

Leefstijltraining 3

Handleiding voor de trainer

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Theoretische beschouwing	6
Structuur en organisatie van de module	9
Bijeenkomst 1 Kennismaking, rationale module, voor- en nadelenbalans	14
Bijeenkomst 2 Voor- en nadelenbalans, trainingsplan, zelfcontrolemaatregelen	18
Bijeenkomst 3 Zelfcontrole, omgaan met trek	24
Bijeenkomst 4 Trek, omgaan met sociale druk	30
Bijeenkomst 5 Omgaan met sociale druk, uitleg noodplan	35
Bijeenkomst 6 Noodplan, evaluatie	41
Literatuuronderzoek	45

Inleiding

Deze handleiding beschrijft een geprotocolleerde ambulante groepstraining gericht op verandering van problematisch middelengebruik en gokgedrag. Deze training is geschreven vanuit het gedragstherapeutisch referentiekader. De gehele trainingsmodule bestaat uit een handleiding voor de trainer en een werkboek voor de cliënt.

In de handleiding voor de trainer wordt allereerst stilgestaan bij de rationale van de module en de wetenschappelijke verantwoording van de behandeling. Vervolgens worden een aantal structurele aspecten van de module besproken. Hierna volgt een beschrijving van elke bijeenkomst.

Deze module is ontwikkeld in het kader van Resultaten Scoren, een landelijk vernieuwingsproject in de verslavingszorg met als doel evidence based interventies te ontwikkelen en te implementeren in het werkveld. De module is getoetst door de wetenschappelijke commissie van Resultaten Scoren en de Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie. Daarnaast is de module in de praktijk getoetst door behandelaren en cliënten in een aantal pilots in verschillende instellingen. De module is gecheckt op seksespecifieke en multiculturele aspecten. De module is sekse-, cultuur- en middenoverstijgend geschreven.

In de beschrijving van de module en in de communicatie met de cliënt wordt consequent gesproken van training en trainers, ondanks het feit dat er in wezen sprake is van een behandeling.

Theoretische beschouwing

Rationale van de trainingsmodule

In deze trainingsmodule wordt een groepsgerichte interventie beschreven voor problematisch middelengebruik en gokgedrag vanuit het gedragstherapeutisch referentiekader.

De rationale van de interventie is vanuit het leertheoretisch perspectief op problematisch middelengebruik en gokgedrag ontstaan en wordt in stand gehouden door drie vormen van leren namelijk: sociaal leren, operante conditionering en klassieke conditionering.

- > Sociaal leren speelt een rol voorzover de verwachtingen over de effecten van de gebruikte stof en over de betekenis van het gedrag zelf (symbolische of rituele betekenis) zijn geleerd vanuit de sociale omgeving.
- > Operante conditionering speelt een belangrijke rol bij aanvang van gebruik van psychotrope stoffen of gokken. De bekrachtiging van het middelengebruik vindt plaats door positieve en negatieve bekrachtiging op korte termijn (toename positieve consequenties en afname van negatieve consequenties).
- > In de loop van de tijd begint het klassieke conditioneringsprincipe in het verslavingsgedrag een grotere rol te spelen. Klassieke conditionering verklaart de lichamelijk ervaren gevoelens van trek (craving), ook lang na het ontwennen. Gebruik van een psychoactief middel heeft een verstorende invloed op het biologisch evenwicht van het lichaam. Op basis van leerervaringen leert een persoon dat bepaalde stimuli een voorspellende waarde hebben gekregen voor gebruik. Het lichaam reageert hierop door veranderingen in de biologische homeostase. Dit ervaart de cliënt als trek. Deze stimuli kunnen liggen op het lichamelijke, cognitieve, affectieve en/of gedragsmatige vlak of in de sociale context.

Het stadiamodel van verandering volgens Prochaska en DiClemente (1998) wordt gevolgd in het veranderingsproces. Zij onderscheiden de volgende stadia van verandering:

- > Voorbeschouwing.
- > Overweging.
- > Beslissen en voorbereiden.
- > Uitvoeren.
- > Volhouden.
- > Terugval.

De drie hoofdelementen van deze aanpak zijn: motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie. De opbouw van de bijeenkomsten volgt dit model. De cliënt wordt geholpen om deze stadia van verandering te doorlopen middels interventies die passen bij elk stadium.

De attitude van de trainer die deze module uitvoert, is gebaseerd op de principes van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991). Deze methode definieert motivatie voor verandering als een interactievariabele tussen cliënt en therapeut. Motiverende gespreksvoering gaat uit van twee basisprincipes om deze motivatie te bewerken: onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve confrontatie. Deze beide principes worden als essentieel gezien om het veranderingsproces van de cliënt op een effectieve manier te begeleiden. Deze module probeert zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij eerder verschenen

modules, die ontwikkeld zijn in het kader van Resultaten Scoren. Bij de ontwikkeling van deze module is gebruikt gemaakt van Leefstijltraining 1 + 2 (de Wildt, 2000, 2001) en Leefstijltraining 4 (Merkx en Van Broekhoven, 2003). Leefstijltraining 3 is het groepsgerichte equivalent van Leefstijltraining 1 (de Wildt 2000).

Onderzoeksbevindingen

Jaap van der Stel heeft in het kader van de ontwikkeling van deze module een literatuurstudie uitgevoerd naar de effectiviteit van groepsinterventies bij misbruik en/of afhankelijkheid (Van der Stel 2001). Uit de beperkte hoeveelheid beschikbaar onderzoek blijkt dat:

- > Een groepsgerichte behandeling net zo effectief is als een individuele behandeling.
- > Een effectieve groepsgerichte behandeling geschreven dient te zijn vanuit cognitief gedragstherapeutisch referentiekader.
- > De elementen motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie centraal dienen te staan in de behandeling.
- > De behandeling gestructureerd en klachtgericht dient te zijn.
- > Er geen empirische ondersteuning te vinden is voor matchingsvariabelen.

Vanuit het oogpunt van best practice kunnen de hier onderstaande richtlijnen voor een groepsgerichte behandeling opgesteld worden (Yalom 1985, Rose, 1989; MacKenzie, 1996; Barry, 1999):

- > Een groepsbehandeling dient doelgericht, gestructureerd en directief te zijn.
- > Voorkeur voor het groepsformat is dat deze gesloten is en homogeen van samenstelling met betrekking tot de klacht.
- > Een groepsgerichte behandeling beslaat minimaal 6 zittingen en maximaal 12 zittingen.
- > Een groepsgerichte aanpak geeft cliënten de gelegenheid bij zichzelf en anderen vooruitgang te ervaren. Het verschaft hen de gelegenheid in een sfeer van steun en hoop successen bij zichzelf en de andere groepsleden mee te maken.
- > Een groepsbehandeling biedt een aantal specifieke leermogelijkheden te weten: feedback krijgen, interpersoonlijk leren, sociaal leren en bekrachtiging ontvangen.
- > Een groepsbehandeling bevat werkzame en zinvolle mechanismen, zoals universaliteit, zelfonthulling, acceptatie en (h)erkenning.

Indien een groepsgericht aanbod vanuit *cliëntperspectief* bekeken wordt, kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- > Cliënten geven over het algemeen de voorkeur aan individuele behandeling, ook al is de groepstherapie even effectief in het wegnemen van de klachten.
- > De cliëntsatisfactie voor een groepsgerichte behandeling ligt lager dan voor een individuele behandeling.
- > De kans om een behandeling te starten ligt bij een groepsgerichte behandeling lager dan bij een individuele behandeling.
- > Het drop out percentage tijdens een groepsgerichte behandeling ligt beduidend lager in vergelijking tot een individuele behandeling.

Vanuit *kostenperspectief* kan algemeen gesteld worden dat een groepsgerichte interventie goedkoper is dan een individuele behandeling.

Positionering van de module

Leefstijltraining 3 is het groepsgerichte behandelingsequivalent van Leefstijltraining 1 (de Wildt, 2000). Deze module is het minst intensieve behandelingsaanbod in geval van middelen- of gokproblematiek. De module wordt middelenoverstijgend aangeboden en kan voorafgegaan worden door of tegelijkertijd aangeboden worden met een ambulante detox. Medicamenteuze ondersteuning bij de verandering van verslavingsgedrag kan in combinatie met deze module aangeboden worden.

Er wordt in de module geen aandacht besteed aan de behandeling van comorbide problematiek (zoals bijvoorbeeld relatieproblematiek of angststoornissen). De cliënt wordt verondersteld zodanig zelfredzaam te zijn dat hij zelf in staat is overige veranderingen in zijn of haar leven aan te brengen. Een andere mogelijkheid is dat de cliënt bij andere afdelingen of instanties hulp ontvangt voor eventueel aanwezige comorbide problematiek.

Doelen

Doel van de module is het doorbreken van problematisch middelengebruik of gokgedrag. Deze module kan zich zowel richten op het bereiken van abstinentie van gebruik als op gecontroleerd gebruik. Deze doelen kunnen in één groep naast elkaar bestaan. Het doel abstinentie of gecontroleerd gebruik is geen indicatiecriterium. Doelen worden pas tijdens de training gesteld.

Indicatiecriteria

Er bestaan steeds meer indicaties dat de stepped care methodiek een bruikbare methode is voor indicatiestelling van behandeling bij middelenproblematiek (Sobell & Sobell, 1995).

Uitgaande van deze stepped care gedachte is het aannemelijk te maken dat bij milde verslavingsproblematiek en een eerste of tweede hulpvraag, een kortdurend en niet intensief behandelingsaanbod te indiceren is. Alleen bij zeer duidelijke contra-indicaties wordt een zwaarder aanbod geïndiceerd.

Het profiel van cliënten die kunnen profiteren van deze behandeling ziet er als volgt uit:

- > Er is sprake van problematisch gebruik van één van de volgende middelen: cannabis, alcohol, cocaine, XTC, amfetamine, medicijnen of er is sprake van gokproblematiek.
- > Cliënt is nog nooit of is éénmaal eerder behandeld geweest voor problemen op het gebied van middelengebruik of gokgedrag.
- > De cliënt bevindt zich volgens het model van Proschaska en DiClemente (1998) in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering.
- > De mate van sociale integratie is goed tot matig, bijvoorbeeld er zijn nauwelijks problemen op het gebied van huisvesting, er is een redelijk tot goed sociaal netwerk en een redelijke mate van daginvulling.

Contra-indicaties voor deze module zijn:

- > Er sprake van misbruik of afhankelijkheid van meerdere middelen.
- > Er is sprake van een ernstige mate van comorbide psychopathologie.
- > Cliënt is beter geholpen met een individuele behandeling.

Structuur en organisatie van de module

Duur en aantal bijeenkomsten

De module bestaat uit 6 bijeenkomsten van 2 uur. De trainers hebben per bijeenkomst 45 minuten tijd voor voorbereiding en administratieve afhandeling.

De module wordt bij voorkeur in een tijdsbestek van negen weken afgerond;

Bijeenkomst 1: week 0

Bijeenkomst 2: week 1

Bijeenkomst 3: week 2

Bijeenkomst 4: week 3

Bijeenkomst 5: week 5

Bijeenkomst 6: week 7

Trainers

De training wordt bij 8 cliënten of meer gegeven door 2 trainers. Als de instroom minder dan 8 cliënten is, dan kan de training gegeven worden door 1 trainer. Het is aan te raden om bij minder dan 8 cliënten in ieder geval de eerste bijeenkomst een hoofdtrainer en een co-trainer in te zetten. In geval van ziekte of vakantie van de hoofdtrainer kan de co-trainer het werk overnemen wat stagnatie in het veranderingsproces voorkomt.

Interne opbouw bijeenkomsten

Elke bijeenkomst duurt 2 uur. De structuur van elke bijeenkomst is hetzelfde er ziet er als volgt uit:

- > Introductie.
- > Vinger aan de pols.
- > Uitwerken thema aan de hand van de huiswerkopdracht uit de vorige bijeenkomst.
- > Pauze.
- > Introductie nieuw thema.
- > Huiswerk afspreken betreffende het nieuwe thema.
- > Afsluiting.

Te gebruiken materialen

- > Handleiding trainer inclusief formulierenet.
- > Werkboek cliënt.
- > White bord/flip over en stiften.
- > Naambordjes.

De formulieren die door de trainer tijdens de training gebruikt worden, kunt u vinden achterin deze handleiding. U treft ze tevens aan op de de bijgeleverde cd-rom en op www.ggzkennisnet.nl.

Processturing

1. Terugval
Terugval is onderdeel van de aandoening en inherent aan het leerproces. Het is geen reden de training te beëindigen. Bij een korte terugval (lapse) van een cliënt is dit onderwerp van gesprek in de eerstvolgende bijeenkomst ('Vinger aan de pols'). Als er sprake is van een tussentijds gemelde ernstige terugval,

waarbij het cliënt niet direct lukt zelfstandig verandering aan te brengen in het gebruik, is het zaak om dit met cliënt te bespreken. Hierbij valt te denken aan het inschakelen van huis- of verslavingsarts (afbouwmedicatie, antitrekmedicatie), familieleden en eventueel het inzetten van een ambulante detoxificatie.

2. Onder invloed verschijnen tijdens een bijeenkomst

Bij twijfel of iemand onder invloed is voor of tijdens de bijeenkomst (op grond van waarneembaar gedrag of uiterlijke kenmerken waaronder alcohollucht), dient men altijd navraag te doen bij de cliënt op een niet beschuldigende wijze.

Als cliënt bevestigend reageert, wordt de cliënt apart genomen door de trainer en uitgelegd dat deelname aan de groep terwijl cliënt onder invloed is, lastig is. Vraag de cliënt tijdens de bijeenkomst niet te dominant aanwezig te zijn en bereid hem erop voor dat hij bijgestuurd of onderbroken kan worden. Als cliënt ontkennend reageert, wordt dit als waar geaccepteerd. Verder handelen als hierboven beschreven.

3. Absentie

Bij het zonder bericht niet verschijnen bij een groepsbijeenkomst wordt telefonisch contact gezocht met de cliënt. Naast een informatief doel heeft dit nabellen tevens als doel drop out te voorkomen en cliënt te motiveren de volgende bijeenkomst weer aanwezig te zijn.

Blijkt telefonisch contact niet mogelijk, dan wordt er een brief gestuurd met het verzoek om binnen een week contact op te nemen met één van de trainers. Indien zinvol kan een kort individueel motiverend contact aangeboden worden.

Drie of meer bijeenkomsten achtereenvolgens missen kan aanleiding zijn cliënt te indiceren voor de eerstvolgende nieuw te starten training of een individuele training.

4. Tussentijdse individuele contacten

- Tussentijdse individuele contacten dienen qua frequentie en intensiteit tot een minimum beperkt te worden, omdat een groepsgerichte aanpak het uitgangspunt is. Aanleiding tot een individueel contact kan zijn:

- Het niet verschijnen tijdens een bijeenkomst: om gemiste programmaonderdelen te bespreken.

- Bij dreigende drop out: ter motivering van verdere deelname.

- Bij dreigende decompensatie: ter vaststelling van noodzakelijke hulp of verwijzing.

- Wanneer de comorbide problematiek ernstiger is dan zich bij de eerste indicatiestelling liet aanzien. De comorbide problematiek staat een deelname aan de groep in de weg.

- Om samen met cliënt tot een beslissing te komen over continuering van de trainingsmodule of de indicatie te stellen voor een ander c.q. "zwaarder" behandelaanbod.

5. Groepscontacten buiten de groep

Onderlinge contacten tussen groepsleden buiten de bijeenkomsten kunnen soms uiterst functioneel zijn. Het verstrekken van adressen en telefoonnummers kan echter alleen door de deelnemers zelf gebeuren.

6. Ondersteunende persoon

Tijdens de bijeenkomsten worden geen ondersteunende personen uitgenodigd. Ondersteuning binnen de groep wordt gezien als een belangrijk element in deze module. Wanneer derden deelnemen, zullen de interacties en interventie een ander niveau liggen dan in deze module beschreven is. In de huiswerkopdrachten zal wel gestuurd worden op gebruikmaking van ondersteunende personen in het kader van het veranderingsproces.

7. Werkboek cliënt

Het is aan te raden om cliënt voorafgaande aan de eerste bijeenkomst van de training het werkboek te geven. Cliënt krijgt aan de hand van het werkboek uitleg over de training. Tevens wordt de eerste registratie-opdracht gegeven zodat er tijdens de eerste bijeenkomst al gericht geïntervenieerd kan worden.

8. Groepssamenstelling

Het is van belang dat er bij de indicatiestelling rekening gehouden wordt met de samenstelling van de groep bijvoorbeeld sekseverdeling en leeftijdsopbouw.

9. Aantal groepsleden en groepsvorm

In principe wordt uitgegaan van een gesloten groep van maximaal 15 deelnemers. Het optimale aantal is 12 deelnemers bij twee trainers.

10. Rapportage

Van iedere cliënt wordt per bijeenkomst een voortgangsrapportage door de trainer (digitaal of schriftelijk) bijgehouden. Na afloop van de module wordt per cliënt vastgelegd of de gewenste behandeldoelen bereikt zijn. Zo ja, beëindiging contact zo nee, advies en nieuwe indicatie.

Programma

Het programma van de training ziet er als volgt uit:

Bijeenkomst 1: Kennismaking en introductie

Uitleg rationale Leefstijltraining 3

Introductie voor- en nadelenbalans

Bijeenkomst 2: Voor- en nadelenbalans

Formuleren trainingsplan

Zelfcontrolemaatregelen

Bijeenkomst 3: Zelfcontrolemaatregelen

Introductie risicosituaties

Omgaan met trek

Bijeenkomst 4: Omgaan met trek

Omgaan met sociale druk

Bijeenkomst 5: Omgaan met sociale druk

Noodplan

Bijeenkomst 6: Noodplan

Evaluatie

Opmerking: Waar in de tekst 'gebruik(en)' staat, kan het gebruik van alcohol en drugs én gokken gelezen worden. Waar 'hij' staat kan ook 'zij' gelezen worden.

Gebruikte literatuur

Broekhoven, A.M.F., van (1997). *Werkboek Zelfcontrole*. Deeltijd Haarlem, Brijder Verslavingszorg.

Broekhoven, A.M.F., van (1998). 'De kat op het spek binden'. Deel 1: Theorie en achtergronden cue-exposure therapie. In Buisman, R.W., Casselman, J., Moor, L.B.J., Schippers, G.M., Silvis, J. & Walburg, J.A. (red.): *Handboek verslaving, preventie en beleid*, B 4356/1 – B4356/33. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Broekhoven, A.M.F., van (2001). Alcoholverslaving. Praktijkreeks gedragstherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Brink, W., van den (1996). Effectieve interventies bij alcoholproblemen. In Geerlings, P.J., van den Brink, W. & Schippers, G.M. (red). Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Clijsen, M. (1998). Gestructureerde psychodynamische groepstherapie. In Handboek Groepspsychotherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Colijn, S. & Snijders, H. (1993). Therapeutische factoren. In Handboek Groepspsychotherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Koch, E.J. (1993). De gedragstherapiegroep. In Handboek Groepspsychotherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guilford Press.

Merkx, M.J.M., Broekhoven, T. (2003). Leefstijltraining 4. Utrecht: GGZ Nederland.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1998). Toward a comprehensive model of change, In W.R. Miller & N. Heather (red.). *Treating addictive behaviors: Process of change*. New York: Plenum Press.

Rietdijk, E. (1999) Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaafden. Amsterdam: AIAR.

Schippers, G.M., Motiverende gespreksvoering (1996). In Buisman, W.R., Casselman, J., Noorlander, E.A., Schippers, G.M. & Zwart, W.M., de (red.). *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, B 4340/1 – B4340/25. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schippers, G.M. & Ernst, A., van. (1996). Zelfcontrole en verslaving. In Buisman, W.R., Casselman, J., Noorlander, E.A., Schippers, G.M. & Zwart, W.M., de (red.). *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, B 4342/3 – B4342/28. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Stel, J. van der (2000). *Groepstherapie en verslavingszorg, verslag van een rondgang door de literatuur*. Amsterdam: AIAR.

Verheul, R. (1999). *Effectiviteit van kortdurende interventies, een review van de empirische evidentie*. Amsterdam: AIAR.

Wildt, W. de, & Schippers, G.M. (1996). Cognitieve herstructurering bij de behandeling van afhankelijkheidsproblemen. In Buisman, W.R., Casselman, J., Noorlander, E.A., Schippers, G.M. & Zwart, W.M., de (red.). *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, B 4341/1 – 4341/29. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wildt, W. de (2000). Leefstijltraining 1. Utrecht: GGZ Nederland.

Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (4e ed.). New York: Basic Books.

Kennismaking, rationale, voor- en nadelenbalans

Algemeen

Doelen

- > Kennismaken en bewerkstelligen van een positief werkklimaat.
- > Inzicht geven in de rationale en de inhoud van de training .
- > Expliciteren en vergroten van de motivatie tot verandering van het middelengebruik met behulp van de voor- en nadelenbalans.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 1.
- > Werkboek voor de cliënt: formulier voor- en nadelenbalans; registratieformulieren.
- > Naambordjes.
- > White bord/flip over met stiften.
- > Schets de cirkel van verandering op het white bord/flip over.

Vorbereiding

Bestudeer het dossier van de cliënt. Wat is de aanleiding geweest voor de aanmelding? Welke aanbevelingen zijn er in de intake gedaan ten aanzien van de behandeling?

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(20 min.) Kennismaking

- > Heet alle deelnemers van harte welkom, stel uzelf voor en laat de co-trainer zichzelf voorstellen. Licht de inhoud van de eerste bijeenkomst toe, waarbij voor de pauze de kennismaking en introductie plaatsvindt en na de pauze de voor- en nadelen van het middelengebruik aan bod komen.
- > Bekrachtig de komst van de cliënten positief. Benoem dat deelname aan een groep lastig en moeilijk kan zijn. Schaamte over het niet zonder hulp onder controle krijgen van middelengebruik speelt een rol.
- > Laat iedere cliënt zichzelf voorstellen door iets te vertellen over de reden waarom hij of zij meedoet aan deze training. Laat ook iets vertellen over de duur van het gebruik en welke problemen zij ervaren met het gebruik. Daarnaast is de vraag aan de cliënt om zich uit te spreken over de verwachtingen ten aanzien van deze module.
- > Laat cliënten hun naam zetten op de naambordjes.

TIP: Probeer tijdens de kennismaking niet te lang aan het woord te zijn. Het voorstelrondeje kan nogal wat spanning met zich meebrengen.

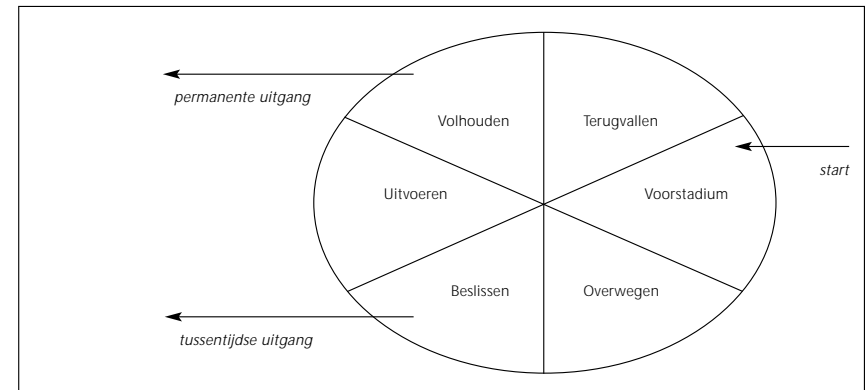
(30 min.) Uitleg inhoud en rationale van de module

- > Schets het stadiamodel van verandering van verslavingsgedrag van Prochaska en DiClemente (1998). Sta kort stil bij elke fase. Vraag of cliënten dit herkennen. Zo ja, hoe heeft dit bij hen een rol gespeeld? Vertel dat alle fasen gedurende de training aan bod komen. En geef dit expliciet aan met voorbeelden van de inhoud van de verschillende bijeenkomsten.

- > Benoem expliciet het stadium van terugval. Vertel dat terugval inherent is aan het leerproces en erbij hoort. Vraag cliënten, indien er sprake is van terugval, dit ook te bespreken in de bijeenkomsten. Hieruit kan geleerd worden.
- > Leg uit dat één van de uitgangspunten van de training is dat middelengebruik en gokken gezien wordt als aangeleerd gedrag. Controle over dit probleemgedrag is mogelijk indien ander gedrag aangeleerd wordt. De noodzaak van het probleemgedrag vervalt hierdoor, de cliënt krijgt controle over zijn gedrag. Noem hierbij een voorbeeld, bijvoorbeeld op momenten dat iemand gewend was een biertje te nemen iets anders te drinken nemen. Geef een voorbeeld van een leerproces, bijvoorbeeld leren fietsen om aan te geven dat iets nieuws leren met vallen en opstaan gaat. Hetzelfde geldt voor het veranderen van middelengebruik, het aanleren van ander gedrag i.p.v. gebruiken. Leg uit dat de module uit zes bijeenkomsten bestaat die binnen een tijdsbestek van negen weken uitgevoerd worden. Zet de data van de zes bijeenkomsten op het bord.
- > Geef aan dat de training kortdurend is. Er wordt van de deelnemers een hoge mate van zelfwerkzaamheid verwacht. Benadruk dat het belangrijk is dat de deelnemers alle bijeenkomsten bijwonen. Indien de cliënt echt niet kan komen, vraag dan voorafgaande aan de bijeenkomst contact op te nemen met één van de trainers. Geef het telefoonnummer of emailadres.
- > Bespreek de groepsregels: binnen de groep besproken persoonlijke informatie blijft binnenshuis en wordt niet met derden besproken. Er is respect voor elkaars mening. Het gebruik voorafgaand aan een bijeenkomst wordt zoveel mogelijk beperkt.

TIP: Belangrijk is bij dit onderdeel dat de informatie die gegeven wordt duidelijk en helder is. Ga niet te veel op in details maar geef de hoofdlijnen weer. Vaak zijn cliënten bij aanvang van een groepsgerichte behandeling zo gespannen dat teveel informatie niet onthouden wordt.

Stadia van gedragsverandering



Bron: Prochaska & DiClemente (1998)

(10 min.) **Pauze**
Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(40 min.) **Balans opmaken**

- > Schets de cirkel van Prochaska en DiClemente (1998). Leg uit dat de behandeling start bij de fase van overwegen. Vertel dat het opmaken van de balans van belang is om weloverwogen een beslissing te nemen over het wel of niet veranderen van het middelengebruik of gokgedrag. Cliënten hebben eerder weleens een beslissing genomen om te veranderen, vaak op basis van een negatief gevolg van het gebruik van het middel. Belangrijk in het nemen van een beslissing over verandering is dat alle consequenties van de verandering zorgvuldig ingeschat worden.
Geef aan dat aan elk gedrag voor- en nadelen kleven, leg dit uit aan de hand van een voorbeeld. Vraag of cliënten dit herkennen.
- > Geef aan dat het niet enkel gaat over de voor- en nadelen van gebruik, maar ook over de voor- en nadelen van verandering. Met name de verwachtingen over de voor- en nadelen van verandering worden nog wel eens over het hoofd gezien, terwijl deze net zo belangrijk zijn voor de beslissing ten aanzien van verandering.
- > De balans kan gebruikt worden ter ondersteuning van de beslissing om te veranderen.
- > Vraag in de groep wat in het algemeen de voordelen en de nadelen van het gebruik zijn en zet deze op het white bord of flip over. Korte termijn effecten zijn de effecten die direct volgen op het gebruik, bijvoorbeeld de kick na het winnen bij het gokken. Lange termijn effecten zijn de consequenties van het gebruik op een langere periode, bijvoorbeeld de kater na een avond drinken. Bespreek de negatieve gevolgen van het gebruik of gokken en probeer de last die de cliënt ervaart te expliciteren. Sta stil bij de toekomstverwachtingen van de cliënt wanneer er niet wordt veranderd. Benadruk de overeenkomsten bij de verschillende middelen en bekrachtig de individuele verschillen.
- > Ga vervolgens de voor- en nadelen van verandering na en noteer deze ook. Sta met name stil bij de nadelen van verandering. Wat zijn de verwachtingen wanneer er wel wordt veranderd? Wat zou de verandering de cliënt kunnen opleveren? Vraag hoe dit voor ieder van de groep is. Maar ook, welke moeite zou het kosten en wat zou de cliënt missen? Bespreek tevens de emotionele betekenis van de roes/het gebruik.
- > Vraag of iedereen het begrepen heeft. Geef de cliënten gelegenheid om te reageren op het bovenstaande. Verhelder en concreetiseer. Geef tussentijds een samenvatting van datgene wat aan reacties terugkomt. Geef tijdens het bespreken van de balans ook objectieve informatie over de effecten en risico's van middelengebruik en de te verwachten effecten van stoppen met gebruik. Vraag aan de cliënten of dit ook een rol kan spelen in de balans.

TIP: Sommige cliënten zullen hun gebruik of gokgedrag al veranderd hebben. Bekrachtig dit, zeg dat ze al de balans voor zichzelf hebben opgemaakt. Vertel vervolgens dat het expliciet maken van deze balans extra ondersteunend kan werken bij het volhouden van de beslissing.

Voor- en nadelenbalans

	gebruik		veranderen	
	voordelen	nadelen	voordelen	nadelen
<i>Korte termijn</i>	<ul style="list-style-type: none"> > ontspanning > lekker > beter slapen > lossen in contact 	<ul style="list-style-type: none"> > zeurende partner > kater > vroeg wakker worden 	<ul style="list-style-type: none"> > geen zeurende partner 	<ul style="list-style-type: none"> > meer spanning > ik zal het 'lekkere' missen > sociale druk om mee te drinken > watje vanwege niet drinken
<i>Lange termijn</i>	<ul style="list-style-type: none"> > vrienden vinden mij stoer 	<ul style="list-style-type: none"> > niet anders kunnen ontspannen > meer problemen met partner > slecht concentreren 	<ul style="list-style-type: none"> > betere relatie > betere concentratie > gezonder leven > eerlijker in contact 	<ul style="list-style-type: none"> > drinkvrienden weg > niemand kijkt tegen me op

(15 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Vraag cliënten om pag. 6 van het werkboek voor zich te nemen. Hier staat de voor- en nadelenbalans. Zeg dat deze week het invullen van deze balans huiswerkopdracht is.
- > Vraag de cliënten ook om de komende periode de registratie-opdracht bij te houden over het gebruik. Benadruk het belang van deze opdracht. Vertel dat zorgvuldige registratie van het gebruik informatie kan geven die van belang kan zijn gedurende de gehele training.
- > De komende week kan de registratie-opdracht extra informatie geven over de voor- en nadelen van gebruik en de voor- en nadelen van verandering. Deze informatie kan weer gebruikt worden bij het nemen van een weloverwogen beslissing ten aanzien van verandering.
- > De registratie-opdracht geeft ook een beeld over de situaties waarin cliënt gewoon is te gebruiken. Deze informatie wordt in de komende bijeenkomsten steeds belangrijker.
- > In de registratie-opdracht worden de volgende zaken aangegeven: de situatie, de ervaren trek en het gebruik/gokken, de omstandigheden, en welke actie de cliënt heeft ondernomen. Vul een registratie-opdracht tijdens de bijeenkomst in. Vraag een cliënt om medewerking.
- > Vraag of er nog onduidelijkheden zijn, zo ja ga hier kort op in.
- > Geef kort aan wat de inhoud van bijeenkomst 2 is.

(5 min.) **Afsluiting**

- > Sluit vervolgens de eerste bijeenkomst af. Vraag hoe de cliënten de bijeenkomst hebben ervaren. Laat zo mogelijk iedereen kort aan het woord.
- > Wens iedereen succes de komende week en vraag expliciet of iedereen volgende keer weer aanwezig is.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 1 in.

TIP: Indien er tijd voor is kan er een 'afsluitronkje' gehouden worden en gevraagd worden wie er nog iets wil zeggen, hoe iedereen de bijeenkomst heeft ervaren en of ze de volgende keer weer komen. Dit bevordert de betrokkenheid bij de groep en de trainer.

Algemeen

Doelen

- > Bespreken registratie-opdracht.
- > Bespreken voor- en nadelenbalans.
- > Herhalen van theorie over motivatiecirkel en verslavingsgedrag waarbij in deze bijeenkomst met name de beslissingsfase en de uitvoeringsfase centraal staan.
- > Formulieren persoonlijk trainingsplan.
- > Zelfcontrolemaatregelen.
- > Huiswerkopdracht.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntenformulier van elke cliënt. Bespreek kort met de co-trainer de cliënten. Bespreek met de co-trainer ieders rol gedurende de bijeenkomst en maak afspraken over de verantwoordelijkheden gedurende de bijeenkomst.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 2.
- > Werkboek cliënt: formulier trainingsplan, zelfcontrolemaatregelen.
- > White bord/flip over met stiften.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Inleiding

- > Heet iedereen welkom, bekrachtig de komst positief en deel de naambordjes uit.
- > Geef een korte samenvatting van wat er in de vorige bijeenkomst aan de orde is geweest.
- > Geef aan wat er de komende twee uur op het programma staat. Vertel dat de nadruk zal liggen op de beslissingsfase en de uitvoeringsfase van het veranderingsproces. Doe dit aan de hand van de cirkel van verandering, schets deze op het white bord/flip over.

(15 min.) Bespreken registratie-opdracht

- > Bespreek het gebruik of het gokken van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Vertel dat, gezien de tijd, er maar maximaal drie deelnemers aan bod kunnen komen.
- > Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de gebruiks- en/of moeilijke momenten te registreren. Bekrachtig indien het registreren gelukt is. Laat eerst de cliënten aan het woord die de registratie-opdracht hebben bijgehouden.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Vraag of er al verandering is opgetreden. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Bespreek wat tot verandering heeft geleid. Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is het gebruik te veranderen, maak dan duidelijk dat dit logisch is omdat cliënt nog geen afspraken met zichzelf heeft gemaakt.

- > Besteed ook kort aandacht aan cliënten die niet geregistreerd hebben. Vraag naar de belemmeringen. Vraag anderen naar suggesties die helpend kunnen zijn om wel succesvol te registreren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie expliciet.
- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting.

(20 min.) Bespreken balans voor- en nadelen

- > Geef het belang aan van de voor- en nadelenbalans. Positioneer deze in de cirkel van verandering. Maak met de groep een balans. Zet deze op een white bord/flip over.
- > Bespreek de balans die de cliënt thuis heeft ingevuld. Laat zowel de voordelen als nadelen van gebruik of gokken aan bod komen. Kijk of er overeenkomsten zijn tussen cliënten met betrekking tot voor- en nadelen.
- > Leg vooral nadruk op voor- en nadelen van verandering en schrijf deze op het white bord/flip over. Dit is belangrijk in het kader van het nemen van een zorgvuldige beslissing. Kijk of er overeenkomsten zijn tussen cliënten met betrekking tot voor- en nadelen en bespreek deze met/in de groep.
- > Vraag hoe de cliënt het invullen heeft ervaren, zijn er nieuwe voor- en nadelen naar voren gekomen?
- > Sluit dit onderdeel af en vertel dat de focus verschuift naar de volgende fase van de cirkel van verandering, namelijk de beslissingsfase.

(10 min.) Trainingsplan

- > Geef aan dat een verandering grotere kans van slagen heeft indien er een duidelijke beslissing genomen wordt. Laat de cliënt het trainingsblad voor zich nemen uit het werkboek, ter ondersteuning van de uitleg.
- > Een beslissing wordt genomen volgens de **SMART-criteria**. De letters staan voor: **S = specifiek, M = meetbaar, A = acceptabel, R = reëel, T = tijdsgebonden**. Leg deze principes uit.

Specifiek betekent dat cliënt expliciet de keuze maakt welke verandering hij wil ten aanzien van welk gedrag.

Meetbaar betekent dat cliënt de hoeveelheden aangeeft die hij nu gebruikt of hoeveel geld hij vergoet. Tevens wordt aangegeven, in eenheden of geld, welke reductie hij nastreeft.

Acceptabel betekent dat de afspraak die cliënt met zichzelf maakt zowel vanuit professioneel inzicht als voor de cliënt acceptabel is. Reductie van twee kratten per dag naar één krat is vanuit professioneel perspectief niet acceptabel. Abstinentie is vanuit cliëntperspectief niet acceptabel als cliënt gecontroleerd wil gebruiken.

Reëel betekent een keuze die ook haalbaar is. Indien iemand het weleens gelukt is om drie maanden gecontroleerd te gebruiken, kan hij beter niet met zichzelf afspreken altijd gecontroleerd te gebruiken.

Tijdsgebonden betekent dat aan de keuze ook tijdsgrenzen gekoppeld worden. Dit maakt de kans op een succeservaring groter en makkelijker voor cliënt om zichzelf te bekrachtigen.

- > Geef aan dat na de pauze iedereen gevraagd wordt om de beslissing die hij voor zichzelf genomen heeft aan de groep te vertellen. De beslissing wordt aan de hand van de SMART-criteria opgesteld.

- > De pauze kan gebruikt worden als extra bedenktijd.
- > Het kan voorkomen dat cliënten niet tot een beslissing kunnen komen. Zeg dat dit begrijpelijk is. Sommige personen hebben nu eenmaal meer tijd nodig om een beslissing te nemen.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(20 min.) **Trainingsplan**

- > Geef aan dat iedereen eigenlijk door hulp te vragen binnen de verslavingszorg aan heeft gegeven het middelengebruik/gokgedrag te willen veranderen.
- > Inventariseer de veranderingsbereidheid van de cliënt ten aanzien van het middelengebruik en/of gokgedrag. Leg de relatie met het fasemodel van verandering.
- > Probeer met elke cliënt te komen tot een expliciete beslissing voor verandering van het gebruik of gokken.
- > Als iemand gecontroleerd wil gebruiken, geef dan aan dat de ervaring leert dat het makkelijker is om eerst een tijdje te stoppen om vervolgens gecontroleerd te leren gebruiken of gokken. Maar iedereen heeft een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn of haar eigen keuze.
- > Laat vervolgens ieder groepslid zijn of haar einddoel schriftelijk vastleggen in het trainingsplan (werkboek cliënt, pag.10) en hardop in de groep voorlezen. Zorg ervoor dat elke keuze zeer expliciet is aan de hand van de SMART-criteria. Bekrachtig elke keuze positief.
- > Als een persoon nog geen keuze kan maken, zeg dan dat dit logisch is omdat het een belangrijke keuze is waar goed over nagedacht moet worden.

(20 min.) **Zelfcontrolemaatregelen**

- > Pak de cirkel van Prochaska en DiClemente (1998) en vertel dat na de beslissingsfase de uitvoeringsfase komt. Nu komen de eerste onderdelen aan de orde in het kader van het uitvoeren van de beslissing. Leg uit wat zelfcontrolemaatregelen zijn en dat deze met name van belang zijn op het moment dat iemand zich in een situatie bevindt waarin hij gewend was te gebruiken of gokken. Zelfcontrolemaatregelen zijn de eerste stap in het weer onder controle krijgen van het verslavingsgedrag: moeten moet weer willen worden.
- > De maatregelen die nu centraal staan zijn zeer globaal, in feite enkel gericht op:
 - Stimuluscontrole:** hierbij kan men denken aan het niet opzoeken van plaatsen waar of mensen met wie het gebruik vaak vertoond wordt, het niet in voorraad hebben van middelen, voor gokkers een casinoverbod vragen, sociale steun vragen aan een bekende enz.
 - Responsepreventie:** hierbij gaat het vooral om het aanleren van copingvaardigheden zodat ander gedrag vertoond kan worden op momenten dat cliënt in de verleiding is om te gebruiken. Welke alternatieven zijn er beschikbaar voor de cliënt?
 - Responsecontrole:** hierbij kan gedacht worden aan belonende acties als men zich aan de afspraak gehouden heeft, bijvoorbeeld iets kopen wat iemand altijd al had willen hebben. Indien men wel gebruikt heeft kunnen negatieve bekrachtigers helpend zijn als zelfcontrolemaatregelen, zoals een rotklus gaan doen die voortdurend uitgesteld wordt.

- > Bespreek groepsgewijs welke zelfcontrolemaatregelen zouden werken. Let op de overeenkomsten tussen de verschillende middelen. Indien iemand een suggestie heeft, vraag dan of deze suggestie ook bruikbaar is voor andere groepsleden.
- > In de loop van de training kunnen zelfcontrolemaatregelen aangescherpt worden, toegespitst op de individuele cliënt. Vertel dat de registratie-opdracht kan helpen bij het aanscherpen van zelfcontrolemaatregelen.

“U heeft besloten om uw middelengebruik of gokgedrag te veranderen. De eerste stap in dit veranderingsproces is het komen tot zelfcontrolemaatregelen. Deze maatregelen kunnen een hulpmiddel zijn om uw doel te halen of te voorkomen dat u terugvalt in gebruik of gokken. Welke alternatieven heeft u in deze situaties? Kan het effect dat u met drank/middelen of gokken probeert te krijgen op een andere manier worden bereikt? Sommige alternatieven kunnen direct worden uitgevoerd. Anderen kunnen worden aangeleerd door oefening en praktijk en komen gedurende de training ter sprake. Het gaat nu om maatregelen die direct uitgevoerd kunnen worden en een bijdrage leveren aan het behalen van het trainingsplan. Hieronder volgen een aantal voorbeelden van alternatieve manieren die direct in actie omgezet kunnen worden:

- 1. Een man gokt gemiddeld drie avonden per week in het casino. Hij vraagt een casinoverbod aan voor alle casino's bij hem in de buurt in een straal van 50 km.*
- 2. Een vrouw weet dat zij vaak 's avonds begint te drinken als de kinderen in bed liggen en zij niets om handen heeft of zich eenzaam voelt. Zij weet van zichzelf dat het huis schoonmaken of het bellen van een vriendin haar helpt om niet te drinken. Zij spreekt met zichzelf af welke klusjes in huis zij gaat uitvoeren of welke vriendin zij gaat bellen als zij zich weer verveelt of eenzaam voelt.*
- 3. Een man wil zijn alcoholgebruik veranderen. De afspraak is dat zijn vrouw na een feestje terugrijdt naar huis. Deze afspraak wordt veranderd, vanaf nu rijdt hij terug naar huis. Deze maatregel voorkomt dat hij drinkt op feestjes.*

Zoals blijkt uit deze voorbeelden zijn er tal van mogelijkheden. Welk alternatief wordt gekozen hangt af van de situatie, het gewenste effect, persoonlijke interesses en mogelijkheden.

Een andere vorm van voorkomen van terugval in middelengebruik/gokgedrag is leren uzelf te belonen als u per week uw doel gehaald hebt. Door uzelf te belonen wordt u gestimuleerd de verandering in het gebruik vol te houden. De kans bestaat dat u dit in het begin vreemd, kinderachtig en onnodig zult vinden. Gaandeweg de verandering zult u er waarschijnlijk steeds meer plezier in krijgen. Het kan lastig zijn een kleine beloning te leren waarderen omdat u misschien zo royaal geleefd heeft dat een kleine beloning niets lijkt.

Een paar voorbeelden hoe eerdere cliënten hier tegenaan keken:

- *“Ik kocht aan 't einde van de week een bosje bloemen als ik had gedaan wat ik me had voorgenomen. Ik vond 't in het begin heel raar om te doen. Maar steeds als ik het zag staan, dacht ik: Zo, dat heb je echt zelf verdiend.”*

- *“Toen ik iets voor mezelf moest gaan kopen de eerste keer, dacht ik: Ik heb nog zoveel gokschulden! Mag ik wel iets voor mezelf kopen? Maar ik besefte dat die paar gulden die ik zou besteden, op zich niet veel zouden uitmaken. Het was een heel nieuwe ervaring om nu eens iets verdiend te hebben!”*
- *“Ik was het helemaal niet gewend om iets voor mezelf te kopen. Jaren achter elkaar was het opgegaan aan gebruik.”*
- *“Ik was nooit gewend geweest iets voor mezelf te kopen. Wel voor mijn kinderen. Ik vond het eigenlijk wat overdreven. Later dacht ik: wat vreemd, dat je dat nooit eens eerder hebt gedaan.”*

U kunt elke week met uzelf een afspraak maken, op welke manier u uzelf wilt belonen gedurende de weken dat u verandering aanbrengt in uw gedrag. Als het u die week gelukt is om uw voornemens te volbrengen, zorg dan voor een directe beloning.

En als u er niet in geslaagd bent om uw voorgenomen resultaat te behalen? U kunt het risico lopen uzelf verwijten te maken, uzelf te bestraffen. Dit kan leiden tot gevoelens van somberheid, uzelf niets waard vinden. Wij hebben ervaren dat het in diverse situaties waarin het niet lukt om voornemens uit te voeren, heel prettig kan zijn om iets op een andere manier “goed te maken”, zodat u toch met tevredenheid op de afgelopen week kunt terugkijken. Dit worden alternatieve beloningen genoemd: nuttige activiteiten die als vervelend ervaren worden. Voorbeelden zijn:

1. *Eén uur een deel van uw huis opruimen, waar u allang plannen voor had, maar nog nooit aan toe bent gekomen (een kast, een lade, achterstallige administratie).*
2. *Eén uur een klusje in uw huis doen dat u allang had uitgesteld (slijken, stofzuigen, iets ophangen aan de muur, een elektronisch apparaat repareren).*
3. *Geld overmaken aan een organisatie waar u geen belang aan hecht.*
4. *Een brief schrijven, die u allang heeft uitgesteld.*
5. *Een boodschap of klusje doen voor een ander.”*

(10 min.) Huiswerkopdracht

- > Geef aan dat de beslissing die genomen is heroverwogen mag worden. Misschien hebben mensen onder groepsdruk een afspraak met zichzelf gemaakt waar ze niet achter staan.
- > Als mensen nog geen beslissing hebben genomen, wens ze dan succes met het nemen van de beslissing.
- > Vraag iedere deelnemer de komende week op te schrijven welke zelfcontrole maatregelen voor hem of haar werkzaam kunnen zijn.
- > Vraag elke deelnemer de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag nog eens expliciete bereidheid aan de mensen die het de vorige keer niet hebben gedaan.

(5 min.) Afsluiting

- > Bedank iedereen voor het enthousiasme.
- > Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting
- > Geef aan wanneer de volgende bijeenkomst is, wens iedereen succes met de huiswerkopdracht.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 2 in.

TIP: Indien er tijd voor is kan er een ‘afsluitronkje’ gehouden worden en gevraagd worden wie er nog iets wil zeggen, hoe iedereen de bijeenkomst heeft ervaren en of ze de volgende keer weer komen. Dit bevordert de betrokkenheid bij de groep en de trainer.

Algemeen

Doelen

- > Bespreken registratie-opdracht.
- > Bespreken trainingsplan en zelfcontrolemaatregelen.
- > Uitleg risicosituatie "omgaan met trek".
- > Strategieën "omgaan met trek".
- > Huiswerkopdracht.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntformulier van elke cliënt. Bespreek kort met de co-trainer de cliënten.
- > Bespreek met de co-trainer ieders rol gedurende de bijeenkomst en maak afspraken over de verantwoordelijkheden gedurende de bijeenkomst. Maak afspraken welke cliënt in ieder geval aan bod dient te komen.
- > Schets de cirkel van verandering op het white bord/flip over.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 3.
- > Werkboek cliënt: formulier trainingsplan, zelfcontrolemaatregelen, registratie-opdracht.
- > White bord/flip over met stiften.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Inleiding

- > Heet iedereen welkom en bekrachtig de komst positief. Deel indien nodig de naambordjes uit.
- > Geef een korte samenvatting van wat er in de vorige bijeenkomst aan de orde is geweest.
- > Geef aan wat er de komende twee uur op het programma staat. Vertel dat de nadruk in deze zitting enkel zal liggen op de uitvoeringsfase van het veranderingsproces. Doe dit aan de hand van de cirkel van verandering en schets deze op het white bord/flip over.

(15 min.) Bespreken registratie-opdracht

- > Bespreek het gebruik of het gokken van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Vertel dat, gezien de tijd, er maar maximaal drie deelnemers aan bod kunnen komen.
- > Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de gebruiks- en/of moeilijke momenten te registreren. Bekrachtig indien het registreren gelukt is. Laat eerst de cliënten aan het woord die de registratie-opdracht hebben bijgehouden.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Vraag of er al verandering is opgetreden. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid.

- > Vraag of cliënt zich aan de gestelde limieten heeft gehouden. Zo ja, wat heeft gemaakt dat het gelukt is? Leg de link met zelfcontrolemaatregelen. Bespreek de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het veranderen van gebruik.
- > Wanneer de cliënt er niet in is geslaagd zich aan de afgesproken limieten te houden, informeer dan kort naar de ernst van het gebruik. Bespreek het overeengekomen doel ten aanzien van de verandering. Staat de cliënt nog achter de gemaakte afspraken? Zijn deze haalbaar? Formuleer indien nodig nieuwe doelen.
- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting.

(10 min.) Trainingsplan

- > Vraag aan iedereen het trainingsplan in de groep voor te lezen. Ga het rijtje af.
- > Als er cliënten zijn die nog geen keuze hebben gemaakt, benadruk dan dat dit voorstelbaar is. Keuzes maken is lastig, zeker indien dit al aan aantal malen geprobeerd is zonder resultaat. Tevens is het belangrijk om een keuze goed te overdenken. Vraag om suggesties van de groep.
- > Maak de ambivalentie expliciet, en probeer om met de cliënt in ieder geval een afspraak voor de komende week te maken omtrent het gebruik of gokken.

(15 min.) Zelfcontrolemaatregelen

- > Geef een korte samenvatting van hetgeen in de vorige bijeenkomst over zelfcontrolemaatregelen besproken is. Positioneer deze weer in de cirkel van verandering en vertel dat zelfcontrolemaatregelen helpend zijn om het doel te halen.
- > Vraag welke maatregelen bedacht zijn en laat iedereen zijn of haar zelfcontrolemaatregelen voorlezen. Noteer deze op het white bord/flip over. Gebruik informatie uit de discussie over de registratie-opdracht om het groepsproces te sturen.
- > Als deze maatregelen nog aanpassing behoeven naar aanleiding van wat besproken is, geef dan de gelegenheid om veranderingen of toevoegingen te maken.

TIP: Benadruk de overeenkomsten in de maatregelen tussen de verschillende middelen en benadruk de verschillen bij deze middelen.

(10 min.) Pauze

Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(15 min.) Toelichting risicosituatie "omgaan met trek"

- > Schets de cirkel van Prochaska en DiClemente (1998) op het white bord/flip over en geef aan dat zelfcontrolemaatregelen de eerste stap in de fase van uitvoeren zijn. Bewustwording van moeilijke situaties en het aanleren van vaardigheden om ander gedrag te vertonen dan gebruik, is onderdeel van de fase van uitvoeren. In de komende bijeenkomsten wordt aandacht besteed aan het aanleren van vaardigheden.
- > Leg uit dat situaties waarin een grote kans bestaat dat iemand terugvalt risicosituaties genoemd worden. Vraag naar voor de cliënt bekende risicosituaties en schrijf deze op het white bord/flip over. Verdeel daarbij de situaties al onder

in interne en externe risicosituaties. Bespreek met de groep welke overeenkomsten er zijn en welke verschillen.

- > Vat de groepsinteractie samen door te zeggen dat er twee categorieën risicosituaties bestaan: interne (ontstaan vanuit een gedachte of gevoel, bijvoorbeeld: iedereen kijkt naar mij of boosheid) en externe risicosituaties (bijvoorbeeld het zien van een gokkast of het ruiken van cannabis).
- > Vertel dat de komende twee bijeenkomsten aandacht besteed wordt aan twee specifieke risicosituaties omdat de ervaring leert dat deze bij de meeste mensen een rol spelen bij terugval: de interne risicosituatie "trek" en de externe risicosituatie "sociale druk". In deze zitting staat trek en hoe daarmee om te gaan centraal. Hier zijn specifieke vaardigheden voor nodig.

(15 min.) **Introductie "omgaan met trek"**

- > Vraag een aantal cliënten of zij trek ervaren, met welke intensiteit en in welke situatie.
- > Vertel dat sommige mensen geen trek ervaren, dit komt voor. Geef aandacht aan gokkers. Alhoewel zij geen middel gebruiken, wordt trek/drang veelal ervaren als een gespannen gevoel en het stijgen van de adrenaline.
- > Leg het verschijnsel "trek" uit met behulp van het klassieke conditioneringsprincipe en aan de hand van de Pavlov-reactie bij honden.

"Het klassieke conditioneringsprincipe is bekend geworden door de hond van Pavlov. Zoals alle honden ging deze hond kwijlen bij het zien van zijn bak met voer. Door herhaalde aanbieding van het vlees met daaraan voorafgaande het luiden van de bel, had de hond geleerd dat de bel het vlees voorspelde en begon hij reeds bij het luiden van de bel te kwijlen.

Bij middelengebruik geldt een soortgelijk (conditionerings-) mechanisme.

Door het langdurig gebruik van middelen heeft het lichaam geleerd zich voor te bereiden op de inname van het middel. Het reageert al op de signalen die de inname van het middel voorspellen. Het opmerkelijke is nu dat het lichaam op een wijze reageert die tegengesteld is aan het effect van het middel. Dit is als volgt te verklaren:

Het menselijk lichaam probeert er constant voor te zorgen dat er sprake is van een inwendig evenwicht, ook wel homeostase genoemd. Op iedere verandering wordt direct gereageerd om het evenwicht te herstellen. Dit is ook het geval bij de inname van alcohol en drugs: deze verstoren het inwendige evenwicht en het lichaam zal deze verstoring ongedaan maken. Zo is bekend dat het drinken van alcohol de kerntemperatuur doet afnemen en de perifere temperatuur doet toenemen (denk bijvoorbeeld aan de blos op de wangen na het drinken van alcohol). Het lichaam reageert met een tegenproces om de invloed van het middel te verminderen. Dit is een bekend ervaringsfeit: naarmate men vaker alcohol tot zich neemt, wordt de tegenreactie sterker. Men ondervindt minder plezier. Dit fenomeen staat bekend als tolerantie. Het gevolg is dat men steeds meer gaat drinken om het gewenste effect te verkrijgen."

- > Vraag of het fenomeen tolerantie herkend wordt. Bespreek dit met de groep.

"Net zoals de hond van Pavlov weet dat hij vlees krijgt na het luiden van de bel, weet het lichaam van een gebruiker dat het binnenlopen van het stamcafé een goede voorspeller is voor de alcoholische consumptie. Het lichaam zal vervolgens reageren met een aan het effect van het middel tegengesteld proces. Deze reactie treedt ook op voordat het middel genomen wordt. Deze reactie heet anticipatieve compensatoire respons, bedoeld om het evenwicht te herstellen. In het geval van alcohol zal het lichaam voordat de alcohol ingenomen wordt bijvoorbeeld reageren met een verhoging van de kerntemperatuur en een verlaging van de oppervlaktetemperatuur. Bij een heroïnegebruiker, die geconfronteerd wordt met bepaalde prikkels (zoals het zien van een lepel, spuit, dealer enz) die de komst van het middel voorspellen, zal het lichaam reageren met een voorbereidende reactie: hartslag neemt toe, bloeddruk neemt toe enz. Een reactie tegengesteld aan het effect van het middel. Belangrijk om te weten is, dat wanneer er gebruikt wordt in een onbekende situatie het compensatoire mechanisme niet of onvoldoende werkt. Bij heroïne kan dit gevaarlijk zijn. Een eerder wel getolereerde dosis heroïne kan door het onbrekende of onvoldoende werkende mechanisme nu niet getolereerd worden en leiden tot een onvrijwillige overdosis.

De lichamelijke veranderingen worden door de gebruiker opgemerkt. De subjectieve beleving van dit compensatoire antwoord van het lichaam wordt omschreven als trek en lijkt in veel gevallen op de vaak genoemde ontwenningsverschijnselen. Hoewel iedere persoon een eigen manier van reageren heeft, worden verschijnselen als verhoogde hartslag, transpireren en onrust door velen als treksymptomen genoemd. Aangezien veel gebruikers slecht met deze trekgevoelens om kunnen gaan, is de kans op terugval in gebruik van het middel dat deze gevoelens kan verminderen, groot. Het is dan ook van het grootste belang om allereerst te weten te komen welke situaties/prikkels of cues het bovengenoemde tegenproces uitlokken. Iemand die bijvoorbeeld jaar in jaar uit dagelijks in dezelfde stoel voor het raam heeft zitten gebruiken, zal waarschijnlijk al bij het zien van die stoel, maar zeker als hij erin gaat zitten trekgevoelens krijgen".

- > Vertel dat trek een normaal verschijnsel is bij mensen die langdurig gebruiken. Het krijgen van trek kan lange tijd aanhouden, ook als men gestopt is met gebruiken. Leg uit dat trek uiteindelijk overgaat. Maak een vergelijking met de hond van Pavlov, die stopt met kwijlen nadat het luiden van de bel verschillende malen achter elkaar niet gevolgd werd door voedsel.
- > Maak met de groep een lijst van stimuli die tot trek leiden. De registratieopdrachten van de afgelopen weken kunnen hierbij behulpzaam zijn. Vraag welke strategieën de cliënt gebruikt om met de trek om te gaan. Bestaan er al ideeën in de groep over effectieve strategieën?
- > Vat de discussie kort samen, benoem de meest voorkomende strategieën in de groep en gebruik deze samenvatting om over te gaan naar de uitleg van de vaardigheden.

(20 min.) **Uitleg van de vaardigheden "omgaan met trek"**

- > Leg de groep uit dat er verschillende manieren zijn om met gevoelens van trek om te gaan. Iedereen heeft eigen effectieve technieken. Gebruik voorbeelden uit eerdere bijeenkomsten.
- > Benoem nu kort de vier strategieën en schrijf deze in steekwoorden op een bord of flip over.

a. Afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen.

Vertel dat afleiding zoeken één van de meest effectieve strategieën is. Activiteiten die ondernomen kunnen worden zijn bijvoorbeeld: lichamenlijk inspanning leveren, iets anders gebruiken dan men gewend is. Bespreek met de cliënt welke activiteiten voor hem of haar geschikt zouden zijn om te ondernemen wanneer hij of zij hevige trek ervaart. Besteed met name aandacht aan activiteiten die lichamenlijke inspanning vereisen, zoals hardlopen of andere sportieve activiteiten.

b. Erover praten met vrienden of familieleden.

Het kunnen delen van deze gevoelens kan effectief zijn. Trek kan angst voor terugval oproepen. Erover praten kan die angst verminderen. Bespreek welke personen hiervoor geschikt zouden kunnen zijn.

c. Anders denken.

Leg uit dat trek vaak leidt tot gebruik omdat gedacht wordt dat de trek niet weerstaan kan worden of dat de trek alleen overgaat door te gebruiken. Vraag of de cliënt dit herkent. Leg uit dat dit soort gedachten het moeilijk maken om niet te gebruiken. Het zijn gedachten die niet helpend zijn om de doelen die de cliënt wil bereiken te halen en ook niet kloppen met de werkelijkheid. Identificeer niet helpende gedachten over trek die binnen de groep leven.

Formuleer een gedachte die helpend kan zijn de trek te weerstaan bijvoorbeeld "Het is een vervelend gevoel, maar ik kan er tegen." "De trek gaat op den duur vanzelf over."

d. Gevoelsurfen.

Alvorens uitleg te geven over deze vaardigheid kan aan de cliënt gevraagd worden hoe lang het gewoonlijk duurt voordat de trek verdwenen is. Op deze manier kan duidelijk gemaakt worden dat trek een verschijnsel is dat op den duur overgaat. Veel cliënten zullen aangeven dat ze zich met hand en tand krachtig proberen te verzetten tegen de drang om te drinken. Geef de volgende uitleg:

"Trek hebben is te vergelijken met jeuk. Jeuk is een hinderlijk gevoel waarbij u de neiging hebt om te gaan krabben. Net zoals u bij trek de neiging zult hebben om te gaan gebruiken, nietwaar? Hebt u wel eens een wondje gehad waarop een pleister zat of hebt 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 over gaat en niet eeuwig duurt. Zo is het ook met trek. Als u de trek laat voortduren en niet eraan toegeeft, 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. Hebt u wel eens gesurft of naar surfers gekeken? Dan zult u gezien hebben dat ze niet tegen de golf in gaan maar zich zolang mogelijk op de golf laten meevoeren. Met andere woorden, ze krijgen de golf onder controle door met de golf mee te

gaan in plaats van er tegen in te gaan. Mee eens? Op deze manier kunt u ook met trek omgaan. U kunt als het ware surfen op uw gevoel van trek tot het overgaat".

- > Vraag of de deelnemers al een beeld hebben van welke strategie voor hen zal werken. Indien er nog onduidelijkheden bestaan, verhelder ze.

(10 min.) **Huiswerkopdrachten**

- > Laat de cliënt in de tot nu toe ingevulde registratie-opdrachten kijken welke situaties trek oproepen. Vraag of ze voor zichzelf willen nagaan welke situaties de grootste kans hebben trek op te roepen. Laat ze nadenken over welke techniek in welke situatie het beste voor hen gewerkt heeft of kan gaan werken. Laat ze de besproken technieken verder uitwerken door middel van het invullen van de formulieren over afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen, erover praten met vrienden of familieleden, helpende gedachten en gevoelsurfen (werkboek cliënt, pag. 14).
- > Vraag de cliënten de komende periode te oefenen met het omgaan met trek. Laat ze dit noteren in de registratie-opdracht.
- > Vraag elke deelnemer de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag nog eens expliciete bereidheid aan de mensen die het de vorige keer niet hebben gedaan.

(5 min.) **Afsluiting**

- > Bedank iedereen voor het enthousiasme.
- > Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting.
- > Geef aan wanneer de volgende bijeenkomst is, wens iedereen succes met de huiswerkopdracht.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 3 in.

TIP: Indien er tijd voor is kan er een 'afsluitronde' gehouden worden en gevraagd worden wie er nog iets wil zeggen, hoe iedereen de bijeenkomst heeft ervaren en of ze de volgende keer weer komen. Dit bevordert de betrokkenheid bij de groep en de trainer.

Algemeen

Doelen

- > Bespreken registratie-opdracht.
- > Bespreken huiswerkopdracht: "omgaan met trek".
- > Uitleg omgaan met sociale druk.
- > Huiswerkopdracht.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntformulier van elke cliënt. Bespreek kort met de co-trainer de cliënten.
- > Bespreek met de co-trainer ieders rol gedurende de bijeenkomst en maak afspraken over de verantwoordelijkheden gedurende de bijeenkomst. Maak afspraken welke cliënt in ieder geval aan bod dient te komen.
- > Schets de cirkel van verandering op het white bord/flip over.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 4.
- > Werkboek cliënt: formulier omgaan met trek, omgaan met sociale druk, registratie-opdracht.
- > White bord/flip over met stiften.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Inleiding

- > Heet iedereen welkom en bekrachtig de komst positief. Deel indien nodig de naambordjes uit.
- > Geef een korte samenvatting van wat er in de vorige bijeenkomst aan de orde is geweest.
- > Geef aan wat er de komende twee uur op het programma staat. Vertel dat de nadruk in deze bijeenkomst enkel zal liggen op de uitvoeringsfase van het veranderingsproces. Doe dit aan de hand van de cirkel van verandering. Schets deze op het white bord/flip over.

(15 min.) Bespreken registratie-opdracht

- > Zeg dat de tijd maakt dat er maar maximaal drie cliënten per bijeenkomst de registratie-opdracht kunnen bespreken. Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de registratie-opdracht te doen. Bekrachtig indien het gelukt is. Laat eerst cliënten aan het woord die geregistreerd hebben.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Vraag of er al een verandering is opgetreden. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid.
- > Vraag of de cliënt zich aan de gestelde limieten heeft kunnen houden. Zo ja, wat heeft gemaakt dat het gelukt is? Leg de link met zelfcontrolemaatregelen. Bespreek de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het veranderen van het gebruik. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid en vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloofd.

tief zijn geweest in het veranderen van het gebruik. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid en vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloofd.

- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is zich aan de afgesproken doelen te houden, informeer dan kort naar de ernst van het gebruik. Bespreek het overeengekomen doel ten aanzien van de verandering. Staat de cliënt nog achter de gemaakte afspraken? Zijn deze haalbaar? Formuleer indien nodig nieuwe doelen.
- > Bespreek de moeilijke momenten en de strategieën die de cliënt heeft toegepast. Heeft de cliënt al een idee of de strategieën nog kloppen of dat ze aangepast moeten worden aan de nieuw verworven inzichten. Indien ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Indien nee, zeg dat de komende periode gebruikt kan worden om nieuwe inzichten te verwerven.
- > Wanneer de cliënt niet geregistreerd heeft, vraag dan welke belemmeringen er waren. Was de opdracht wel duidelijk? Leg opnieuw doel en werkwijze van de opdracht uit en vraag of de cliënt bereid is hem voor de komende week in te vullen.
- > Bespreek de moeilijke momenten en de strategieën die de cliënt heeft toegepast. Bekrachtig die strategieën die gewerkt hebben. Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting.

(30 min.) De vaardigheid "omgaan met trek"

- > Leg kort de theorie over trek nog eens uit. Geef cliënten de gelegenheid om nog vragen te stellen.
- > Ga samen met de cliënten na in welke situaties trek ervaren wordt. Als er overeenkomsten zijn, benadruk deze dan.
- > Ga na, aan de hand van het gemaakte huiswerk van een aantal cliënten, hoe de trekmomenten eruit zagen. Werk met concrete voorbeelden en laat cliënten elkaar aanvullen en bevragen.
- > Welke vaardigheden en alternatieven zijn door cliënten ingezet om de trek te kunnen weerstaan? Vraag cliënten elkaar feedback te geven. Zijn oplossingen die ingebracht worden ook bruikbaar voor anderen? Werk ook hier zeer concreet en laat cliënten elkaar aanvullen en bevragen.
- > Laat elke vaardigheid apart aan bod komen. Geef duidelijk aan dat de effectiviteit van de verschillende vaardigheden individueel verschillen.

(15min.) Pauze

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(10 min.) Uitleg vaardigheid "omgaan met sociale druk"

- > Grijp terug op de uitleg van de vorige bijeenkomst waarbij gezegd is dat terugval veroorzaakt wordt door interne en externe risicosituaties. Vertel dat nu een belangrijke externe risicosituatie aan bod zal komen, namelijk het aangeboden krijgen van middelen. Belangrijk is dan het kunnen weigeren van die aangeboden middelen.
- > Leg de cliënt uit dat het aangeboden krijgen van het middel of door anderen onder druk gezet worden om mee te gebruiken een veel voorkomende risicosituatie is. Vraag de groep om herkenning. Vraag of er in hun sociale netwerk mensen zijn door wie ze zich onder druk gezet voelen om te gaan gebruiken, ook al willen ze eigenlijk niet.

TIP: Sommige cliënten zeggen zulke mensen (aandringers) niet in hun omgeving te hebben. Het is dan zinvol om te wijzen op die onverwachte momenten dat je iets aangeboden krijgt, bijvoorbeeld het welkomstdrankje bij de Griek of dat biertje bij de Chinees waarvan de kennis zegt "Eén moet toch kunnen".

- > Wanneer de cliënt aangeeft dit soort situaties zoveel mogelijk te vermijden, leg dan uit dat dit op korte termijn een effectieve en veilige strategie is. Op den duur is het echter geen praktische strategie, omdat er zoveel situaties mogelijk zijn waarin mensen druk kunnen uitvoeren dat het onmogelijk is om deze allemaal te vermijden. In dat soort situaties is het belangrijk om 'nee' te kunnen zeggen.
- > Leg uit dat het leren weigeren van aangeboden middelen een vaardigheid is die de cliënt kan helpen een dergelijke risicosituatie het hoofd te bieden. Deze vaardigheid zal de volgende bijeenkomst voor de pauze opnieuw centraal staan. De wijze waarop deze vaardigheid geoefend wordt, is met behulp van rollenspel. Het blijkt dat dit de beste manier is om het te leren. Leg uit hoe je aangeboden middelen kunt weigeren en welke vaardigheden helpend kunnen zijn om sociale druk te weerstaan. Noteer richtlijnen op een flip over.

Hoe je het doet:

- a. reageer snel.*
- b. spreek met een duidelijke, ferme en niet aarzelende stem.*
- c. maak direct oogcontact.*

Wat je zegt:

- a. zeg eerst nee.*
- b. suggereer een alternatief om iets anders te gaan doen of vraag iets anders te drinken.*
- c. wanneer de ander blijft aandringen, vraag de ander daarmee op te houden.*
- d. verander het gespreksonderwerp om discussie te vermijden.*
- e. vermijdt excuses en vage antwoorden.*

(30 min.) Rollenspel "omgaan met sociale druk"

- > Vertel dat het doen van een rollenspel de meest effectieve manier is om deze vaardigheden in praktijk te brengen. Benoem de angst voor het rollenspel. Belangrijk is om de vaardigheid te leren. Het zal de eerste keer niet perfect gaan. Leg het doel van het rollenspel uit: het oefenen van nieuw gedrag. Vraag bereidheid tot het doen van rollenspelen.

TIP: Een rollenspel is lastig, cliënten praten liever dan dat ze doen. Houd de voorbespreking zo kort mogelijk en zet het rollenspel zo snel mogelijk in gang. Het is belangrijk het tempo hoog te houden bij dit onderdeel.

- > Nodig een vrijwilliger uit een recente situatie te beschrijven waarin sociale druk om te gebruiken werd ervaren. Vraag of andere deelnemers deze situatie of onderdelen ervan herkennen. Inventariseer welk gedrag of welke reactie van de ander lastig is.

- > Vraag de vrijwilliger de situatie te beschrijven aan de hand van speciale kenmerken. Wat ziet hij, waar is het, hoe zien dingen in de situatie eruit. Vraag naar een bepaalde geur in die situatie, welke muziek of andere geluiden erbij horen en de specifieke inrichting van de ruimte waarin het zich afspeelt. Dit moet kort gehouden worden.
- > Laat de cliënt uitleggen wat hij specifiek moeilijk vindt bij het weigeren van gebruik.
- > Vraag de vrijwilliger iemand uit de groep uit te nodigen aan het rollenspel mee te doen. Benadruk dat iedereen het recht heeft nee te zeggen en dat niemand zich gedwongen moet voelen iets tegen zijn of haar zin te doen. Vraag of de tegenspeler weet wat hij moet doen. Zo nee, vraag om verduidelijking van de vrijwilliger.
- > Verdeel de groep in twee subgroepen. Deze subgroepen kunnen gericht feedback geven op het gedrag van de vrijwilliger namelijk het non-verbaal gedrag (Hoe doet hij/zij het) en eventuele verbeterpunten en het verbale gedrag (Wat zegt hij/zij) en eventuele verbeterpunten.
- > Laat het rollenspel beginnen en maximaal vijf minuten duren. Vraag na afloop van het rollenspel aan de cliënt hoe hij het vond gaan (stoom afblazen). Doe hetzelfde met de tegenspeler. Bekrachtig de moed van de rollenspelers om het rollenspel te doen. Bespreek of het rollenspel de werkelijkheid benaderde. Zo niet, vraag wat in het volgende rollenspel anders moet.
- > Bespreek vervolgens de groepsobservaties. Bespreek eerst wat volgens de observatoren goed ging, vervolgens komen de suggesties voor verbetering aan bod. Zet de suggesties voor verandering op het bord. De suggesties voor gedragsverandering kunnen ook in een rollenspel uitgespeeld worden door de gever van de suggestie. Hierdoor kunnen meerdere mensen deelnemen aan het rollenspel. Als deze mogelijkheid gekozen wordt, vraag de tegenspeler dan of hij nogmaals het rollenspel wil doen.
- > Vraag cliënt welke suggesties helpend kunnen zijn om het doel te halen. Laat vervolgens het rollenspel opnieuw starten waarbij de cliënt de helpende suggesties in praktijk brengt.
- > Herhaal het oefenen en feedback geven totdat cliënt tevreden is over het gewenste resultaat en het gedrag naar tevredenheid vertoond wordt. Sluit altijd af met een positieve ervaring.

TIP: Soms ligt de moeilijkheid in het weigeren van gebruik niet in het gedrag of de reactie van de ander, maar aan de irrationele gedachte die aan het weigeren gekoppeld is. Bespreek dit eerst en formuleer een alternatieve, helpende gedachte die het weigeren van gebruik vergemakkelijkt.

(10 min.) Huiswerkopdrachten

- > Vraag de cliënten thuis de tot nu toe ingevulde registratie-opdrachten te bestuderen en te bekijken welke personen druk uitoefenen om te gaan gebruiken. Laat ze nadenken over welke vaardigheid het meest helpend kan zijn om deze druk te kunnen weerstaan. Laat ze dit verder uitwerken door middel van het invullen van de formulieren horende bij de opdracht "omgaan met sociale druk" (werkboek cliënt, pag. 17).

- > Geef de suggestie moeilijke situaties op te zoeken om te experimenteren met de nieuw aangeleerde vaardigheden (zelfcontrolemaatregelen, de vaardigheden omgaan met trek en weigeren van aangeboden middelen).
- > Vraag elke deelnemer de komende periode de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag nog eens expliciete bereidheid aan de mensen die het de vorige keer niet hebben gedaan.

(5 min.) Afsluiting

- > Bedank iedereen voor het enthousiasme.
- > Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting.
- > Geef aan wanneer de volgende bijeenkomst is, wens iedereen succes met de huiswerkopdracht.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 4 in.

TIP: Indien er tijd voor is kan er een 'afsluitronkje' gehouden worden en gevraagd worden wie er nog iets wil zeggen, hoe iedereen de bijeenkomst heeft ervaren en of ze de volgende keer weer komen. Dit bevordert de betrokkenheid bij de groep en de trainer.

Algemeen**Doelen**

- > Bespreken registratie-opdracht.
- > Bespreken "omgaan met sociale druk".
- > Bespreken van terugvalpreventie: het leren omgaan met een terugval.
- > Huiswerkopdracht.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntformulier per cliënt. Bespreek kort met de co-trainer de cliënten.
- > Bespreek met de co-trainer ieders rol gedurende de bijeenkomst en maak afspraken over de verantwoordelijkheden gedurende de bijeenkomst. Maak afspraken welke cliënt in ieder geval aan bod dient te komen.
- > Schets de cirkel van verandering op het bord.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 5.
- > Werkboek cliënt: formulier omgaan met sociale druk, noodplan, registratie-opdracht.
- > White bord/flip over met stiften.
- > Naambordjes.

TIP: In de formulierenset bij de Handleiding trainer zitten cliëntsatisfactieformulieren. Indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, zorg dan dat u het gedeelte wat door de trainer ingevuld moet worden, invult. Zorg voor enveloppen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst**(5 min.) Inleiding**

- > Heet iedereen welkom en bekrachtig de komst positief. Geef een korte samenvatting van wat er in de vorige bijeenkomst aan de orde is geweest.
- > Geef aan wat er de komende twee uur op het programma staat. Vertel dat de nadruk in deze zitting voor de pauze zal liggen op de uitvoeringsfase van het veranderingsproces. Na de pauze wordt de stap gezet naar de fase van volhouden. Doe dit aan de hand van de cirkel van verandering. Schets deze op het white bord/flip over.
- > Vertel dat het de één na laatste keer is, vraag hoe men hier tegenaan kijkt.

(15 min.) Bespreken registratie-opdracht

- > Zeg dat de tijd maakt dat er maar maximaal drie cliënten per bijeenkomst de registratie-opdracht kunnen bespreken. Het is de bedoeling dat gedurende de training iedereen verschillende malen aan bod komt.
- > Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de registratie-opdracht in te vullen. Bekrachtig indien het gelukt is. Laat eerst cliënten aan het woord die geregistreerd hebben.

- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Vraag of er al een verandering is opgetreden. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid.
- > Vraag of de cliënt zich aan de gestelde limieten heeft kunnen houden. Zo ja, wat heeft gemaakt dat het gelukt is? Leg de link met zelfcontrolemaatregelen. Bespreek de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het veranderen van het gebruik.
- > Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid en vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloond.
- > Bespreek de moeilijke momenten en de strategieën die de cliënt heeft toegepast. Heeft de cliënt al een idee of de strategieën nog kloppen of dat ze aangepast moeten worden aan de nieuw verworven inzichten. Indien ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Indien nee, zeg dat de komende periode gebruikt kan worden om nieuwe inzichten te verwerven.
- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is zich aan de afgesproken doelen te houden, informeer dan kort naar de ernst van het gebruik. Bespreek het overeengekomen doel ten aanzien van de verandering. Staat de cliënt nog achter de gemaakte afspraken? Zijn deze haalbaar? Formuleer indien nodig nieuwe doelen.
- > Wanneer de cliënt geen registratie-opdracht heeft bijgehouden, geef dan aan dat registreren ondersteunend kan zijn in het veranderingsproces. Leg opnieuw doel en werkwijze van het registratie-opdracht uit en zeg dat de volgende keer de laatste keer is dat de registratie-opdracht besproken kan worden. Ga niet meer in op knelpunten, de training is bijna ten einde. De wijze waarop de zelfredzaamheid kan toenemen mag bekend worden verondersteld.
- > Bespreek de moeilijke momenten en de strategieën die de cliënt heeft toegepast. Bekrachtig die strategieën die gewerkt hebben.
- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting.

(5 min.) **Toelichting risicosituatie “omgaan met sociale druk”**

- > Geef een samenvatting van wat er in de vorige bijeenkomst besproken is ten aanzien van “weigeren van aangeboden middelen”. Geef nogmaals een korte samenvatting van wat er gezegd is en zet de richtlijnen over weigeren gebruik/gokken nogmaals op het white bord of flip over.

Hoe je het doet:

- reageer snel.
- spreek met een duidelijke, ferme en niet aarzelende stem.
- maak direct oogcontact.

Wat je zegt:

- zeg eerst nee.
- suggereer een alternatief om iets anders te gaan doen of vraag iets anders te gebruiken.
- wanneer de ander blijft aandringen, vraag de ander daarmee op te houden.
- verander het gespreksonderwerp om discussie te vermijden.
- vermijdt excuses en vage antwoorden.

(30 min.) **Rollenspel “omgaan met sociale druk”**

- > Vertel dat het doen van een rollenspel de meest effectieve manier is om deze vaardigheden in praktijk te brengen. Benoem de angst voor het rollenspel. Belangrijk is om te leren. Het zal de eerste keer niet goed gaan. Leg het doel van het rollenspel uit: het oefenen van nieuw gedrag. Vraag bereidheid tot het doen van rollenspelen.
- > Vraag of iemand in een situatie is geweest waar hij sociale druk heeft ervaren om te gebruiken. Vraag hoe het gegaan is, zijn er verbeterpunten aan te wijzen. Zo ja, nodig de persoon uit om met behulp van een rollenspel te oefenen.
- > Vraag welke vaardigheid de cliënt wil oefenen. Laat hem of haar uit te leggen wat er moeilijk aan is. Wees alert op een eventuele onderliggende irrationele gedachte. Als deze er is, laat de cliënt dan een helpende gedachte formuleren.
- > Vraag de vrijwilliger de situatie te beschrijven aan de hand van speciale kenmerken. Wat ziet hij, waar is het, hoe zien dingen in de situatie eruit. Vraag naar een bepaalde geur in die situatie, welke muziek of andere geluiden erbij horen en de specifieke inrichting van de ruimte waarin het zich afspeelt. Dit moet kort gehouden worden. Laat de cliënt uitleggen wat hij specifiek moeilijk vindt bij het weigeren van gebruik.
- > Vraag de vrijwilliger iemand uit de groep uit te nodigen aan het rollenspel mee te doen. Benadruk dat iedereen het recht heeft nee te zeggen en dat niemand zich gedwongen moet voelen iets tegen zijn of haar zin te doen. Vraag of de tegenspeler weet wat hij moet doen. Zo nee, vraag om verduidelijking van de vrijwilliger.
- > Verdeel de groep in twee subgroepen. Eén subgroep richt zich op de vaardigheid waar de cliënt minder tevreden over is. De andere subgroep richt zich op de algemene richtlijnen.
- > Laat het rollenspel beginnen en maximaal vijf minuten duren. Vraag na afloop van het rollenspel aan de cliënt hoe hij het vond gaan (stoom afblazen). Doe hetzelfde met de tegenspeler. Bekrachtig de moed van de rollenspelers om het rollenspel te doen. Bespreek of het rollenspel de werkelijkheid benaderde. Zo niet, vraag wat in het volgende rollenspel anders moet.
- > Vraag de groep naar de observaties. Bespreek eerst wat volgens de observatoren goed ging, vervolgens naar suggesties wat anders kan. Zet de suggesties voor verandering op het bord. De suggesties voor gedragsverandering kunnen ook in een rollenspel uitgespeeld worden door de gever van de suggestie. Hierdoor kunnen meerdere mensen deelnemen aan het rollenspel. Indien deze mogelijkheid gekozen wordt, vraag de tegenspeler of hij nogmaals het rollenspel wil doen.
- > Vraag cliënt welke suggesties helpend kunnen zijn om het doel te halen. Laat vervolgens het rollenspel opnieuw starten waarbij de cliënt de helpende suggesties in praktijk brengt.
- > Herhaal het oefenen en feedback geven totdat de cliënt tevreden is over het gewenste resultaat en het gedrag naar tevredenheid vertoond wordt.

TIP: Het kan zijn dat een cliënt wel tevreden is over zijn vaardigheden, maar dat hij toch bij een bepaalde persoon of in bepaalde situaties niet in staat is te weigeren. Dit kan ook aangrijpspunt van het rollenspel zijn.

(30 min.) **Pauze**

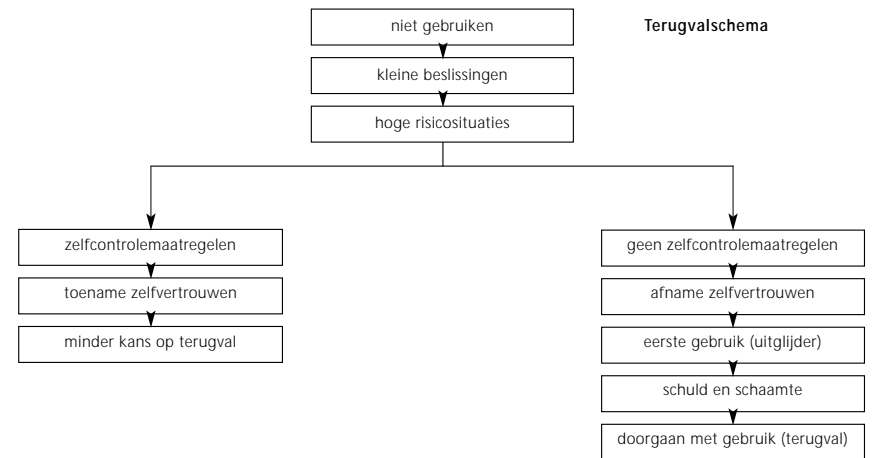
- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(35 min.) **Noodplan: het leren omgaan met een terugval**

- > Positioneer terugvalpreventie in de fase van volhouden, ter voorkoming van doorslaan naar de fase van een daadwerkelijke terugval. Houd er rekening mee dat cliënten het vaak onprettig vinden om over terugval in de toekomst te praten, alsof het de kans op terugval vergroot. Ook kan het als een motie van wantrouwen worden beschouwd.
- > Geef aan dat een noodplan in werking treedt in de fase van terugval. Maak duidelijk wat het verschil is tussen een uitglijder en een terugval. Vraag wat de groep hiervan vindt.

TIP: Gebruik een metafoor om het doel te verduidelijken, bijvoorbeeld de metafoor van de brandoefening. Het voorbereid zijn op een brand (weten waar de nooduitgang is, goede brandblussers hebben) is belangrijk maar wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk brand zal plaatsvinden of dat de kans op een brand vergroot wordt. Het zorgt ervoor dat de schade beperkt blijft, mocht er ooit brand plaatsvinden. Ook de vergelijking met de veiligheidsinstructies in vliegtuigen kan het belang van voorbereid zijn op noodsituaties duidelijk maken.

- > Leg de cliënt uit dat er altijd een kans bestaat op terugval. Het is een leerproces. Geef aan dat terugval beschouwd kan worden als een leermoment, het betekent niet dat alles verloren is.
- > Vraag vervolgens een aantal cliënten wat hun ervaringen zijn met uitglidders en terugvallenen hoe ze daar tot nu toe mee zijn omgegaan. Cliënten geven vaak irrationele gedachten aan ("zie je wel, ik zal eeuwig een alcoholist blijven", "ach, ik heb nu toch gebruikt, wat maakt het allemaal uit)." Een uitglijder en/of terugval gaat ook vaak gepaard met gevoelens van schaamte, schuld en wanhoop.
- > Leg uit dat het belangrijk is om rationeel tegen een uitglijder en/of terugval aan te kijken. Een irrationele reactie op terugval verkleint de kans dat de cliënt de draad weer op kan pakken en opnieuw kan stoppen met gebruik.
- > Sta kort stil bij schijnbaar irrelevante beslissingen die tot een uitglijder/terugval kunnen leiden. Benadruk de eigen keuzes die cliënten maken voorafgaande aan de terugval.
- > Maak het onderwerp "terugval tijdens de training" onderwerp van gesprek. Hoe zijn cliënten met terugval omgegaan? Vraag of ze de acties die ze hebben ondernomen kunnen plaatsen binnen de kaders van zelfcontrolemaatregelen.
- > Leg uit dat een uitglijder/terugval vaak plaatsvindt in situaties die eigenlijk altijd gekoppeld zijn aan gebruik of gokken.
- > Gebruik hiervoor het terugvalschema en schets deze op het white bord/flip over.



*Bron: Merkk, van Broekhoven (2003)

- > Neem het werkboek van de cliënt erbij en laat de cliënten iets vertellen over de belangrijkste risicosituaties (werkboek cliënt, pag. 17). Het is handig dat cliënt zicht krijgt op situaties waarin een hoog risico tot uitglidden/terugvallen bestaat.
- > Geef aan dat een noodplan in werking treedt bij een uitglijder. Het is een actieplan dat uitgevoerd wordt op het moment dat er gebruikt wordt. Dit noodplan kan ervoor zorgen dat het bij een uitglijder blijft en het geen daadwerkelijke terugval wordt. Daarnaast bevat het noodplan ook acties die ondernomen kunnen worden wanneer er een daadwerkelijke terugval plaatsvindt. Belangrijk is om de duur van de terugval zo kort mogelijk te houden, zodat er op korte termijn weer verandering in gemaakt kan worden zodat de schade beperkt gehouden wordt.
- > Welke gedachten en/of handelingen zouden een rol kunnen spelen om ervoor te zorgen dat een uitglijder ook een uitglijder blijft? Welke gedachten en handelingen zijn wel functioneel? Welke acties kan een cliënt uitvoeren om een eventuele terugval zo beperkt mogelijk te houden?
- > Soms kan een belangrijke ander een rol spelen bij het voorkomen van een terugval op het moment dat er sprake is van een uitglijder. Vraag of men hier ideeën over heeft en zo ja, wie dan, hoe dan en wanneer?
- > Werk met de groep een voorbeeld-noodplan uit, het liefst aan de hand van een uitglijder van één van de cliënten.

(10 min.) **Huiswerkopdrachten**

- > De huiswerkopdracht voor de volgende keer is het maken van het noodplan. De formuleren die bij deze huiswerkopdracht horen staan op pag. 20 van het cliëntenwerkboek. Geef aan dat de registratie-opdracht helpend kan zijn bij het maken van een noodplan. Cliënt kan bij het maken van het noodplan die

situaties betrekken waarin het hem lukte om het gebruik of gokken te controleren. Welke strategieën hebben daartoe bijgedragen?

- > Vraag elke deelnemer de komende periode de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag nog eens expliciete bereidheid aan de mensen die het de vorige keer niet hebben gedaan. Geef aan dat de volgende keer de laatste gelegenheid is om de bijgehouden registratie-opdracht te bespreken.
- > Vraag de cliënt ook om het resultaat van de training voor zichzelf te evalueren aan de hand van het trainingsplan. Hoe kijkt de cliënt aan tegen zijn/haar persoonlijk 'resultaat'?
- > Geef de suggestie om moeilijke situaties op te zoeken om te experimenteren met de nieuw aangeleerde vaardigheden (zelfcontrolemaatregelen, de vaardigheden omgaan met trek en weigeren van aangeboden middelen).

TIP: In de formulierenset bij deze handleiding zitten cliëntsatisfactieformulieren. Indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, deel deze lijsten dan uit. Leg het belang van meten van cliëntsatisfactie uit. Leg vervolgens het formulier uit en vraag of ze het formulier de volgende keer ingevuld mee willen nemen.

(5 min.) Afsluiting

- > Bedank iedereen voor het enthousiasme.
- > Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting.
- > Geef aan wanneer de volgende bijeenkomst is, wens iedereen succes met de huiswerkopdracht.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 5 in.

TIP: Indien er tijd voor is kan er een 'afsluitronkje' gehouden worden en gevraagd worden wie er nog iets wil zeggen, hoe iedereen de bijeenkomst heeft ervaren en of ze de volgende keer weer komen. Dit bevordert de betrokkenheid bij de groep en de trainer.

Algemeen

Doelen

- > Bespreken registratie-opdracht.
- > Bespreken huiswerkopdracht: maken van noodplan.
- > Evaluatie trainingsplan.
- > Nagaan welke persoonlijke leerdoelen per deelnemer nog nader aandacht behoeven.
- > Afronding.

Vorbereiding

- > Bestudeer het dossier van elke cliënt. Bekijk, in het kader van de laatste bijeenkomst, hoe de cliënt de module heeft doorlopen. Noteer eventueel opvallende punten en laat deze eventueel terugkomen in de bijeenkomst.
- > Bespreek kort met de co-trainer ieders rol gedurende de bijeenkomst en maak afspraken over de verantwoordelijkheden gedurende de bijeenkomst. Bespreek met elkaar welke cliënt in ieder geval nog aan bod moet komen.
- > Schets de cirkel van verandering op het white bord/flip over.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 6.
- > Werkboek cliënt: formulier noodplan, evaluatie training.
- > White bord/flip over met stiften.
- > Naambordjes.

TIP: In de formulierenset bij deze handleiding zitten cliëntsatisfactieformulieren. Indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, zorg dan dat u het gedeelte wat door de trainer ingevuld moet worden, invult. Zorg voor enveloppen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Inleiding

- > Heet iedereen voor de laatste keer welkom en bekrachtig de komst positief.
- > Geef een korte samenvatting van wat er in de vorige bijeenkomst aan de orde is geweest.
- > Geef aan wat er de komende twee uur op het programma staat. Vertel dat de nadruk in deze zitting voor de pauze zal liggen op de fase van volhouden binnen het veranderingsproces. Na de pauze staat de evaluatie van de training op het programma. Doe dit aan de hand van de cirkel van verandering.

(15 min.) Bespreking registratie-opdracht

- > Bespreek het gebruik of het gokken van de afgelopen week aan de hand van het dagboek. Vertel dat er gezien de tijd maar maximaal drie deelnemers aan bod kunnen komen. Geef aan dat het belangrijk is dat cliënten die hun registratie-opdracht nog niet besproken hebben voorrang hebben.

- > Ga na hoe de afgelopen 2 weken voor de cliënten verlopen zijn. Is er sprake geweest van een terugval; waren er moeilijke momenten; hoe heeft men de verleiding kunnen weerstaan; is het wellicht (niet) meegevallen enz.?
- > Ga niet meer expliciet in op knelpunten, de neiging bestaat om nog extra advies te geven omdat het de laatste keer is. De deelnemers zijn echter bijna aan het einde van de module en dus moet de wijze waarop de zelfredzaamheid kan toenemen bekend zijn. Na afloop van deze laatste bijeenkomst worden cliënten in staat geacht de geleerde vaardigheden in praktijk te brengen.
- > Stel vragen die gericht zijn op het zelfstandig verder gaan met de geleerde vaardigheden.
- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting.

(30 min.) **Terugvalpreventie: noodplan bespreken**

- > Leg kort uit dat terugval inherent is aan het leerproces en wat het noodplan kan doen bij terugval.
- > Vraag of het gelukt is om een noodplan te maken. Inventariseer de knelpunten en onduidelijkheden. Ga hier kort op in.
- > Inventariseer een aantal noodplannen plenair. Zet deze op het white bord of flip over. Vraag of ze deze strategieën al een keer hebben toegepast en wat het resultaat was.
- > Vraag de deelnemers welke strategieën ze van elkaar kunnen overnemen. Ieder groepslid kan zo van andermans noodplan leren en relevante onderdelen overnemen.
- > Laat de deelnemers profiteren van de laatste bijeenkomst om elkaar suggesties aan de hand te doen.
- > Voorkom discussie over strategieën die deelnemers inbrengen. Benadruk dat wat voor de één werkt niet automatisch betekent dat het voor de ander ook werkt.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(45 min.) **Evaluatie persoonlijke leerdoelen**

- > Per cliënt wordt aan de hand van het trainingsplan bekeken in welke mate de doelen gehaald zijn. Doe dit aan de hand van de SMART-criteria en zet deze op het white bord/flip over.
- > Laat de deelnemers toelichten hoe zij aankijken tegen datgene wat zij met de doelen bereikt hebben.
- > Bekrachtig datgene wat aan gedragsverandering ten aanzien van het gebruik is opgetreden. Vraag steeds naar wat veranderd is gedurende de afgelopen periode.
- > Bespreek hoe deelnemers zelfstandig met de geleerde vaardigheden verder kunnen oefenen, zeker bij personen die hun doelen niet bereikt hebben. Vertel dat verandering niet altijd binnen negen weken te bereiken is. Indien men verder gaat op de ingeslagen weg is de kans groot dat het doel alsnog gehaald wordt.
- > Geef als trainer adviezen ten aanzien van het vervolg voor de cliënt ná de module. Het zal vast nog voorkomen dat de cliënt door moeilijke momenten heen moet, waarbij de ervaringen opgedaan in de module van pas kunnen komen. Cliënten zullen nog trekmomenten of andere moeilijke momenten

tegenkomen. Benadruk dat cliënten in dergelijke gevallen weer gebruik kunnen maken van de geleerde vaardigheden. Het doorlezen van het werkboek kan ook helpend zijn om de lijn van verandering vast te houden. Tot slot kan elke cliënt aangeven welk gedrag of vaardigheid nog wat extra aandacht behoeft. Opper ook de mogelijkheid van deelname aan de AA.

(10 min.) **Afsluiting**

- > Geef aan dat de training voorbij is, de cirkel van verandering is doorlopen. Geef een korte samenvatting van het gehele proces en van de onderdelen die aan bod zijn gekomen. Het is nu aan de cliënten zelf om het geleerde in praktijk te brengen.
- > Laat iedere cliënt kort aan het woord ten aanzien van de training in het algemeen. Heeft de training voldaan aan de verwachtingen? Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn?
- > Bedank de deelnemers voor hun getoonde inzet tijdens én tussen de bijeenkomsten. Wens hen succes met het uitvoeren van het geleerde in de praktijk.
- > Vraag of ze het evaluatieformulier willen inleveren, waarbij met name kritische opmerkingen ten aanzien van de module welkom zijn. Kritische opmerkingen worden gebruikt om het aanbod steeds weer te verbeteren.
- > Mocht het zo zijn, dat cliënten na verloop van tijd merken dat deze training niet voldoende is geweest om het gebruik of gokken onder controle te krijgen, vertel dan dat ze zich altijd weer kunnen aanmelden bij de verslavingszorg.
- > Wens iedereen succes.
- > Vul na afloop van de bijeenkomst de cliëntformulieren in en het afsluitblad dossier.

TIP: Als u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, verzamel dan de cliëntsatisfactieformulieren in de enveloppen. Als de cliënten de lijsten vergeten zijn of niet hebben ingevuld, vraag dan of ze deze lijst alsnog na de bijeenkomst willen invullen.

Literatuuronderzoek

Groepstherapie en verslavingszorg.

Verslag van een rondgang door de literatuur.

Jaap van der Stel

12 oktober 2001

Inleiding

We definiëren groepstherapie als een bijeenkomst van twee of meer mensen ten behoeve van het bereiken van een gemeenschappelijk therapeutisch doel onder leiding of begeleiding van een of twee therapeuten. Groepstherapie verschilt van gezinstherapie doordat de therapeut open of gesloten groepen samenstelt van mensen die elkaar voorheen niet kenden. In groepstherapie wordt gewerkt vanuit bepaalde theorieën en daarop gebaseerde technieken. De inhoud en het focus van groepsbehandelingen verschilt soms aanzienlijk. In sommige groepstherapieën wordt de groep zelf en het proces dat daarbinnen ontstaat centraal gesteld als middel om het gestelde doel te kunnen bereiken. Binnen het spectrum van korte groepstherapieën vallen zowel de procesgeïntereerde als de meer directieve benaderingen (Lawton Barry 1999).

De belangstelling voor groepstherapie is – met name in de VS – de laatste tien jaar sterk toegenomen, mede als gevolg van de kostenreductie die men met deze behandelmodaliteit denkt te kunnen bereiken. Door de krappe budgetten van de publieke en private financiers van de gezondheidszorg – onder de vlag van *managed care* – wordt een zware druk gelegd op instellingen en beroepsbeoefenaren om kosteneffectieve behandelprogramma's te ontwikkelen. Dat betekent in de meeste gevallen dat er een trend is naar kortere en ambulante alternatieven, maar ook naar groepsbehandelingen daar waar deze de vergelijking met individuele behandelingen kunnen doorstaan. Empirisch onderzoek speelt bij deze ontwikkeling een belangrijke rol. Hierdoor kunnen eventuele weerstanden worden weggenomen en bestaat de mogelijkheid om financiële belangen met de belangen van de cliënten of patiënten te verzoenen (Steenbarger & Budman 1996; Ellen 1999).

Met groepstherapie wordt al bijna een eeuw lang ervaring opgedaan, maar de expansie van deze therapievorm dateert vooral van de laatste decennia (Fuhri-man & Burlingame 1994; Burlingame et al 1994). Eerst waren het inhoudelijke impulsen die – in de jaren zeventig – groepsbehandelingen op de voorgrond plaatsten. Tegenwoordig domineren vooral de economische motieven. Uit de concurrentiestrijd tussen de diverse therapeutische richtingen is vooral de cognitieve-gedragstherapie naar voren gekomen, niet alleen omdat deze therapievorm effectief is (dat kunnen andere vaak net zo goed zijn) maar ook omdat cognitieve-gedragstherapie in de meeste gevallen van korte duur zijn (niet meer dan 12 zittingen). Een ander aansprekend kenmerk is dat deze vorm sterk gericht is op de specifieke klacht en/of het problematische gedrag van de cliënt dat de aanleiding is tot deelname (Scheidlinger 2000; zie ook: Van Schoor 2000).

Vraagstelling

In dit verslag ga ik na wat bekend is over (de effectiviteit) van groepstherapie voor verslavingsproblemen. De aandacht gaat daarbij vooral uit naar kortdurende groepsbehandelingen. Daar het aantal studies dat zich specifiek op deze behandelvorm richt echter zeer schaars is, is ervoor gekozen de vraagstelling zodanig te verruimen dat ook studies naar het effect van groepstherapieën in het algemeen, in vergelijking met individuele behandelingen, in de aandacht staan.

De vraagstelling is daarom als volgt:

- > Wat is bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groepstherapieën in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen in vergelijking met individuele behandelingen.
- > Wat zijn belangrijke aspecten – naast 'het effect' – waarmee bij groepstherapieën rekening moet worden gehouden.
- > Wat is bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groepstherapieën in de verslavingszorg.

Verantwoording

Voor de beantwoording van deze drie vragen is gebruik gemaakt van de volgende bronnen: gepubliceerde literatuur zoals deze kon worden geïdentificeerd via Medline en gespecialiseerde review-databanden voor zover in ieder geval de abstracts via internet vrij toegankelijk waren (zoals Cochrane, Joanna Briggs Institute e.a.). Verder is specifiek gezocht in de laatste 15 Jaargangen van de *International Journal of Group Psychotherapy* en is in de verzamelde literatuur zorgvuldig gezocht naar bruikbare referenties. Een beperking was de korte tijd waarin deze studie plaatsvond. Daardoor kon niet alle geïdentificeerde literatuur vóór de gestelde deadline worden bemaatigd. Voor zover relevant is aansluiting gezocht bij eerdere literatuurstudies die in opdracht van de AIAR zijn uitgevoerd. Zoveel als mogelijk is gezocht naar empirische onderzoeken, - daar waar conclusies worden getrokken op basis van klinische ervaringen wordt dat telkens uitdrukkelijk vermeld. Wat klinische ervaringen betreft is voor deze studie vooral geput uit het *Treatment Improvement Protocol 34* van het Amerikaanse *Center for Substance Abuse Treatment* (Lawton Barry 1999).

Groepstherapie versus individuele therapie

Vraag a: wat is bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groeps-therapieën in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen in vergelijking met individuele behandelingen?

Evidentie

Voordat deze vraag wordt beantwoord, ga ik nog even kort in op de kwestie van de evidentie:

Recente ontwikkelingen in de (geestelijke) gezondheidszorg hebben geleid tot een toenemende vraag naar empirische ondersteuning van de geboden behandelingen. Het debat over de criteria van wat verstaan mag worden onder *evidentie* heeft in het afgelopen decennium geleid tot (steeds stringenter) standaards en procedures. Recent stelden Chambless en Hollon (1998) bijvoorbeeld een revisie voor van de criteria van de American Psychological Association uit 1995 voor empirisch gevalideerde psychologische behandelingen. Als alternatief presenteerden ze de term 'empirically validated treatment' als aanduiding van behandelingen die werkzaam blijken te zijn in gecontroleerd onderzoek met een duidelijk gespecificeerde populatie. De beste manier om therapeutische werkzaamheid aan te tonen is volgens hen door gerandomiseerde klinische trials met goed gedefinieerde populaties en door zorgvuldig gecontroleerde en methodologisch verantwoorde *single-case* experimenten. Ze benadrukken verder het belang van een behandelprotocol, met zorgvuldig gedefinieerde en gespecificeerde procedures. Een empirisch onderbouwde behandeling kan volgens hen deze drie kwalificaties krijgen: 'mogelijk werkzaam' (bijv. als de evidentie berust op slechts één onderzoek of één onderzoeksteam), 'werkzaam' én 'werkzaam en specifiek'. Een vereiste is dat de behandeling superieur is ten opzichte van een géén-behandeling controlegroep, een placebogroep of een groep die een alternatieve behandeling hebben ontvangen. Om de evidentie te vergroten, tot en met de kwalificatie 'werkzaam en specifiek', is replicatie van het onderzoek door onafhankelijke onderzoekers noodzakelijk. In hun aanbevelingen hebben Chambless en Hollon ook opgenomen dat de onderzoekspopulaties in elke modaliteit uit tenminste uit 25 tot 30 personen moet bestaan om statistische power te bereiken.

De laatste jaren is de praktijk van de systematische reviews sterk verbeterd en zijn de daarop gebaseerde niveaus van wetenschappelijke bewijsvoering duidelijk gemarkeerd. Een centrale rol hierbij speelt *The Cochrane Collaboration* (2000) mede omdat in dit samenwerkingsverband de methodiek van het systematisch reviewen is gestandaardiseerd. In het bijgaande kader staat een uitgebreide beschrijving van de niveaus van bewijsvoering zoals die door het *Joanna Briggs Institute* is uitgewerkt op basis van de Cochrane-benadering:

Niveaus van bewijsvoering					
<i>Niveau I</i> Bewijs afgeleid uit een systematisch literatuuroverzicht van alle relevante gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken.	<i>Niveau II</i> Bewijs afgeleid uit tenminste één goed opgezette gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek.	<i>Niveau III.1</i> Bewijs afgeleid uit goed opgezette gecontroleerde, maar niet gerandomiseerde, onderzoeken.	<i>Niveau III.2</i> Bewijs afgeleid uit goed opgezette cohort of case control onderzoeken bij voorkeur bij meer dan één centrum en / of door meer dan één onderzoeksgroep.	<i>Niveau III.3</i> Bewijs afgeleid uit diverse tijdreeksen met of zonder de interventie. Er waren serieuze resultaten in ongecontroleerde experimenten.	<i>Niveau IV</i> De opinie van gerespecteerde autoriteiten, gebaseerd op klinisch ervaring, beschrijvende studies, of verslagen van werkgroepen van deskundigen.

The Joanna Briggs Institute, 2000

In de onderstaande bespreking zijn overigens ook bronnen opgenomen die vanuit de huidige optiek in methodologisch opzicht – zoals hiervoor beschreven – tekortschieten. In het algemeen kan als vuistregel gelden dat recentere onderzoeken en/of reviews een steeds stringenter benadering volgen. Mede om die reden is de weergave van de bevindingen uit literatuur zoveel als mogelijk in een chronologische volgorde geplaatst. Door de bank genomen hebben recentere publicaties en onderzoeken een hogere methodologische kwaliteit.

Op plaatsen waar dat mogelijk en relevant was, is tussen haakjes het evidentiëniveau (zie kader) aangegeven. Wanneer er slechts een vermoeden over het niveau kon worden uitgesproken, of wanneer de kwaliteit van het onderzoek twijfelachtig was, is het cijfer met een vraagteken voorzien.

Groepstherapie in de geestelijke gezondheidszorg

In deze paragraaf gaat het om onderzoeken die niet, of niet-specifiek op verslavingsproblemen gericht waren.

Onderzoek naar effectiviteit van groepstherapie

Onderzoek naar de effectiviteit van groepstherapie vindt plaats sinds de jaren veertig van de 20e eeuw. Vanaf de jaren zestig zijn er van de diverse deelonderzoeken systematische reviews samengesteld. Daaruit bleek een grote mate van diversiteit in de behandeloriëntaties van de diverse experimentele groepen. Een positieve ontwikkeling was dat in die periode in toenemende mate empirische vergelijking van groepstherapie met andere experimentele condities, zoals controlegroepen (geen behandeling), verschillende groepsbenaderingen, individuele therapie én combinatietherapieën (eventueel ook met medicatie) plaatvond. Uit de reviews bleek echter voornamelijk tentatieve steun voor de effectiviteit van groepstherapie (Fuhrman & Burlingame 1994).

Sinds de jaren zeventig worden er reviews op basis van onderzoeken op basis van veel strengere richtlijnen samengesteld. Karakteristiek voor de uitkomsten daarvan was dat groepstherapie succesvol blijkt te zijn in vergelijking met controlegroepen en even effectief is als individuele therapie of een andere psychologische behandeling. De wetenschappelijke twijfel bleef in deze periode echter bestaan (ibid.).

In de publicaties van de jaren veertig tot en met de jaren zeventig werd groepspsychotherapie besproken als een specifieke behandelingsvorm die in diverse settings op uiteenlopende diagnosegroepen werd toegepast. De uitkomsten van de reviews uit deze periode waren nogal globaal. De reviews in de daaropvolgende periode kregen een meer ingeperkte oriëntatie voor wat betreft behandelmodel én patiëntencategorie. Een andere trend was dat de methodologische overwegingen en aanbevelingen in de reviews in deze periode toenamen (Burlingame et al 1994).

Vanaf de jaren tachtig was er in de reviews aldus sprake van een toenemende focale specificiteit: de reviews werden steeds meer geconcentreerd op specifieke behandelmodellen of diagnosegroepen. Uit de reviews in deze periode kwamen de volgende uitkomsten: groepstherapie laat een significante verbe-

tering zien bij de meeste diagnosegroepen ten opzichte van controlegroepen en is vergelijkbaar of zelfs superieur aan andere behandelmodaliteiten. Deze conclusie konden Fuhrman en Burlingame (1994) trekken op basis van 700 studies.

Nieuw, sinds de jaren zeventig, was de opkomst van de meta-analyse als literatuuronderzoekstrategie. De start voor wat betreft het metaonderzoek naar de effectgrootte van groepstherapie (in vergelijking met in het bijzonder een individuele behandeling) ligt in het werk van Smith en Glass (1977). De meerderheid van de eerste generatie meta-analyses naar groepstherapie liet zien dat er tussen groeps- en individuele behandeling geen significant verschil was. In een minderheid van de meta-analyses in de eerste generatie bleek individuele behandeling superieur te zijn. Maar bij nadere beschouwing bleek dat het groepsformat in deze meta-analyses nauwelijks was uitgewerkt: er was veel-er sprake van individuele behandeling in de aanwezigheid van anderen, in plaats van dat de unieke kenmerken van de groepssetting en het groepsproces als therapeutische factoren waren ingezet (Fuhrman & Burlingame 1994).

Uitkomsten onderzoek naar groepstherapie

De bespreking van het onderzoek naar de effectiviteit van (groeps)psychotherapie begin ik met het werk van Smith et al (1980; niveau 1?). In dit review trokken de onderzoekers de volgende twee, belangrijke conclusies:

- > Psychotherapie heeft in het algemeen effect.
- > Tussen de diverse typen psychotherapie waren niet af nauwelijks verschillen vast te stellen. De gemiddelde effectgrootte voor groepstherapie was 0.83 en de gemiddelde effectgrootte voor individuele therapie was bijna even groot: 0.87 (van de in dit review opgenomen onderzoeken was het gemiddelde aantal therapeuten 16 en de gemiddelde therapieduur was 11 weken).

In het kielzog van dit review zijn diverse andere kleine en grotere (experimentele- en literatuur-) onderzoeken verricht die min of meer tot vergelijkbare resultaten kwamen dan wel in staat waren de bevindingen van Smith et al aan te scherpen. In volgorde van publicatiedatum enkele voorbeelden:

Shapiro et al (1982; niveau 2) vergeleken in een Health Maintenance Organization drie behandelmodaliteiten voor angst- en depressieklachten: een cognitieve gedragstherapiegroep, een traditionele procesgeoriënteerde interpersoonlijke groep en een individuele cognitieve gedragstherapie. In de evaluatie bleken alle drie de experimentele groepen significant verbeterd te zijn, afgemeten aan de uitkomsten van enkele metingen en bleken er geen verschillen tussen deze drie modaliteiten gevonden te kunnen worden.

Stiles et al (1986; niveau 1?) repliceerden in een review de bevinding van Smith et al dat de relatieve uitkomst van alle therapieën gelijk blijkt te zijn.

Toseland en Siporin (1986; niveau 1) stelden, in aansluiting op Smith et al, in een eigen review waarin 32 studies werden opgenomen die voldeden aan hun – ten opzichte van de Smith et al studie – nader gespecificeerde criteria (zie: Toseland & Siporin, 1986, p. 177) vast, dat groepsbehandeling in 25 procent van de studies effectiever bleek te zijn dan individuele behandeling. Groeps-

behandeling was in 31 procent van de gevallen ook efficiënter dan individuele behandeling. Zij constateerden echter ook dat (peildatum 1986) de onderzoeksliteratuur onvoldoende helder was met betrekking tot het type probleem dat behandeld was. De reviewers stelden op basis van hun materiaal verder vast dat individuele behandeling niet effectiever was dan een groepsbehandeling, terwijl het omgekeerde dus wel voorkwam.

Budman et al (1988; niveau 2) publiceerden over een randomized clinical trial waarin ze kortdurende groepspsychotherapie vergeleken met kortdurende individuele therapie. Er deden 89 (niet-psychootische) ambulante psychiatrische patiënten aan mee (mannen en vrouwen). De behandelingen werden uitgevoerd door vijf ervaren therapeuten en vonden plaats in ongeveer 12 wekelijkse zittingen. In beide behandelmodaliteiten was sprake van significante (en duurzame) verbetering. Zij repliceerden hiermee de uitkomsten van het review van Smith et al en van Stiles et al (zie hierboven) waaruit was gebleken dat de relatieve uitkomst van alle therapieën gelijk blijkt te zijn. Niettemin waren er verschillen in de subjectieve beleving van de deelnemers na afloop. Daar ga ik hieronder nog verder op in.

Johnson en Thorn (1989; niveau 2) testten de effectiviteit van de behandeling van hoofdpijn. Ze gingen onder andere na of groepsgerichte cognitieve gedragstherapie even effectief was als de individuele variant daarvan. Er waren slechts 22 patiënten. Deze werden verdeeld over de twee modaliteiten én een controlegroep (wachttijl). Het behandelprotocol bestond uit vijf wekelijkse zittingen van 90 minuten, die waren verdeeld in drie delen. In deze studie toonden de onderzoekers de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor hoofdpijn aan. Tussen beide behandelmodaliteiten konden geen verschillen worden vastgesteld.

Tiltski (1990; niveau 1) publiceerde tien jaar na Smith et al een meta-analyse waarin – op basis van strengere selectiecriteria – negen studies (vanaf 1955) werden opgenomen met in totaal 349 patiënten. In de selectie werden alleen studies toegelaten die groeps- en individuele behandelingen vergeleken met controlegroepen, en waarin sprake was van een pretest-posttest design (zie verder: Tiltski 1990, p.215). De resultaten van deze meta-analyse duiden erop dat beide behandelmodaliteiten een significante verbetering lieten zien ten opzichte van de controlegroepen. Van belang is dat de onderzoekers vaststelden dat recentere studies grotere effectscores hebben dan studies van oudere datum. De effecten waren ook groter dan Smith et al vaststelden (dit is vermoedelijk het gevolg van de strengere selectiecriteria). Verder bleek dat groepsbehandelingen bij de behandeling van adolescenten effectiever waren dan individuele behandelingen. Bij kinderen was sprake van een tegenovergesteld effect.

Fuhrman and Burlingame (1994; niveau 1) rapporteerden op basis van de bevindingen uit 15 reviews met in totaal 700 studies over een periode van 20 jaar. Hieruit kon de algemene conclusie mocht worden getrokken dat de groepsmodaliteit (ongeacht het specifieke model) voor diverse stoornissen even positieve effecten laat zien als individuele behandelingen.

Piper en Joyce (1996; niveau 1) verrichtten een reviewstudie naar de werkzaamheid, toepasbaarheid en efficiëntie van korte groepsbehandelingen. Ze bouwden voort op de uitkomsten van eerdere studies waarin sterke evidentie voor deze drie factoren reeds gevonden was. Om – nogmaals – de vraag te kunnen beantwoorden of er evidentie is dat groepstherapie werkzamer is ten opzichte van controlesituaties, en of er evidentie is dat groepsbehandeling even effectief is als individuele therapie, selecteerden ze 86 studies uit de periode 1983 tot 1994. Belangrijke resultaten waren:

- > In 50 studies werd een vergelijking gemaakt tussen een korte groepsbehandeling versus een controlesituatie. In bijna alle geselecteerde studies (d.i. 48) kon evidentie worden gevonden voor een positief effect ten opzichte van de controlesituatie.
- > In zes studies werd een vergelijking gemaakt tussen korte groepstherapie en individuele behandeling. Slechts één studie toonde de superioriteit van de groepstherapie aan en eveneens één studie toonde de superioriteit van individuele therapie aan; overigens was er geen verschil tussen beide modaliteiten en wat betreft het beoogde behandelresultaat.

Het Joanna Briggs Institute publiceerde recent een systematisch uitgevoerd review (volgens dezelfde stringente criteria als die door de Cochrane Collaboration zijn opgesteld) waarin onder andere groeps- en individuele therapie in de behandeling van depressie met elkaar werden vergeleken (Hodgkinson et al 1999; niveau 1). Hieruit bleek dat zowel groeps- als individuele cognitieve gedragstherapie (althans bij volwassenen) even effectief is voor de behandeling van depressie – afhankelijk van de inschatting van de behandelaar voor de receptiviteit van de desbetreffende module bij de betrokken client. Door dit instituut is in 2000 een zelfde studie naar individuele versus groepsbehandelingen voor schizofrenie gepubliceerd, maar gezien de aard van deze stoornis worden de uitkomsten daarvan hier buiten beschouwing gelaten.

Ik besluit deze, vooral chronologische, weergave van de bevindingen uit de literatuur met de belangrijkste uitkomsten van een meta-analyse van McRoberts et al (1998; niveau 1). Zij hebben zich evenals de hierboven genoemde onderzoekers opnieuw gestort op de vraag of er verschillen zijn tussen individuele- en groepstherapie. Ze stellen vast dat er in de voorafgaande reviews vaak voorbij is gegaan aan een aantal belangrijke methodologische tekortkomingen bij de aangehaalde studies. Daarom hebben zij hun meta-analyse uitsluitend uitgevoerd op 23 effectstudies waarin uitdrukkelijk de effectiviteit van individuele en groepstherapie binnen één en het hetzelfde onderzoeksdesign is geëvalueerd. Maar ook dan blijkt het resultaat in hoofdlijnen overeen te komen met de eerdere bevindingen: er bestaat, ook na kritische statistische her-analyses, in het algemeen geen essentieel verschil tussen beide 'formats'. De onderzoekers concludeerden dan ook dat groepstherapie in veel verschillende situaties als een werkzaam en kosteneffectief alternatief voor individuele behandeling kan worden gebruikt.

McRoberts et al stelden evenwel vast dat indien de geselecteerde studies worden gesorteerd naar het behandel doel, cliënten met duidelijk gedefinieerde en omliggende problemen of symptomen zoals pijnklachten, opvoedingsproblemen, werkstoornissen maar ook *misbruik van middelen*, groepstherapie zelfs de nei-

ging heeft superieure resultaten te laten zien. Het omgekeerde komt ook voor: depressie blijkt in deze meta-analyse beter behandeld te kunnen worden via een individuele behandeling, ook al zijn de verschillen met een groepstherapie niet zo groot. De hiervoor besproken metastudie van het Joanna Briggs Institute lijkt deze bevinding overigens tegen te spreken.

Conclusie

Het antwoord op *vraag a*. luidt dat er op basis van klinische studies en de daarop gebaseerde reviews kan worden geconcludeerd dat:

- > Groepstherapie een effectieve interventievorm is voor diverse diagnosegroepen in de geestelijke gezondheidszorg (niveau 1).
- > Er in het algemeen geen significante verschillen kunnen worden vastgesteld tussen individuele en groepsbehandelingen (niveau 1).

Specifieke aspecten

Vraag b: wat zijn belangrijke aspecten - naast 'het effect' - waarmee bij groepstherapieën rekening moet worden gehouden?

Therapeutische factoren

In handboeken voor groepspsychotherapie staan diverse aanbevelingen voor de opzet en uitvoering van groepstherapie. Verder staan er – meestal vooral op klinische ervaringen gebaseerde – suggesties over de curatieve factoren die in groepen werkzaam zijn. Daarbij gaat het om mechanismen die werkzaam zijn in alle therapieën (gemeenschappelijke en nonspecifieke factoren), mechanismen die specifiek werkzaam zijn in groepstherapieën en mechanismen die werkzaam zijn voor specifieke groepen of voor specifieke groepsleden (differentiërende factoren) (zie: Toseland & Siporin 1986; Collijn et al 1991).

Een veel geciteerde lijst van therapeutische factoren is opgesteld door Yalom in zijn boek *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (1995). Hij identificeerde de volgende elf factoren die een verklaring kunnen bieden waarom groepstherapie werkt:

- > Bijbrengen van hoop.
- > Universaliteit.
- > Aandragen van informatie.
- > Altruïsme.
- > Correctieve recapitulatie van de primaire familiegroep.
- > Ontwikkeling van socialiserende technieken.
- > Imiterende gedragingen.
- > Interpersoonlijk leren.
- > Groepscohesie.
- > Catharsis.
- > Existentiële factoren.

Door andere auteurs is deze lijst geamendeerd (zie: Crouch et al 1994).

Er zijn diverse studies gedaan naar het bestaan c.q. de werkzaamheid van deze en andere therapeutische factoren in groepstherapie, met verschillende methoden en met soms weinig verrassende resultaten. Problemen met het concept van de therapeutische factoren zijn onder andere dat de factoren inhoudelijk gezien niet in balans zijn. Verder overlappen ze elkaar waardoor het moeilijk is een gebeurtenis toe te schrijven aan een specifieke factor. Tot slot verschilt het perspectief van de cliënten van dat van de therapeuten: de eersten zijn meer geneigd de aandacht te richten op cognitieve en affectieve factoren, terwijl de therapeuten meer gericht zijn op gedragsaspecten (ibid.).

De diverse begrippen vereisen nadere definitie. Nieuwe theoretische modellen moeten worden ontwikkeld waaruit te onderzoeken hypothesen kunnen worden afgeleid: de experimentele variabelen dienen nader gespecificeerd te worden om replicatieonderzoek te faciliteren en er dienen valide en betrouwbare maten voor de beoordeling van de onderzoeksresultaten ontwikkeld te worden (ibid.).

Korte duur

Zoals uit de bespreking van de studies naar de vergelijking tussen individuele en groepsbehandelingen al kon worden vastgesteld is er sprake van een trend naar kortere therapievormen, ook voor de groepsvariant daarbinnen. Voor het welslagen van een kortdurende groepsbehandeling is een minimum aan tijd nodig, hun duur beslaat meestal een periode van drie tot zes maanden. Volgens Garvin et al (1976) vindt de meeste verandering van de cliënt ook plaats in een korte tijd – twee tot drie maanden. Daarom kan een kortdurende therapie succesvol zijn in het bevorderen van verandering. Van belang is dan wel dat de therapie doelgericht is, meer gestructureerd is en directieve kenmerken vertoont en eventueel gebruik maakt van indringende therapeutische technieken (zie ook: Lawton Barry 1999).

Het focus van een kortdurende therapie is mede afhankelijk van het model van waaruit de therapeut werkt. Verder is het van belang zich te realiseren dat juist in de context van een gestructureerde en sterk directieve cognitieve gedragsbenadering, die meer educatief dan therapeutisch is, ter dege rekening moet worden gehouden met (de fasen in) het groepsproces (openingszitting, vervolgzittingen en afsluiting). Op basis van klinische consensus kunnen de voorbereiding, de selectie (assessment) en de verwachtingen van de groepsleden als belangrijke aspecten worden geïdentificeerd die vooral voor het gebruik van kortdurende groepsbehandelingen in een ambulante setting belangrijk zijn. De duur van de groepsbehandeling is over het algemeen niet vaker dan twee zittingen per week met tussen de zes en twaalf zittingen in totaal. De duur van de zittingen is tussen de anderhalf tot twee uur. Indien het groepsproces in de methodiek centraal staat moeten de deelnemers voldoende tijd hebben om hun rol in de groep te kunnen bepalen en daarmee ervaring op te kunnen doen. Verder dient de groep voldoende tijd te hebben om zijn identiteit te kunnen bepalen, cohesie te ontwikkelen en een veilige plek te worden voor de deelnemers om tot zichzelf te kunnen komen (zie: ibid.).

MacKenzie (1996) geeft aan dat de aanwezigheid van een tijdslimiet grote voordelen heeft voor de structurering van het therapeutische proces tot en met de strategische afsluiting daarvan. Hij heeft (mede) voor kortdurende groepsbehandelingen een protocol ontwikkeld bestaande uit de volgende elementen:

- > Selecteer geschikte medewerkers met dezelfde capaciteit om een aan tijd gebonden opzet uit te voeren.
- > Maak gebruik van een gesloten groep.
- > Verhelder de tijds grenzen direct aan het begin.
- > Versterk het tijds kader tijdens de tweede helft van de groep.
- > Doe gefocuste interventies.
- > Voorkom voortijdige afsluiting.
- > Versterk de afsluitende thema's zoals deprivatie, verbittering en boosheid, afwijzing, verdriet en verlies, verantwoordelijkheid voor jezelf.
- > Structureer de slotsessie.
- > Plan een follow-up bijeenkomst na vier maanden om de voortgaande toepassing van het geleerde aan te moedigen.

Deze richtlijnen zorgen er zijns inziens voor dat de therapeut een structuur tot zijn of haar beschikking krijgt waarmee vragen omtrent de afsluiting van de therapie beantwoord kunnen worden. Kortdurende groepstherapieën zijn over het algemeen van een gesloten karakter. MacKenzie ziet als een belangrijk nadeel van open groepen dat bij elke wisseling van de groepsamenstelling de groep opnieuw over de relaties moet 'onderhandelen' en dat groepstaken die normaal gesproken aan het begin van het groepsproces staan opnieuw op de agenda komen te staan.

Het gaat bij kortdurende groepstherapie dus om groepsbehandeling waarvan de korte duur uitdrukkelijk *gepland* is. De lengte als zodanig is niet zozeer het criterium, wél de aanwezigheid van de notie dat de voor de behandeling beschikbare tijd beperkt is. Belangrijke behandelingsaspecten van kortdurende groepstherapie zijn: de voorbereiding vooraf, de focus van de groep (nauw omlijnd) en de groepsamenstelling (d.i. hoge mate van homogeniteit). Andere belangrijke aspecten zijn: groepscohesie, de leidinggevende rol van de therapeut en de oriëntatie op de tijd (Budman et al 1994).

Voorkeur voor individuele therapie

Budman et al (1988) stelden in hun clinical trial vast dat de patiënten een duidelijke voorkeur gaven voor de individuele behandelvorm. Veel patiënten zagen af van deelname aan een behandeling als ze werden toegewezen tot een groepsbehandeling. Individueel behandelde cliënten gaven aan meer baat bij hun behandeling te hebben gehad dan ze van een groepsbehandeling zouden mogen verwachten. Na behandeling legden zij een verband tussen hun verbeterde toestand en de ontvangen (individuele) behandeling, ook al was het effect van een groepsbehandeling, op basis van enkele metingen, even effectief. Een en ander impliceert dat de voorkeur voor kortdurende groepsbehandelingen vooral succesvol is vanuit institutionele overwegingen (lagere kosten).

Johnson en Thorn (1989) komen in dit opzicht tot een iets positiever oordeel over de evaluatie van deelnemers aan groepsbehandelingen. Niet één deelne-

mer aan een behandelmodaliteit in hun kleine studie had zich negatief geuit over de toewijzing. De groepsdeelnemers rapporteerden als positief dat zij de kans hadden om hun ervaringen met anderen te delen. De groepsbehandeling was een medium om gedachten en gevoelens te uiten over hun lijden, eerdere behandelingen én over hun vooruitgang in de groep.

Piper en Joyce (1996) repliceerden echter in hun review de bevinding van Budman et al dat cliënten de voorkeur geven aan individuele therapie. Zij stellen voor bij de evaluatie van deze verschillen aandacht te geven aan de volgende criteria, die ook bij de evaluatie van medicatie worden gehanteerd:

- > Gemak van toediening voor de patiënt.
- > Bijwerkingen voor de patiënt.
- > Gemak van toediening en bijwerkingen voor de therapeut.
- > Training and ervaring.
- > Organisatorische moeilijkheden.
- > Negatieve reacties tegenover managed-care initiatieven.

Matching

Piper en Joyce (1996) leidden uit de hiervoor besproken bevinding over de voorkeur voor individuele behandeling af dat een optimale 'matching' van groot belang is: reviews wijzen slechts op gemiddelde resultaten en sluiten individuele verschillen niet uit. Volgens hen is er weinig onderzoek gedaan dat therapeuten een voldoende empirische basis verschaft bij hun beslissingen. Niet alleen omdat het aantal vergelijkende effectstudies (individueel versus groep) beperkt is, maar ook omdat in het onderzoek de patiëntkarakteristieken vaak niet of onvoldoende meegenomen worden.

Eerder stelde Piper (1994) op basis van 23 interactie-onderzoekingen vast dat de volgende patiëntkarakteristieken een voorspellende waarde hebben:

- > Interne locus of control.
- > Psychologische belangstelling.
- > Motivatie.
- > Sociale competentie.
- > Geleerde vindingrijkheid.
- > Ego sterkte.
- > Coping stijl.
- > Defensieve stijl.

De belangrijkste variabelen waarin groepstherapieën van elkaar verschillen waren volgens deze studie:

- > Mate van directiviteit.
- > Oriëntatie op inzicht.
- > Structuur.
- > Cognitieve en gedragsmatige oriëntatie.
- > Focus op groepsinteractie.

Volgens Piper en Joyce (1996) is het bewijs voor een gedifferentieerde invloed van de persoonlijke karakteristieken op de verschillende vormen van groepstherapie zeer sterk. Maar de beantwoording van de vraag wat dit impliceert voor de keuze voor een individuele of groepsbehandeling veronderstelt volgens hen nader onderzoek.

Geslacht en etniciteit

Een aspect van de matching is de kwestie van de groepssamenstelling naar geslacht en etniciteit. In de klinische praktijk is er consensus over dat een heterogene groep, in het bijzonder als daarin mensen met uiteenlopende diagnoses bijeengebracht worden, in veel opzichten complexer is. Een homogeen samengestelde groep biedt het voordeel dat er eerder sprake is van cohesie en veiligheid voor de deelnemers. Dit is vooral van belang indien de groep van korte duur is. Lawton Barry (1999) concludeert hieruit dat homogene groepen de voorkeur hebben als de behandeling van korte duur is. Onder verwijzing van onderzoek van de *Manisses Communications Group* (1997) geeft ze in het consensusprotocol aan dat het onderlinge contact in een groep met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt, van hetzelfde geslacht of cultuur zijn en dezelfde seksuele voorkeur hebben, gunstig werkt. In de verslavingszorg houden homogene groepen overigens het risico in dat de groep geneigd is de aandacht te richten op het gezamenlijke verleden wat betreft gebruik van middelen, in plaats van de gezamenlijke aandacht te richten op herstel.

Opmerkelijk is dat volgens Jarvis (1992) deelname aan groepsbehandelingen voor vrouwen minder effectief is. De gedachte hierachter is dat groepen over het algemeen door mannen gedomineerd worden. Groepen (ongeacht hun samenstelling) reflecteren de traditionele mannelijke stijl van interacteren. In hoeverre vrouwen mede daardoor beter aan geslachtshomogene dan wel aan gemengde groepen kunnen deelnemen is echter nog niet op grond van vergelijkende studies vastgesteld. Hier komt bij dat het in de praktijk van alledag voor instellingen vaak lastig is om een uitsluitend uit vrouwen samengestelde groep te vormen.

Kosteneffectiviteit

Naast de experimentele werkzaamheid en effectiviteit in de klinische praktijk is de kosteneffectiviteit een veel besproken aandachtspunt in de literatuur over (kortdurende) groepsbehandelingen. Vanuit kostenoverwegingen zijn groepsbehandelingen duidelijk gunstiger. Tijdens een zitting die slechts iets langer duurt dan die van een individuele behandeling kunnen 8 tot 12 cliënten behandeld worden met min of meer vergelijkbaar resultaat.

Piper en Joyce (1996) stellen dat – uitgaande van een gemiddeld aantal patiënten van 7,5 in een groep van 12 zittingen van 90 minuten – de gemiddelde tijdsinvestering per deelnemer 2,4 uur bedraagt. Een individuele therapie van 12 zittingen van telkens 45 minuten betekent 9 uur per patiënt, dat is vier keer zoveel als in de groepsvariant. Daarmee zijn groepen nog niet viermaal zo goedkoop omdat de voorbereidings- en de evaluatietijd per zitting meer tijd in beslag nemen. Hier komt bij dat groepstherapieën vaak door twee in plaats van één therapeut geleid worden. Als voorbeeld geldt hier de berekening van de kosten van een groepstherapie in de verslavingszorg door Sobell en Sobell (1998): in termen van kosten realiseerde de groepsbenadering een besparing van 42 procent ten opzichte van de individuele behandeling. Een bijkomend voordeel was dat het aantal afzeggings bij de individuele deelnemers acht keer hoger lag dan bij de groepsdeelnemers.

Conclusie

Het antwoord op *vraag b.* luidt als volgt:

- > Er zijn diverse therapeutische factoren werkzaam in groepstherapieën, deze zijn echter vooral op klinische ervaring (consensus) gebaseerd (niveau 4).
- > Er zijn diverse voordelen gemoeid met specifiek kortdurende groepstherapieën en er kunnen daaromtrent specifieke aanbevelingen opgesteld worden voor wat betreft de opzet. Kortdurende groepen hebben bij voorkeur een gesloten opzet. Ook hier overheerst de klinische ervaring (consensus) als bewijsmateriaal (niveau 4).
- > Uit onderzoek blijkt dat cliënten over het algemeen de voorkeur geven aan individuele behandeling, ook al is groepstherapie even effectief in het weg nemen van de klachten e.d. (niveau 4 en hoger).
- > Uit onderzoek kunnen enkele algemene criteria afgeleid worden voor wat betreft de verwijzing naar groepstherapieën (niveau 4 en hoger).
- > Uit onderzoek en klinische ervaring (consensus) kan worden afgeleid dat homogeen samengestelde groepen vooral de voorkeur genieten als de therapie van korte duur is (niveau 4 en hoger).
- > Uit onderzoek blijkt dat groepstherapieën in vergelijking met individuele therapieën kosteneffectief zijn (niveau 4 en hoger).

Verslavingszorg in groepsverband

Vraag c: wat is bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groepstherapieën in de verslavingszorg?

Alvorens deze vraag te beantwoorden ga ik eerst kort in op het thema 'succesvolle verslavingszorg'.

Succesvolle verslavingszorg

De verslavingszorg is er lange tijd op gericht geweest een manier te bedenken om cliënten van drank of drugs 'af te houden', met over het algemeen matig tot geen waarneembaar resultaat (zie: Babor 1994). Gebleken is dat confronterende methoden of dwangbehandelingen niet werkzaam zijn. In de laatste twee decennia is onder invloed van onder andere psychologische leertheorieën sprake van methodieken om de motivatie tot gedragsverandering te bevorderen (zie: Miller 1998). Thans wordt in de vorm van gecontroleerde experimenten gezocht naar succesvolle behandelingen.

Westerberg (1998) noemt de volgende aspecten die de mate van succes van verslavingszorg voorspellen:

- > Succes voorspelt succes.
- > Proberen voorspelt succes.
- > De ernst van het verslavingsprobleem.
- > Psychiatrische co-morbiditeit.
- > Stemmingstoestanden.
- > Coping en stress.
- > Sociale steun.
- > Self-efficacy.
- > Verwachtingen.

In het algemeen is het beter het focus bij de cliënten te richten op het behalen van successen dan op het vermijden van bepaald gedrag en/of het falen dat daarbij optreedt. De praktische consequenties die daaruit voor de behandeling voortvloeien zijn volgens Westerberg:

- > Onderzoeken van de mogelijkheden en werken aan sociale steun voor onthouding.
- > Aanmoedigen van het uitproberen van verschillende veranderingstrajecten; versterken van de diverse actieve stappen tot verandering, in plaats van het focussen op slippertjes en terugval.
- > Het versterken van self-efficacy door het benadrukken van positieve aspecten van voorafgaande pogingen tot verandering en deze verbinden met eerdere successen.
- > Het serieus nemen van de andere levensproblemen van de cliënt en deze betrekken in de behandeling door positieve copingstijlen te bevorderen die los staan van verslavingsgedrag.

Volgens Westerberg is het niet toevallig dat deze kenmerken overeenkomen met de principes van succesvolle cognitieve gedragsbehandelingen en andere empirisch onderbouwde therapieën.

In de verslavingszorg is ook de oriëntatie op kortdurende behandelingen een duidelijke trend geweest. Bien et al (1993) geven in hun review van de alcohol literatuur aan dat relatief korte interventies effectief blijken te zijn voor de reductie van de alcoholconsumptie of het op gang helpen van een verwijzing c.q. behandeling en in vergelijking met andere modaliteiten zelfs effectiever zijn. In hun review staan helaas geen expliciete aanwijzingen over de effectiviteit van (kortdurende) groepsbenaderingen voor alcoholverslaafden. Dat laatste geldt ook voor het onderzoeksverslag van Heather (1996) naar de implementatie van kortdurende behandelingen voor excessief alcoholgebruik in Groot-Brittannië.

In The Consensus Panel (Lawton Barry 1999) staan aanbevelingen samengevat die gebaseerd zijn op zowel onderzoek als klinische ervaringen. Daarin wordt op basis van de wetenschappelijke literatuur geconcludeerd dat kortdurende interventies (vanaf 5 minuten tot therapie sessies van meer dan een uur) effectief toegepast kunnen worden in de verslavingszorg. De rapporteur identificeert de volgende onderdelen van kortdurende interventies:

- > *Feedback* geven aan het individu over persoonlijk risico of achteruitgang.
- > De *verantwoordelijkheid* voor verandering wordt gelegd bij de deelnemer.
- > De clinicus geeft *advies* tot verandering.
- > Het *menu* voor alternatieve zelfhulp of behandelmogelijkheden wordt aan de deelnemer aangeboden.
- > De counselor hanteert een *empatische* stijl.
- > *Self-efficacy* of optimistische *empowerment* wordt bij de deelnemer geïnduceerd.

Een kortdurende interventie bestaat volgens haar uit de volgende vijf stappen, ongeacht het aantal zittingen, de modaliteit of de duur van de interventie:

- > Het inleiden van de thema's binnen de context van de gezondheid van de cliënt.

- > Screening, evaluatie en beoordeling.
- > Geven van feedback.
- > Spreken over verandering en het stellen van doelen.
- > Het samenvatten en komen tot een afsluiting.

Er is echter, aldus de rapporteur, nog onvoldoende bekend welke populaties kunnen profiteren van kortdurende therapie. In het protocol worden de volgende criteria genoemd die bij de keuze voor kortdurende therapie een rol kunnen spelen.

Op basis van wetenschappelijke bewijsvoering zijn dat:

- > Aspecten van dual diagnosis zoals een bijkomende psychiatrische stoornis of ontwikkelingsachterstand.
- > De omvang en de ernst van de aanwezige problemen.
- > De duur van het misbruik.
- > Aanwezigheid van gezinssteun of steun uit de omgeving.
- > Het niveau en het type invloed van vrienden, familie en de omgeving.
- > Voorafgaande behandeling of pogingen topt herstel.
- > Het niveau van de motivatie van de cliënt (kortdurende therapie vereist meer inzet van de kant van de cliënt maar een geringere tijdsinvestering).
- > De helderheid van de doelen van de cliënt op korte en lange termijn (kortdurende therapie vereist meer duidelijk geformuleerde doelen).
- > Het geloof van de cliënt in de waarde van kortdurende therapie.
- > Aanzienlijke aantallen cliënten die behoefte hebben aan behandeling.

De volgende keuzecriteria zijn afgeleid uit klinische ervaring:

- > Minder ernstige vorm van misbruik van middelen, zoals gemeten door een instrument als de Addiction Severity Index (ASI).
- > Het niveau van voorafgaande trauma's die van invloed waren op het gebruik van de cliënt.
- > Onvoldoende hulpbronnen beschikbaar voor een langer durende therapie.
- > Aanwezigheid van bijkomende medische of geestelijke gezondheidsproblemen.
- > Grote aantallen cliënten die behoefte hebben aan behandeling waardoor wachtlijsten voor gespecialiseerde behandelingen zijn ontstaan.

Groepstherapie in de verslavingszorg

In deze paragraaf gaat het om onderzoeken die specifiek op verslavingsproblemen gericht waren.

Algemene stand van zaken

Groepspsychotherapie is in de verslavingszorg een geaccepteerde behandelmodaliteit. Klinische ervaring duidt erop dat verslaafden er baat bij kunnen hebben (zie: Flores & Mahon 1993; niveau 4). Hoewel de wetenschappelijke bewijsvoering nog beperkt is, geven klinische ervaringen in de verslavingszorg aan dat groepstherapie een ingrijpende invloed kan hebben op de deelnemers (Lawton Barry 1999; niveau 4). Bepaalde gunstige effecten treden eerder in groepsverband op dan in een individuele behandeling. Lawton Barry stelt dat deze vorm cliënten de gelegenheid biedt bij zichzelf en anderen vooruitgang te ervaren en het verschaft hen de gelegenheid in een sfeer van steun en hoop successen bij zichzelf en de groepsleden mee te maken.

Levine en Gallogly (1985; niveau 4) menen dat groepsbenaderingen voor mensen met alcoholproblemen de volgende voordelen bieden:

- > Helpen bij het reduceren van ontkenning en ambivalentie tegenover de gang van zaken én het vergemakkelijken van de erkenning van het alcoholprobleem.
- > Verhogen van de motivatie tot onthouding en andere veranderingen.
- > Behandeling van de emotionele voorwaarden die vaak samengingen met het drinken in gezelschap (zoals angst, depressie, vijandigheid).
- > Vergroten van de capaciteit tot het herkennen van, anticiperen op en omgaan met situaties die aan het drikgedrag vooraf kunnen gaan.
- > Inspelen op de sterke behoeften van de aan alcohol verslaafde cliënten aan sociale acceptatie en steun.

De systematisch-empirische aandacht voor de modaliteit van de therapie in de verslavingszorg is tot nu toe beperkt geweest (zie: Donovan 1998). Dit ondanks de populariteit van groepstherapie als een behandeling voor verslavingen. Er zijn weinig systematische handleidingen en er bestaat ook geen taxonomie voor de classificatie van groepstherapiemodaliteiten (Stinchfield et al 1994). In hun review naar de groepstherapiemethode voor verslaafden signaleerden Stinchfield et al de volgende problemen:

- > De experimentele controle zoals standaardisatie van behandelcondities is gebrekkig.
- > De beïnvloeding van de groepstherapie door andere factoren zoals eerdere behandeling of andere gelijktijdig plaatsvindende interventies (zoals deelname aan een AA-groep) verstoort de validiteit van de bevindingen.
- > De behandeldoelen zijn vaak onvergelijkbaar en ongespecificeerd.
- > De kenmerken van de therapeut variëren sterk.
- > Een goede beschrijving van de kenmerken van de cliënten, therapeuten en de karakteristieken van de therapie (noodzakelijk voor de mogelijkheid van replicatie) is meestal afwezig.
- > Veel onderzoeken hebben een beperkte generaliseerbaarheid doordat ze zich uitsluitend op blanke mannen richtten.

Een ander probleem is dat het accent vaak ligt op abstinentie als behandelgoal. Hierdoor bestaat het risico dat de aard en omvang van het voorafgaande gebruik, alsmede de veranderingen in het gebruik na afloop van de behandeling, door de onderzoekers genegeerd worden. Een probleem dat vooral bij meta-analyses optreedt, is dat in effectonderzoeken het accent ligt op het effect, terwijl het proces behandeld wordt als een black box. Zo blijft onbekend welke (proces)factoren de gemeten uitkomst beïnvloeden (Stinchfield et al 1994).

Hieronder volgt een opsomming van de uitkomsten van enkele van deze studies:

Alcoholgebruik

Miller et al (1998) hebben op basis van wetenschappelijke studies vastgesteld dat ongedifferentieerde groepstherapie nauwelijks een gunstig effect laat zien op het drinkgedrag. Een positiever beeld uit de onderzoekswereld duikt op waar het kortdurende, gestructureerde en klachtgerichte behandelingen betreft, bijvoorbeeld gericht op terugvalpreventie.

Sandahl en Ronnberg (1990; niveau 2) testten tien jaar geleden de effecten van kortdurende groepspsychotherapie als methode voor terugvalpreventie voor alcoholcliënten. Ze boden cliënten de therapie als een *cursus* aan om weerstanden te vermijden. Acht groepen kwamen wekelijks, gedurende acht keer weken en met een zittingsduur van anderhalf uur bijeen. Uit de follow-up resultaten bleek dat de deelnemers er beter aan toe waren in vergelijking met hun situatie vóór behandeling, alsmede in vergelijking met een controlegroep. Uit de studie kwam verder naar voren dat cliënten die in sociaal opzicht stabielere zijn meer baat bij de behandeling hadden.

Deze bevinding komt overeen met het voorstel van Miller en Hester (1986; niveau 4) om cliënten met een lager conceptueel niveau een goed-gestructureerde behandelingsituatie aan te bieden, terwijl cliënten met een hoger conceptueel niveau meer baat zouden vinden bij een minder gestructureerde behandeling.

Sandahl en Ronnberg brengen het positieve resultaat in verband met de hoge mate van gestructureerdheid van de cursus, de houding van de 'cursusleiders' om uit te gaan van het eigen oordeel van de cliënten over hun situatie. Andere curatieve factoren zijn volgens de onderzoekers:

- > Sociale vergelijking.
- > Feedback.
- > Het effect van de toeschouwer.
- > Het uitproberen van nieuwe gedragingen.

Graham et al (1996; niveau 2) verrichtten een controlled field trial waarin individuele versus groepsgerichte cognitieve gedragstrainingen werden aangeboden voor terugvalpreventie bij verslavingsproblemen. Hieruit bleek dat er geen significante verschillen konden worden vastgesteld tussen beide modaliteiten. Beide benaderingen bleken even effectief te zijn, afgemeten aan de deelname aan het programma, de tevredenheid van de cliënt én wat betreft de reductie in het drankgebruik een jaar na afloop. Het enige verschil bij de follow-up na een jaar was op het aspect van het psychosociaal functioneren. De deelnemers aan de groepsbenadering scoorden hierop beter. De behandelingen bestonden uit 12 wekelijkse zittingen; de individuele sessies duurden 45-60 minuten en de groepsessies een tot anderhalf uur.

Alcohol en drugsgebruik

Sobell en Sobell (1998; niveau 2) hebben een randomized controlled trial verricht naar de Guiding Self-Change-methode. Ook hieruit bleek dat in termen van de uitkomst van het drinkgedrag of drugsgebruik er geen significante verschillen konden worden aangetoond tussen individuele en groepsbehandelingen (zie ook: Sobell et al 1995). Verder bleek dat wat betreft de tevredenheid van de cliënt dat slechts 19 procent van de deelnemers aan individuele therapie de ontvangen hulp onvoldoende te vinden. Dat aantal was bij de groepsbehandeling 43 procent – ook deze bevinding komt overeen met niet-specifieke op verslavingsproblemen gerichte studies.

Recent hebben Marques en Formigoni (2001; niveau 2) een randomized clinical trial verricht die erop gericht was de invloed van de groeps- versus de indi-

viduele modaliteit op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor mensen met alcohol en/of drugsverslaving te onderzoeken. De belangrijkste conclusies van deze onderzoekers liidden dat beide modaliteiten vergelijkbare uitkomsten laten zien, maar dat de groepsvariant een betere kosten-baten ratio kent. De groepsvariant leidt desondanks niet tot een verminderde compliance met de behandeling of een verminderde effectiviteit.

Cocainegebruik

McKay et al (1997; niveau 2) verrichtten een onderzoek naar een intensief ambulante programma voor cocaineverslaafden met een duur van vier weken. In het onderzoek bleek eveneens dat er nauwelijks verschillen waren tussen de individuele en groepsbenadering, voor zover het gaat om de therapietrouw of het behandelresultaat. Wel konden de onderzoekers belangrijke interacties vaststellen tussen de therapievorm, de therapeutische oriëntatie en karakteristieken van de cliënten, wat wijst op het belang (en de mogelijkheid!) van een goede matching.

Overigens bleek dat de uitkomst in termen van daling van het gebruik een gunstiger beeld liet zien wanneer de deelnemers een nazorgprogramma ontvingen dat bestond uit een combinatie van een groepstherapie en het aanbieden van een in individuele zittingen aangeboden gestructureerd terugvalpreventieprotocol dan alleen een groepsbehandeling (zie ook: McKay & McLellan 1998).

Bulimia nervosa

Kirkley et al (1985; niveau 2?) onderzochten de relatieve effectiviteit van cognitieve gedragsgroepstherapie ten opzichte van een non-directieve groepstherapie voor bulimia nervosa. Hieruit bleek dat de eerste benadering effectiever was in de behandeling van het eetgedrag, maar niet effectiever in de behandeling van bijkomende psychopathologie (depressie, angst, disfunctionele gedachten).

Gokken

Echeburúa et al (1994; niveau 2) wezen 64 cliënten met gokproblemen afselect toe aan een individuele stimulus controlegroep gecombineerd met in vivo blootstelling en response preventie, een groepsbehandeling gericht op cognitieve herstructurering, een combinatie van de eerste twee behandelingen of een wachtlijstcontrolegroep. De onderzoekers vonden dat individuele gedragstherapie gunstiger effecten liet zien dan de cliënten van de andere behandelingen, inclusief de gecombineerde benadering.

Reviews

Enkele jaren terug concludeerde Stinchfield et al (1994; niveau 1) dat effectonderzoek niet de fundamentele vraag heeft beantwoord of groepstherapie voor verslaving beter is dan geen behandeling. In een review stelden ze bij de selectie van onderzoeken als eis dat de groepstherapiemethode toegepast moest zijn op een groep aan middelen verslaafde cliënten – een nadere specificatie was niet zinvol vanwege het beperkt aantal gevonden onderzoeken. Er moest sprake zijn van gecontroleerd onderzoek (afselectie toewijzing aan de behandelmodaliteit en aanwezigheid van een controlegroep). Een andere

selectie-eis was dat in het onderzoek was nagegaan hoe de frequentie van het middengebruik was voor en na de interventie. Verder moest sprake zijn van externe validiteit. Aan deze strenge selectie-eisen konden weinig studies voldoen. De onderzoekers vonden 8 studies die aan hun criteria voldeden.

Een positiever beeld doemt op uit de meta-analyse van McRoberts et al (1998). Zoals in het slot van paragraaf 4.2. al is vermeld, blijkt uit deze meer recent gepubliceerde meta-analyse niet alleen dat groepstherapieën bewezen effectief zijn, maar zelfs een *beter* resultaat laten zien wanneer er sprake is van een reeks duidelijk afgebakende symptomen. Deze bevinding biedt perspectief op de verdere ontwikkeling van groepstherapieën voor mensen met verslavingsproblemen.

Tot slot is er het onderzoek van Irvin et al (1999; niveau 1). Zij verrichtten een meta-analyse van in totaal 26 studies (9.504 deelnemers) naar de effectiviteit van terugvalpreventieprogramma's. Het resultaat daarvan was de vaststelling van de globale effectiviteit van terugvalpreventie, vooral voor alcoholproblemen en polydruggebruik, gecombineerd met het gebruik van medicatie. De modaliteit waarin terugvalpreventie werd aangeboden bleek niet of nauwelijks van invloed te zijn op het resultaat. Irvin et al concludeerden dat individuele en groepsbehandelingen (en gezinstherapie) eenzelfde effectiviteit hebben, ofschoon ze effectiever zijn in de behandeling van alcohol dan van drugsproblemen (inclusief nicotineverslaving). Een en ander impliceert dat de eerdere vaststelling uit niet-verslavings specifieke metastudies naar het verschil tussen individuele en groepsbehandelingen ook doorgetrokken kan worden naar de verslavingszorg.

Conclusie

Het antwoord op *vraag b.* luidt dat de resultaten uit het, zij het in omvang zeer schaarse, wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van verslavingszorg in de vorm van groepstherapie in hoofdlijnen overeenstemmen met enkele bevindingen zoals die eerder zijn besproken:

- > Groepstherapie lijkt effectief voor de behandeling van verslavingsproblemen – dit geldt in het bijzonder voor kortdurende programma's, gebaseerd op een cognitief-gedragstherapeutisch model (niveau 1 en 2).
- > Groepstherapie lijkt even effectief als individuele therapie voor de behandeling van verslavingsproblemen, zij het dat deze bevinding vooral is vastgesteld voor de behandeling van alcoholproblematiek (niveau 1 en 2).

In de conclusies staat vooralsnog 'lijkt' en niet 'is'. In vergelijking tot het aantal (psycho)therapieën dat – al dan niet individueel of in de vorm van groepswerk – wordt uitgevoerd is het bijna beschamend te noemen in welke geringe mate deze worden geëvalueerd. De conclusies zijn daarom tentatief, want ze zijn getrokken op basis van een beperkt aantal bruikbare studies, met kleine aantallen proefpersonen, met zeer veel verschillende meetinstrumenten en met niet of onvoldoende gestandaardiseerde en geoperationaliseerde definities. Verder vindt niet standaard een follow up-meting plaats, waardoor het moeilijk is lange termijneffecten te bepalen. Een ander probleem is dat de onderzochte doelgroepen en de interventies (doelstellingen, methoden, setting e.d.) sterk variëren.

Weliswaar was de beschikbare zoektijd kort en was het, zoals in de verantwoording staat vermeld ook niet mogelijk om alle geïdentificeerde titels vóór de gestelde deadline te bemachtigen. Maar ook in een wat dat betreft gunstiger Ausgangssituatie zou de 'oogst' beperkt geweest zijn, gezien ook de bevindingen van enkele reviewers. Ik wil daarom afsluiten met de aanbeveling om een norm te ontwikkelen die aangeeft welk percentage van de uitgevoerde therapieën op wetenschappelijke wijze geëvalueerd moet worden. Dat kan beslist tegen aanvaardbare kosten (zie: Krawitz 1997).

Literatuurlijst

Babor TF (1994) Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: does dissuasion make a difference? *J Consult Clin Psychol* 62, 1127-1140.

Bien TH, Miller WR & Tonigan JS (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88, 315-335.

Budman SH, Demby A, Redondo JP, Hannan M, Feldstein M, Ring J, Springer T. (1988). Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 38, 63-86.

Budman SH, Simeone PG, Reilly R & Demby A (1994) Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: evidence and implications. In A Fuhrman en GM Burlingame (eds) *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*, 329-339. New York: Wiley.

Burlingame GM, Kircher JC & Taylor S (1994) Methodological considerations in group psychotherapy research: past, present, and future practices. In A Fuhrman en GM Burlingame (eds) *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*, 41-80. New York: Wiley.

Chambless DL & Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66, 7-18.

Colijn S, Hoencamp E, Snijders HJ, Spek MW van der & Duivenvoorden HJ (1991) A comparison of curative factors in different types of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 41, 365-378.

Crouch EC, Bloch S & Wanlass J (1994) Therapeutic factors: interpersonal and intrapersonal mechanisms. In A Fuhrman en GM Burlingame (eds) *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*, 269-315. New York: Wiley.

Donovan DM (1998) Continuing care: promoting the maintenance of change. In Miller WR & Heather N (eds) 317-336.

Echeburúa E, Báez C & Fernández-Montalvo J (1994) Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta* 20, 617-643

Ellen EF (1999) Group Therapy Requires Good Clinical Judgment, Careful Screening. *Psychiatric Times* 16, nr. 10.

Flores PJ & Mahon L (1993) The treatment of addiction in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 43, 143-156.

Fuhrman A en Burlingame GM (1994) Group psychotherapy. In A Fuhrman en GM Burlingame (eds) *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*, 3-40. New York: Wiley.

Garvin, CD, Reid W & Epstein, L (1976) A task-centered approach. In WR Roberts & H Northen (eds) *Theories of Social Work With Groups*. New York: Columbia University Press, p. 238-251.

Graham K, Annis HM, Brett PJ & Venesoen P (1996) A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction* 91, 1127-1139.

Heather N (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addict Behav* 21, 857-868.

Hodgkinson B, Evans D, O'Donell A & Walsh K (1999) *Comparing the effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of depression. Systematic review*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Invin JE, Bowers CA, Dunn ME & Wang MC (1999) Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 67, 563-570.

Jarvis TJ (1992) Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction* 87, 1249-1261.

Johnson PR & Thorn BE (1989) Cognitive behavioral treatment of chronic headache: group versus individual treatment format. *Headache* 29, 358-365.

Kirkley BG, Schneider JA, Agras WS & Bachman JA (1985) Comparison of two group treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53, 43-48.

Krawitz R (1997) A prospective psychotherapy outcome study. *Aust N Z J Psychiatry* 31, 465-473.

Lawton Barry K (1999) *Brief Interventions And Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. Rockville: U.S. department of health and human services.

Levine B & Gallogly V (1985) *Group therapy with alcoholics: outpatient and inpatient approaches*. Beverly Hills: Sage Publications.

Loeb KL & Wilson GT (1998) Treating eating disorders. In Miller WR & Heather N (eds) 231-243.

Lopez Viets VC (1998) Treating pathological gambling. In Miller WR & Heather N (eds) 259-270.

MacKenzie KR (1996) Time-limited group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 46, 41-60.

Manisces Communications Group (1997) Group therapy works well for addiction: identifying with others in group leads to self-awareness. *Behavioral Health Treatment* 2, 1.

Marques AC & Formigoni ML (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 96, 835-846.

McKay JR & McLellan AT (1998) Deciding where to start: working with polyproblem individuals. In Miller WR & Heather N (eds) 173-186.

McKay JR, Alterman AI,acciola JS, Rutherford MR, O'Brien CP & Koppenhaver J (1997) Group counseling vs. individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 778-788.

McRoberts C, Burlingame GM & Hoag MJ (1998) Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory and Practice* 2, 101-117.

Miller WR & Heather N (eds 1998) *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press.

Miller WR (1998) Enhancing motivation for change. In Miller WR & Heather N (eds) 121-132.

Miller WR, Andrews NR, Wilbourne P & Benneff ME (1998) A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In Miller WR & Heather N (eds) 203-216.

Piper WE & Joyce AS (1996) A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *Int J Group Psychother* 46, 311-328.

Sandahl C & Ronnberg S (1990) Brief group psychotherapy in relapse prevention for alcohol dependent patients. *Int J Group Psychother* 40, 453-476.

Scheidlinger S (2000) The group psychotherapy movement at the millennium: some historical perspectives. *Int J Group Psychother* 50, 315-339.

Schoor EP van (2000) A sociohistorical view of group psychotherapy in the United States: the ideology of individualism and self-liberation. *Int J Group Psychother* 50, 437-454

Shapiro J, Sank LI, Shaffer CS & Donovan DC (1982) Cost effectiveness of individual vs. group cognitive behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population. *Journal of Clinical Psychology* 38, 674-677.

Smith T & Glass G (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 32, 752-760.

Smith M, Glass G & Miller T (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Sobell LC, Sobell MB, Brown J & Cleland PA (1995) *A randomized trial comparing group versus individual Guided Self-Change treatment for alcohol and drug abusers*, Poster presented at the 29th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington.

Sobell MB & Sobell LC (1998) Guiding self-change. In Miller WR & Heather N (eds) 189-202.

Steenbarger BN & Budman SH (1996) Group psychotherapy and managed behavioral health care: current trends and future challenges. *Int J Group Psychother* 46, 297-309.

Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R (1986) "Are all psychotherapies equivalent?". *Am Psychol* 41, 165-180.

Stinchfield R, Owen PL & Winters KC (1994) Group therapy for substance abuse: a review of the empirical research. In A Fuhrman en GM Burlingame (eds) *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*, 458-488. New York: Wiley.

The Cochrane Collaboration (2000) Cochrane reviewers' *handbook* 4.1.

The Joanna Briggs Institute for evidence based nursing and midwifery (2000) Appraising systematic reviews. *Changing Practice* 1, 1-6.

Tillitski CJ (1990) A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual control treatments. *Int J Group Psychother* 40, 215-224.

Toseland RW & Siporin M (1986) When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature. *Int J Group Psychother* 36, 171-201.

Westerberg VS (1998) What predicts success? In Miller WR & Heather N (eds) 301-315.

Yalom, I.D. *The theory and practice of group psychotherapy* (4e ed.). New York: Basic Books, 1995.

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum kwaliteit en innovatie van zorg in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

De deelnemende instellingen aan dit ontwikkelcentrum zijn: Brijder Verslavingszorg (Alkmaar), Jellinek (Amsterdam), Novadic (St. Oedenrode) en Parnassia (Den Haag). Het Ontwikkelcentrum Kwaliteit is één van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

Auteurs

Bernadet van den Broek
Maarten Merx

Literatuurstudie

Jaap van der Stel

Expertgroep

Bernadet van den Broek
Petra Eichelsheim
Corlien Nijse
Marcel Smits
Peter Tijs
Roelien Biemond

Procesbegeleiding

René Beentjes
Hans van Heel

Dank aan

Medewerkers van Brijder en Jellinek

Ontwerp

Taluut

Nadere informatie

Publicatienummer: 2003-225 L
GGZ Nederland
Postbus 8400
3503 RK Utrecht
030 – 2873333

Inhoudelijke informatie: Brijder Verslavingszorg, afdeling Marketing en Beleid, Postbus 414, 1800 AK Alkmaar. Tel: 072-5272800.

Copyright 2003 Brijder Verslavingszorg, Alkmaar

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.

Formulierenset

Inhoud formulierenset:

6 Cliëntformulieren (1 tot en met 6).

1 Afsluitblad dossier.

1 Uitkomstenmeting door de cliënt zelf in te vullen.

1 Uitkomstenmeting door de trainer in te vullen.

Het is de bedoeling dat deze formulierenset wordt gekopieerd voor gebruik, zodat de set weer achterin het trainingshandboek kan voor de volgende serie bijeenkomsten.

Deze formulieren zijn ook verkrijgbaar op internet; www.ggzkennisnet.nl domein verslavingszorg>ResultatenScoren en op bijgeleverde cd-rom.

CD-ROM

Inhoud formulierenset:

6 Cliëntformulieren (1 tot en met 6).

1 Uitkomstenmeting door de cliënt zelf in te vullen.

1 Uitkomstenmeting door de trainer in te vullen.

1 Afsluitblad dossier.

Het is de bedoeling dat deze formulierenset wordt gekopieerd voor gebruik, zodat de set weer achterin het trainingshandboek kan voor de volgende serie bijeenkomsten.

