



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

Protocollaire behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol: motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie

Wencke de Wildt, Maarten Merkx, Ellen Vedel en Gerard Schippers

SAMENVATTING Dit artikel vormt een hoofdstuk uit het in november 2011 te verschijnen boek *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*, onder redactie van Ger Keijsers, Agnes van Minnen en Kees Hoogduin. Alcoholproblematiek vormt, samen met angststoornissen en depressie, de top-3 van meest voorkomende psychische stoornissen. Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie worden zowel nationaal als internationaal als eerstekeuzebehandeling voorgeschreven door richtlijnen voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol. De hier gepresenteerde protocollaire behandeling beschrijft de toepassing van deze methodieken. Het protocol is zowel te gebruiken bij patiënten die zich met een alcoholprobleem in de verslavingszorg melden, als bij patiënten die zich in de GGZ aanmelden met een andere klacht of stoornis in combinatie met overmatig alcoholgebruik. Conform de *stepped care*-principes bestaat de behandeling uit een kortdurende motiverende interventie, die, indien geïndiceerd, gevolgd kan worden door een cognitieve gedragstherapie. Valkuilen en tips worden gegeven voor de toepassing van het behandelprotocol in de dagelijkse praktijk.

DR. W.A.J.M. DE WILDT, GZ-psycholoog, is clustermanager behandelzaken van Jellinek Curatieve Verslavingszorg en de zorgprogramma's angst en depressie van PuntP, onderdeel van Arkin, te Amsterdam. Ze is ook redactielid van *Dth*. E-mail: wencke.de.wildt@arkin.nl.

DRS. M.J.M. MERKX, GZ-psycholoog en psychotherapeut, is vrijgevestigd onderzoeker, trainer en adviseur op het gebied van motiverende gespreksvoering en behandeling van middelengebruik.

DR. E. VEDEL, GZ-psycholoog en gedragstherapeut, is werkzaam als clustermanager behandelzaken van JellinekMentrum, onderdeel van Arkin, te Gooi en Vechtstreek.

PROF. DR. G.M. SCHIPPERS is bijzonder hoogleraar verslavingsgedrag en zorg-evaluatie, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam en Arkin, te Amsterdam.

Inleiding

Zo'n vier op de vijf mensen gebruiken wel eens alcohol. 1,2 miljoen Nederlanders kunnen aangemerkt worden als probleemdrinker: zij drinken overmatig en ondervinden problemen door hun alcoholgebruik (Van Laar et al., 2009). De lifetime prevalentie van het aantal Nederlanders dat voldoet aan de DSM-IV-criteria voor een stoornis in het gebruik van alcohol is ruim 16% (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010). Daarmee vormt alcoholafhankelijkheid in Nederland, samen met angststoornissen en depressieve stoornissen, de top drie van meest voorkomende psychische stoornissen. Slechts 3% van de mensen die problemen ervaren in het gebruik van alcohol is hiervoor in behandeling (Ouwehand, Kuijpers, Wisselink, & Van Delden, 2010). Gemiddeld duurt het zo'n tien jaar voordat hulp wordt gezocht (Schippers & Broekman, 2006).

De hier gepresenteerde protocollaire behandeling bevat de technieken voor motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie en is gebaseerd op de behandelprotocollen van Project MATCH, een van de grootste onderzoeken naar alcoholproblematiek (Kadden et al., 1992; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992). Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie worden zowel nationaal als internationaal als eerstekeuzebehandeling voorgeschreven door richtlijnen voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Het protocol is zowel te gebruiken bij patiënten die zich in de verslavingszorg melden met een alcoholprobleem, als bij patiënten die zich in de GGZ aanmelden met een andere klacht of stoornis in combinatie met overmatig alcoholgebruik. Alcoholproblemen gaan immers vaak samen met andere psychische klachten, zoals depressie en angst (De Graaf et al., 2010; Kraanen, Emmelkamp, & De Wildt, 2007). Bovendien kan overmatig alcoholgebruik psychische klachten veroorzaken, verergeren of in stand houden. Behandeling van het alcoholprobleem maakt nadere diagnostiek van de psychische klachten mogelijk en vergroot de kans op een succesvolle behandeling van de comorbide psychische stoornis.

Voordat het protocol wordt beschreven, presenteren we onderzoeksgegevens over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. Vervolgens gaan we in de paragraaf 'Assessment' in op screening, diagnostiek en ernstbepaling van de alcoholproblematiek en worden (contra-)indicaties en randvoorwaarden voor de behandeling besproken. Het behandelprotocol wordt met voorbeelden toegelicht, veelvoorkomende valkuilen bij de uitvoering van het protocol worden belicht en er worden praktische tips gegeven voor de uitvoering van de behandeling. In de discussie, ten slotte,

wordt ingegaan op enkele kritiekpunten van deze behandeling en worden nieuwe ontwikkelingen geschetst.

Onderzoeksbevindingen

Kortdurende en motivatieverhogende interventies gebaseerd op Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991; 2002), in Nederland bekend als Motiverende GespreksVoering (MGV), zijn erop gericht om de ambivalentie van de patiënt ten aanzien van zijn of haar alcoholgebruik op een niet-moraliserende wijze te onderzoeken. Het combineert een empathische gesprekstijl met directiviteit om de ambivalentie te beïnvloeden richting verandering. Hiertoe ontlokt de therapeut zogenoemde *verandertaal* bij de patiënt. Met *verandertaal* bedoelen we uitspraken van de patiënt waarmee hij of zij te kennen geeft gemotiveerd te zijn om te veranderen. Voor een uitgebreide beschrijving van de toepassing van MGV verwijzen we naar Schippers (2009). Diverse meta-analyses geven aan dat MGV effectiever is dan geen behandeling en even effectief is als andere vormen van psychosociale behandeling (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson, & Burke, 2010; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006). Motiverende gespreksvoering als zelfstandige methodiek is vooral effectief bij minder ernstige vormen van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid (Hettinga, Steele, & Miller, 2005). Bij de ernstige groep is motiverende gespreksvoering vooral van belang om de therapietrouw voor behandeling te verhogen.

Voor patiënten bij wie MGV als zelfstandige behandelmethodiek niet voldoende is, zijn cognitief-gedragstherapeutische interventies nodig om daadwerkelijke verandering van het alcoholgebruik te realiseren. Dergelijke interventies zijn net als motiverende gespreksvoering bewezen effectief in de behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol (Miller & Wilbourne, 2002; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009; Vedel & Emmelkamp, 2009). Effectieve cognitief-gedragstherapeutische interventies zijn zelfregistratie, zelfcontroletraining, het trainen van copingvaardigheden en socialevaardigheidstraining. Over het algemeen worden deze interventies gecombineerd in een behandelprotocol aangeboden (Emmelkamp & Vedel, 2007).

Assessment

Voor screening op problematisch alcoholgebruik zijn verschillende instrumenten beschikbaar. De multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009) beveelt voor de huisartsenpraktijk/eerste lijn aan om de Nederlandse versie van de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) te gebruiken (zie tabel 1). Dit instrument bestaat uit tien items en is eenvoudig af te nemen. De range van de totaalscore is 0-40, waarbij voor mannen een afkappunt van 8 en voor vrouwen en ouderen een afkappunt van 5 wordt aangehouden.

Voor settingen binnen de GGZ als ook bij ouderen wordt het gebruik van de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) geadviseerd (Selzer, 1971). Dit instrument bestaat uit 22 items waarbij de nadruk ligt op de negatieve consequenties die iemand mogelijk heeft ervaren ten gevolge van zijn/haar alcoholgebruik. Op het moment dat gekozen wordt voor de MAST, dient de hulpverlener dit te combineren met het concreet uitvragen van het huidig alcoholgebruik (frequentie & hoeveelheden).

De diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid wordt bij voorkeur gesteld aan de hand van een gestructureerd klinisch interview, zoals het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) of het Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV as-I-stoornissen (SCID). De MATE (Meetinstrument Addictie Triage en Evaluatie; Schippers & Broekman, 2007; Schippers, Broekman, & Buchholz, 2008; Schippers, Broekman, Buchholz, Koeter, & Van den Brink, 2010), een specifiek voor verslavingsproblematiek samengesteld instrument bestaande uit diverse modulen, bevat onder meer het onderdeel van de CIDI om deze diagnose te stellen.

Medicamenteuze begeleiding

Indien de patiënt geïndiceerd is voor ambulante behandeling van het alcoholprobleem, dient bezien te worden of medische begeleiding bij de ontgifting noodzakelijk is. Wegingsfactoren die een rol spelen bij de keuze voor ambulante of klinische ontgifting zijn onder meer de ernst van het alcoholgebruik, de lichamelijke conditie van de patiënt en delirium tremens of onthoudingsinsulten bij eerdere ontwenning (De Jong, Van Hoek, & Jongerhuis, 2004; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Of medische begeleiding bij ontgifting nodig is en of dit ambulant of klinisch kan, dient te worden beoordeeld door een arts.

Om terugval in alcoholgebruik te voorkomen zijn diverse medicamenten beschikbaar die gecombineerd kunnen worden met de

Tabel 1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 1992).

| Vragen/score | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 1. Hoe vaak drinkt u alcohol? | nooit | maandelijks of minder | 2-4 keer per maand | 2-3 keer per week | 4 of vaker per week |
| 2. Hoeveel drinkt u op een typische dag dat u alcohol gebruikt? | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7-9 | 10 of meer |
| 3. Hoe vaak drinkt u meer dan 6 glazen per gelegenheid? | nooit | minder dan 1 per maand | maandelijks | wekelijks | (bijna) dagelijks |
| 4. Hoe vaak had u het afgelopen jaar het gevoel dat u, zodra u begon, niet meer kon stoppen met drinken? | nooit | minder dan 1x per maand | maandelijks | wekelijks | (bijna) dagelijks |
| 5. Hoe vaak bent u er, door uw drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van u verwacht werd? | nooit | minder dan maandelijks | maandelijks | wekelijks | (bijna) dagelijks |
| 6. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om uzelf er weer bovenop te helpen, nadat u zwaar was doorgezakt? | nooit | minder dan maandelijks | maandelijks | wekelijks | (bijna) dagelijks |
| 7. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld, nadat u gedronken had? | nooit | minder dan maandelijks | maandelijks | wekelijks | (bijna) dagelijks |
| 8. Hoe vaak kon u zich het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond tevoren niet herinneren omdat u gedronken had? | nooit | minder dan maandelijks | maandelijks | wekelijks | (bijna) dagelijks |
| 9. Raakte u zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van uw drinkgedrag? | nooit | | ja, maar niet in het afgelopen jaar | | ja, in het afgelopen jaar |
| 10. Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over uw drinken of u aangeraden minder te drinken? | nooit | | ja, maar niet in het afgelopen jaar | | ja, in het afgelopen jaar |

Bron: Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001.

Scoring: het aanbevolen afkappunt voor mannen is 8, voor vrouwen en ouderen 5.

beschreven cognitieve gedragstherapie. De beste evidentie bestaat voor de goede effecten van de *anti-craving* middelen acamprosaat (Bouza, Angeles, Munoz, & Amata, 2004; Kranzler & Van Kirk, 2001; Mann, Lehart, & Morgan, 2004; Mason & Ownby, 2000) en naltrexon (Bouza et al., 2004; Kranzler & Van Kirk, 2001; Srisurapanont & Jarusuraisin, 2005; Streeon & Whelan, 2001). Het aversie-middel disulfiram is minder veilig en heeft meer contra-indicaties, en is daarom middel van tweede keuze (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Disulfiram is effectief op voorwaarde van gecontroleerde inname (Chick et al., 1992; Hughes & Cook, 1997). Voor een handleiding voor de medicamenteuze behandeling van alcoholafhankelijkheid verwijzen we naar Boonstra (2009).

Behandelprotocol

Inleiding

De beschreven behandeling is variabel in duur en is flexibel, waardoor deze geschikt is voor patiënten met een breed scala aan alcoholproblemen. Zij kan zowel gebruikt worden in de verslavingszorg als in de GGZ, wanneer er naast de aanmeldklacht (bijvoorbeeld angst of depressie) sprake blijkt te zijn van alcoholproblematiek.

De protocollaire behandeling bestaat uit een variabel aantal sessies van circa 45 minuten. De sessies vinden bij voorkeur wekelijks plaats. Eventueel kan in de tweede helft van de behandeling de frequentie worden verlaagd tot eens per twee weken. De opbouw van de behandeling is zodanig dat het in verschillende *stepped care*-varianten (Sobell & Sobell, 2000) kan worden toegepast. De eerste drie sessies van het voorliggende protocol zijn toepasbaar bij patiënten bij wie (nog) geen sprake is van afhankelijkheid of bij wie de alcoholproblemen pas kort bestaan. In deze gevallen is intensievere behandeling vaak niet nodig. Voor patiënten met een DSM-IV-diagnose alcoholafhankelijkheid (APA, 1994) is de uitgebreide variant bedoeld, waarbij de motiverende interventie wordt gevolgd door een cognitief-gedragstherapeutische vaardigheidstraining. Uitgaande van *stepped care*-indicatiestelling (Merkx, Kersten, & Schippers, 2003) is een ambulante behandeling zoals in dit hoofdstuk beschreven geïndiceerd voor patiënten met geen of een beperkte behandelgeschiedenis betreffende het alcoholprobleem. De beschreven ambulante behandeling is gecontra-indiceerd indien de patiënt in de afgelopen vijf jaar meerdere alcoholbehandelingen heeft gevolgd of slecht sociaal geïntegreerd is. Dan is een intensiever, c.q. deeltijdbehandeltraject of klinisch behandeltraject geïndiceerd.

Stap 1. Kortdurende motiverende interventie (de eerste drie sessies van het protocol)

Deze kortdurende interventie bestaat als eerste uit het agenderen en inventariseren van het alcoholgebruik. Vervolgens wordt de motivatie voor verandering vergroot met behulp van een voor-en-nadelenbalans van zowel het alcoholgebruik als de verandering van het alcoholgebruik. Ook worden veranderdoelen en zelfcontrolemaatregelen afgesproken en wordt er een noodplan gemaakt. Belangrijk onderdeel van deze interventie is educatie over risico's en effecten van overmatig alcoholgebruik en de relatie tussen alcohol en ervaren psychische of lichamelijke klachten. Veel drinkers zijn na deze kortdurende interventie in staat om zelfstandig het drinken te minderen. Voor een meta-analyse verwijzen we naar Moyer, Finney, Swearingen, & Vergun (2002).

Stap 2. Cognitieve gedragstherapie (het gehele behandelprotocol)

Voor andere patiënten is er meer nodig om de verandering van het alcoholgebruik te bewerkstelligen. Naast de kortdurende motiverende interventie van stap 1 bestaat de behandeling dan ook uit het maken van een functieanalyse van het alcoholgebruik, een vaardigheidstraining gericht op het herkennen van risicosituaties, het vergroten van de self-efficacy ten aanzien van het hanteren van risicosituaties (Longabaugh et al., 2005), het voorkomen van terugval en het omgaan met trek en sociale druk. Afhankelijk van de individuele risicosituaties van de patiënt wordt tevens training in specifieke copingvaardigheden aangeboden, bijvoorbeeld 'omgaan met depressieve klachten', 'omgaan met boosheid', 'socialevaardigheidstraining', 'uitbreiding en versterking van het sociale netwerk', 'relatie met de partner' en 'meer plezier in het leven'. Hierna wordt de behandeling beëindigd met een afsluitende sessie.

Gedurende de gehele behandeling (stap 1 én stap 2) registreert de patiënt het gebruik van alcohol en de mate van ervaren trek in alcohol op een dagboekformulier (zie tabel 2). Aan het begin van elke sessie wordt het dagboekformulier besproken. Op deze manier worden risicosituaties geïdentificeerd en kunnen bovendien de behandelresultaten worden gevolgd. Vanaf de derde sessie wordt elke sessie gestart met het zogenaamde 'vinger aan de pols'-gedeelte. Dit duurt maximaal 15 minuten. Tijdens dit gedeelte wordt de voortgang besproken en krijgt de motivatie nadrukkelijk de aandacht. Eventueel kunnen in dit eerste kwartier van de sessie dringende zaken die de patiënt inbrengt aan bod komen, waarna aan het thema van de sessie wordt gewerkt.

Tabel 2. Dagboekformulier alcoholgebruik en trek.

| Dag en datum | Plaats en personen | Gedachten | Gevoelens | Mate van trek | Gedrag |
|--------------|--------------------|-----------|-----------|---------------|--------|
|--------------|--------------------|-----------|-----------|---------------|--------|

Instructie: Op dit formulier kunt u per dag invullen hoeveel trek in alcohol u heeft gehad (1 = een klein beetje trek, 10 = zeer hevige trek). Wanneer u daar op verschillende momenten van de dag last van had kunt u al deze momenten opschrijven. Geef u ook aan waar u op dat moment was en met welke mensen, wat u dacht en hoe u zich voelde (vrolijk, somber, enzovoort). In de laatste kolom kunt u opschrijven wat u toen heeft gedaan. Als u heeft gedronken vult u in om hoeveel glazen het ging.

Sessie 1

Agenderen van het alcoholgebruik

Breng het alcoholgebruik op niet-moraliserende wijze ter sprake. Vraag de patiënt welke relatie hij of zij ziet tussen klachten of problemen in zijn leven en het drinken van alcohol. Besteed ook kort aandacht aan de prettige kanten van het drinken. Op deze manier kan weerstand worden voorkomen. Vraag vervolgens expliciet bereidheid aan de patiënt om het alcoholgebruik nader te inventariseren.

Inventarisatie van en educatie over het alcoholgebruik

Inventariseer kort het drinkpatroon door te vragen naar frequentie en hoeveelheid van het gebruik in de afgelopen week en de situaties waarin gedronken werd. Ga uit van standaardglazen. Neem hierbij een neutrale houding aan. Probeer tijdens de inventarisatie de bezorgdheid van de patiënt over het gebruik te verhogen. Geef objectieve informatie over risico's van het huidige gebruik. Benoem de algemene norm voor verantwoord alcoholgebruik: maximaal twee glazen per dag voor mannen en maximaal één glas per dag voor vrouwen, met bij voorkeur minimaal twee alcoholvrije dagen.

Voorbeeld

Therapeut: Als we het zo optellen komt het dus neer op vijftig glazen in de afgelopen week.

Patiënt: Ja, ik denk het wel. Er zaten trouwens ook een paar halve liters bij. Dus, tja, het is eigenlijk zelfs nog meer...

Therapeut: U bent verrast over dit aantal.

Patiënt: Het is wel meer dan ik dacht. Maar ik ben echt niet elke dag dronken hoor.

Therapeut: U kunt er goed tegen.

Patiënt: Nou, ik merk natuurlijk de volgende dag wel dat ik stevig doorgedronken heb de vorige avond.

Therapeut: Wat merkt u dan zoal?

Patiënt: Ik heb vooral last van een zwaar hoofd. Ik heb niet veel puf om wat te doen. Op doordeweekse dagen is dat best lastig, zeker als ik moet werken. Ik ben dan niet vooruit te branden.

Valkuil

De neiging kan opkomen om de patiënt te willen overtuigen van de noodzaak om het alcoholgebruik te reduceren of te stoppen, zeker wanneer de patiënt in het gesprek vooral de positieve gevolgen van het drinken benoemt of de hoeveelheid alcohol 'wel vindt meevallen'. Dit verhoogt echter de kans op weerstand. Het stellen van open vragen, reflectief luisteren, bevestigen en samenvatten zijn in deze fase belangrijke gesprekstechnieken om weerstand te voorkomen en om met de patiënt het alcoholgebruik te verkennen.

Introduceer het *Dagboekformulier alcoholgebruik en trek* (tabel 2). Vul ter illustratie samen het formulier in voor de meest recente drink-situatie. Vraag de patiënt om de komende week dagelijks het alcoholgebruik te registreren.

Voor- en nadelen van alcoholgebruik

Voor deze interventie wordt gebruikgemaakt van het formulier *Voor- en nadelenbalans* (tabel 3). Leg uit dat het gebruik van alcohol vaak positieve en negatieve kanten heeft. Het op een rij zetten van deze voor- en nadelen is verhelderend en kan helpen om een beslissing te nemen over het wel of niet veranderen van het drinken. Bespreek welke voor- en nadelen de patiënt ervaart van het drinken en welke voor- en nadelen de patiënt verwacht bij verandering van deze gewoonte. Vraag hoe de patiënt denkt dat de toekomst er uitziet als hij of zij doorgaat met drinken en hoe als hij of zij het alcoholgebruik zou veranderen. Probeer de balans te laten doorslaan in de richting van verandering, door selectieve reflectie van de op verandering gerichte uitspraken van de patiënt ('verandertaal'). Ook hier wordt objectieve informatie gegeven over de effecten van alcoholgebruik en de eventuele relatie met psychische klachten die de patiënt heeft. Vermijd discussie en respecteer de ambivalente houding van de patiënt ten opzichte van verandering. Benadruk de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Tabel 3. Voor- en nadelenbalans.

| Doorgaan met alcoholgebruik heeft voor mij de volgende... | | Verandering van alcoholgebruik heeft voor mij de volgende... | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| voordelen | nadelen | voordelen | nadelen |
| <i>Korte termijn</i> | <i>Korte termijn</i> | <i>Korte termijn</i> | <i>Korte termijn</i> |
| <i>Lange termijn</i> | <i>Lange termijn</i> | <i>Lange termijn</i> | <i>Lange termijn</i> |

Voorbeeld

Patiënt: Het prettigste vind ik dat ik met een paar borrels zo goed in slaap val. Zonder drank lig ik uren wakker.

Therapeut: Alcohol helpt u om in slaap te komen. Oké, dat staat dus bij de voordelen genoteerd. Hoe gaat het eigenlijk verder met slapen?

Patiënt: Niet zo goed. Ik word vaak wakker, slaap onrustig. Er is veel stress op mijn werk op dit moment. Ik denk dat het daardoor komt.

Therapeut: Stress is inderdaad niet bevorderlijk voor de slaap. Maar ook alcohol heeft invloed op hoe je slaapt. Vindt u het goed als ik daar iets meer over vertel?

(Patiënt knikt instemmend).

Zoals u zelf ook ervaren heeft, is alcohol een effectief middel om in slaap te vallen. Een nadeel van alcoholgebruik is echter dat iemand vaker 's nachts wakker wordt. De slaap wordt onrustiger en men wordt minder uitgerust wakker. Het is dus mogelijk dat uw doorslaapproblemen mede veroorzaakt worden door het alcoholgebruik. Wat herkent u?

Tip

Probeer de ambivalentie op te lossen door verandertaal uit te lokken. Het gaat hierbij om uitspraken van de patiënt waarin hij of zij de wenselijkheid, de eigen mogelijkheden, redenen en de noodzakelijkheid van de verandering benoemt. Uitspraken waarin de patiënt zich committeert aan de verandering worden

ook onder verandertaal geschaard (Amhrein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003). De eenvoudigste manier is het stellen van open vragen. Voor andere strategieën verwijzen we naar Miller en Rollnick (2002).

Huiswerk

1. Registratie van alcoholgebruik, waarvoor het dagboekformulier in tabel 2 gebruikt wordt (vooral de kolom 'gedrag' is in deze fase van belang).
2. Afmaken van de voor- en nadelenbalans (tabel 3).

Sessie 2

Huiswerkbespreking

Vraag de patiënt of het gelukt is het aantal gedronken glazen bij te houden. Tel het aantal glazen per dag en het weektotaal en vraag de patiënt om een reactie. Bespreek voorts de aanvullingen op de voor- en nadelenbalans.

Veranderbereidheid

Bespreek welke conclusie de patiënt trekt uit de voor- en nadelenbalans. Inventariseer de bereidheid tot verandering. Is de patiënt bereid tot verandering van het alcoholgebruik, dan kunt u doorgaan met het afspreken van doelen. Wanneer de patiënt zich nog in het stadium van overwegen bevindt, wordt langer stilgestaan (eventueel een extra sessie) bij de voor- en nadelen van het gebruik en de voor- en nadelen van verandering. U gaat niet over tot het bepalen van doelen totdat de patiënt aangeeft het alcoholgebruik te willen veranderen.

Voorbeeld

Therapeut: Welke conclusie trekt u nu u deze voor- en nadelen zo op een rijtje ziet staan?

Patiënt: Zo kan het, denk ik, niet doorgaan. Er móet wat gebeuren.

Therapeut: Wat zorgt ervoor dat voor u de maat nu vol is?

Patiënt: Ik heb al zo vaak gedacht dat ik eens een tijdje niet zou moeten drinken. Maar ik heb er nu echt genoeg van dat ik dat steeds voor me uit schuif. Het is voor mijn gezondheid nu echt

belangrijk om er wat aan te doen.

Therapeut: Tegelijkertijd levert drinken natuurlijk ook veel prettigs op. U vindt het gezellig om een glaasje bij de televisie te drinken, u voelt zich even wat minder somber als u alleen bent.

Patiënt: Maar het blijft dus niet bij dat ene glaasje en daarna voel ik me alleen maar ellendiger.

Therapeut: Drinken is een kortetermijnoplossing die uiteindelijk niet zo goed werkt.

Patiënt: Precies. Maar dat maakt het juist ook zo lastig om het te veranderen.

Therapeut: U vindt het belangrijk om nu een serieuze verandering te wagen, maar u ziet ook op tegen de moeite die het zal kosten.

Patiënt: Het is zo'n gewoonte geworden. En ik zal het echt missen als ik niet meer zou mogen drinken. Moet ik dan echt helemaal stoppen?

Therapeut: U kunt er inderdaad voor kiezen om een periode niet te drinken. Zo'n 'alcoholpauze' is voor uw lichamelijke gezondheid aan te raden. U kunt er ook voor kiezen om uw gebruik te minderen. Nu u voor uzelf heeft besloten om het alcoholgebruik te veranderen, is de volgende stap om te bepalen *wat* u dus wilt veranderen. De keuze is aan u. Het is in ieder geval belangrijk om een haalbaar doel te stellen en dat zo concreet mogelijk te formuleren. Welk doel zou u voor uzelf willen nastreven?

Doelen afspreken

Inventariseer en onderhandel met de patiënt welke veranderingen mogelijk zijn. Dat kan gecontroleerd gebruik of tijdelijke abstinentie zijn. Adviseer om een bepaalde periode, bijvoorbeeld drie maanden, geheel te stoppen met het gebruik van alcohol. Dit is zeker van belang wanneer er sprake is van psychische klachten, zoals angst en somberheid, die mogelijk beïnvloed of veroorzaakt worden door het alcoholgebruik. Een alcoholvrije periode van minimaal twee weken is dan nodig voor betrouwbare diagnostiek van de angst- en stemmingsklachten. De patiënt kan in één keer stoppen met drinken of het alcoholgebruik geleidelijk afbouwen. Wanneer de patiënt beslist te stoppen, wordt vastgelegd wat de duur van de alcoholvrije periode wordt en vanaf welke datum hij of zij geen druppel meer drinkt. Wanneer de patiënt kiest voor het geleidelijk afbouwen van het alcoholgebruik, is het van belang de afbouwperiode kort te houden, zodat er tijdens de behandeling nog genoeg gelegenheid is om de patiënt te zien terwijl deze droog staat. Maak met de patiënt een dag- of een

weekplanning om het drinken in maximaal vier weken af te bouwen. Maak afspraken over het maximale aantal glazen per dag dat hij/zij de komende week drinkt.

Indien gecontroleerd gebruik het behandeldoel wordt, maak dan zo concreet mogelijke afspraken over het maximale aantal glazen per dag en per week en het aantal alcoholvrije dagen per week. Het is raadzaam het aantal glazen per dag te beperken tot één voor vrouwen en maximaal twee voor mannen én twee alcoholvrije dagen per week in te plannen.

Tip

Naast de wens en bereidheid om te veranderen is het ook van belang dat de patiënt vertrouwen heeft in zijn vermogen om te veranderen, met andere woorden optimistisch is over zijn of haar persoonlijke effectiviteit. Met behulp van MGV kan dit vertrouwen versterkt worden door bij de patiënt ideeën, ervaringen en percepties uit te lokken die overeenstemmen met het vermogen om te veranderen: 'vertrouwenstaal'. Het terugkijken op vroegere successen en vragen naar sterke kanten van de patiënt zijn voorbeelden van manieren om vertrouwenstaal uit te lokken. Uiteraard kan ook informatie en advies worden verstrekt voor zover die nuttig zijn om het vertrouwen te versterken.

Zelfcontrolemaatregelen

Bespreek mogelijke zelfcontrolemaatregelen die ondersteunend kunnen zijn bij het bereiken van het vastgestelde doel. Zelfcontrolemaatregelen zijn te onderscheiden in:

- *stimuluscontrole-interventies*: vermijding van personen, plaatsen, situaties (bijvoorbeeld geen drank in huis hebben, de eerstkomende maand niet gaan biljarten met vrienden);
- *stimulusresponsinterventies*: alternatief gedrag vertonen in een risicosituatie (bijvoorbeeld een vriendin bellen als de patiënt zich somber voelt en trek in alcohol heeft);
- *responsconsequenties*: beloning indien het doel bereikt wordt of een negatieve consequentie afspreken indien het doel de komende week niet bereikt wordt (bijvoorbeeld een vervelend klusje doen dat steeds is blijven liggen).

Leg in deze eerste fase het accent op stimuluscontrole-interventies en het afspreken van een beloning. Brainstorm met de patiënt over effectieve zelfcontrolemaatregelen, die eraan bijdragen om het afgesproken doel te bereiken. Leg uit dat het in de beginperiode verstan-

dig kan zijn om bepaalde situaties of personen te vermijden. Bespreek hoe de patiënt zichzelf kan belonen wanneer hij/zij erin slaagt zich de komende week aan de afspraken te houden. Leg uit dat het afspreken van een beloning de kans vergroot dat het gestelde doel bereikt wordt.

Huiswerk

1. Registratie van alcoholgebruik en trek met behulp van het dagboekformulier (tabel 2). Leg de patiënt uit dat er door het invullen van dit formulier een beter zicht komt op situaties waarin de patiënt in de verleiding komt om te drinken. Dit zal helpen om de zelfcontrolemaatregelen verder aan te scherpen.
2. Aanvullen zelfcontrolemaatregelen.

Sessie 3

Vinger aan de pols (max. 15 minuten)

Bespreek met de patiënt het gebruik van alcohol en de mate van ervaren trek in alcohol in de afgelopen week aan de hand van de ingevulde dagboekformulieren. Complimenteer de patiënt indien hij/zij zich aan de gemaakte afspraken heeft gehouden. Vraag of de patiënt positieve gevolgen heeft bemerkt als gevolg van het niet of minder drinken (bijvoorbeeld een verbetering van de fysieke conditie, minder ruzie met de partner, beter functioneren op het werk). Bespreek vervolgens de momenten waarop de patiënt trek had in alcohol en de manieren waarop hij of zij de alcohol wist te weerstaan. Bekrachtig (complimenteer) de patiënt voor de toegepaste zelfcontrolemaatregelen.

Indien de patiënt meer heeft gedronken dan voorgenomen, worden aan de hand van het dagboekformulier de situaties waarin dat gebeurde met voorrang besproken. Benoem deze situaties als risicosituaties. Sta opnieuw stil bij de voor- en nadelen van stoppen met drinken en doorgaan met drinken als de patiënt twijfelt over het veranderen van het alcoholgebruik. Vraag de patiënt wat het streven wordt voor de komende week. Bekrachtig de patiënt voor zijn of haar inzet en de al geboekte vooruitgang indien er minder is gedronken dan voorheen. Het is van groot belang dat de therapeut niet moraliserend of bestraffend optreedt. Bespreek welke zelfcontrolemaatregelen goed hebben gewerkt, welke aanscherping behoeven of welke nieuwe zelfcontrolemaatregelen de patiënt kan bedenken. Geef structuur aan deze bespreking door onderscheid te maken in stimuluscontrole-interventies, stimulusresponsinterventies en responsconsequenties.

Tip

Wanneer er met de patiënt een afbouwplan is opgesteld, is het zinvol het alcoholgebruik elke sessie in een grafiek weer te geven. Een grafiek maakt de verbetering goed zichtbaar.

Introductie van noodplannen en omgaan met terugval

Leg uit dat er in deze sessie aandacht besteed gaat worden aan het voorbereid zijn op mogelijke terugvallen en het leren ingrijpen op momenten waarop de patiënt meer heeft gedronken dan hij met zichzelf heeft afgesproken, zodat het alcoholgebruik beperkt blijft. Dit thema roept nogal eens weerstand op. Patiënten vinden het vaak onprettig om over terugval in de toekomst te praten, alsof het de kans erop vergroot. Ook kan het praten over een terugval als een motie van wantrouwen worden beschouwd. Het gebruik van een metafoor kan helpen, bijvoorbeeld de metafoor van de brandoefening: het voorbereid zijn op een brand (weten waar de nooduitgang is, goede brandblussers hebben) is belangrijk en wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk brand zal plaatsvinden of dat het de kans op een brand vergroot. Het zorgt ervoor dat de schade beperkt blijft mocht er ooit brand uitbreken. Ook de vergelijking met de veiligheidsinstructie in vliegtuigen kan duidelijk maken dat het belangrijk is voorbereid te zijn op noodsituaties.

Uitleg over terugval

Vertel dat er altijd een kans op terugval bestaat en dat terugval geen ramp is. Terugval kan worden beschouwd als een leermoment; het betekent niet dat alles verloren is. Vraag naar terugvalfantasieën of dromen over terugval. Informeer vervolgens hoe de patiënt zou reageren wanneer hij of zij zou terugvallen. Patiënten noemen vaak irrationele gedachten zoals 'nu is alles verloren', 'zie je wel, ik zal eeuwig blijven drinken'. Ook gevoelens van schaamte, schuld en wanhoop worden vaak genoemd. Leg uit dat het belangrijk is om rationeel tegen terugval aan te kijken: een irrationele reactie op terugval verkleint de kans dat de patiënt de draad weer kan oppakken en opnieuw kan stoppen met drinken.

Bespreek vervolgens het verschil tussen een echte terugval en een 'uitglijder'. De vergelijking kan worden gemaakt met door het ijs zakken en een uitglijder op het ijs.

Oefening noodplan maken

Vraag de patiënt een lijst te maken met situaties waarin hij of zij in de toekomst weer zou kunnen gaan drinken. Leg vervolgens uit dat er twee categorieën risicosituaties bestaan: *externe* risicosituaties en *interne* risicosituaties. Een externe risicosituatie is bijvoorbeeld met vrienden in de kroeg zijn. Interne risicosituaties zijn gedachten ('eentje kan geen kwaad', 'ik heb nu een borrel nodig om te ontspannen'), emoties (bijvoorbeeld somberheid) en lichamelijke sensaties (bijvoorbeeld spanning).

Laat de patiënt vervolgens strategieën bedenken om in deze situaties met een uitglijder om te gaan, bijvoorbeeld een goede vriend opbellen of onmiddellijk de situatie verlaten. Met andere woorden, hoe kan terugval voorkomen worden in het geval van een 'uitglijder'. Laat dit uitmonden in een gedetailleerd plan dat op schrift wordt gesteld en op zak wordt gedragen. Besteed in het noodplan aandacht aan het formuleren van gedachten die de patiënt kunnen helpen rationeel tegen een uitglijder of echte terugval aan te kijken. Laat de patiënt responsconsequenties bedenken om toe te passen bij een uitglijder.

Bespreking van de wenselijkheid van vervolgbehandeling

Stel bijvoorbeeld als volgt de wenselijkheid van vervolgbehandeling aan de orde: 'U heeft u voorgenomen om drie maanden geen alcohol te drinken. We hebben geanalyseerd welke voor- en nadelen veranderen voor u heeft en op welke wijze u de controle over uw alcoholgebruik kunt versterken. Nu is de vraag of u daarbij mijn hulp verder nodig heeft.'

Laat de patiënt zijn of haar ideeën hierover uiten. Motiveer de patiënt tot vervolgbehandeling wanneer blijkt dat hij duidelijk moeite heeft met stoppen of minderen of belangrijke risicosituaties niet het hoofd lijkt te kunnen bieden. Als het nodig is kunt u nog eens extra stilstaan bij de relatie tussen psychische klachten en overmatig alcoholgebruik. Bespreek met de patiënt de mogelijkheid om aanvullende psychodiagnostiek te doen op het moment dat hij of zij een aantal weken abstinente is.

Wanneer besloten wordt dat verdere sessies niet noodzakelijk zijn, wordt de behandeling afgerond. Wanneer besloten wordt tot vervolgbehandeling, wordt de volgende uitleg gegeven.

Rationale uitleggen over het vervolg van de behandeling

'In de komende zittingen zullen we verder aandacht besteden aan het leren omgaan met risicosituaties. We zullen telkens een

ander onderwerp behandelen. De volgende sessie gaan we nader naar uw drinkpatroon kijken. Daarna staat het onderwerp omgaan met trek op het programma en de week daarop het weigeren van een aangeboden drankje.'

Leg uit dat indien nodig een aantal keuzesessies besteed gaat worden aan andere risicosituaties die van belang kunnen zijn, zodat de behandeling goed aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt.

'We gaan niet alleen praten over deze onderwerpen, we zullen ook samen veel oefeningen doen. Vervolgens spreken we af hoe u tussen de afspraken in het nieuwe gedrag kunt uitproberen en oefenen. Het vergt namelijk oefening om op een andere manier te reageren op oude, vertrouwde situaties. In elk volgend gesprek kunt u vertellen hoe dat gegaan is. We beginnen elk gesprek met het bekijken van het dagboekformulier om de voortgang en de risicosituaties te bespreken. Als er dringende zaken zijn die u wilt bespreken, kunnen we dat aan het begin van het gesprek doen.'

Vraag of de patiënt alles begrepen heeft en informeer of hij bereid is de komende sessies hieraan te werken. Leg uit dat de behandeling niet stopt wanneer de patiënt tussen de sessies (meer dan afgesproken) heeft gedronken. Nodig de patiënt uit open en eerlijk over alcoholgebruik en trek te praten tijdens de behandeling.

Uitnodigen van ondersteunend persoon

Bespreek of de patiënt bereid is om ter ondersteuning een partner, ouder, ander familielid of kennis uit te nodigen voor de volgende sessie.

Sessie 4

Kennismaking met ondersteunende persoon van de patiënt

Benadruk het belang van de aanwezigheid van de ondersteunende persoon. Vertel hem of haar dat u het zeer waardeert dat deze is meegekomen. Leg de structuur van de zitting uit en vraag de patiënt om kort de ondersteunende persoon bij te praten over waar het in de afgelopen sessies over is gegaan.

Vinger aan de pols (vervolg)

Laat de patiënt de dagboekregistratie introduceren aan de ondersteunende persoon. Bespreek vervolgens dit onderdeel zoals beschreven in sessie 3. Vraag de ondersteunende persoon op het einde om een korte reactie. Zorg ervoor dat deze reactie positief is. Bijvoorbeeld 'Welke veranderingen ziet u bij uw partner (vriend, familielid)?'

Houd dit onderdeel kort, maximaal 15 minuten.

Functieanalyse van het alcoholgebruik

Introduceer de functieanalyse (tabel 4). Leg uit dat hiermee het patroon van alcoholgebruik in kaart wordt gebracht. De risicosituaties die voorafgaan aan het gebruik worden geïnventariseerd en de gevolgen op korte en lange termijn worden zichtbaar gemaakt.

Vul eerst de middelste kolom (alcoholgebruik) van de functieanalyse in en ga dan verder met de externe en interne risicosituaties die het drinken uitlokken. Completeer de functieanalyse door de belangrijkste negatieve en positieve gevolgen van het drinken in te vullen. Sta met name stil bij de positieve gevolgen op korte termijn: dit zijn de instandhoudende factoren. Toets vervolgens samen met de patiënt en eventueel de ondersteunende persoon of de zelfcontrolemaatregelen zoals besproken in sessie 2 op grond van de uitkomsten van de functieanalyse moeten worden aangepast of uitgebreid.

Tip

Betrek de ondersteunende persoon actief bij het maken van de functieanalyse. Vaak heeft de omgeving aanvullende kennis en observaties over welke situaties trek uitlokken en wat de positieve en negatieve consequenties van het alcoholgebruik zijn. Laat de patiënt en de ondersteunende persoon samen brainstormen over de vraag op welke manier de omgeving van de patiënt kan bijdragen aan het bekrachtigen van abstinentie of gecontroleerd alcoholgebruik.

Huiswerk

1. Registratie van alcoholgebruik en trek.
2. Aanvullen van de functieanalyse.

Tabel 4. Functieanalyse van het alcoholgebruik.

| Externe risicosituaties | Interne risicosituaties | Alcoholgebruik | Effecten/gevolgen |
|-------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| Met wie? | Wat denkt u vlak voordat u gaat drinken? | Welke alcoholhoudende drank drinkt u? | Korte termijn Lange termijn |
| Waar? | Hoe voelt u zich lichamelijk voordat u gaat drinken? | Hoeveel drinkt u? | |
| Wanneer? | Welke gevoelens heeft u vlak voordat u gaat drinken? | In welke tijdsbestek drinkt u dit? | |

Tip

Controleer bij het beëindigen van elke sessie in hoeverre de patiënt last heeft gekregen van trek. Vraag bijvoorbeeld de intensiteit aan te geven op een schaal van 0-10. Bespreek welke zelfcontrolemaatregelen de patiënt gaat toepassen om gebruik te voorkomen. Vraag ook op welke wijze de ondersteunende persoon eventueel kan helpen.

Sessie 5

Vinger aan de pols (vervolg)

Dit onderdeel verloopt zoals beschreven in sessie 3. Houd het onderdeel kort, maximaal 15 minuten.

Tip

Luister zorgvuldig naar de informatie die de patiënt aandraagt bij het bespreken van de dagboekregistraties. Relateer de zorgen en problemen die de patiënt noemt aan het thema van de sessie of de thema's van de vervolgsessies; dit werkt motivatieverhogend.

Bijvoorbeeld: *'U vond het afgelopen week blijkbaar moeilijk om tegen uw vrienden te zeggen dat u geen alcohol wilde drinken. U vertelt dat het zo vanzelfsprekend is in de kroeg om allemaal een biertje te bestellen, dat het lastig voor u is om nee te zeggen. Binnenkort staat het thema drank weigeren op het programma. Wat zou u ervan vinden om dan te bespreken en te oefenen op wat voor manieren u dat zou kunnen doen?'*

Huiswerkbespreking

Bespreek of de patiënt nog aanvullingen heeft op de functieanalyse. Vraag kort naar de reactie van de ondersteunende persoon op de vorige sessie.

Valkuil

Veel patiënten ervaren een wisselende motivatie gedurende de behandeling. De eerste positieve ervaringen met verandering kunnen na verloop van tijd op de achtergrond raken. De voordelen van drinken en de nadelen van verandering treden juist weer op de voorgrond. Ook tijdens de uitvoering van het cognitief-gedragstherapeutisch deel

van de behandeling is het belangrijk dat de therapeut aandacht blijft besteden aan de motivatie van de patiënt. Dit impliceert dat soms pas op de plaats gemaakt moet worden: het stilstaan bij en bewerken van de motivatie heeft dan prioriteit boven het aanleren van een nieuwe vaardigheid.

Introductie van omgaan met trek

Leg uit dat het ervaren van toenemende trek in alcohol een normaal verschijnsel is bij mensen die hun alcoholgebruik fors reduceren of staken. Zij kunnen daar soms nog maanden last van hebben. Het is daarom goed om te leren hoe met deze gevoelens om te gaan. Laat de patiënt beschrijven hoe hij trek precies ervaart. Vraag naar de intensiteit, de aard van het gevoel, waar in het lichaam, enzovoort. Let op lichamelijke sensaties, gedachten en emoties (bijvoorbeeld 'ik word nerveus'). Probeer bovendien irrationele gedachten over trek te identificeren, zoals 'ik kan de trek niet weerstaan', 'dit gevoel gaat alleen maar over als ik kan drinken'.

Leg de patiënt uit dat trek opgeroepen kan worden door een scala aan prikkels. Veelvoorkomende prikkels zijn het zien of ruiken van alcohol, andere mensen zien drinken, sociale situaties waarin de patiënt gewoon was te drinken en bepaalde emoties zoals spanning of neerslachtigheid. Vraag of de patiënt dit herkent. Doordat deze prikkels voorheen gepaard gingen met het drinken van alcohol treden ze op als geconditioneerde prikkels. Wanneer de patiënt geconfronteerd wordt met dergelijke prikkels bereidt het lichaam zich voor op de komst van alcohol. De patiënt ervaart sterke trek in drank. Om het principe van geconditioneerde prikkels uit te leggen kan de therapeut gebruikmaken van het klassieke voorbeeld van de hond van Pavlov of het water dat in de mond loopt bij de geur van versgebakken brood.

Maak met de patiënt een lijst van stimuli die tot trek leiden. De registratieopdrachten van de afgelopen weken kunnen hierbij behulpzaam zijn. Vraag op welke manier de patiënt met trek omgaat. Welke strategieën gebruikt de patiënt? Heeft de patiënt een idee over de strategieën die voor hem of haar het meest effectief zijn?

Uitleg over de vaardigheden

Leg de patiënt uit dat er verschillende manieren zijn om met gevoelens van trek om te gaan. Schrijf deze in steekwoorden op een bord of flap-over.

1. *Afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen:* Bespreek welke activiteiten geschikt zouden zijn om te ondernemen wanneer de

patiënt hevige trek in alcohol ervaart. Besteed met name aandacht aan activiteiten die lichamelijke inspanning vereisen, zoals hardlopen of andere sportieve activiteiten.

2. *Erover praten met vrienden of familieleden:* Dit is een effectieve strategie omdat het ook gevoelens van angst, die gepaard kunnen gaan met hevige trek, kan verminderen. Bespreek welke personen hiervoor geschikt zouden kunnen zijn. Het kan raadzaam zijn de patiënt op voorhand een persoon uit de omgeving om steun te laten vragen, opdat zij kunnen bespreken hoe ze een aanval van trek samen kunnen aanpakken.
3. *Anders denken:* Leg uit dat trek vaak leidt tot het drinken van alcohol omdat men denkt dat de trek niet weerstaan kan worden of dat de trek alleen overgaat door te drinken. Vraag of de patiënt dit herkent. Leg uit dat dit soort gedachten het moeilijk maken om niet te drinken. Het zijn gedachten die niet helpend zijn om de doelen die de patiënt wil bereiken, te halen en bovendien kloppen ze niet met de werkelijkheid. Identificeer de irrationele gedachten over trek die de patiënt heeft. Formuleer met de patiënt een gedachte die kan helpen de trek te weerstaan, bijvoorbeeld: 'het is een vervelend gevoel, maar ik kan er tegen' of 'de trek gaat op den duur vanzelf over'. Ook komt de volgende gedachte vaak voor: 'Ik heb het verdiend'. Die kan worden gepareerd met: 'Ik wil mezelf niet langer belonen met alcohol'.
4. *Gevoelsurfen:* Alvorens uitleg te geven over deze vaardigheid kan de therapeut aan de patiënt vragen hoe lang het gewoonlijk duurt voordat de trek verdwenen is. Op deze manier kan duidelijk worden gemaakt dat trek een verschijnsel is dat op den duur overgaat. Sommige patiënten zullen zich realiseren dat ze zichzelf nooit de kans hebben gegeven dit te ervaren omdat ze altijd aan de drang om te drinken toegeven. Andere patiënten zullen aangeven dat ze zich met hand en tand proberen te verzetten tegen de drang om te drinken.

'Trek hebben in alcohol is te vergelijken met jeuk. Jeuk is een hinderlijk gevoel, waarbij u de neiging heeft om te gaan krabben, net zoals u bij trek de neiging zult hebben om te gaan drinken. Nietwaar? Heeft u wel eens een wondje gehad waarop een pleister zat of heeft u wel eens met uw been in het gips gezeten? Dan weet u wat het is om jeuk te hebben en niet te kunnen krabben! U zult dan ook gemerkt hebben dat de jeuk op den duur overgaat en niet eeuwig duurt. Zo is het ook met trek in alcohol. Als u de trek laat voortduren en er niet aan toegeeft door te gaan drinken, zult u merken dat de trek overgaat. Een trekaanval lijkt, net als jeuk, op een golf. Het begint klein, wordt steeds groter tot het een piek bereikt en verdwijnt. Denk maar aan een golf die op het strand

spoelt. Heeft u wel eens gesurft of naar surfers gekeken? Dan zult u gezien hebben dat ze niet tegen de golf ingaan, maar zolang mogelijk op de golf blijven meevoeren. Met andere woorden, ze krijgen de golf onder controle door met de golf mee te gaan in plaats van ertegen in te gaan. Op deze manier kunt u ook met trek omgaan. U kunt als het ware surfen op uw gevoel van trek tot het overgaat. Nieuwsgierig hoe het werkt?'

Leg vervolgens uit dat de techniek uit drie stappen bestaat:

1. 'Zoek een rustige plek waar u comfortabel kunt zitten en zich kunt ontspannen. Onderzoek waar en hoe u de trek ervaart in uw lichaam.
2. Richt uw aandacht op een plaats in uw lichaam waar u de trek ervaart en probeer te beschrijven hoe het voelt. Warm, koud, tintelend? Hoe intens is het gevoel?
3. Herhaal stap twee voor alle delen van uw lichaam waar u de trek ervaart. Concentreer u op de trek en ervaar hoe de trek weer verdwijnt.'

Oefening gevoelsurfen

Vraag de patiënt of hij bereid is deze techniek te oefenen tijdens de sessie. Laat de patiënt een recente situatie beschrijven waarin hij een sterk gevoel van trek ervoer. Vraag de patiënt de ogen te sluiten en de gevoelens van trek op te roepen. Laat de patiënt zich concentreren op het gevoel. Vraag waar hij de trek voelt en laat de sensaties beschrijven. Stel gerichte vragen wanneer de patiënt dit moeilijk vindt, bijvoorbeeld: *'Voelt het koud? Of juist warm? Misschien is het een tintelend gevoel? Concentreer u op het gevoel.'*

Instrueer de patiënt vervolgens om de aandacht achtereenvolgens te richten op de verschillende delen van het lichaam waarin de trek ervaren wordt, en hiermee door te gaan totdat het gevoel van trek verdwenen is. De patiënt kan verder proberen de oefening alleen te doen. Bespreek de oefening na. Vraag of de patiënt gebruik heeft gemaakt van helpende gedachten bij de oefening.

Tip

Soms zullen patiënten niet thuis durven oefenen met gevoelsurfen uit angst de trek niet te kunnen weerstaan en te gaan drinken. Leg uit dat dit niet-helpende gedachten zijn – zoals in de sessie is besproken – en verwijst naar de helpende gedachten die zijn geformuleerd. Leg opnieuw uit dat trek vanzelf verdwijnt.

Besteed ook aandacht aan de overige technieken, zodat de

patiënt zich extra bewapend voelt, en spreek af dat er geen alcohol in huis is. Laat ten slotte blijken dat u er vertrouwen in heeft dat de patiënt het aankan.

Huiswerk

1. Registratie van alcoholgebruik en trek.
2. Bespreek welke technieken de patiënt de komende week gaat toepassen. Maak de afspraak dat de oefening gevoelsurfen eenmaal per dag gedaan wordt door de gevoelens van trek zelf op te roepen.
3. Laat de patiënt op het dagboekformulier aangeven wanneer de oefeningen zijn uitgevoerd. Bespreek hoe de patiënt de geoefende vaardigheid deze week in de praktijk kan toepassen. Maak hierover een zo concreet mogelijke en haalbare afspraak. Anticipeer met de patiënt op eventuele obstakels in het uitvoeren van de opdracht.

Sessie 6

Vinger aan de pols (vervolg)

Dit onderdeel verloopt zoals beschreven in sessie 3. Houd het onderdeel kort, maximaal 15 minuten.

Huiswerkbespreking

Bespreek welke technieken de patiënt de afgelopen week heeft toegepast om met trek om te gaan. Gebruik het dagboekformulier als hulpmiddel. Bespreek hoe de oefeningen in gevoelsurfen zijn gegaan. Hoe vaak heeft de patiënt geoefend? Vraag de patiënt wat hem of haar tegenhield wanneer hij (zij) niet geoefend heeft. Maak afspraken over hoe verder te oefenen in de komende weken.

Introductie van drank weigeren

Leg de patiënt uit dat het aangeboden krijgen van een drankje of door anderen onder druk gezet worden om te drinken een veelvoorkomende risicosituatie is voor mensen die besloten hebben te stoppen met drinken. Vraag of de patiënt dit herkent. Zijn er situaties waarin alcohol aangeboden wordt of situaties waarin de patiënt onder druk kan worden gezet door vrienden of familieleden om te drinken? Laat de patiënt mogelijke of recente situaties beschrijven waarin dit is voorgevallen.

Tip

Wanneer de patiënt aangeeft dit soort situaties zoveel mogelijk te vermijden om terugval te voorkomen, leg dan uit dat dit op de korte termijn een effectieve en veilige strategie is. Op den duur is het echter geen praktische strategie. Er zijn zoveel situaties waarin alcohol aangeboden kan worden, dat het onmogelijk is deze allemaal te vermijden. In dat soort situaties is het van belang over de vaardigheid te beschikken nee te kunnen zeggen tegen een drankje.

Uitleg over drank weigeren

Leg kort en bondig aan de patiënt uit hoe hij of zij drank handig kan weigeren. Schrijf richtlijnen op een bord of flap-over.

Hoe je het doet:

1. Reageer snel.
2. Spreek met een duidelijke, ferme en niet-aarzelende stem.
3. Maak direct oogcontact.

Wat je zegt:

1. Zeg eerst 'nee'.
2. Vraag iets anders te drinken of suggereer een alternatief om iets anders te gaan doen.
3. Wanneer de ander blijft aandringen, vraag hem (haar) daarmee op te houden.
4. Verander het gespreksonderwerp om discussie te vermijden.
5. Vermijd excuses en vage antwoorden.

Rollenspel

Laat de patiënt een recente situatie beschrijven waarin het weigeren van drank moeilijk was. Verhelder de situatie door gerichte vragen te stellen. Bespreek hoe de patiënt anders had kunnen reageren. Geef richtlijnen en instructies voor het rollenspel waarin dit nieuwe gedrag wordt geoefend. Vraag vervolgens naar geuren, geluiden en specifieke details, zodat de situatie voor de patiënt levensecht wordt en start het rollenspel. De therapeut is hierin de tegenspeler die de alcohol aanbiedt. Bij voorkeur wordt verschillende malen kort met de situatie geoefend, zodat het nieuwe gedrag enigszins vertrouwd voelt voor de patiënt. De therapeut kan in de rol variaties aanbrengen (bijvoorbeeld steeds meer aandringen op het accepteren van een drankje).

Bespreek belemmerende irrationele gedachten die het weigeren van

drank moeilijk maken, bijvoorbeeld: 'Mijn vrienden lachen me vast uit als ik cola bestel en daar kan ik niet tegen'. Formuleer met de patiënt alternatieve gedachten die kunnen helpen in dergelijke situaties. Eventueel kan nog geoefend worden met een nieuwe situatie. Zorg dat de sessie wordt beëindigd met een positieve ervaring voor de patiënt.

Valkuil

Soms bestaat bij de patiënt en/of de therapeut de neiging om de gekozen recente situatie na te spelen inclusief het 'oude' gedrag. Dit is echter niet nodig. De vaardigheidstraining is gericht op het oefenen van nieuw en effectief gedrag.

Tip

De patiënt kan ook geleerd worden een andere persoon te verzoeken geen alcohol mee te brengen. Bijvoorbeeld: aan een vriend vragen geen alcohol mee te nemen bij het samen bekijken van een voetbalwedstrijd op de televisie. Zo wordt voorkomen dat er een risicosituatie ontstaat.

Tip

Wanneer de patiënt moeite heeft om te oefenen kan de therapeut het nieuwe gedrag voordoen en daarmee ook het ijs breken.

Bespreken voortgang behandeling

Evalueer met de patiënt de voorgaande sessies. Stel aan de orde of verdere behandeling nodig is of dat de behandeling met een afsluitende sessie beëindigd kan worden. Indien voortzetting van de behandeling noodzakelijk is, wordt met de patiënt besproken welke vaardigheden (op basis van de functieanalyse) nog aangeleerd moeten worden.

Keuzesessies 7-12

Inrichting van de keuzesessies

Zoals ook bij de andere sessies, begint iedere keuzesessie met een korte 'vinger aan de pols'. Vervolgens wordt de eventuele huiswerkopdracht besproken, waarna een nieuw onderwerp wordt geïntroduceerd. De sessie wordt afgesloten met het bespreken van de nieuwe

huiswerkopdracht. In sommige gevallen wordt een deel van de keuzesessies gebruikt om de onderwerpen uit de eerdere bijeenkomsten opnieuw te bespreken en te oefenen, bijvoorbeeld het weigeren van aangeboden drank.

Frequente thema's die tijdens keuzesessies aan bod komen zijn het vergroten van de sociale vaardigheden, omgaan met negatieve stemming/depressieve klachten, relationele problemen, omgaan met boosheid, uitbreiden van het sociale – niet drinkende – netwerk en het hervatten van plezierige activiteiten. De sessies hebben een praktische, gedragsgeoriënteerde aanpak, met als doel om patiënten vaardigheden te trainen die hen helpen om te gaan met hoogrisicosituaties. Voor de duidelijkheid: keuzesessies zijn niet bedoeld om comorbide psychopathologie te behandelen. Als de patiënt bijvoorbeeld een sociale fobie heeft, dient hem een geschikte angstbehandeling te worden aangeboden, conform de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Vereniging voor Psychiatrie, 2003).

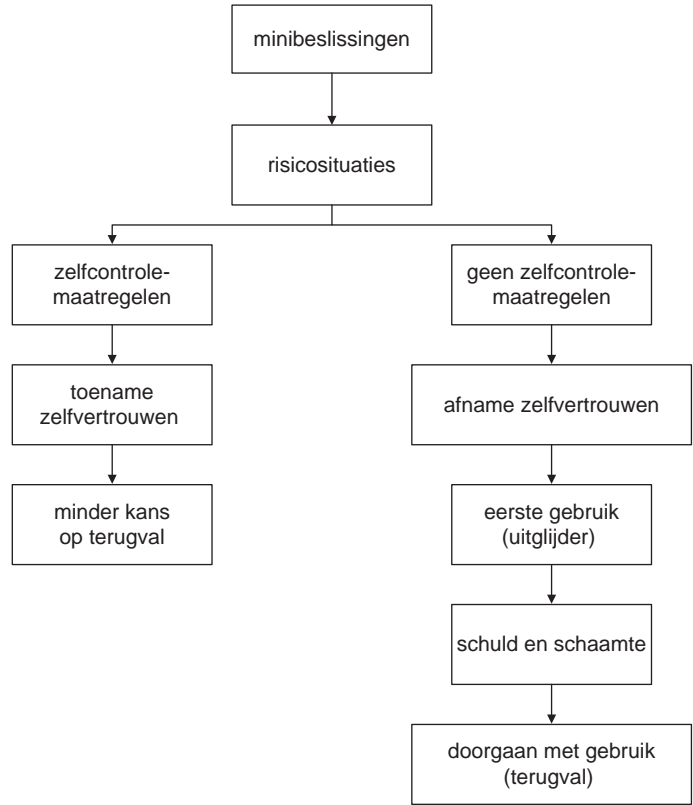
In geval van uitglijders waarbij het de patiënt onvoldoende lukte om het noodplan effectief in te zetten, kan naast het analyseren van de uitglijder, een keuzesessie worden gebruikt om het noodplan te verbeteren. Als de patiënt een 'uitglijder heeft die uit de lucht komt vallen', is het raadzaam een keuzesessie te gebruiken om de uitglijder goed te analyseren. Een hulpmiddel hierbij is het terugvalpreventiemodel (figuur 1). Leg uit dat een uitglijder vaak vooraf wordt gegaan door kleine, ogenschijnlijk irrelevante beslissingen, ook wel minibeslissingen genoemd. Deze minibeslissingen brengen de persoon steeds dichterbij een risicosituatie. Bijvoorbeeld: *een patiënte die abstinentie tot doel heeft en last van trek heeft, besluit om buiten een rondje te gaan lopen. In plaats van een rondje door het park te maken loopt ze richting de straat waar de terrasjes zijn ('dat is gezelliger'). Ze besluit even op het terras te gaan zitten om te ontspannen en een sinaasappelsap te drinken. Op het moment dat de ober komt bestelt ze echter een glas rosé.*

Op basis van de analyse wordt eventueel de functieanalyse aangepast, worden aanvullende zelfcontrolemaatregelen afgesproken en wordt gebrekkige coping geïdentificeerd die in volgende keuzesessies aan bod kan komen.

Voorbeeld inhoud keuzesessie 'socialevaardigheidstraining'

Vinger aan de pols (vervolg)

Dit onderdeel verloopt zoals beschreven in sessie 3. Houd het onderdeel kort, maximaal 15 minuten.



Figuur 1. Terugvalpreventiemodel (naar: Marlatt & Gordon, 1985).

Huiswerkbespreking

Bespreek de huiswerkopdrachten die in de vorige sessie zijn afgesproken. Maak eventueel afspraken hoe de patiënt de komende week verder kan oefenen.

Introductie van sociale vaardigheden

Deze sessie wordt besteed aan het oefenen van moeilijke sociale situaties en contacten met andere mensen. Te denken valt aan het beginnen van een gesprek, positieve gevoelens uiten, assertiviteit of kritiek geven of ontvangen. Nodig de patiënt uit te vertellen over situaties of vaardigheden die hij of zij lastig vindt. Vraag of er een relatie bestaat met het alcoholgebruik. Leg uit dat sommige mensen alcohol drinken om zich zekerder te voelen in sociale situaties. Er zijn ook mensen die sociale situaties vermijden en zich hierdoor eenzaam

voelen, wat aanleiding kan zijn om alcohol te drinken. Een ander veelvoorkomend probleem is het aangaan van nieuwe contacten wanneer mensen stoppen met drinken en contacten met stevig drinkende vrienden en kennissen verbreken. Herkent de patiënt (een van) deze verbanden met alcoholgebruik?

Rollenspel

Vraag de patiënt een concrete sociale situatie in te brengen, waarin hij of zij duidelijke 'trek' ervoer en waarmee geoefend kan worden. Kies bij voorkeur een recente situatie of een situatie die zich op korte termijn opnieuw zal voordoen. Oefen de situatie zoals bij sessie 6 beschreven staat. Als er voldoende met de situatie geoefend is, kan met een volgende situatie worden verdergegaan.

Huiswerk

1. Registratie van alcoholgebruik en trek.
2. Bespreek hoe de patiënt dat wat in de sessie geoefend is, in praktijk kan brengen. Maak hierover een concrete afspraak.
3. Maak eventueel afspraken over het continueren van huiswerkopdrachten uit de vorige sessies.

Afsluitende sessie

Deze afsluitende sessie kan een aantal weken na de voorlaatste sessie worden gepland.

Vinger aan de pols (vervolg)

Dit onderdeel verloopt zoals beschreven in sessie 3. Houd het onderdeel kort, maximaal 15 minuten.

Huiswerkbespreking

Bespreek de huiswerkopdrachten die in de vorige sessie zijn afgesproken.

Evaluatie van de behandeling

Vraag de patiënt wat de behandeling hem of haar heeft opgeleverd. Evalueer samen de thema's die in de behandeling aan bod zijn

gekomen. Wat zijn de belangrijkste punten die de patiënt heeft geleerd? Hoe gaat hij of zij met deze vaardigheden zelf verder aan de slag? Bespreek ook hoe de patiënt tegenover het afsluiten van de behandeling staat. Als zowel de therapeut als de patiënt van mening zijn dat in de behandeling voldoende is bereikt, kan de behandeling worden afgesloten. Wanneer dit niet het geval is, kan worden besproken welke aanvullende interventies noodzakelijk zijn.

Discussie

In het beschreven behandelprotocol is gekozen voor een benadering waarin motiverende gespreksvoering en het aanleren van copingvaardigheden centraal staan. De behandeling is opgezet voor mensen bij wie het overmatig alcoholgebruik het voornaamste probleem is, als ook voor mensen die een andere klacht als belangrijkste presenteren en bij wie overmatig alcoholgebruik tevens een rol speelt.

Om te kunnen inspelen op de individuele verschillen in risicosituaties van patiënten, bestaat de behandeling deels uit keuzesessies. Er zijn aanwijzingen dat een dergelijke individuele benadering gebaseerd op de functieanalyse tot betere behandelresultaten leidt bij alcoholafhankelijke patiënten dan een standaardtraining in copingvaardigheden (Litt, Kadden, & Karbela-Cormier, 2009; De Wildt & Merkx, 2009). Genoemd zijn 'omgaan met somberheid', 'omgaan met boosheid', 'socialevaardigheidstraining', 'uitbreiding en versterking van het sociale netwerk', 'relatie met de partner' en 'meer plezier in het leven'. Hoewel niet volledig zijn dit naar onze ervaring vaak de relevante onderwerpen om in de behandeling op te nemen. Het kan voorkomen dat het onvoldoende blijkt te zijn om slechts één sessie te besteden aan het trainen van een bepaalde vaardigheid. Uiteraard is het dan beter om het thema te behandelen in twee of zelfs meerdere sessies. Wanneer blijkt dat de sociale vaardigheden van de patiënt zeer beperkt zijn, raden wij aan een module socialevaardigheidstraining aan de behandeling toe te voegen.

De effectiviteit van de behandeling in de precieze vorm zoals hier beschreven, is nog niet onderzocht. Zoals gemeld bestaat de behandeling echter uit motiverende gespreksvoering, een bewezen effectieve methodiek en cognitief-gedragstherapeutische interventies die eveneens effectief gebleken zijn (vaardigheidstraining en zelfcontroletraining). Varianten van het hier beschreven protocol worden inmiddels breed in de verslavingszorg toegepast onder de noemer 'leefstijltraining' (Van den Broek & Merkx, 2003; Merkx & Van Broekhoven, 2003; De Wildt, 2000; De Wildt, 2001). Deze geprotocolleerde verslavingsbehandelingen zijn in naturalistisch onderzoek onder alco-

holpatiënten in de ambulante verslavingszorg geëvalueerd. Ongeveer 50% van de patiënten blijkt na de behandeling gecontroleerd te drinken of te zijn gestopt (De Wildt et al., 2010). Dit percentage ligt in lijn met de resultaten van gecontroleerd onderzoek naar deze vormen van behandeling (bijvoorbeeld project MATCH, 1997).

Hoewel behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol vaak leidt tot een periode van abstinentie of gecontroleerd gebruik, komt terugval na beëindiging van de behandeling vaak voor, vooral bij patiënten met comorbide psychische stoornissen (Emmelkamp & Vedel, 2007). De meeste patiënten ondergaan drie of vier behandelingen over een gemiddelde van acht jaar, voordat ze een stabiele toestand van abstinentie bereiken (Dennis, Scott, Funk, & Foss, 2005). Vanuit de huidige kennis over het vaak chronische karakter van verslavingsproblematiek en het intermitterend beloop van deze stoornis, vergelijkbaar met lichamelijke aandoeningen als hypertensie en diabetes en psychische stoornissen zoals depressie, zijn diverse programma's ontwikkeld om deze groep patiënten op een laag-intensieve manier te monitoren. Via telefonische contacten wordt met de patiënt periodiek geëvalueerd hoe het met het toepassen van de geleerde vaardigheden gaat en in hoeverre er sprake is van risicovol alcoholgebruik. Zo wordt vroeger signalering van terugval mogelijk gemaakt en kan indien nodig behandeling tijdig weer worden opgestart (McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kemp, 2005; Scott, Dennis, & Foss, 2005). Een dergelijke vorm van monitoring volgt bij voorkeur op de in dit artikel beschreven behandeling.

De hier beschreven protocollaire behandeling is ook toepasbaar in de ambulante GGZ als onderdeel van een behandeling waarbij andere klachten op de voorgrond staan of de patiënt zich met andere klachten heeft gemeld. Het is belangrijk dat patiënten die zich in de GGZ met psychische klachten melden, tijdens de intake standaard gescreend worden op overmatig alcoholgebruik (Vedel, Merckx, & De Wildt, 2009). Psychische klachten, zoals angst en depressie, kunnen alcoholgeïnduceerd zijn. Deze klachten nemen af of verdwijnen zelfs na het staken van het alcoholgebruik. Voor betrouwbare diagnostiek van angst- en depressieve klachten in combinatie met excessief alcoholgebruik is het van belang om een periode van minimaal twee weken abstinentie te realiseren en vervolgens na te gaan in hoeverre er dan nog daadwerkelijk sprake is van een angststoornis of depressieve stoornis die behandeling behoeft (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Het alcoholgebruik dient ook aandacht te krijgen tijdens de verdere behandeling van de psychische stoornis, op het moment dat deze psychische klachten niet veranderd zijn na het staken van het alcoholgebruik. Afhankelijk van de ernst van de alcoholproblematiek en de mogelijkheden van de patiënt om de

initiële verandering vol te houden, wordt gekozen voor de korte of langere variant van het in dit artikel beschreven protocol. Het vinger-aan-de-polsgedeelte van het protocol is goed geschikt om tijdens de behandeling van de psychische stoornis het alcoholgebruik te blijven monitoren. Uit onderzoek blijkt dat een behandeling van angst en alcohol goed kan samengaan en dat dit ook succesvol is bij ernstig alcoholverslaafde patiënten (Schade et al., 2003).

Wanneer patiënten zich niet primair voor alcoholproblematiek hebben aangemeld, maar er wel sprake is van overmatig gebruik of alcoholafhankelijkheid kan het lastig zijn om hen te motiveren tot verandering van dit gedrag. Op het moment dat het alcoholgebruik ter sprake komt, hoeft het niet zo te zijn dat de patiënt de relatie tussen de aanmeldingsklacht en het alcoholgebruik herkent, noch dat de patiënt bereid is verandering in het alcoholgebruik aan te brengen. Het belangrijkste is om het alcoholgebruik bespreekbaar te maken en de patiënt uit te leggen dat het van belang is de relatie te onderzoeken tussen klachten van somberheid, angst of spanning enerzijds en alcoholgebruik anderzijds. Alcoholgebruik kan soms klachten verergeren en andersom kunnen klachten ook uitlokken tot alcoholgebruik. In de gesprekken wordt toegewerkt naar een expliciete overeenstemming over de samenhang tussen klachten en alcoholgebruik. Een voorbeeld hiervan is het volgende: *'Nu we dit zo besproken hebben, zouden we dan kunnen zeggen dat u drinkt om de gevoelens van somberheid te verminderen als u alleen thuis bent? Maar op lange termijn wordt de somberheid hierdoor versterkt?'* Vervolgens kan de kortdurende motiverende interventie van drie sessies (stap 1 van dit protocol) worden toegepast.

Een van de lastige aspecten van het uitvoeren van dit behandelprotocol is het omgaan met de wisselende motivatie van patiënten tijdens de behandeling. Soms moet pas op de plaats worden gemaakt: het stilstaan bij en bewerken van de motivatie heeft dan prioriteit boven het aanleren van een nieuwe vaardigheid. We noemden dit in sessie 5 al als een valkuil. Een tweede probleem betreft de moeilijkheidsgraad van de behandeling. Er wordt veel van de patiënt gevraagd: actieve inbreng in de sessies en huiswerk maken. Bovendien wordt in elke sessie een nieuw thema behandeld. Veel therapeuten vinden het lastig de inhoud van de sessies op een goede en duidelijke manier over te brengen en te blijven focussen op het gedrag. In die zin vraagt het protocol ook veel van de therapeut. Onze ervaring is dat dit oefening en supervisie vergt.

ABSTRACT This article displays a chapter of the book *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* [Protocolized treatments for adults with psychological problems], edited by Ger Keijsers, Agnes van Minnen en Kees Hoogduin (available november 2011). Alcohol use disorders (AUDs) are among the most prevalent psychiatric disorders. National and international guidelines prescribe Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy as treatments of first choice in AUDs. In this article a treatment manual is presented which describes how to conduct these interventions. The manual-based treatment can be used in alcoholic patients admitted in substance use treatment centres, as well as in alcohol abusing psychiatric patients. According to the stepped care principles, the treatment consists of a brief motivational intervention which can be extended, if indicated, with a cognitive behavioral therapy. Pitfalls and tips are described for using the treatment manual in daily practice.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA; 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e herz. druk). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 862-878.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Geneva: The World Health Organization.
- Boonstra, M. (2009). *Handleiding medicamenteuze terugvalpreventie bij alcoholafhankelijkheid*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Bouza, C., Angeles, M., Munoz, A., & Amata, J.M. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: A systematic review. *Addiction, 99*, 811-828.
- Broek, B. van den, & Merckx, M.J.M. (2003). *Handleiding leefstijltraining 3*. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 843-861.
- Chick, J., Gough, K., Falkowski, W., Kershaw, P., Hore, B., Mehta, B., Ritson, B., Ropner, R., & Torley, D. (1992). Disulfiram treatment of alcoholism. *British Journal of Psychiatry, 161*, 84-89.

- Dennis, M.L., Scott, C.K., Funk, R., & Foss, M.A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, S51-62.
- Emmelkamp, P.M.G. & Vedel, E. (2007). Alcohol- en drugsverslaving: een gids voor effectief gebleken behandelingen. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Graaf, R. de., Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *NEMESIS 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W.R. (2005). A meta-analysis of research on motivational interviewing treatment effectiveness. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111.
- Hughes, J.C., & Cook, C.C.H. (1997). The efficacy of disulfiram: A review of outcome studies. *Addiction, 92*, 381-395.
- Jong, C.A.J. de, Hoek, A.F.M. van, & Jongerhuis, M. (2004). *Richtlijn detox: verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Kadden, R., Carroll, K.M., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Washington: Government Printing Office.
- Kraanen, F., Emmelkamp, P.G.M., & Wildt, W.A.J.M. de (2007). Psychopathologie bij behandelde verslaafden: een onderzoek naar comorbiditeit. *Tijdschrift Verslaving, 3*, 3-13.
- Kranzler, H.R. & Kirk, J. van (2001). Efficacy of naltrexone and acamprostate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 25*, 1335-1341.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., & Brunt, T. (2009). *Nationale drug monitor jaarbericht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., & Karbela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction, 104*, 1837-1848.
- Longabaugh, R., Donovan, D.M., Karno, M.P., McCrady, B.S., Morgenstern, J., & Tonigan, J.S. (2005). Active ingredients: how and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 29*(2), 235-247.
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*, 137-160.
- Mann, K., Leher, P., & Morgan, M.Y. (2004). The efficacy of acamprostate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 28*(1), 51-63.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.

- Mason, B.J. & Ownby, R.L. (2000). Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: a review of double-blind placebo-controlled trials. *CNS Spectrums*, 5(2), 58-69.
- McLellan, A.T., McKay, J.R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from a retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458.
- Merkx, M.J.M., Kersten, G.C.M., & Schippers, G.M. (2003). Indicatiestelling in de verslavingszorg: een op evidentie gebaseerde protocollaire benadering. In: W.R. Buisman, J. Casselman, E.A. Noorlander, G.M. Schippers, & W.M. de Zwart (red.), *Handboek verslaving*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Merkx, M.J.M. & Broekhoven, T. van (2003). *Handleiding leefstijltraining 4*. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (2nd 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.
- Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C., & Rychtarik, R.G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Washington: Government Printing Office.
- Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279-292.
- 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.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ouweland, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J., & Delden, E.B. van (2010). *Kerncijfers verslavingszorg 2009: Landelijk alcohol en drugs informatie systeem*. Houten: Stichting IVZ.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.

- Schade, A., Marquenie, L.A., Balkom, A.J. van, Beurs, E. de, Dijck, R. van, & Brink, W. van den (2003). Do comorbid anxiety disorders in alcohol dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 255-262.
- Schippers, G.M. (2009). Motivatie tot behandeling en stadia van verandering. In: I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (pp. 319-330). Utrecht: De Tijdstroom.
- Schippers, G.M. & Broekman, T.G. (2006). *The course of alcohol dependence*. Den Haag: ZonMW.
- 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). Nijmegen: Bureau Bèta.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2008). *MATE 2.0 Handleiding & protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE*. Nijmegen: Bureau Bèta.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., Koeter, M., & Van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105, 862-871.
- Scott, C.K., Dennis, M.L., & Foss, M.A. (2005). Utilizing Recovery Management Checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(3), 325-338.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573-579.
- Streeton, C., & Whelan, G. (2001). Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 544-552.
- Srisurapanont, M., & Jaruraisin, N. (2005). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001867.
- Vasilaki, E.I., Hosier, S.G., & Cox, W.M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41(3), 328-335.
- Vedel, E. & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Effectieve psychologische interventies bij problematisch middelengebruik. In: I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (pp. 387-410). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vedel, E., Merckx, M.J.M., & Wildt, W.A.J.M. de (2009). Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol: een kritische bespreking. *PsychoPraxis*, 2, 29-32.
- Wildt, W.A.J.M. de (2000). *Handleiding leefstijltraining 1*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

- Wildt, W.A.J.M. de (2001). *Handleiding leefstijltraining 2*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Wildt, W.A.J.M. de & Merckx, M.J.M. (2009). Stoornissen in het gebruik van een middel: verslaving. In: K. Korrelboom, E. Ten Broeke, & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocolaire behandelingen op maat* (pp. 369-400). Bussem: Coutinho.
- Wildt, W.A.J.M. de, Oudejans, S.C.C., Merckx, M.J.M., Schippers, G.M., Koeter, M.W.J., & Brink, W. van den (2010). Effectiveness of manual-based cognitive behavioral therapy in routine outpatient alcohol treatment. In: W. de Wildt (red.), *Alcohol dependence: Treatment effectiveness and the concept of craving* (pp. 43-59). Oosterwijk: Uitgeverij BOXPress.