of dat echt zo is, zal uit een gecontroleerde vervolgstudie moeten blijken.

ABSTRACT Rational Rehabilitation (RR) is a short third wave cognitive behavioural therapy that aims to improve staying-power and, as a result of that, to reduce psychological suffering. Cue- and counter-conditioning are the core therapeutic instruments. It is especially effective in patients with chronic symptoms. This article describes the results of a pilot-study that applies RR to drug or alcohol addicted patients who successfully finished an abstinence programme. The results show that patients who finish therapy report more autonomy / self control and less psychological distress. Until follow-up there is no drop back of addictive behaviour. A controlled

study is needed to determine whether these results can be attributed to RR.

Referenties

- Appelo, M. (2005). *De positieve Uitkomsten Lijst (PUL). Handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Tests.
- Appelo, M.T. (1999). Rationele Rehabilitatie: een pilotstudie. *Gedragstherapie*, 32(1), 57-67.
- Appelo, M.T. (2007). Rationele Rehabilitatie: de ontwikkeling van psychische draagkracht. In: A.H. Schene, F. Boer, J.P.C. Jaspers, B. Sabbe, & J. van Weeghel (red.). *Jaarboek voor de psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (pp. 235-244). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Appelo, M. & Lange, A. (2007). Meten van klachten en veerkracht in vierentwintig vragen. *Dth*, 27(3), 197-204.
- Blanken, P., Hendriks, V.M., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., Fahrner, E. Gsellhofer, B., Küfner, H., Kokkevaai, A., & Uchtenhagen, A. (1994). *European Addiction Severity Index (EuropASI). Handleiding voor de training en afname van EuropASI vraagggesprekken*. EuropASI Working Group.
- Blauw, M., Kornet, A., & Vloed, R. van der (2005). Jaarverslag Verslavingszorg Noord-Nederland. Groningen: VNN.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Carroll, K.M., & Onken, L.S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Hartel, C.R. & Glantz, M.D. (1999). *The treatment of drug abuse: Changing the paths*. Washington: American Psychological Association.
- Jansen, A. & Havermans, R. (2006). Over het nut van de manipulatiecheck, cue exposure en placebo psychotherapie. *Dth*, 26(4), 340-347.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.). *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-171). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety and panic: context, cognition and visceral arousal. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.). *Panic: psychological perspectives* (pp. 219-237). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Lange, A. & Appelo, M.T. (2007). *De Korte Klachten Lijst (KKL). Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- McGahan, P.L., Griffith, J.A., Parente, R., & McLellan, A.T. (1986). *Addic-*

- tion Severity Index: Composite Scores Manual*. Philadelphia: The University of Pennsylvania / Veterans Administration Center for Studies of Addiction.
- Trompenaars, F.J., Masthof, E.D., Heck, G.L. van, Hodiament, P.P.G., & Vries, J. de (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14(1), 151-160.
- Veen, D.C. van der, Appelo, M.T., Berretty, E., Voogd, N. de, & Trügg, J. (2003). Rationele Rehabilitatie bij verschillende doelgroepen: meer draagkracht of minder draaglast? *Dth*, 23(2), 177-191.
- Veen, D.C. van der, Appelo, M.T., Bouman, T., & Schaap, C. (2005). Het effect van Rationele Rehabilitatie op draagkracht, draaglast en zorgconsumptie. *Gedragstherapie*, 38(1), 17-34.
- Vons, W., Riper, H., & Anzion, P (2005). Jaarverslag Trimbos-instituut. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vries, J. de, & Heck, G.L. van (1996). *Nederlandse WHOQoL-Bref*. Groningen: Vakgroep Psychologie.