

Leefstijltraining 4

Handleiding voor de trainer

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Theoretische beschouwing	6
Structuur en organisatie van de module	10
Bijeenkomst 1 Kennismaking, rationale module, voor- en nadelenbalans	16
Bijeenkomst 2 Voor- en nadelenbalans, trainingsplan, zelfcontrolemaatregelen	26
Bijeenkomst 3 Zelfcontrolemaatregelen, inventarisatie risicosituaties	30
Bijeenkomst 4 Inventarisatie risicosituaties, functie-analyse van het gebruik	34
Bijeenkomst 5 Functie-analyse van het gebruik	38
Bijeenkomst 6 Functie-analyse van het gebruik, noodplan	42
Bijeenkomst 7 Noodplan, omgaan met trek	47
Bijeenkomst 8 Omgaan met trek, verandering van gedachten	52
Bijeenkomst 9 Verandering van gedachten, omgaan met sociale druk	56
Bijeenkomst 10 Omgaan met sociale druk	62
Bijeenkomst 11 Omgaan met sociale druk, omgaan met gevoelens	66
Bijeenkomst 12 Omgaan met gevoelens, evaluatie van de training	71
Literatuuronderzoek	75

Inleiding

Deze handleiding beschrijft een geprotocolleerde ambulante groepstraining gericht op verandering van problematisch middelengebruik en gokgedrag. Deze groepstraining is ontwikkeld in het kader van Resultaten Scoren, een landelijk vernieuwingsproject in de verslavingszorg met als doel ontwikkeling en implementatie van evidence based interventies in het werkveld. Deze handleiding is onderdeel van een module, die bestaat uit een handleiding voor de trainer en een werkboek voor de cliënt. 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. De module is gecheckt op sekspecifieke en multiculturele aspecten. De module is sekse-, cultuur- en midelenoverstijgend geschreven.

Deze training is geschreven vanuit het cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader. In de handleiding voor de trainer wordt allereerst stilgestaan bij de rationale en wetenschappelijke verantwoording van de behandeling. Vervolgens worden een aantal structurele aspecten van deze trainingsmodule besproken. Hierna volgt een beschrijving van elke bijeenkomst.

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 de hieronder beschreven trainingsmodule wordt middelenafhankelijkheid in een groep middels een cognitief-gedragstherapeutische aanpak behandeld.

De rationale van de cognitief-gedragstherapeutische aanpak wordt gevonden in het feit dat verslavingsproblemen ontstaan en in stand worden gehouden door drie vormen van leren namelijk sociaal leren, operante conditionering en klassieke conditionering.

- > Sociaal leren speelt een rol voor zover 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 middelengebruik 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 versturende 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.

Doorbreking van de afhankelijkheid van het middel betekent derhalve het aanleren van copingstrategieën in die situaties waarin normaliter gebruikt wordt. Deze alternatieve gedragsstrategieën werken bekrachtigend op de veranderingen in middelengebruik.

Het centrale onderdeel van deze cognitief-gedragstherapeutische training is de functie-analyse. Met behulp van dit instrument krijgt de cliënt inzicht in de uitlokkende en in stand houdende factoren van het probleemgedrag. Alle thema's van de training passen binnen het kader van de functie-analyse.

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

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

De drie hoofdelementen van deze aanpak zijn: motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie. De module is er op gericht de cliënt te helpen om de stadia van verandering, gedefinieerd volgens Prochaska en DiClemente (1998) te doorlopen middels interventies die passen bij elk stadium. Bij de start van de

behandeling zal er in eerste instantie aandacht besteed worden aan versterking van de motivatie voor verandering. Vervolgens verschuift de aandacht in de training naar zelfcontrole en terugvalpreventie.

De attitude van de trainer die deze module uitvoert, is gelegen in 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 gebruik gemaakt van het werkboek zelfcontrole (van Broekhoven, 1997), Leefstijltraining 1 + 2 (de Wildt, 2000, 2001) en Leefstijltraining 3 (van den Broek en Merckx, 2003).

Onderzoeksbevindingen

Van der Stel (2001) heeft in het kader van de ontwikkeling van deze module een literatuurstudie uitgevoerd naar de effectiviteit van groepsinterventies bij middelenmisbruik en/of afhankelijkheid. Uit de beperkte hoeveelheid 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 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

Deze module is het groepsgerichte behandelingsequivalent van Leefstijltraining 2, een individuele psychosociale interventie. De module is een intensieve training voor het doorbreken van het middelengebruik/gokgedrag en kan eventueel voorafgegaan worden door een ambulante of klinische detox. Daarnaast kan de module gecombineerd worden met farmacotherapie en modules die gericht zijn op het veranderen van comorbide problematiek.

Doelen

Doel van de module is het doorbreken van middelenafhankelijkheid of problematisch gokgedrag. Deze module kan zich zowel richten op het bereiken van abstinentie van gebruik als gecontroleerd gebruik als doel hebben. 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. De module wordt middelenoverstijgend aangeboden.

Indicatiecriteria

Er bestaan steeds meer aanwijzingen dat de stepped care methodiek een bruikbare methode is voor indicatiestelling van behandeling bij problematisch middelengebruik en middelenafhankelijkheid (Sobell & Sobell, 1995). Deze stepped care gedachte maakt het aannemelijk dat deze module aangeboden wordt aan cliënten die ernstig verslaafd zijn of al een aantal malen behandeld zijn in verband met verslavingsproblematiek. Alleen bij zeer duidelijke contra-indicaties kan een ander aanbod geïndiceerd worden.

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

- > Er is sprake van problematisch gebruik van 1 of meer van de volgende middelen: cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine, heroïne, medicijnen of er is sprake van gokproblematiek (al dan niet in combinatie met problematisch middelengebruik) én
- > de cliënt is minimaal 2 keer enkelvoudig behandeld voor verslavingsproblemen op een minder intensieve wijze zonder succes
- > de cliënt is niet meer dan 1 keer enkelvoudig behandeld voor verslavingsproblematiek, maar heeft een hoge verslavingsernst en/of veel psychopathologie.

Contra-indicaties voor deze ambulante training zijn:

- > een slechte mate van sociale integratie
- > acuut psychiatrisch toestandsbeeld

Structuur en organisatie van de module

Duur en aantal bijeenkomsten

De module bestaat uit 12 bijeenkomsten van 2 uur. De trainers hebben per bijeenkomst 45 minuten tijd voor voorbereiding en administratieve afhandeling. De bijeenkomsten vinden wekelijks plaats. De duur van de totale trainingsmodule is drie maanden.

Trainers

De training wordt bij 8 cliënten of meer gegeven door 2 trainers. Indien de instroom minder dan 8 cliënten is, 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 en 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
- > Formulieren (achterin de handleiding trainer en op www.ggzkennisnet.nl en op cd-rom).
- > Werkboek cliënt.
- > Trainingsblad op A0 formaat.
- > Whiteboard/flip over en stiften.
- > Naambordjes.
- > Gebruiksparafernalia bijvoorbeeld glazen, haspijpjes, aluminiumfolie, (surrogaat-) middelen bij de bijeenkomsten "omgaan met sociale druk".

Voor elke leersituatie geldt dat deze zo gelijk mogelijk dient te zijn aan de werkelijkheid. Het verhoogt de kans om het geleerde ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. In het geval van middelenaafhankelijkheid wordt het uitvoeren van het in de bijeenkomst aangeleerd gedrag (weigeren van het aangeboden middel) in werkelijkheid bemoeilijkt door craving. Het is dus essentieel dat craving onderdeel is van de oefensituatie. De parafernalia, die voor de cliënt gekoppeld zijn aan gebruik, dienen zo gekozen te zijn dat er daadwerkelijk craving ontstaat. Als het in deze realistische oefensituatie lukt om effectief te weigeren heeft dit een positief effect op de self-efficacy. De kans op een geslaagde weigering in het dagelijks leven wordt groter.

Echte middelen, zoals alcohol, kunnen onderdeel zijn van de parafernalia. Indien men er voor kiest om geen echte middelen te gebruiken, of geen

illegale middelen binnen de instelling wil halen, zijn goede alternatieven als surrogaatmiddel voorhanden. Alternatieven kunnen bijvoorbeeld zijn: druiven-sap voor wijn, gestampte stophoest in plaats van heroïne, kunstsuiker Suprema als alternatief voor cocaine en een gekleurde pil in plaats van XTC.

Processturing

- 1 Terugval
Terugval is onderdeel van de aanpak 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. Hierin zal met name besproken worden hoe hij verandering kan aanbrengen in het middelengebruik en abstinente op de eerstvolgende bijeenkomst kan verschijnen. Hierbij valt te denken aan het inschakelen van huis -of verslavingsarts (afbouwmedicatie, antitrekmedicatie), familieleden of zelfhulpgroepen (AA) en eventueel het inzetten van een ambulante of klinische 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. Bespreek of de cliënt zichzelf in staat acht tot het bijwonen van de bijeenkomst. 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. Blijft telefonisch contact niet mogelijk, dan wordt er een brief gestuurd met het verzoek om binnen 1 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, aangezien een groepsgerichte aanpak het uitgangspunt is. Aanleiding tot een individueel contact kan zijn:

- > Het niet verschijnen tijdens een bijeenkomst: om gemiste programma onderdelen 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 behandelingsmodule of de indicatie te stellen voor een ander c.q. "zwaarder" behandelingsaanbod.
- 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 en op initiatief van de deelnemers zelf gebeuren.
- 6 Werkboek cliënt**
Het is aan te raden om cliënt voorafgaande aan de eerste bijeenkomst van de training het werkboek te geven, bijvoorbeeld bij de zorgtoewijzing. 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 geïnterveneerd kan worden.
- 7 Groepssamenstelling**
Het is van belang dat er bij de zorgtoewijzing rekening gehouden wordt met de samenstelling van de groep bijvoorbeeld sekseverdeling en leeftijdsopbouw.
- 8 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.

Programma

Het programma van de training ziet er als volgt uit:

- Bijeenkomst 1: Kennismaking
Uitleg rationale van de module
Introductie voor- en nadelenbalans
- Bijeenkomst 2: Voor- en nadelenbalans
Trainingsplan
Zelfcontrolemaatregelen
- Bijeenkomst 3: Zelfcontrolemaatregelen
Inventarisatie risicosituaties
- Bijeenkomst 4: Inventarisatie risicosituaties
Functie-analyse van het gebruik

Bijeenkomst 5: Functie-analyse

Bijeenkomst 6: Functie-analyse en noodplan

Bijeenkomst 7: Noodplan en omgaan met trek

Bijeenkomst 8: Omgaan met trek, verandering van gedachten

Bijeenkomst 9: Verandering van gedachten, omgaan met sociale druk

Bijeenkomst 10: Omgaan met sociale druk

Bijeenkomst 11: Omgaan met sociale druk, omgaan met gevoelens

Bijeenkomst 12: Omgaan met gevoelens, evaluatie van de training

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

Broek, van den B. M. T., Merckx, M.J.M., (2003). *Leefstijltraining 3*, GGZ Nederland, Utrecht 2003.

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.

Clijnsen, 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.

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.A.J.M. de (2000). *Leefstijltraining 1*. Cure & Care publishers, Nijmegen

Wildt, W.A.J.M de (2001). *Leefstijltraining 2*. Cure & Care publishers, Nijmegen

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

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.

Vorbereiding

- > Bestudeer het dossier van de cliënt. Noteer de naam en het middelengebruik van de cliënt.
- > Indien de cliënt al eerder is behandeld, bekijk welke aanbevelingen een andere behandelaar heeft gedaan ten aanzien van verdere behandeling. Bekijk of te ontdekken valt welke factoren gemaakt hebben dat cliënt teruggevallen is in gebruik. Deze factoren kunnen in het trainingsplan een rol spelen.
- > Schets een schema op het white bord of flip over met de aandachtspunten van de bijeenkomst en de data van alle bijeenkomsten.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 1.
- > Werkboek voor de cliënt: formulier voor- en nadelenbalans; registratieformulieren.
- > Trainingsblad.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(30 min.) Kennismaking

- > Heet iedereen welkom en stel uzelf voor. Laat vervolgens de co-trainer zich voorstellen. Vertel de opbouw van de eerste bijeenkomst: kennismaking, opbouw van de module, pauze, voor- en nadelenbalans, huiswerkopdracht
- > Introduceer de kennismakingsoefening.

"Voordat we daadwerkelijk van start gaan, lijkt het ons prettig dat iedereen van elkaar weet wie wie is en welke problemen hij of zij ervaart met welke middelen. Ons voorstel is dat u in tweetallen kort aan elkaar iets over uzelf vertelt, bijvoorbeeld leeftijd, wel of niet getrouwd, wel of geen kinderen, werk en hobby's. Ook vertelt u aan elkaar welke middel bij u tot problemen heeft geleid, in welke situaties u het liefst gebruikt en wat de aanleiding is om deze training te volgen. Dit duurt ongeveer twee minuten. Vervolgens wisselt u. Vervolgens wordt elke deelnemer aan deze training door de ander in de groep voorgesteld. Hierna weet iedereen iets van elkaar en kunnen de naambordjes ingevuld worden".

- > Rond het geheel af met een korte samenvatting.

(20 min.) Uitleg rationale en inhoud van de training

- > Leg uit hoe middelengebruik en gokgedrag ontstaat. Bespreek dat in eerste

instantie de positieve effecten van het gebruik op korte termijn een rol spelen als in-stand-houdende factor. Vervolgens gaat vooral de afname van negatieve aspecten een belangrijkere rol spelen in het middelengebruik.

Verandering van het middelengebruik betekent het anders leren omgaan met risicosituaties. Het anders om leren gaan met trek, het leren verdragen van het gemis van de door het gebruik veroorzaakte positieve gevolgen (roes, euforie), het veranderen van de verwachtingen over het middel en het veranderen van gedrag in bepaalde sociale situaties komen in deze training aan bod. Doel is dat de cliënt weer controle krijgt over zijn of haar middelengebruik of gokgedrag.

- > Schets op het white bord of flip over de functie-analyse en leg deze kort uit. Doel is inzicht krijgen in welke factoren een rol spelen in het gebruik. Dit model dient als leidraad voor de gehele behandelmodule en de te onderscheiden elementen komen in de verschillende thema's terug. Aan al deze thema's wordt in de behandeling aandacht besteed. Neem een element als voorbeeld en vertel wanneer en hoe dit aan bod komt.
- > Introduceer vervolgens het werkboek. Het werkboek is ter ondersteuning van de bijeenkomsten. Elk behandeld thema wordt ondersteund door een huiswerkopdracht. Daarnaast zijn er registratie-opdrachten. De registratie richt zich op moeilijke momenten of gebruik en kunnen inzicht geven in de factoren die een rol spelen bij het middelengebruik. De ervaring leert dat de effectiviteit van de training toeneemt indien de opdrachten in het werkboek daadwerkelijk gedaan worden.
- > Introduceer het trainingsblad. Vertel dat het de bedoeling is dat per thema de cliënt een eigen conclusie trekt en deze conclusie op het trainingsblad noteert. Door deze conclusie zichtbaar voor iedereen te maken kan de groep ook gericht feedback en suggesties geven ten aanzien van de verandering.

TIP: Let op non-verbale signalen (knikken, glimlachen etc) waaruit blijkt dat de uitleg begrepen wordt. Haak hierop aan door te vragen of en hoe ze dit bij zichzelf herkennen. Dit voorkomt dat het teveel een college wordt. Probeer in de uitleg de verschillende middelen aan bod te laten komen, dit bevordert de groepscohesie. Gokkers willen nog wel eens vergeten worden. Benadruk de overeenkomsten in de argumentatie van elk middel of van gokken.

- > De training bestaat in totaal uit 12 bijeenkomsten gedurende drie maanden. Benadruk het belang dat iedereen bij zoveel mogelijk bijeenkomsten aanwezig is. Indien de cliënt niet kan komen, vraag of ze af willen bellen. Geef de data van de volgende bijeenkomsten. Op pag.5 van het werkboek cliënt kunnen alle data van de bijeenkomsten genoteerd worden.
- > Vertel kort iets over de structuur van elke zitting: vinger aan de pols; bespreking huiswerkopdracht; introductie nieuw thema; nieuwe huiswerkopdracht.
- > 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.

functie-analyse				
externe risicosituaties	interne risicosituaties	gedrag	effecten / gevolgen	
			korte termijn	lange termijn
Met wie?	Wat denkt u vlak voordat u gaat gebruiken/gokken?	Welk middel/gokspel?		
Waar?	Hoe voelt u zich lichamelijk voordat u gaat gebruiken/gokken?	Hoeveel gebruikt/vergokt u gewoonlijk?		
Wanneer?	Hoe voelt u zich emotioneel vlak voordat u gaat gebruiken/gokken?	Hoe lang is de (tijds)periode van het gebruik/gokken?		

(10 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(35 min.) **Introductie eerste thema: voor- en nadelenbalans**

- > Leg uit dat aan elk gedrag voor- en nadelen kleven. Vraag in het algemeen welke voordelen en nadelen gebruik oplevert (*kunnen jullie voordelen van gebruik bedenken, kunnen jullie nadelen van gebruik noemen*). Doe hetzelfde bij voor- en nadelen van verandering. Probeer het woord stoppen te vermijden, dit geeft aan dat er al impliciet een doel is gekozen voor de training.
- > Toon de plaats van de voor- en nadelen van het gebruik en gokken binnen de geschetste functie-analyse.

"Door te starten met deze groepsbehandeling heeft u aangegeven verandering aan te willen brengen in uw gebruiksgedrag. U zult merken dat dit moeilijk is, zeker om deze verandering vol te houden. U heeft zich waarschijnlijk al vele malen voorgenomen te veranderen maar u zult even zo veel malen weer begonnen zijn met gebruik: stoppen is makkelijk, volhouden is moeilijk. Een beslissing nemen om te veranderen doet u niet zomaar. Door voor uzelf op een rijtje te zetten wat voor u de voor- en nadelen van het gebruik/verandering zijn, kunt u vervolgens redenen formuleren waarom u uw gebruik wilt veranderen. U zult soms de sterke behoefte krijgen om te gebruiken. Deze redenen kunnen u steunen in uw keuze uw gebruik te veranderen. Stel u hebt al een beslissing genomen dan kan het op een rijtje zetten van de voor- en nadelen helpend zijn om de beslissing vol te houden".

- > Introduceer vervolgens de voor- en nadelenbalans. Leg uit dat het nemen van een beslissing over het wel of niet veranderen van het middelengebruik moeilijk is. Het in kaart brengen van de voor- en nadelen van gebruiken en veranderen kan behulpzaam zijn bij het komen tot een weloverwogen keuze. Maak onderscheid tussen voor- en nadelen op korte en lange termijn.
- > Maak op het white board een aanzet tot een voor- en nadelenbalans van gebruik en een aanzet tot een voor- en nadelenbalans van verandering van gebruik.
- > Moedig iedereen aan iets te roepen, dit zorgt ervoor dat er snelheid in zit.

TIP: Sommige cliënten zullen aangeven dat ze de beslissing om te stoppen of te minderen al genomen hebben. Anderen zullen al een daadwerkelijke verandering in het gebruikspatroon hebben aangebracht. Benadruk dat het invullen van een voor- en nadelen balans zinvol is omdat het een extra stimulans is om de beslissing vol te kunnen houden. Het lezen van de balans in moeilijke momenten kan helpend zijn om de motivatie te ondersteunen.

(20 min.) **Huiswerkopdrachten**

- > Laat de cliënt de voor- en nadelenbalans uit het werkboek cliënt (pag. 9) voor zich nemen. Vraag iedereen de voor- en nadelenbalans thuis te maken. De redenen tot verandering zijn vaak persoonsgebonden.
- > Leg het nut van de registratie-opdracht nogmaals uit (werkboek cliënt pag 6-7 en pag. 64). Maak vervolgens de stap naar de wijze van invullen. Vraag na of dit voor iedereen duidelijk is. Vraag of er al mensen zijn die het bijgehouden hebben. Indien ja, bespreek kort wat makkelijk ging bij het registreren en wat knelpunten waren.
- > Leg uit dat iedere bijeenkomst gestart wordt met een rondje 'Vinger aan de pols'. Tijdens dit rondje wordt met behulp van de registratie-opdracht nagegaan of het gelukt is het doel te halen en wat de moeilijke momenten waren van de afgelopen week.
- > Indien er genoeg tijd is, maak plenair een registratie-opdracht.

(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 en geef aan wanneer deze is
- > Sluit de bijeenkomst en vraag iedereen de naam bordjes in te leveren, zodat deze de volgende keer opnieuw gebruikt kunnen worden.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 1 in.

Trainingsblad leefstijltraining 4

naam

voor- en nadelenbalans

Mijn belangrijkste voordelen van gebruik zijn:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Mijn belangrijkste nadelen van gebruik zijn:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Mijn belangrijkste voordelen van verandering zijn:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Mijn belangrijkste nadelen van verandering zijn:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

trainingsplan

Mijn persoonlijke trainingsplan luidt:

- 1 Het doel dat ik in deze training wil halen is stoppen/minderen met _____
- 2 Ik start met het stoppen/minderen op _____
- 3 Ik minder van _____ per week naar _____ per week

zelfcontrolemaatregelen

Om mijn doel te bereiken, vermijd ik:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Als ik wil gebruiken, kies ik als alternatief:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Als ik mijn doel haal, beloon ik me door:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Als ik mijn doel niet haal, zijn mijn alternatieve beloningen:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Mijn gevaarlijkste externe risicosituaties zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

Mijn gevaarlijkste interne risicosituaties zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

noodplan

Mijn noodmaatregelen tijdens een uitglijder of terugval:

1 _____

2 _____

3 _____

Gedachten die mij kunnen helpen:

1 _____

2 _____

3 _____

Hulp die ik inschakel tijdens een uitglijder of terugval:

1 _____

2 _____

3 _____

Noodmaatregelen die ik onderneem na een uitglijder of terugval:

1 _____

2 _____

3 _____

omgaan met trek

Acties die ik onderneem om mezelf af te leiden als ik trek heb, zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

Plekken waar ik trek uit kan zitten zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

Gedachten die mij kunnen helpen de trek te weerstaan, zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

Personen met wie ik mijn trek bespreek, zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

veranderen van gedachten

Gedachten die bij mijn gebruik een rol spelen:

1 _____

2 _____

3 _____

Alternatieve, helpende gedachten zijn:

1 _____

2 _____

3 _____

omgaan met sociale druk

Ik vind het moeilijk om middelen af te slaan als:

1 _____

2 _____

3 _____

Wat mij het meest helpt bij het weigeren is:

1 _____

2 _____

3 _____

omgaan met gevoelens

Afleiding die ik zoek als ik last heb van een gevoel:

1 _____

2 _____

3 _____

Plekken waar ik een gevoel uit kan zitten:

1 _____

2 _____

3 _____

Gedachten die mij kunnen helpen om mijn gevoel hanteerbaar te houden:

1 _____

2 _____

3 _____

Personen met wie ik mijn gevoelens bespreek:

1 _____

2 _____

3 _____

toekomst

Om mijn doel vast te houden indien ik het gehaald heb, neem ik me voor om:

1 _____

2 _____

3 _____

Om mijn doel in de komende periode alsnog te halen, neem ik me voor om:

1 _____

2 _____

3 _____

Algemeen

Doelen

- > Bewustwording van de voor- en nadelen van gebruik.
- > Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering.
- > Expliciteren van het besluit tot verandering van het middelengebruik/gokgedrag.
- > Aanleren van zelfcontrolemaatregelen.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntformulier van elke cliënt. Bekijk welke aandachtspunten per cliënt aan bod dienen te komen in de bijeenkomst. Bespreek kort met de co-trainer de cliënten. Bespreek met de co-trainer ieders rol gedurende de bijeenkomst en maak afspraken over de verantwoordelijkheden.
- > Zet de onderwerpen van de bijeenkomst op het white bord of flip over.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 2, trainingsblad.
- > Werkboek cliënt: formulier zelfcontrolemaatregelen, registratieformulieren.
- > Trainingsblad.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de inhoud van de eerste bijeenkomst. Leg de link met de functie-analyse.
- > Bespreek het doel en de inhoud van deze bijeenkomst aan de hand van het geschetste schema.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Zeg dat de tijd maakt dat er maar maximaal drie cliënten per bijeenkomst de registratie-opdracht kunnen bespreken. Gedurende de training komt iedereen meerdere keren aan bod.
- > Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de gebruiksmomenten en/of moeilijke momenten te registreren. Bekrachtig indien het registreren gelukt is. Laat eerst 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 een verandering is opgetreden. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Bespreek wat tot verandering geleid heeft. Wanneer de cliënt het gebruik niet heeft veranderd, maak 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.

TIP: Let op non-verbale signalen van medegroepsleden over instemming of afkeuring. Laat hen kort aan het woord waarbij feedback aan de desbetreffende persoon centraal staat. Daar het de eerste keer is, stel de positieve feedback centraal.

(20 min.) Voor- en nadelenbalans

- > Bespreek vervolgens de voor- en nadelenbalans. Maak groepsgewijs één balans. Laat zowel de positieve als negatieve kanten van het middelengebruik en de verandering hiervan aan bod komen. Maak expliciet welke problemen er in de toekomst zullen ontstaan indien het middelengebruik wel of niet verandert. Ook de problemen, veroorzaakt door verandering, komen aan bod. Besteed aandacht aan de emotionele betekenis van het gebruik.
- > Benadruk de overeenkomsten in voor- en nadelen tussen de verschillende middelen en benadruk de verschillen bij hetzelfde middel.
- > Geef aanvullende objectieve informatie over de effecten van het middel en over de te verwachten consequenties van langerdurende verandering van het gebruik. Concretiseer welke invloed verandering van het gebruik heeft op de leefstijl van de cliënt.
- > Vraag of iedereen zicht heeft op de drie belangrijkste voor- en nadelen van gebruik en de drie belangrijkste voor- en nadelen van verandering. Vertel dat deze in de pauze op het trainingsblad ingevuld worden.

TIP: Als werkvorm kan ook gekozen worden om subgroepjes te maken en deze met elkaar een onderdeel van de balans te laten bespreken. Laat ze de conclusies plenair terugkoppelen. Zorg dat er zoveel mogelijk verschillende middelen in deze subgroepen vertegenwoordigd zijn. Bespreek hierna de eventuele individuele verschillen, waarbij ook de effecten van de verschillende middelen kort besproken kunnen worden.

(5 min.) Trainingsblad

- > Laat iedereen het trainingsblad op pag. 56 werkboek cliënt voor zich nemen. Leg het trainingsblad uit. Geef aan dat iedere deelnemer na afsluiting van elk thema een conclusie ten aanzien van de verandering trekt. De conclusie wordt op dit trainingsblad genoteerd. Voor iedere cliënt hangt een trainingsblad (A0 formaat) aan de muur. Aan het einde van de training krijgt iedereen deze mee naar huis.

(10 min.) Trainingsplan

- > Vertel dat het duidelijk in kaart hebben van de voor- en nadelen van gebruik en voor- en nadelen van verandering het nemen van een beslissing vergemakkelijkt. Geef aan dat een verandering grotere kans van slagen heeft indien er een duidelijke en weloverwogen beslissing genomen wordt.
- > Het doel wordt gesteld volgens de **SMART**-criteria. De letters staan voor: **S = specifiek, M = meetbaar, A = acceptabel, R = reëel, T = tijdsgebonden.** Leg deze principes uit. Laat de cliënt het trainingsplan voor zich nemen uit het werkboek (pag. 12), wat behulpzaam kan zijn bij de uitleg.

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

Meetbaar is dat cliënt aangeeft hoeveel hij nu gebruikt of hoeveel geld hij verkooft. Tevens wordt aangegeven in eenheden of geld welke reductie hij nastreeft.

Acceptabel betekent dat de afspraak die cliënt met zichzelf maakt vanuit professioneel inzicht acceptabel is, reductie van twee kratten per dag naar één krat is niet acceptabel.

Reëel betekent een keuze die ook haalbaar is. Een cliënt wie het niet lukt gecontroleerd te gebruiken, moet niet met zichzelf afspreken gecontroleerd te gebruiken.

Tijdsgebonden betekent dat aan de keuze ook tijdsgrenzen gekoppeld worden. Dit maakt het makkelijker voor cliënt om zichzelf te bekrachtigen.

- > Geef aan dat na de pauze iedereen gevraagd wordt om het doel dat ze voor zichzelf gesteld hebben, aan de groep te vertellen.
- > Leg uit dat een helpende gedachte de verandering kan ondersteunen. Vraag of iemand een helpende gedachte kan formuleren.
- > Indien cliënten het nog niet weten kan de pauze gebruikt worden als extra bedenktijd.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen van trainingsblad.

(15 min.) **Vervolg trainingsplan**

- > Laat iedere deelnemer kort zijn of haar einddoel noemen. Zorg ervoor dat het doel voldoet aan de **SMART**-criteria. Probeer met elke cliënt te komen tot een expliciete beslissing voor verandering van het gebruik of gokken. Bekrachtig elke keuze positief.
- > Indien iemand gecontroleerd wil gebruiken, geef 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 eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn of haar keuze.
- > Indien een persoon nog geen keuze kan maken, zeg dat dit logisch is omdat het een belangrijke keuze is waar goed over nagedacht moet worden. Inventariseer wat nodig is om wel tot een keuze te komen. Vertel dat in de volgende bijeenkomst er kort bij stil gestaan wordt.
- > Indien het middelengebruik meerdere middelen betreft geef dan de suggestie om deze middelen ook voorlopig niet te gebruiken. Leg uit dat gebruik van het ene middel drempelverlagend kan werken voor gebruik van een ander middel, bijvoorbeeld alcohol lokt vaak gebruik van cocaine uit.
- > Wanneer iedereen aan bod is gekomen, benadruk het belang van het actief aanwezig zijn in de bijeenkomsten, het maken van het huiswerk en het inbrengen van terugvalsituaties. Dit verhoogt de kans het afgesproken doel daadwerkelijk te halen.

(25 min.) **Zelfcontrolemaatregelen**

- > Leg uit wat zelfcontrolemaatregelen zijn. Maak onderscheid tussen stimuluscontrole, stimulus responsinterventies en responsconsequenties. Zelfcontrolemaatregelen zijn de eerste stap in het weer onder controle krijgen van het middelengebruik.

Bij **stimuluscontrole** kan men denken aan het niet opzoeken of vermijden van plaatsen waar of mensen met wie het middelengebruik vaak vertoond wordt, het niet in voorraad hebben van middelen, voor gokkers een casinoverbod vragen, sociale steun vragen aan een bekende enz.

Bij **stimulus-responsinterventies** gaat het om het aanleren van copingvaardigheden zodat ander gedrag vertoond kan worden in risicosituaties. Welke alternatieven zijn er beschikbaar voor de cliënt? Een zeer belangrijke zelfcontrole maatregel die in deze categorie valt is de hulp van een belangrijke ander inschakelen, bijvoorbeeld op het moment dat een cliënt trek heeft iemand bellen.

Bij **responsconsequenties** 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 positieve strafmaatregelen helpend zijn als zelfcontrolemaatregelen, zoals een rotklus gaan doen die voortdurend uitgesteld wordt.

- > De maatregelen die nu centraal staan zijn zeer globaal, en zullen met name gericht zijn op vermindering van situaties (stimuluscontrole). In de loop van de behandeling worden deze maatregelen aangescherpt en toegespitst op de individuele cliënt. Ook de andere vormen van zelfcontrole zullen in het vervolg aan bod komen. Leg het verband met de functie-analyse. Maak aan de hand van de geschetste functie-analyse duidelijk waar zelfcontrolemaatregelen in het schema kunnen aangrijpen.
- > Bespreek groepsgewijs welke zelfcontrolemaatregelen men kan bedenken en hoe die eventueel ook zouden kunnen werken. Hier kan eventueel gebruik gemaakt worden van de registratie-opdracht. In situaties waarin de trek hoog opliep en er niet werd gebruikt zijn vaak zelfcontrolemaatregelen toegepast.

(5 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Vraag deelnemers indien nodig de voor- en nadelenbalans te wijzigen.
- > Voor deelnemers die nog geen beslissing hebben genomen over het veranderingsdoel, vraag ze daar de komende week over na te denken.
- > De volgende bijeenkomst worden de zelfcontrolemaatregelen besproken, werkboek cliënt pag 14. Vraag iedere cliënt een aantal zelfcontrolemaatregelen te bedenken welke kunnen helpen om het afgesproken doel te halen.
- > Vraag elke deelnemer de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag opnieuw bereidheid om het te doen.

(15 min.) **Afsluiting**

- > Bedank iedereen voor zijn inzet.
- > 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 en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht. Sluit de bijeenkomst.
- > Verzamel de naambordjes en trainingsbladen.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt het cliëntformulier 2 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

- > Aanleren zelfcontrolemaatregelen.
- > Bewustwording van risicosituaties.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntformulier van elke cliënt. Bekijk welke aandachtspunten per cliënt aan bod dienen te komen.
- > Bespreek met de co-trainer de cliënten en eventuele specifieke aandachtspunten waarop teruggekomen moet worden. Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Zet de onderwerpen van de bijeenkomst op het white bord of flip over
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 3.
- > Werkboek cliënt: lijst inventarisatie risicosituaties, lijst top 10 risicosituaties.
- > Trainingsbladen.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom, laat iedereen de naambordjes voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst (voor- en nadelen, balans, trainingsplan, zelfcontrolemaatregelen).
- > Bespreek het doel en de inhoud van deze bijeenkomst aan de hand van het geschetste schema.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > 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 gebruiks- en/of moeilijke momenten te registreren. Bekrachtig indien het registreren gelukt is. Laat eerst cliënten aan het woord die geregistreerd hebben.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van het 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.

- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is zich aan de afgesproken doelen te houden, geef aan dat veranderen lastig is en niet in één week lukt. 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.
- > 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.

TIP: Let op non-verbale signalen van medegroepsleden over instemming of afkeuring. Laat hen kort aan het woord waarbij feedback op een eventuele verandering aan de desbetreffende persoon centraal staat. Cliënten zijn snel geneigd zich met name te focussen op wat niet goed is gegaan. Probeer cliënten te sturen op positieve feedback.

(15 min.) Trainingsplan

- > Vraag aan de cliënten die de vorige bijeenkomst niet tot het opstellen van een trainingsplan zijn gekomen, of ze nu wel een beslissing hebben genomen. Zo ja, laat ze hun doel voorlezen in de groep. Zeg dat ze het in de pauze op het persoonlijke trainingsblad kunnen invullen.
- > Vraag vervolgens aan de anderen of ze nog achter de gemaakte afspraken over verandering staan.
- > Indien er cliënten zijn die nog geen keuze hebben gemaakt, benadruk dat dit voorstelbaar is. Keuze maken is lastig, zeker indien dit al een aantal malen gedaan is zonder resultaat. Tevens is het belangrijk om een keuze goed te overdenken.
- > 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.

(30 min.) Uitwerking zelfcontrolemaatregelen

- > Geef een korte samenvatting van hetgeen in de vorige bijeenkomst over zelfcontrolemaatregelen besproken is. Vraag welke maatregelen bedacht zijn en laat iedereen zijn of haar zelfcontrolemaatregelen voorlezen (noteren op white-bord). Benadruk de overeenkomsten in de maatregelen tussen de verschillende middelen en benadruk de verschillen bij dezelfde middelen. Benoem per maatregel in welke categorie ze vallen.
- > Vraag of er cliënten zijn die in de afgelopen periode deze zelfcontrolemaatregelen hebben toegepast. Inventariseer hoe dit is bevallen, welke maatregel heeft wel gewerkt en welke behoeft aanpassing. Leg de link met de registratie-opdracht.
- > Indien deze maatregelen nog aanpassing behoeven naar aanleiding van wat besproken is, geef de gelegenheid om veranderingen of toevoegingen te maken.
- > Vertel dat op het trainingsblad de zelfcontrolemaatregelen ingevuld kunnen worden. In de pauze is hier tijd voor.

TIP: Cliënten vinden het vaak lastig om belonende maatregelen met zichzelf af te spreken indien ze het gestelde doel gehaald hebben. Vraag wat maakt dat dit lastig is, ze waren ten slotte ook gewend om zichzelf te belonen met gebruik. Dit plaatst de beloning in een ander perspectief. In plaats van iets voor zichzelf te doen kan ook afgesproken worden dat ze iets doen voor een ander, bijvoorbeeld partner of kind(eren). Ook dit kan een positief gevoel opleveren.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen van zelfcontrolemaatregelen op het trainingsblad.
- > Eventueel invullen van trainingsdoel op het trainingsblad.

(30 min.) **Introductie van risicosituaties**

- > Schets de functie-analyse op het white bord. Leg uit hoe middelengebruik in stand wordt gehouden aan de hand van de functie-analyse. Belangrijk in het veranderingsproces is te weten welke situaties uitlokken tot gebruik. Vertel dat er twee categorieën risicosituaties bestaan. Gebruik kan uitgelokt worden door interne factoren (bijvoorbeeld een gevoel of een gedachte) en externe factoren (bijvoorbeeld het zien van een gokkast of het ruiken van drank). Hou er rekening mee dat de deelnemers de functie-analyse nog niet voldoende kennen. Ga in de uitleg niet te snel.
- > Leg de link tussen zelfcontrolemaatregelen en risicosituaties. De zelfcontrolemaatregelen worden met name toegepast in situaties waar de cliënt van weet dat deze een risico inhouden ten aanzien van middelengebruik of gokgedrag. Het toepassen van de zelfcontrolemaatregelen verlaagt de kans op gebruik of gokken.
- > Bespreek een aantal risicosituaties, bij voorkeur een interne en een externe risicosituatie. Laat cliënten situaties vertellen waarin ze gewend zijn te gebruiken.
- > Leg uit dat bewustwording van risicosituaties en vervolgens het analyseren van wat er precies gebeurt in zo'n risicosituatie de kans op verandering vergroot.
- > Geef aan dat een risicosituatie bepaald wordt door de mate van verleiding die een persoon ervaart in een bepaalde situatie en de mate van zelfvertrouwen die een persoon ervaart om deze verleiding te kunnen weerstaan. Het risico in de situatie is dus de optelsom van de mate van verleiding en de mate van zelfvertrouwen
- > Leg uit dat de training gericht is op het aanleren van vaardigheden, zodat men zich met meer zelfvertrouwen anders gedraagt in deze risicosituaties. Het leren herkennen van risicosituaties en het trainen van vaardigheden om anders om te gaan met deze situaties loopt als een rode draad door de behandeling.

TIP: Benadruk de overeenkomsten in risicosituaties tussen de verschillende middelen. Vraag bij zoveel mogelijk deelnemers naar de risicosituaties. Dit bevordert de kans op het aantreffen van overeenkomsten. Put ook uit eigen werkervaring voor risicosituaties (bijvoorbeeld alcoholgebruik is een risicosituatie voor cocaïnegebruik).

- > Laat cliënten de lijst inventarisatie risicosituaties in het werkboek cliënt pag. 18 voor zich nemen. Leg uit dat deze lijst kan helpen om inzicht te krijgen in welke situaties een rol spelen in het gebruik. Vul een aantal vragen gezamenlijk in. Laat cliënten de registratie-opdracht er eventueel bij nemen, hierin kan informatie staan over risicosituaties.
- > Leg uit dat het mogelijk is om met hulp van partners en/of familieleden bepaalde risicosituaties op te sporen of een bepaald patroon te ontdekken in de fase voorafgaand aan gebruik. Er is veelal sprake van **kenmerkende vroege signalen in gedrag** van de persoon in kwestie in deze (prodromale) fase, die duiden op een risicosituatie. Mensen in de omgeving weten vaak aan de hand van eenvoudig waarneembaar gedrag gebruik te voorspellen, soms beter dan de cliënt zelf.
- > Vraag om de komende week de lijst inventarisatie risicosituaties in te vullen en de 10 belangrijkste situaties in volgorde van ernst te rangschikken.

(5 min.) **Huiswerkopdrachten**

- > Vraag om de komende week de lijst inventarisatie risicosituaties in te vullen en de 10 belangrijkste situaties in volgorde van ernst te rangschikken. Geef nogmaals aan dat inschakelen van derden een goed idee is.
- > 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.
- > Vraag de cliënten, indien nodig, de zelfcontrolemaatregelen te wijzigen of aan te scherpen.

(5 min.) **Afsluiting**

- > Bedank iedereen voor zijn inzet.
- > 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 en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht. Sluit de bijeenkomst.
- > Verzamel de naambordjes en trainingsbladen.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 3 in.

Algemeen

Doelen

- > Bewustwording van persoonlijke risicosituaties.
- > Leren maken van een functie-analyse van het middelengebruik.

Vorbereiding

- > Bestudeer het cliëntformulier van elke cliënt. Bekijk welke aandachtspunten per cliënt aan bod dienen te komen.
- > Bespreek met de co-trainer de cliënten en eventuele specifieke aandachtspunten waarop teruggekomen moet worden. Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Zet de onderwerpen van de bijeenkomst op het white bord of flip over.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 4.
- > Werkboek cliënt: lijst inventarisatie risicosituaties, lijst top 10 risicosituaties.
- > Werkboek cliënt: formulier functie-analyse.
- > Trainingsbladen.
- > Naambordjes.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom en vraag na of iedereen elkaars naam nog kent.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Bespreek ook kort wat het programma is van deze zitting aan de hand van het geschetste schema.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Zeg dat er gezien de beperkte tijd, maar maximaal drie cliënten aan bod kunnen komen. Vraag of het gelukt is de afgelopen periode het afgesproken doel te halen.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Probeer zicht te krijgen op de risicosituaties en de belangrijkste uitlokkende prikkels, de gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek. Bespreek vervolgens de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het veranderen van het gebruik.
- > Indien het doel gehaald is, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloond.
- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is zich aan de afgesproken doelen te houden, geef aan dat veranderen moeilijk is. Informeer kort naar de ernst van het gebruik, bespreek of er wel sprake is van een verandering (gebruik eerdere registratie-opdrachten hierbij). Bespreek het overeengekomen doel ten aanzien van de verandering en inventariseer met cliënt en groepsgenoten mogelijke zelfcontrolemaatregelen.

- > Vervolgens komen de cliënten aan bod die de registratie-opdracht niet hebben ingevuld. Vraag naar de belemmeringen en vraag om suggesties van anderen die helpend kunnen zijn om de volgende keer wel de opdracht succesvol te kunnen uitvoeren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie nogmaals expliciet.

(35 min.) Uitwerking van het thema “inventarisatie risicosituaties”

- > Vraag iedereen de lijst met risicosituaties voor zich te nemen. Elke deelnemer leest vervolgens de lijst van 10 meest riskante situaties op. Bespreek of andere deelnemers dit herkennen. Benadruk de overeenkomsten tussen de verschillende middelen. Indien er verschillen zijn bij dezelfde middelen benadruk deze ook.
- > Sta stil bij de mate van zelfvertrouwen. Vraag wat maakt dat het zelfvertrouwen in die situaties groot of minimaal is. Vraag ook wat helpend kan zijn in die specifieke situaties om het zelfvertrouwen te verbeteren. Leg de link met de helpende gedachte, die geformuleerd is in het trainingsplan.
- > Leg de link met zelfcontrolemaatregelen. Vraag welke bijdrage deze maatregelen kunnen hebben in verandering van het verslavingsgedrag.
- > Vraag naar de voordelen van gebruik en nadelen van verandering in de specifieke situaties. Het kan zijn dat deze voordelen en nadelen niet in de balans staan. Indien dit inderdaad het geval is, benoem dit en bekrachtig dit nieuwe inzicht. Cliënt kan dit nieuwe inzicht eventueel tijdens de pauze noteren op zijn persoonlijke voor- en nadelen balans.
- > Sluit het onderwerp af en laat elke cliënt tijdens de pauze op het trainingsblad zijn of haar drie belangrijkste interne en drie belangrijkste externe risicosituaties invullen.

TIP: De risicosituaties kunnen besproken worden in subgroepjes. Elke deelnemer legt uit hoe zijn of haar top 10 eruit ziet. Ook wordt aangegeven of de mate van risico bepaald wordt door de hoogte van de verleiding of de lage mate van zelfvertrouwen om de verleiding te weerstaan. De trainers zorgen dat ze elk subgroepje evenveel aandacht geven.

(15 min.) Pauze

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen trainingsblad.

(35 min.) Introductie “functie-analyse”

- > Laat de cliënten het formulier functie-analyse uit het werkboek cliënt (pag. 27) voor zich nemen. Schets de functie-analyse op het white bord en leg uit dat de functie-analyse een methode is om het gebruik, wat er aan voorafgaat en wat er op volgt in kaart te brengen. Zo wordt voor iedereen inzichtelijk welke factoren uitlokken tot gebruik en welke factoren gebruik in stand houden. De uitlokkers van het gebruik zijn al voor een deel in kaart gebracht door de registratie-opdrachten en de lijst risicosituaties.

TIP: Geef in deze bijeenkomst met name uitleg over de functie-analyse. Dit is tenslotte de eerste kennismaking. In de volgende bijeenkomst wordt dieper op de stof ingegaan. Let op het tempo van de groep, ga niet te hard. Sluit je aan bij het niveau en tempo van de groep.

Het onderscheid interne en externe risicosituaties is lastig te snappen. Indien er veel onduidelijkheid is over de risicosituaties kan er gekozen worden om in deze bijeenkomst enkel externe risicosituaties aan bod te laten komen en de volgende bijeenkomst de overstap te maken naar interne risicosituaties.

functie-analyse				
externe risicosituaties	interne risicosituaties	gedrag	effecten / gevolgen	
			korte termijn	lange termijn
Met wie?	Wat denkt u vlak voordat u gaat gebruiken/gokken?	Welk middel/gokspel?		
Waar?	Hoe voelt u zich lichamelijk voordat u gaat gebruiken/gokken?	Hoeveel gebruikt/ergokt u gewoonlijk?		
Wanneer?	Hoe voelt u zich emotioneel vlak voordat u gaat gebruiken/gokken?	Hoe lang is de (tijds)periode van het gebruik/ gokken?		

- > Interne en externe risicosituaties worden in de functie-analyse los van elkaar gekoppeld. Interne risicosituaties zijn niet onlosmakelijk met externe risicosituaties verbonden

"Veel mensen die gebruiken, weten dat zij in bepaalde situaties gebruiken. De één gaat bijvoorbeeld drinken naar aanleiding van problemen op het werk, de ander gaat op een gezellig feest gebruiken.

Toch hebben gebruikers ook vaak het gevoel dat ze overvallen worden door een behoefte om te gaan drinken. Enkele voorbeelden:

".... en voor je het weet, sta je weer met die blow in de hand".

".... ik had me nog zo voorgenomen niet naar die kroeg te gaan, maar toen mijn maatje bij me langs kwam ... was het bekeken".

".... je wilt het niet, maar je ziet die lichtjes knipperen en daar gaat weer een euro".

Als we echter precies nagaan wat er gebeurd is, dan kunnen we achteraf vaak beter begrijpen waarom we gebruikt hebben of andere dingen hebben gedaan, die we eigenlijk niet wilden doen. De gedachte overvallen te worden door het eigen gedrag blijkt dan vaak niet te kloppen.

Het maken van een functie-analyse kan behulpzaam zijn om erachter te komen wat vooraf gaat aan gebruik en wat precies de gevolgen zijn van het gebruik. De functie-analyse maakt onderscheid in verschillende uitlokkende factoren. Al deze afzonderlijke factoren komen aan bod in de training.

- > Bespreek elk onderdeel afzonderlijk. Benadruk dat een deel van de functie-analyse al aan de hand van de registratie-opdrachten, de voor- en nadelen balans en de interne en externe risicosituaties ingevuld kan worden. De opbouw en lijn in de behandeling wordt hiermee nog eens extra benadrukt.
- > Richt de aandacht op de externe risicosituaties. De interne risico-situaties en de gevolgen/effecten komen de volgende bijeenkomst aan bod.
- > Vraag iemand uit de groep als vrijwilliger om centraal een functie-analyse te maken waarbij de nadruk ligt op de externe risicosituaties. Leg de link met de onderdelen die al in de training aan bod zijn geweest zoals de registratie-opdracht, de voor- en nadelenbalans en de inventarisatie risicosituaties. Laat de anderen meedenken. Indien iemand reageert, vraag hoe dit voor hem of haar is. Begin met het gedrag en vervolgens de externe risicosituaties eventueel gevolgd door effecten/gevolgen van gebruik.
- > Indien een persoon meerdere middelen in zijn trainingsplan heeft opgenomen, laat dan voor elk middel apart één functie-analyse maken.

Voorbeeldvragen externe risicosituaties:

- Kun je aan de hand van je registratie-opdrachten vertellen met wie je gewoonlijk gebruikt/gokt?

- Kun je aan de hand van je inventarisatie risicosituaties zeggen waar je gewend bent te gebruiken/gokken?

(10 min.) Huiswerkopdrachten

- > Vraag om de komende week een functie-analyse in te vullen. Benadruk het belang ervan en zeg dat de komende bijeenkomst uitgebreid stil gestaan wordt bij de functie-analyse. Geef aan dat het inschakelen van een belangrijke ander bij het invullen van de functie-analyse helpend kan zijn. Deze belangrijke ander kan extra informatie geven over de uitlokkende factoren welke de cliënt niet kent.
- > Geef aan dat bij de invulling van de functie-analyse de ingevulde registratie-opdrachten, de voor- en nadelenbalans en de inventarisatie risicosituaties gebruikt kunnen worden.
- > Vraag elke deelnemer de komende week weer de moeilijke momenten en het gebruik te registreren. Benadruk het belang ervan en vraag weer bereidheid om te registreren.

(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 en wens iedereen succes met de huiswerkopdrachten. Sluit de bijeenkomst.
- > Verzamel de trainingsbladen.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 4 in.

Algemeen

Doelen

- > Bewustwording uitlokkende en instandhoudende factoren van middelengebruik.
- > Leren maken van een functie-analyse van het middelengebruik.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorige bijeenkomst nog aandachtspunten zijn voor de gehele groep of voor individuele cliënten.
- > Bespreek met de co-trainer de cliënten en eventuele specifieke aandachtspunten waarop teruggekomen moet worden. Maak afspraken over ieders taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Bespreek hoe de uitleg van de functie-analyse gestalte krijgt en welke voorbeelden van de deelnemers gebruikt kunnen worden om de herkenbaarheid te vergroten.
- > Zet de onderwerpen van de bijeenkomst op het white bord of flip over.
- > Hang trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 5.
- > Werkboek cliënt: formulier functie-analyse.
- > Trainingsbladen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Geef aan dat deze bijeenkomst bijna geheel in het teken van de functie-analyse staat.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Probeer zicht te krijgen op de interne en externe risicosituaties, gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek.
- > Indien het doel gehaald is, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloofd.
- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is zich aan de afgesproken doelen te houden, geef aan dat veranderen moeilijk is. Informeer kort naar de ernst van het gebruik, bespreek of er wel sprake is van een verandering (gebruik eerdere registratie-opdrachten hierbij). Bespreek het overeengekomen doel ten aanzien van de verandering en inventariseer met cliënt en groepsleden mogelijke zelfcontrolemaatregelen.
- > Vervolgens komen de cliënten aan bod die de registratie-opdracht niet hebben bijgehouden. Vraag naar de belemmeringen en vraag om suggesties van

anderen die helpend kunnen zijn om de volgende keer wel de opdracht succesvol te kunnen uitvoeren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie nogmaals expliciet.

(30 min.) Uitwerking van de functie-analyse

- > Schets de functie analyse op het white bord en leg deze opnieuw uit. Vertel dat de functie-analyse een methode is om het gebruik, wat er aan voorafgaat en wat er op volgt in kaart te brengen. Op deze wijze wordt voor iedereen inzichtelijk welke persoonlijke factoren (interne en externe risicosituaties) uitlokken tot gebruik. Het komt de helderheid en duidelijkheid ten goede indien de uitleg zoveel mogelijk hetzelfde is als de vorige keer. Weef in de uitleg zoveel mogelijk de verhalen van de cliënten.
- > Vraag hoe de invulling van de verschillende onderdelen van de externe risicosituaties de afgelopen week gegaan is. Zijn er cliënten die andere personen hebben ingeschakeld bij het in kaart brengen van de risicosituaties.
- > Geef de deelnemers de gelegenheid tot het stellen van vragen aan elkaar over de externe risicosituaties. De trainers stellen zich op als discussieleiders. Deze discussie kan ook in subgroepjes gevoerd worden.

TIP: Leg de link tussen de functie-analyse en zelfcontrolemaatregelen.

Het verband tussen de verschillende onderdelen wordt hierdoor duidelijker gemaakt:

- *stimuluscontrole zorgt ervoor dat de risicosituatie zich niet voordoet.*
- *responspreventie zorgt voor alternatief gedrag in een risicosituaties.*
- *responscontrole zorgt voor andere gevolgen/effecten na vertonen van het probleemgedrag of alternatief gedrag.*

(10 min.) Pauze

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(45 min.) Vervolg uitwerking van de functie-analyse

- > Ga verder met de uitwerking van de functie-analyse. Focus nu op de interne risicosituaties: trek, gedachten en gevoelens (emoties en lichamelijke sensaties als b.v. pijn) in de functie-analyse. Ga niet te diep in op trek, dat komt de volgende keer aan bod. Let op dat cliënten gedachten rapporteren die in feite bestaan uit een gedachte en een gevoel, bijvoorbeeld een gedachte zoals "Ik voel me eenzaam". Dit kan vertaald worden in de gedachte "Ik heb niemand om op terug te vallen" en het gevoel "bang". Hier wordt later in de training aandacht aan geschonken.

"Ik zal proberen aan de hand van een voorbeeld de interne risicosituaties onder woorden te brengen en vervolgens in te vullen in de functie-analyse. Zoals eerder gezegd komt gebruik/gokken nooit uit de lucht vallen. Er zal altijd een bepaalde gebeurtenis aan vooraf gaan. Zoals vorige week is verteld kan een externe risicosituatie (noem voorbeelden) uitlokken tot gebruik. Maar ook een gedachte of gevoel kan uitlokken tot gebruik/gokken. Met name de gedachte of het gevoel, gekoppeld aan een externe risicosituatie kan aanleiding geven tot gebruik.

*Stel u hebt ruzie gehad en u denkt: "Altijd maar die ellendige ruzie, laat ik maar gaan drinken, dan ben ik van al dat gezeur af". Meteen nadat u dit gedacht heeft voelt u zich onrustig en heeft u zin om te gebruiken. U staat op, gaat naar de kelder en haalt de fles.
Op korte termijn voelt u opluchting, u heeft rust. Gevolg echter is dat de problemen niet uitgesproken zijn en de persoon waarmee u ruzie hebt gehad laat niets meer van zich horen. U denkt: "Niemand vindt mij nog aardig" en u voelt zich daardoor ook bedroefd.*

Een ander voorbeeld: onrust bij de gokker op het moment dat zijn of haar salaris weer op de bankrekening staat.

- > Richt vervolgens de aandacht op gevolgen van het gebruik. Leg ook uit dat gevolgen uiteindelijk weer een uitlokkende factor kunnen zijn van gebruik/gokken:

één van de gevolgen van (her)gebruik kan zijn dat u zichzelf veel verwijten gaat maken en last krijgt van sterke schaamte -en schuldgevoelens. Als u bijvoorbeeld denkt dat u door het hergebruik bewijst dat u een nul bent, dan ondermijnt het uw zelfvertrouwen en zelfwaardering. Het gevaar daarvan is, dat dan snel de volgende gedachte opkomt: "Wat maakt het dan ook verder allemaal uit! Als ik toch een nul ben, kan ik net zo goed doorgaan ook!", waarna een totale terugval in gebruik/gokken dreigt.

Voorbeeldvragen interne risicosituaties:

- Wat denkt u gewoonlijk voordat u gaat gebruiken als u kijkt naar de registratie-opdracht?
- Wat voelt u gewoonlijk voordat u gaat gebruiken als u kijkt naar de registratie-opdracht?
- Welke rol speelt trek bij u voordat u gaat gebruiken?

Voorbeeldvragen gevolgen/effecten:

- Wat zijn de gevolgen/effecten van gebruik aan de hand van uw voor- en nadelenbalans?

- > Vraag iemand uit de groep als vrijwilliger om centraal een functie-analyse te maken waarbij de nadruk ligt op de interne risicosituaties. Leg de link met de onderdelen die al in de training aan bod zijn geweest zoals de registratie-opdracht, de voor- en nadelenbalans en de inventarisatie risicosituaties. Laat de anderen meedenken. Indien iemand reageert, vraag hoe dit voor hem of haar is. Begin met het gedrag en vervolgens de interne risicosituaties. Laat vervolgens de effecten/gevolgen van gebruik aan bod komen.
- > Sluit het geheel af door kernachtig samen te vatten wat de meest opvallende punten waren.

(10 min.) **Huiswerkopdrachten**

- > Laat de cliënten opnieuw het formulier functie-analyse uit het werkboek voor zich nemen. Vraag of ze de komende week de functie-analyse af kunnen maken. Laat ze de gedachten en gevoelens specifiek maken. Geef aan dat een belangrijke ander behulpzaam kan zijn bij het in kaart brengen van de interne risicosituaties.

- > Vraag elke deelnemer de komende week weer te registreren. Benadruk weer het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen.

(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 en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht. Sluit de bijeenkomst.
- > Verzamel de trainingsbladen en vul per cliënt cliëntformulier 5 in.

Algemeen

Doelen

- > Leren maken van een functie-analyse van het middelengebruik/gokgedrag.
- > Onderscheid leren aanbrengen tussen uitglijder en terugval (lapse/relapse/col-lapse).
- > Maken van een noodplan in geval van een uitglijder/terugval.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorige bijeenkomst nog aandachtspunten zijn. Bespreek met de co-trainer welke strategieën zullen worden gebruikt.
- > Bespreek hoe de uitleg over uitglijder/terugval vorm krijgt en welke voorbeelden van de deelnemers gebruikt kunnen worden om de herkenbaarheid te vergroten. Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Zet de onderwerpen van de bijeenkomst op het white bord of flip over.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 6.
- > Werkboek cliënt: formulier functie-analyse, formulier noodplan.
- > Trainingsbladen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Vertel dat voor de pauze de registratie-opdracht en vervolgens de functie-analyse centraal staan. Na de pauze krijgt het onderwerp terugval en noodplan aandacht.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Laat drie mensen aan bod komen. Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Probeer zicht te krijgen op de risicosituatie en de interne en externe risicosituaties, gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek.
- > Indien het doel gehaald is, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloofd.
- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is zich aan de afgesproken doelen te houden, geef aan dat veranderen moeilijk is. Informeer kort naar de ernst van het gebruik, bespreek of er wel sprake is van een verandering (maak gebruik van eerdere registratie-opdrachten). Bespreek het overeengekomen doel ten aanzien van de verandering en inventariseer mogelijke zelfcontrolemaatregelen.
- > Vervolgens komen de cliënten aan bod die de registratie-opdracht niet hebben

bijgehouden. Vraag naar de belemmeringen. Laat anderen suggesties geven die helpend kunnen zijn om de volgende keer wel de opdracht succesvol te kunnen uitvoeren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie nogmaals expliciet.

(35 min.) Uitwerking huiswerkopdracht "functie-analyse"

- > Bespreek de functie-analyse. Vraag naar problemen tijdens het invullen.
- > Nodig iemand uit zijn functie-analyse te bespreken aan de hand van een risicosituatie. Het accent ligt op de interne risicosituaties en de gevolgen/effecten van het gebruik.
- > Benadruk dat middelengebruik/gokken vaak in stand gehouden wordt door een tekort aan vaardigheden of gebrek aan zelfvertrouwen om te veranderen. Het trainen van specifieke vaardigheden vult het tekort op wat vervolgens een positieve invloed heeft op het zelfvertrouwen. Leg een relatie met de titel van de training, namelijk leefstijltraining. Veranderen betekent vaak een verandering in leefstijl.
- > Sluit het gedeelte af met het nogmaals benadrukken van het belang van de functie-analyse. De uitlokkende en instandhoudende factoren zijn nu bekend, de functie van het gebruik is in kaart gebracht. Tevens zijn de aangrijpingspunten voor verandering duidelijk. Er zijn al een aantal stappen genomen namelijk de zelfcontrolemaatregelen.
- > Na de pauze zal er aandacht besteed worden aan terugval en hoe dit te voorkomen.

(15 min.) Pauze

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(15 min.) Omggaan met een uitglijder en terugval

TIP: Houd er rekening mee dat dit thema weerstand oproept. Cliënten vinden het vaak onprettig om over toekomstige terugval te praten, het zou de kans op terugval vergroten. Ook kan het als een motie van wantrouwen worden beschouwd. Belangrijk is uit te leggen dat terugval onderdeel van het leerproces is en zo ook binnen de bijeenkomst behandeld wordt.

Gebruikmaking van een metafoor helpt, bijvoorbeeld de metafoor van de brandoefening. Het voorbereid zijn op een brand (weten waar de nooduitgang is, goede brandblussers hebben) is belangrijk. Het zegt echter niet dat er ook daadwerkelijk brand zal plaatsvinden of dat het de kans op een brand vergroot. Het zorgt ervoor dat de schade beperkt blijft, mocht er ooit brand plaatsvinden.

- > Leg uit dat terugval bij het probleem hoort, stoppen is makkelijk maar volhouden is moeilijk. Geef het verschil aan tussen een uitglijder en een terugval. Terugval is deel van het leerproces, de zelfcontrolemaatregelen hebben in die situatie niet gewerkt.
- > Vraag naar ervaringen met uitglijder/terugval. Hoe is men daarmee om gegaan?
- > Leg uit dat een uitglijder/terugval meestal plaatsvindt in situaties die gekoppeld zijn aan gebruik of gokken, vaak de hoge risicosituaties. Vraag of men dit herkent.
- > Vertel dat een uitglijder/terugval vaak gevolgd wordt door irrationele ge-

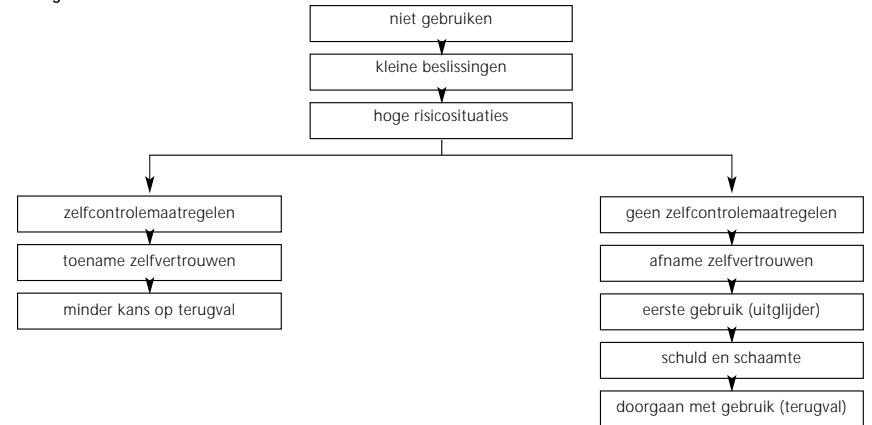
dachten ("Zie je wel, ik zal eeuwig een alcoholist blijven", "Ach, ik heb nu toch gebruikt, wat maakt het allemaal uit"). Vaak gaat het ook gepaard met gevoelens van schaamte, schuld en wanhoop. Dit zijn dan weer uitlokkingen voor verder gebruik.

- > 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 gebruiken.
- > Schets het terugvalschema op het whitebord. Geef uitleg en sta stil bij de verschillende onderdelen aan de hand van voorbeelden:
 1. De schijnbaar irrelevante, 'kleine' beslissingen die tot een uitglijder kunnen leiden, bijvoorbeeld: na een conflict op werk, op weg naar huis de route langs stamkroeg nemen. Verschillende door de cliënt genomen 'kleine' beslissingen maken dat de cliënt ofwel steeds dichterbij een uitglijder komt, of blijft volharden in de keuze tot verandering. Benadruk de eigen keuzes voorafgaande aan een uitglijder.
 2. Het niet toepassen van zelfcontrolemaatregelen in zo'n hoge risicosituatie bijvoorbeeld: het niet bellen met iemand om te praten over de moeilijke situatie.
 3. Het dalende zelfvertrouwen door het niet uitvoeren van zelfcontrolemaatregelen om de trek te kunnen weerstaan, bijvoorbeeld hoge trek/drang, het liefst alles even willen vergeten en ontspannen.
 4. Het eerste gebruik (uitglijder) en de hieraan gekoppelde irrationele gedachte, bijvoorbeeld "Nu is alles verloren, ik kan net zo goed doorgaan met gebruiken", "Ik leer het ook nooit".
 5. De schuld/schaamtegevoelens: "Wat baal ik van mezelf".
 6. Toegenomen kans op terugval.
- > Vertel dat een noodplan valt in de categorie zelfcontrolemaatregelen, maar dan als er gebruikt is. De acties ondernomen bij een uitglijder/terugval zijn zeer sterke zelfcontrolemaatregelen, noodmaatregelen als het ware. Vertel dat een noodplan meerdere malen aangepast moet worden voordat het werkt.
- > Geef aan dat een noodplan in werking treedt bij een uitglijder. Het wordt uitgevoerd op het moment dat er gebruikt wordt. Dit noodplan kan ervoor zorgen dat het bij een uitglijder blijft en geen daadwerkelijke terugval wordt. Daarnaast bevat het noodplan acties die ondernomen kunnen worden wanneer er toch een terugval plaatsvindt. Belangrijk is om de duur van de terugval kort te houden, zodat daar op korte termijn weer verandering in aangebracht kan worden en de schade beperkt gehouden wordt.

Een noodplan bevat de volgende elementen:

- Welke **noodmaatregelen** neem ik tijdens een uitglijder om te voorkomen dat het een terugval wordt?
- Welke **gedachten** kunnen helpen om rationeel tegen een uitglijder/terugval aan te kijken?
- Welke **hulp** schakel ik in tijdens of na een uitglijder/terugval?
- Welke **noodmaatregelen** onderneem ik na een uitglijder/terugval om de draad weer op te pakken?
- Welke **medicatie** (b.v. campral, naltrexon) neem ik in na een uitglijder/terugval?

Terugvalschema



(20 min.) Maken van een noodplan

- > Neem de belangrijkste risicosituaties door uit de lijst inventarisatie risicosituaties (werkboek cliënt, pag. 18), trainingsblad of registratie-opdracht. Vraag of een deelnemer de afgelopen periode een uitglijder heeft gehad en bespreek deze aan de hand van het terugvalschema (pag. 32, werkboek cliënt). Laat anderen reageren.
- > Vraag vervolgens hoe men met een uitglijder/terugval is omgegaan. Vraag welke acties zijn ondernomen. Plaats deze acties binnen het kader van het noodplan.
- > Laat iedereen het noodplan in het werkboek erbij nemen (pag. 33). Leg de stappen uit.
- > Werk met de groep een noodplan uit aan de hand van ervaringen met uitglijders/terugval. Start met noodmaatregelen tijdens een uitglijder ter voorkoming van een terugval. De laatste stap zijn de noodmaatregelen die ondernomen worden om de terugval te beperken. Maak hierbij gebruik van de registratie-opdracht.
- > Bespreek welke gedachten en/of handelingen een rol kunnen spelen om ervoor te zorgen dat een uitglijder slechts een uitglijder blijft.
- > Geef aan dat soms een belangrijke ander een rol kan 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?
- > Laat de groepsleden thuis hun noodplan uitwerken. Geef aan dat de registratie-opdracht, lijst risicosituaties, zelfcontrolemaatregelen en eerdere ervaringen kunnen helpen.

(10 min.) Huiswerkopdrachten

- > Laat cliënten hun eigen noodplan uitwerken, het liefst in samenwerking met één of meerdere ondersteunende personen.
- > Vraag de cliënten de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen.

(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 en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht.
- > Verzamel de trainingsbladen en vul na afsluiting per cliënt cliëntformulier 6 in.

Algemeen**Doelen**

- > Maken van een noodplan in geval van een uitglijder/terugval.
- > Het leren omgaan met trek.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorig bijeenkomst nog aandachtspunten zijn. Bespreek deze met de co-trainer.
- > Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Maak een schema op het whitebord/flip over met de aandachtspunten van de bijeenkomst.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 7.
- > Werkboek cliënt: formulier noodplan, formulier omgaan met trek.
- > Trainingsbladen.

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

- > Heet iedereen welkom.
- > Geef een samenvatting van de vorige bijeenkomst. Vertel dat voor de pauze het voorkomen van terugval met behulp van het noodplan centraal zal staan. Na de pauze wordt trek, een interne risicosituatie, besproken.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Vertel dat gezien de beperkte tijd maximaal drie cliënten aan bod komen om de registratie-opdracht te bespreken. Vraag of het gelukt is de afgesproken doelen te halen. Zo ja, bekrachtig positief. Vraag hoe ze zichzelf beloofd hebben.
- > Laat nu alleen deelnemers aan het woord die het doel gehaald hebben. Indien iemand een uitglijder heeft gehad, vraag om dit te bespreken bij het noodplan.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Probeer zicht te krijgen op de risicosituaties, de belangrijkste uitlokkende prikkels en de gedachten. Focus met name op de aanwezigheid van trek.
- > Bespreek vervolgens de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen. Vraag of deze effectief zijn geweest in het voorkomen van gebruik. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid. Vraag of en hoe de cliënt zichzelf heeft beloofd. Vervolgens komen de cliënten aan bod die de registratie-opdracht niet hebben bijgehouden. Vraag naar de belemmeringen en vraag om suggesties van anderen die helpend kunnen zijn om de volgende

keer wel de opdracht succesvol te kunnen uitvoeren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie nogmaals expliciet.

(35 min.) **Terugvalpreventie bespreking noodplan**

- > Geef een korte samenvatting van hetgeen de vorige keer tijdens het onderdeel uitglijder/terugval en noodplan besproken is. Doe dit door middel van het op het whitebord schetsen van het terugvalchema.
- > Informeer of er vragen zijn naar aanleiding van de uitleg van het terugvalschema in de vorige bijeenkomst. Nodig een cliënt uit aan de hand van een uitglijder het schema door te lopen.
- > Vraag of het gelukt is om een noodplan te schrijven. Inventariseer welke knelpunten er waren. Vraag of ze mensen uit hun sociale omgeving in hun noodplan hebben opgenomen. Benadruk het belang van hulp tijdens een uitglijder/terugval.
- > Verdeel de groep in 2-tallen of twee groepen en laat ze met elkaar de noodplannen doornemen en van commentaar voorzien. Loop rond om feedback te geven. Indien zich meerdere uitglijders/terugvallen hebben voorgedaan kunnen er 2-tallen gevormd worden waarin in ieder geval één persoon met een uitglijder/terugval zit.
- > Inventariseer kort de knelpunten en bespreek vervolgens in de groep één goed uitgewerkt noodplan. Laat de knelpunten aan bod komen. Sta stil bij opvallende gebreken en mogelijke aanvullingen van de overige noodplannen.
- > Verwijs naar het trainingsblad. In de pauze vult ieder voor zich in welke noodmaatregelen ondernomen worden bij een uitglijder en welke noodmaatregelen bij een terugval.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen trainingsblad.

(20 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.
- > Trek is een interne risicosituatie, positioneer trek in de functie-analyse.
- > 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 aanblijding 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 bloes 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.*

*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 de **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 oppervlakte temperatuur. Een heroïnegebruiker, geconfronteerd 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 ontweningsverschijnselen. 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.

- > Er zijn een aantal manieren om met trek om te gaan. Inventariseer of deelnemers eigen strategieën hebben ontwikkeld. Laat deze strategieën door de desbetreffende deelnemer uitleggen aan medegroepsgenoten;

(25 min.) **Uitleg vaardigheden “omgaan met trek”**

- > Leg uit dat er verschillende manieren zijn om met trek om te gaan. Schrijf deze op een white bord. Begin met de strategieën die cliënten zelf hanteren. Plaats deze in de hier onderstaande technieken. Leg deze uit en koppel ze aan zelfcontrolemaatregelen.

Afleiding zoeken door actie te ondernemen

Actie kan bestaan uit het doen van een lichamelijke inspanning, het nemen van een consumptie-alternatief of het bespreekbaar maken van de trekgevoelens. Geef uitleg over deze strategie en inventariseer de verschillende mogelijkheden ten aanzien van de strategieën en mogelijke consumptie-alternatieven.

Gevoelsurfen

Voorafgaand aan de uitleg over deze vaardigheid wordt gevraagd aan een paar mensen hoe lang het gewoonlijk duurt voordat de trek verdwenen is. Dit maakt duidelijk dat trek na verloop van tijd verdwijnt. Sommigen zullen aangeven dat ze zich heftig trachten te verzetten tegen de drang om te gebruiken. Dit gevecht maakt echter dat ze gespannen raken. Het ervaren van spanning is vaak een risicosituatie voor gebruik. Het vechten tegen de drang versterkt enkel de drang tot gebruik waardoor het gevecht bijna niet te winnen valt.

Anders denken

Er wordt vaak gedacht dat trek niet weerstaan kan worden of dat trek enkel en alleen over gaat door te gebruiken. Vraag na of ze deze manier van denken herkennen. Leg uit dat deze gedachte niet helpend is om de trek te weerstaan. De gedachte klopt ook niet. Formuleer een helpende gedachte: “De trek gaat zo vanzelf over” of “Ik ben sterk genoeg om af te wachten”. Vraag om andere voorbeelden uit de groep.

Mindsurfen

Bij trek is het vaak moeilijk om aan iets anders te denken dan aan het middel zelf en de verwachte effecten. Het lijkt alsof er sprake is van een tunnelvisie. Het voor de geest halen van drie uitgesproken negatieve consequenties van gebruik en drie positieve consequenties van níét gebruiken kan helpend zijn om de trek te weerstaan. Leg het verband met de voor- en nadelenbalans en de zelfcontrolemaatregelen.

Sociale steun zoeken

Het bespreekbaar maken van trekgevoelens is een handige strategie. De reactie van anderen kan steunend zijn om niet te gaan gebruiken. Daarnaast wordt de omgeving actief betrokken in het veranderingsproces, wat helpend kan zijn voor de cliënt. Vraag welke personen in aanmerking komen om het probleem mee te bespreken.

(10 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Laat de cliënt het formulier betreffende de gedrags- en/of consumptie-alternatieven, gevoelsurfen, anders denken en mindsurfen voor zich nemen (pag. 36/37 werkboek cliënt).
- > Vraag de cliënten de komende periode te oefenen met het omgaan met trek. Laat ze de toegepaste strategie noteren in de registratie-opdracht.
- > Vraag elke deelnemer de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag opnieuw bereidheid om het te doen.

(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, verandering van gedachten.
- > Geef aan wanneer de volgende bijeenkomst is en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht. Sluit de bijeenkomst en verzamel de trainingsbladen.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 7 in.

Algemeen

Doelen

- > Bewustwording van en leren omgaan met trek.
- > Bewustwording van de invloed van gedachten als uitlokkende factor voor mid-delen gebruik /gokgedrag.
- > Veranderen van irrationele gedachten.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorige bijeenkomst nog aandachtspunten zijn voor de gehele groep of voor individuele cliënten en bespreek deze met de co-trainer.
- > Bespreek hoe de uitleg van de vaardigheid "verandering van gedachten" vorm krijgt en welke voorbeelden, met name gedachten, van de deelnemers gebruikt kunnen worden om de herkenbaarheid te vergroten. Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Schets een schema op het whitebord/flip over met de aandachtspunten van de bijeenkomst.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 8.
- > Werkboek cliënt: formulier omgaan met trek, formulier drogredenen.
- > Trainingsbladen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Probeer te benadrukken dat het middelengebruik vaak in stand gehouden wordt door een tekort aan vaardigheden, dit maakt training op die specifieke vaardigheden noodzakelijk.
- > Vertel dat voor de pauze de vaardigheid "omgaan met trek" centraal staat. Na de pauze krijgt de rol van gedachten als uitlokkende factor bij het middelengebruik/gokgedrag aandacht.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Zeg dat er maar maximaal drie cliënten aan bod kunnen komen. Vraag of het de afgelopen periode gelukt is de afgesproken doelen te halen. Zo ja, bekrachtig de cliënten en vraag of en hoe de cliënten zichzelf hebben beloond.
- > Indien een cliënt er niet in geslaagd is zich aan het afgesproken doel te houden, informeer naar de ernst van het hergebruik. Bespreek opnieuw het overeengekomen doel van verandering en inventariseer met cliënt en groepsgenoten mogelijke zelfcontrolemaatregelen.

- > De bespreking van de moeilijke momenten (trek) van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht wordt doorgeschoven naar het volgende onderdeel.

(35 min.) Uitwerking van de huiswerkopdracht "omgaan met trek"

- > Vraag of er naar aanleiding van de uitleg over trek nog vragen zijn.
- > Bespreek aan de hand van de registratie-opdrachten van de afgelopen periode en de gemaakte opdrachten in het werkboek (pag. 35) welke situaties bij verschillende cliënten tot trek leiden. Noteer deze op het bord. Maak hierbij een onderscheid tussen externe en interne risicosituaties. Splits vervolgens de interne risicosituaties uit in lichamelijke gevoelens (spanning, onrust, pijn, koorts), gedachten (gedachten over gebruik, toestemmingsgedachten) en gevoelens. Bespreek of er overeenkomsten zijn tussen de verschillende middelen.
- > Vraag na of de vorige week behandelde technieken thuis verder uitgewerkt zijn en of deze nog vragen oproepen.
- > Vraag na welke van deze technieken zijn toegepast. Welke hebben gewerkt en welke niet? Hoe is het met de "trek" gegaan, ervaart men al meer controle over het gedrag, gekoppeld aan trek? Welke strategie werkt het beste voor elke cliënt afzonderlijk. Welke helpende gedachte kan geformuleerd worden om de vaardigheid te ondersteunen bij het omgaan met trek.
- > Sluit het onderdeel af door "omgaan met trek" kernachtig samen te vatten. Zeg dat in de pauze de strategieën en de daaraan gekoppelde helpende gedachten genoteerd kunnen worden op ieders trainingsblad.

(15 min.) Pauze

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen trainingsblad.

(35 min.) Introductie "verandering van gedachten"

- > Gedachten spelen een belangrijke rol bij het uitlokken en de instandhouding van middelengebruik/gokgedrag. Illustreer aan de hand van een voorbeeld hoe gedrag en gevoelens worden bepaald door ideeën en gedachten over gebeurtenissen. Positioneer gedachte als uitlokkende factor in de functie-analyse.

"Het is belangrijk om te beseffen dat gevoelens en gedrag niet bepaald worden door gebeurtenissen, maar door de gedachten en opvattingen over deze gebeurtenissen.

Stel bijvoorbeeld dat de deurbel gaat en je vermoedt dat de buurvrouw op de stoep staat, aan wie je een grondige hekel hebt. Je hebt absoluut geen zin in een gesprek met haar en doet net of je niet thuis bent. Als je nu zou denken dat het een goede vriendin is, zou je de deur direct open doen! Dus dat wat je denkt als je de deurbel hoort, bepaalt of je wel of niet de deur opent".

Bij middelengebruik spelen gedachten dus een belangrijke rol. Geef een voorbeeld volgens het stramen van de functie-analyse.

Externe risicosituatie: wie wat waar

Mijn baas zegt dat ik mijn werk vandaag niet goed heb gedaan.

Interne risicosituatie: gedachten

Hij zal me wel een slechte werknemer vinden.

Ik krijg vast binnenkort mijn ontslag.

Ik kom nooit meer aan een nieuwe baan.

Interne risicosituatie: gevoel

Gespannen, angstig.

Interne risicosituatie: trek

Trek in een biertje (droge mond en hartkloppingen).

Gedrag

Drinken.

- > Vraag aan de deelnemers hoe het komt dat deze persoon vanuit een gespannen gevoel ertoe komt om te gaan drinken. Richt je hierbij op het stelsel van verwachtingen, opvattingen en gedachten die het middelengebruik uitlokken.
- > Inventariseer gedachten die cliënten hebben die een rol spelen in het middelengebruik en schrijf ze op het bord.
- > Vraag de cliënten of ze deze gedachten herkennen, laat ze voorbeelden noemen.
- > Benadruk de interactie tussen gedachten, gevoel en trek. Ze lokken elkaar uit en versterken elkaar in een soort gedachte-gevoel-trek 'looping' (cirkel). Vraag na of dit herkend wordt bij de deelnemers, laat voorbeelden noemen en plaats deze in de cirkel.
- > Vraag naar ervaringen van de cliënten in de groep. Betrek eventueel de registratie-opdracht erbij waarbij recente uitglijders of terugvallen centraal staan.

TIP: Verwachtingen, opvattingen en gedachten met betrekking tot het gebruik kunnen bepalen of er in een risicosituatie ook daadwerkelijk tot gebruik wordt overgegaan. Er worden twee soorten gedachten onderscheiden namelijk de anticiperende en de toestemmingsgedachten:

Anticiperende gedachten zijn gedachten over de effecten van het middel.

Het zijn verwachtingen, opvattingen en ideeën van wat het middel met je doet. Ze lopen vooruit op de gevoelens die het middel teweegbrengt.

Voorbeelden: Alcohol ontspant en doet zorgen verdwijnen.

Met cocaine presteer ik beter.

Door te gokken maak ik m'n verlies van gisteren goed.

Toestemmingsgedachten zijn gedachten over de wenselijkheid van het gebruik. Hiermee geeft de gebruiker zichzelf toestemming of noodzaakt zich om te gebruiken.

Voorbeelden: Ik heb het wel verdiend.

Eén glas kan geen kwaad.

(10 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Laat de cliënten het formulier drogredenen uit het werkboek (pag. 40) voor zich nemen. Leg de vragenlijst drogredenen uit. Vraag wie de verschillende gedachten herkent, laat ze kort erover vertellen.

- > Vraag of ze de komende week deze lijst van gedachten willen doornemen. Laat ze die gedachten aankruisen die ze bij zichzelf ook vaak herkennen en de lijst verder aanvullen met eigen persoonlijke gedachten.
- > Vraag de cliënten de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen.

(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, namelijk het uitdagen van gedachten.
- > Geef aan wanneer de datum van volgende bijeenkomst is en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 8 in en verzamel de trainingsbladen.

Algemeen

Doelen

- > Leren uitdagen en veranderen van irrationele gedachten als uitlokkende factor van gebruik.
- > Bewustwording van sociale druk en leren weigeren van gebruik.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorige bijeenkomst nog aandachtspunten zijn voor de gehele groep of voor individuele cliënten en bespreek deze met de co-trainer.
- > Bespreek hoe de uitleg van rationeel denken vorm krijgt en welke voorbeelden van de deelnemers gebruikt kunnen worden om de herkenbaarheid te vergroten.
- > Bespreek hoe de uitleg van de vaardigheid "omgaan met sociale druk" vorm krijgt en welke voorbeelden van de deelnemers gebruikt kunnen worden om de herkenbaarheid te vergroten. Bespreek wie de rollenspellen "omgaan met sociale druk" begeleidt. Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Schets een schema op het white bord of flip over met de aandachtspunten van de bijeenkomst.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 9.
- > Werkboek cliënt: cliëntformulier drogredenen, omgaan met sociale druk.
- > Trainingsbladen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) **Introductie**

- > Heet iedereen welkom.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Probeer te benadrukken dat het middelengebruik vaak in stand gehouden wordt door een tekort aan vaardigheden, dit maakt training op die specifieke vaardigheden noodzakelijk.
- > Vertel dat voor de pauze het uitdagen en veranderen van gedachten centraal staat. Na de pauze krijgt de vaardigheid omgaan met sociale druk aandacht. Deze vaardigheid wordt geoefend met rollenspellen. Benoem de angst voor rollenspellen. Geef aan dat het echter een effectieve manier is om vaardigheden te leren. Vraag bereidheid om deel te nemen aan de rollenspellen.

(15 min.) **Vinger aan de pols**

- > Zeg dat er gezien de beperkte tijd maar maximaal drie cliënten aan bod kunnen komen om de registratie-opdracht te bespreken. Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de afgesproken doelen te halen. Zo ja, bekrachtig de cliënten en vraag of en hoe ze zichzelf beloofd hebben.

- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van het registratieformulier. Probeer zicht te krijgen op de risicosituatie en de belangrijkste uitlokkende prikkels, de gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek. Focus deze bijeenkomst met name op gedachten als uitlokkende factor.
- > Bespreek vervolgens de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het voorkomen van gebruik. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid.
- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is de afgesproken doelen te halen, informeer dan kort naar de ernst van het hergebruik. Bespreek dan opnieuw het overeengekomen doel van verandering en inventariseer met cliënt en groepsgenoten mogelijke zelfcontrolemaatregelen.
- > Vervolgens komen de cliënten aan bod die de registratie-opdracht niet hebben bijgehouden. Vraag naar de belemmeringen en vraag om suggesties van anderen die helpend kunnen zijn om de volgende keer wel de opdracht succesvol te kunnen uitvoeren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie nogmaals expliciet.

(35 min.) **Het uitdagen van gedachten**

- > Geef opnieuw een uitleg over gedachten als uitlokkende factor van middelengebruik/ gokgedrag. Positioneer deze in de functie-analyse. Vraag of cliënten een situatie hebben meegemaakt waarin duidelijk was dat een gedachte een grote rol speelde bij het hebben van trek, een uitglijdert of een terugval.
- > Vraag of iedereen het formulier drogredenen uit het werkboek (pag. 40) voor zich te neemt. Laat vervolgens alle deelnemers afzonderlijk de belangrijkste gedachte benoemen die op hen van toepassing is.
- > Geef uitleg over het verschil tussen rationele en irrationele gedachten en leidt het oefenen met uitdagen van gedachten in.

"Gedachten over het middel zelf en gedachten over het gebruik hebben invloed op het uitlokken en het in stand houden van het middelengebruik/ gokgedrag. De gedachten hoeven niet altijd te kloppen met de werkelijkheid en zijn niet altijd helpend bij het bereiken van onze doelen. De manier van denken die we irrationeel noemen, leidt vaak tot nare gevoelens en onwenselijk gedrag. Het is belangrijk dergelijke gedachten te veranderen".

Bijvoorbeeld:

Als iemand zich heeft voorgenomen niet te gebruiken op een feestje, maar denkt dat zijn vrienden hem een watje vinden als hij een aangeboden joint weigert, dan is de kans groot dat hij terugvalt in gebruik.

Als deze persoon echter tegen zichzelf kan zeggen dat hij geen watje is als hij nee zegt, dan wordt het een stuk makkelijker om die avond niet te blowen.

Om na te gaan of een gedachte rationeel is, kun je twee vragen stellen:

1. Is deze gedachte waar?
2. Helpt deze gedachte me om te bereiken wat ik wil bereiken?

Een gedachte is rationeel indien beide vragen met ja beantwoord kunnen worden. Als de gedachte niet rationeel is, dan kan deze gedachte vervangen worden door een alternatieve. Deze kan helpen om niet te gebruiken of te gokken.

- > Laat cliënten onderzoeken of de drogredenen of hun persoonlijke belangrijkste gedachten waar en rationeel zijn. Irrationele gedachten worden vervangen door meer rationele en meer helpende gedachten. Een aantal vragen kan gebruikt worden om tot deze alternatieve gedachten te komen:
 - Wat zou je doen als het middel niet aanwezig was?
 - Wat zijn de nadelen van gebruik van het middel?
 - Op welke andere manier kun je tegen de situatie aankijken?
 - Welke andere dingen zou je kunnen doen om hetzelfde te bereiken?
- > Vertel bij afsluiting van de oefening dat het uitdagen van gedachten thuis getraind kan worden door dit vaak te doen. De volgende keer komt het niet meer aan bod.
- > Geef aan dat tijdens de pauze iedereen op het trainingsblad drie irrationele gedachten invult en drie alternatieve helpende gedachten.

TIP: Het uitdagen van gedachten kan aan de hand van een oefening uitgevoerd worden. Laat iedereen het werkboek voor zich nemen met de eigen gedachten die uitgedaagd kunnen worden en de formuleren met vragen die daarbij horen (pag. 43). Nodig iemand die een gedachte wil uitdagen uit om voor de groep te komen zitten. De bedoeling is dat de andere groepsleden om de beurt een vraag stellen om de gedachte uit te dagen. Iedere deelnemer mag maar één vraag stellen. Laat de oefening doorgaan totdat een helpende gedachte is geformuleerd.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.

(5 min.) **Introductie van het thema “omgaan met sociale druk”**

- > Vertel dat het aangeboden krijgen van een middel of het onder druk gezet worden om mee te doen met gebruik een veel voorkomende risicosituatie is. Vraag bevestiging. Laat een deelnemer een ervaring vertellen met het niet kunnen weigeren van gebruik.
- > Vraag na bij wie nog meer en in welke situaties het niet kunnen weigeren van gebruik een rol speelt. Leg uit dat de functie-analyse gebruikt kan worden om te bekijken bij welke mensen de cliënt onder druk gezet wordt om te gebruiken.
- > Leg uit dat omgaan met sociale druk een vaardigheid is. Door het aanleren van deze vaardigheden kan de cliënt in de toekomst een dergelijke situatie het hoofd bieden.
- > Bespreek dat het aanleren van deze vaardigheden door middel van het doen van rollenspellen gebeurt. Benoem de angst voor het doen van een rollenspel. Geef ook aan dat het beste wat helpt om deze vaardigheid te leren is om het te doen. Vraag bereidheid tot het doen van een rollenspel.
- > Inventariseer voor wie het niet kunnen weigeren van gebruik wel of niet geldt. Vraag aan mensen voor wie dit niet geldt bereidheid om tips te geven of in een rollenspel voor te doen hoe zij dit probleem aanpakken.

- > Indien cliënten aangeven situaties waarin ze middelen aangeboden krijgen zoveel mogelijk te mijden, leg dan uit dat dit op korte termijn een goede en effectieve strategie is (zelfcontrolemaatregel). Op den duur is het echter geen praktische strategie omdat er zoveel situaties zijn waarin mensen druk op hen kunnen uitoefenen. Het is een onmogelijke opgave al deze situaties te mijden. In dit soort situaties is het van belang de vaardigheid “nee zeggen” in de vingers te hebben.

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 en vraag de groep naar zijn reactie. Formuleer een alternatieve, helpende gedachte die het weigeren van gebruik vergemakkelijkt. Sluit het laatste rollenspel af met een voorbeeld van succesvol gedrag, dit zorgt voor een toename in zelfvertrouwen bij de cliënt.

(35 min.) **Oefening “omgaan met sociale druk”**

- > Nodig een vrijwilliger (de protagonist) uit een recente situatie te beschrijven waarin sociale druk om te gebruiken werd ervaren. Vraag of andere deelnemers deze situatie of onderdelen van deze situatie herkennen. Inventariseer welk gedrag of welke reactie van de ander lastig is.
- > Leg het doel van het rollenspel uit: het oefenen van nieuw gedrag.
- > Vraag de protagonist 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.
- > Indien mogelijk, laat de protagonist een helpende gedachte formuleren waarvan de protagonist denkt dat deze ondersteunend is in het weigeren van gebruik.
- > Vraag de protagonist iemand uit te nodigen waarvan hij/zij denkt dat deze een goede tegenspeler (antagonist) kan zijn. 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 de protagonist de antagonist zo goed mogelijk te instrueren in de rol, om de situatie zo levensecht mogelijk neer te kunnen zetten.
- > Vraag de antagonist of het duidelijk is welke rol hij dient te spelen.
- > Verdeel de groep in twee subgroepen (indien het een grote groep is). Deze subgroepen kunnen gericht feedback geven op het gedrag van de protagonist namelijk het non-verbaal gedrag (Hoe doet hij/zij het) en eventuele verbeterpunten van de protagonist en het verbale gedrag (Wat zegt hij/zij) van de protagonist en eventuele verbeterpunten. Zet deze punten op het 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

- > Start het rollenspel en laat het maximaal vijf minuten duren. Vraag na afloop van het rollenspel aan de protagonist hoe hij het vond gaan (stoom afblazen) en check of de rol/het spel van de antagonist klopte, waarna er eventueel aanpassingen aangebracht kunnen worden in het volgende rollenspel. Vraag vervolgens de antagonist hoe hij het vond gaan. Bekrachtig de moed van de rollenspelers om het rollenspel te doen.
- > Vraag vervolgens aan 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 er subgroepen gevormd zijn, laat de feedback per subgroep geven.
- > Indien het weigeren van gebruik niet gelukt is, vraag de protagonist welke suggesties helpend kunnen zijn om het doel te halen. Welke invloed had de helpende gedachte?
- > 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.

(5 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Vraag de cliënten de komende week het dagboek bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen.
Vraag de cliënten na te denken over een situatie waarin het niet kunnen weigeren van middelen centraal staat. Dit kan dan de volgende week geoefend worden in de vorm van een rollenspel.
- > Vraag de cliënten de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen.

(5 min.) **Afsluiting**

- > Bedank iedereen voor het enthousiasme. Bekrachtig de deelname aan de rollenspellen positief, vertel dat de volgende keer opnieuw omgaan met sociale druk op het programma staat. Vertel dat volgende week in de rollenspellen spullen gebruikt worden die voor cliënt gekoppeld zijn aan gebruik. Vraag om specifieke spullen (speciale flesopener, haspijp, zilverfolie) mee te nemen.
- > Vertel dat ook (surrogaat of echte) middelen gebruikt gaan worden. Gebruik van middelen in de rollenspellen zorgt ervoor dat de situatie zo levensecht mogelijk wordt, zodat de vaardigheid van het weigeren van gebruik makkelijker generaliseert naar de realiteit.
Het oefenen met echte middelen is zeer leerzaam, maar mag geweigerd worden.

- > Het is van belang aandacht te besteden aan de zelfcontrolemaatregelen voor ná de volgende bijeenkomst. Het spelen van rollenspellen met spullen gekoppeld aan gebruik leidt tot trek en vervolgens eventueel tot een onbedoelde terugval. Het inschakelen van sociale steun na de volgende zitting als zelfcontrolemaatregel is het meest effectief.
- > 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 en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht. Sluit de bijeenkomst.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 9 in en verzamel de trainingsbladen.

Algemeen

Doelen

- > Leren omgaan met sociale druk en het weigeren van aangeboden middelen.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er nog aandachtspunten zijn voor de gehele groep of voor individuele cliënten en bespreek deze met de co-trainer.
- > Bespreek wie de rollenspellen omgaan met sociale druk begeleidt.
- > Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Zorg voor (surrogaat)middelen en overige gebruik(er)voorwerpen.
- > Zet een schema op het bord of flip over met de aandachtspunten van de bijeenkomst.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

Materialen

- > Materialen rollenspel: (surrogaat)middelen en andere gebruik(er)voorwerpen.
- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 10.
- > Werkboek cliënt: formulier weigeren van gebruik.
- > Trainingsbladen.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen welkom.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Vertel dat de gehele bijeenkomst in het teken zal staan van weigeren van gebruik. Geef aan dat hierbij gebruik gemaakt wordt van gebruiks(ers)voorwerpen.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Zeg dat er gezien de beperkte tijd maar maximaal drie cliënten aan bod kunnen komen om de registratie-opdracht te bespreken. Vraag of het gelukt is de afgelopen periode de afgesproken doelen te halen. Zo ja, bekrachtig de cliënten en vraag of en hoe ze zichzelf beloofd hebben.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen periode aan de hand van de registratie-opdracht. Probeer zicht te krijgen op de risicosituatie en de belangrijkste uitlokkende prikkels, de gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek. Focus met name op sociale situaties.
- > Bespreek vervolgens de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het voorkomen van gebruik. Zo ja, bekrachtig de cliënt voor het inzicht en de zelfwerkzaamheid.
- > Wanneer de cliënt er niet in geslaagd is de afgesproken doelen te halen, informeer dan kort naar de ernst van het hergebruik. Bespreek dan opnieuw het overeengekomen doel van verandering en inventariseer met cliënt en

groepsleden mogelijke zelfcontrolemaatregelen. Indien het een situatie betrof waarin weigeren van gebruik centraal stond, geef aan dat dit straks besproken kan worden.

- > Vervolgens komen de cliënten aan bod die de registratie-opdracht niet hebben bijgehouden. Vraag naar de belemmeringen en vraag om suggesties van anderen die helpend kunnen zijn om de volgende keer wel de opdracht succesvol te kunnen uitvoeren. Maak de afspraak tot succesvolle registratie nogmaals expliciet.

(15 min.) Uitwerking van de huiswerkopdracht "omgaan met sociale druk"

- > Bespreek of er naar aanleiding van de uitleg over omgaan met sociale druk vragen zijn. Positioneer de vaardigheid in de functie-analyse en leg de link met de interne risicosituatie gedachte en trek.
- > Vraag na of iemand in de gelegenheid is geweest om te oefenen met de vaardigheden omgaan met sociale druk. Bespreek eerst iemand die de vaardigheden succesvol in praktijk heeft gebracht. Laat de cliënt de situatie kort beschrijven aan de hand van de items "wie, wat, waar". Maak vervolgens het gedrag expliciet aan de hand van "hoe doe je het" en "wat zeg je". Vraag na welke verandering in gedrag ("hoe doe je het" en "wat zeg je") de cliënt heeft aangebracht, welke vaardigheid heeft hem expliciet geholpen het aanbod om te gebruiken of te gokken af te slaan. Bekrachtig de verandering positief. Vraag feedback van de groep.
- > Inventariseer wie wel geoefend heeft maar waarbij de weigering niet het gewenste effect heeft gehad. Vraag hierbij expliciet na welke stappen in de vaardigheid "weigeren" moeilijk waren (aan de hand van "hoe doe je het" en "wat zeg je") en al of niet gelukt zijn. Bekrachtig de wel gehaalde subdoelen en nodig uit om het ontbrekende gedrag te oefenen in een rollenspel.

(20 min.) Oefening weigeren van gebruik

- > Als er geen aanleiding is om ontbrekend gedrag te oefenen in een rollenspel, dan kan er gekozen worden uit de situaties die de groepsleden thuis voorbereid hebben.
Leg het doel van het rollenspel nogmaals uit: het oefenen van nieuw gedrag in een zo levensecht mogelijke situatie. Zet de observatiepunten nog eens op het bord of flip over en leg deze kort uit.

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

- > Nodig een vrijwilliger uit (de protagonist) een recente situatie te beschrijven waarin sociale druk om te gebruiken werd ervaren. Vraag of andere deelnemers deze situatie of onderdelen van deze situatie herkennen. Inventariseer welk gedrag of welke reactie van de ander lastig is.
- > Vraag de protagonist of hij specifieke voorwerpen heeft meegenomen die gekoppeld zijn aan gebruik. Zo ja, laat hem kort iets vertellen over deze voorwerpen.
- > Laat de protagonist de situatie beschrijven aan de hand van speciale kenmerken van de situatie. Wat ziet hij, waar is het, hoe zien dingen in de situatie eruit? Vraag de protagonist wat hij/zij specifiek moeilijk vindt aan het weigeren.
- > Indien mogelijk: formuleer een helpende gedachte waarvan de protagonist denkt dat deze ondersteunend is in het weigeren van gebruik. Verwijs naar het veranderen van gedachten en het formuleren van een rationele gedachte. Vraag de protagonist iemand uit te nodigen waarvan hij/zij denkt dat deze de rol goed kan spelen (antagonist). 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 de protagonist de antagonist zo goed mogelijk te instrueren over zijn rol om de situatie zo levensecht mogelijk neer te zetten. Gebruik de paraferalia die passend zijn in de situatie en/of die de protagonist heeft meegenomen.
- > Vraag expliciete bereidheid van de protagonist en antagonist om te oefenen met (surrogaat)middelen en andere gebruik(er)svoorwerpen. Indien men kiest voor gebruik van echte middelen in het rollenspel is uiteraard niet de bedoeling dat de protagonist of de antagonist tijdens het rollenspel daadwerkelijk gebruiken. Als dit toch dreigt te gebeuren grijp direct in door het rollenspel te onderbreken. Vraag aan de antagonist of het duidelijk is welke rol hij dient te spelen.
- > Verdeel de groep in twee subgroepen, "hoe doe je het" (non-verbaal) en "wat zeg je". (verbaal). De opdracht aan deze subgroepen is gerichte feedback te geven op beide aspecten van het gedrag en eventuele verbeterpunten aan te dragen.
- > Laat het rollenspel beginnen en maximaal vijf minuten duren.
- > Laat de spelers het speelveld verlaten.
- > Vraag na afloop van het rollenspel aan de protagonist hoe hij het vond gaan (stoom afblazen) en check of het spel en de rol van de antagonist klopte, eventueel kunnen aanpassingen aangebracht worden in het volgende rollenspel. Doe hetzelfde met de antagonist. Bekrachtig de moed van de rollenspelers om het rollenspel te doen.
- > Vraag vervolgens aan de groep naar de observaties. Bespreek eerst wat volgens de observanten 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.
- > Vraag de protagonist welke suggesties helpend kunnen zijn om het doel te halen. Welke invloed had de helpende gedachte? Laat vervolgens het rollenspel opnieuw starten waarbij de helpende suggesties in praktijk gebracht worden.

- > Herhaal het oefenen en feedback geven totdat de protagonist tevreden is over het behaalde resultaat en het gedrag naar tevredenheid vertoond wordt.
- > Let op reacties van de spelers en reacties uit de groep. Het observeren van een rollenspel, met name als er gebruik gemaakt wordt van (surrogaat)middelen kan ook trek op roepen. Maak dit bespreekbaar en koppel het aan de wijze waarop trek ontstaat.

(15 min.) **Pauze**

- > Onderbreek het oefenen van de vaardigheid voor de koffie en theepauze.
- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is

(35 min.) **Oefening "omgaan met sociale druk"**

- > Ga na de pauze verder in het proces.
- > Nodig een nieuwe vrijwilliger (de protagonist) uit een recente situatie te beschrijven waarin sociale druk werd ervaren en het gestelde doel "weigeren van gebruik" niet gehaald werd (reconstructief rollenspel) of een situatie te beschrijven die zich binnenkort voordoet en waarmee geoefend kan worden. Herhaal de procedure zoals eerder beschreven. Vraag aan het eind van de oefening nadrukkelijk naar trekgevoelens bij alle groepsleden en roep eventueel de zelfcontrolemaatregelen uit bijeenkomst 3 in de herinnering. Vraag tevens hoe het vangnet na afsluiting van de bijeenkomst eruit ziet. Vraag expliciet bij wie ze hulp inroepen.
- > Sluit dit gedeelte af, geef een korte samenvatting, bedank de rollenspelers en de groep voor de getoonde inzet.

(10 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Vraag de cliënten de komende week de registratie-opdracht bij te houden. Benadruk het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen. Vraag de cliënten de komende periode te oefenen met het "omgaan met sociale druk". Laat ze dit noteren in de registratie-opdracht, met name wat goed is gegaan.

(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 (omgaan met sociale druk en omgaan met gevoelens).
- > Geef aan wanneer de datum van volgende bijeenkomst is en wens iedereen succes met de huiswerkopdracht. Sluit de bijeenkomst en verzamel de trainingsbladen.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 10 in en verzamel de trainingsbladen.

Algemeen**Doelen**

- > Leren omgaan met sociale druk en het weigeren van aangeboden middelen.
- > Bewust worden van en adequaat leren hanteren van gevoelens.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorige bijeenkomst nog aandachtspunten zijn voor de gehele groep of voor individuele cliënten en bespreek deze met de co-trainer.
- > Zorg voor voldoende (surrogaat)middelen en overige gebruik(er)svoorwerpen.
- > Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Zet een schema op het white bord of flip over met de aandachtspunten van de bijeenkomst.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

TIP: In de formulierenset bij deze handleiding (achterin) zitten cliëntsatisfactiefomulieren. Indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, vul dan het gedeelte in dat door de trainer ingevuld moet worden. Zorg voor enveloppen.

Materialen

- > Materialen rollenspel: (surrogaat)middelen en andere gebruik(er)svoorwerpen.
- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 11, cliëntsatisfactiefomulieren.
- > Werkboek cliënt: formulier weigeren van gebruik en omgaan met gevoelens.
- > Trainingsbladen.

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

- > Heet iedereen welkom. Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Vertel dat voor de pauze de vaardigheid "weigeren van gebruik" centraal staat. Na de pauze staan gevoelens als uitlokkende factor bij het midde-
lengebruik centraal.
- > Vertel dat voor de pauze het weigeren van gebruik centraal staat. Na de pauze zal aandacht worden besteed aan bewustwording en omgaan met gevoelens.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Zeg dat er gezien de beperkte tijd maar maximaal drie cliënten aan bod kunnen komen om de registratie-opdracht te bespreken. Vraag of het gelukt is de afgelopen week de afgesproken doelen te halen. Zo ja, bekrachtig de cliënten positief en vraag of en hoe ze zichzelf beloofd hebben.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen week aan de hand van het registratieformulier. Probeer zicht te krijgen op de risicosituatie en de belangrijkste uitlokkende prikkels, de interpretatie en gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek.

- > Bespreek vervolgens de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het voorkomen van 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 verandering te houden, informeer dan kort naar de ernst van het hergebruik. Inventariseer met cliënt en groepsgenoten mogelijke zelfcontrolemaatregelen.

(35 min.) Weigeren van gebruik

- > Bespreek of er naar aanleiding van de vorige keer en de uitleg over weigeren van gebruik nog vragen zijn. Betrek hierbij expliciet het oefenen met (surrogaat)middelen en andere gebruik(er)svoorwerpen.
- > Vraag na of iemand in de gelegenheid is geweest om te oefenen met de vaardigheid weigeren van gebruik. Bespreek eerst iemand die de vaardigheden succesvol in praktijk heeft gebracht. Laat de cliënt de situatie kort beschrijven aan de hand van de items "wie, wat, waar". Maak vervolgens het gedrag expliciet aan de hand van hoe doe je het en wat zeg je. Vraag na welke verandering in gedrag (hoe doe je het en wat zeg je) de cliënt heeft aangebracht, welke vaardigheid heeft hem expliciet geholpen het aanbod om te gebruiken of te gokken af te slaan. Vraag ook naar de helpende gedachte. Verwijs naar het veranderen van gedachten. Vraag feedback van de groep.
- > Vraag na wie wel geoefend heeft maar waarbij het resultaat niet het gewenste effect heeft gehad. Laat de situatie beschrijven aan de hand van de items "wie, wat, waar". Maak vervolgens het gedrag expliciet aan de hand van "hoe doe je het" en "wat zeg je". Vraag of cliënt een gedachte kan formuleren die in die situatie niet helpend was.
- > Indien er genoeg tijd is, nodig dan de cliënt (protagonist) uit om de situatie uit te spelen. Volg de procedure zoals beschreven in bijeenkomst 10. Indien er niet genoeg tijd is bespreek nog eens kort de non-verbale en verbale aspecten van de vaardigheid. Zet deze punten nog eens 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
- vermijd excuses en vage antwoorden.

- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting van dit thema. Vraag één of twee cliënten wat ze geleerd hebben, wat ze moeilijk vonden aan het weigeren van middelen. Vraag ook wat hen vanaf nu het meeste helpt om middelen te weigeren als ze het aangeboden krijgen.

- > Zeg dat weigeren van middelen onderdeel is van het trainingsblad. In de pauze is er tijd voor elke cliënt om de eigen conclusies op te schrijven.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen trainingsbladen.

(45 min.) **Uitleg thema “omgaan met gevoelens”**

- > Neem de functie-analyse erbij en vertel dat de laatste uitlokkende factor voor gebruik aan bod komt namelijk gevoelens. Geef aan dat het doel is om vat te leren krijgen op gevoelens.
- > Leg uit dat er vier basisgevoelens zijn te weten boos, blij, bang, bedroefd (de 4 B's). Bespreek dat gevoelens gezonde reacties zijn op emotionele gebeurtenissen. Soms kunnen gevoelens ook uitlokken tot gebruik, een niet adequate reactie. Geef een aantal voorbeelden. Focus ook op blij, bij met name cocainegebruikers kan dit een uitlokker voor gebruik zijn.
- > Leg uit dat het gevoel niet door de gebeurtenis veroorzaakt wordt. Een gevoel kan gewoon opkomen of veroorzaakt worden door de gedachte over een gebeurtenis. Leg de link met de bijeenkomsten 8 en 9 (verandering van gedachten).
- > Een bepaald gevoel kan uitlokken tot gebruik, met name als men niet adequaat met dit gevoel omgaat. Vraag naar voorbeelden uit de groep.
- > Vertel vervolgens dat een bepaald gevoel veroorzaakt kan worden door gebruik. Angstig zijn kan uitlokken tot gebruik maar ook een gevolg zijn van gebruik: een angstige stemming en ontweningsverschijnselen lijken op elkaar (hartkloppingen, zweten etc). Vraag aan de groep of men dit herkent: gebruiken omdat men angstig is of door gebruik angstig worden, gebruiken vanwege somberheid of door gebruik somber worden.
- > Lees het verhaal van Albert voor en inventariseer met de groep welke gevoelens ze herkennen in het verhaal. Bespreek ook wat Albert gedacht en welk gedrag Albert vertoond heeft.

Albert heeft een eigen zaak in computers. Een goede zakenrelatie van hem heeft een aantal maanden geleden voor zijn eigen bedrijf 10 computers gekocht. Tot nu staat de rekening van €20.000,00 nog steeds open. Albert heeft al een aantal malen voorzichtig gevraagd wanneer de rekening betaald zou worden. Hij kreeg de toezegging dat het geld nog dezelfde week overgemaakt zou worden, maar tot op heden was het geld nog steeds niet binnen. Dit is al drie keer gebeurd.

Albert gaat elke zaterdagmiddag, na het sluiten van zijn zaak een biertje drinken met een aantal vrienden. Op een gegeven moment komt de goede zakenrelatie dezelfde kroeg binnen. Albert denkt weer aan de onbetaalde rekening en wordt boos. Hij heeft al bier op. Hij denkt “Zie hem hier de patser uithangen terwijl hij mij nog €20.000,00 schuldig is” en wordt steeds bozer, niet alleen op de zakenrelatie maar ook op zichzelf omdat hij niet op hem af durft te stappen. De zakenrelatie gaat weg maar Albert blijft hangen en drinkt zich een stuk in de kraag. Op een gegeven moment zegt een vriend iets over de zaak van Albert. Hij vat het verkeerd op en wordt ontzettend kwaad op zijn vriend.

De volgende ochtend wordt hij wakker met een kater, voelt zich beroerd en

baalt van zichzelf, niet alleen omdat hij niets gezegd heeft tegen de zakenrelatie maar ook voor zijn onredelijke uitval. Hij blijft de hele dag passief op de bank liggen, balend van zichzelf en hij heeft nergens zin in.

- > Vraag de deelnemers of ze een risicogevoel bij zichzelf herkennen dat uitlokt tot gebruik. De registratie-opdracht en de lijst risicosituatie kan hierbij gebruikt worden.
- > Leg uit dat er verschillende manieren zijn om het gevoel te hanteren zonder dat het uitlokt tot gebruik. Schrijf deze op een white-board. Gebruik bij de uitleg de technieken die cliënten zelf hanteren. Leg de link met de strategieën voor het omgaan met trek, gevoel hoort erbij. De strategieën kunnen gezien worden als zelfcontrolemaatregel.

Afleiding zoeken door actie te ondernemen

Actie kan bestaan uit het doen van een lichamelijke inspanning. Dit maakt het gevoel niet minder maar het kan ervoor zorgen dat er niet gebruikt wordt. Geef uitleg over deze strategie en inventariseer de verschillende mogelijkheden ten aanzien van deze strategie.

Gevoelsurfen/gevoel uitzitten

Voorafgaand aan de uitleg over deze vaardigheid wordt gevraagd aan een paar mensen of ze een gevoel herkennen. Deze strategie is ook voor het herkennen van het gevoel belangrijk. Vraag hoe lang het gewoonlijk duurt voordat een gevoel verdwenen is. Dit maakt duidelijk dat een gevoel na verloop van tijd verdwijnt. Gevoelens zijn normaal, het vechten tegen een gevoel versterkt enkel en vergroot het risico op gebruik.

Anders denken

Er wordt vaak gedacht dat trek niet weerstaan kan worden of dat trek enkel en alleen overgaat door te gebruiken. Vraag na of ze deze manier van denken herkennen.

Sociale steun zoeken

Het bespreekbaar maken van gevoelens is een handige strategie. De reactie van anderen kan steunend zijn. De omgeving raakt actief betrokken, wat helpend kan zijn voor de cliënt. Vraag welke personen in aanmerking komen om gevoelens mee te bespreken

- > Vraag aan de groep wat Albert per gevoel anders had kunnen doen, schrijf dit op een white bord of flip over. Maak de strategieën concreet. Wat zou het resultaat zijn geweest van ander gedrag. Probeer de antwoorden zo samen te vatten dat ze passen binnen de strategieën die helpend kunnen zijn om vat te krijgen op de gevoelens.
- > Bespreek de strategieën die de cliënt kan hanteren om vat te krijgen op zijn of haar stemmingen. Bespreek de strategieën per gevoel. Vraag aan een aantal cliënten welke strategieën effectief voor hen zouden zijn.

(10 min.) **Huiswerkopdracht**

- > Laat de cliënt pag 51 en 52 uit het werkboek voor zich nemen.

- > Geef aan dat de volgende bijeenkomst de laatste is. Vraag om het werkboek cliënt door te nemen en te bekijken of er nog onduidelijkheden zijn. De volgende keer bestaat er de mogelijkheid om deze onduidelijkheden aan te kaarten.
- > Vertel dat het laatste onderdeel van de volgende keer het evaluatierondje is.
- > Laat ze het evaluatieformulier voor zich nemen (werkboek cliënt pag. 54) en vraag of ze deze opdracht voor de volgende keer willen maken.
- > Vraag de cliënten de komende week de registratie-opdracht bij te houden.
- > Benadruk het belang ervan en vraag bereidheid om het te doen.

TIP: In de formulierenset (achterin) bij deze handleiding zitten cliëntsatisfactieformulieren. Indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, deel deze lijsten uit. Leg het belang van meten van cliëntsatisfactie uit. Leg vervolgens het formulier uit en vraag of ze het formulier 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 de datum van de laatste bijeenkomst. Wens iedereen succes.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 11 in en verzamel de trainingsbladen.

Algemeen

Doelen

- > Leren herkennen en omgaan met gevoelens.
- > Evalueren van de training.

Vorbereiding

- > Bestudeer de cliëntformulieren. Bekijk of er uit de vorige bijeenkomst nog aandachtspunten zijn voor de gehele groep of voor individuele cliënten en bespreek deze met de co-trainer.
- > Bespreek hoe de uitwerking van het omgaan met gevoelens en de evaluaties vorm krijgt. Maak afspraken over ieders specifieke taken en verantwoordelijkheden in de bijeenkomst.
- > Schets een schema met de aandachtspunten van de bijeenkomst op het white bord of flip over.
- > Hang de trainingsbladen op in de groepsruimte.

TIP: In de vorige bijeenkomst zijn, indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, cliëntsatisfactieformulieren uitgedeeld. Zorg dat u een aantal formulieren bij de hand hebt in geval cliënten deze zijn vergeten mee te nemen of in te vullen. Zorg ook voor enveloppen.

Materialen

- > Handleiding trainer: cliëntformulier bijeenkomst 12.
- > Werkboek cliënt: formulier omgaan met gevoelens, cliëntsatisfactief formulier.
- > Trainingsbladen.
- > Cliëntsatisfactief formulieren.

Inhoudelijke beschrijving van de bijeenkomst

(5 min.) Introductie

- > Heet iedereen voor de laatste keer welkom en bekrachtig de komst positief.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige bijeenkomst. Vertel dat voor de pauze het omgaan met gevoelens centraal zal staan. Na de pauze zal de training geëvalueerd worden.

(15 min.) Vinger aan de pols

- > Zeg dat gezien de beperkte tijd maar maximaal drie cliënten aan bod kunnen komen om de registratie-opdracht te bespreken. Vraag of het de afgelopen week gelukt is de afgesproken doelen te halen. Zo ja, bekrachtig positief en vraag of en hoe ze zichzelf beloofd hebben.
- > Bespreek de moeilijke momenten van de afgelopen week aan de hand van de registratie-opdrachtformulier. Probeer zicht te krijgen op de risicosituatie en de belangrijkste uitlokkende prikkels, de interpretatie en gedachten over de situatie, het dominante gevoel en de intensiteit van de eventueel aanwezige trek.

- > Bespreek vervolgens de gehanteerde zelfcontrolemaatregelen en vraag of deze effectief zijn geweest in het voorkomen van 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 hergebruik. Bespreek hoe de cliënt in de toekomst zelfstandig omgaat met terugvallen.

(35 min.) **Omgaan met gevoelens**

- > Herhaal kort de uitleg over het vat krijgen op gevoelens. Laat de vier gevoelens aan bod komen aan de hand van de 4 B's.
- > Vraag iedereen de huiswerkopdracht voor zich te nemen. Inventariseer welke gevoelens er gekozen zijn en vervolgens welke strategieën gekozen zijn om hiermee om te gaan. Laat elke strategie per gevoel aan bod komen. Begin met het gevoel dat het meeste gekozen is en bespreek dit aan de hand van de huiswerkopdracht.
- > Vraag wie ermee geoefend heeft. Laat deze cliënten hun ervaringen vertellen. Vraag naar herkenning van cliënten die een ander gevoel hebben gekozen. Focus op wat goed ging en vervolgens wat beter kan.
- > Vraag of er mensen zijn die een alternatieve strategie hebben gekozen. Welke was dat en wat was het resultaat?
- > Kies een volgend gevoel en bespreek dit aan de hand van bovengenoemde punten. Ga zo het rijtje af.
- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting. Verwijs naar het trainingsblad, laat ze tijdens de pauze de top 3 van gevoelens als uitlokkende factor voor gebruik invullen. Daarnaast kunnen ze de top 3 van strategieën invullen, die helpend kunnen zijn in het beter omgaan met deze gevoelens.

TIP: Het kan zijn dat iemand gekozen heeft om te gebruiken op basis van een gevoel. Bespreek dit en laat de groep met elkaar brainstormen hoe de persoon anders met dit gevoel had kunnen omgaan. Probeer iedere strategie aan bod te laten komen.

Vraag vervolgens de persoon welke tips bruikbaar zijn om de volgende keer toe te passen.

(15 min.) **Pauze**

- > Zorg dat er koffie en thee aanwezig is.
- > Invullen trainingsbladen.

(45 min.) **Evaluatie van de training**

- > Geef aan de hand van de functie-analyse een korte samenvatting van elk element dat in de training aan bod is gekomen.
- > Laat iedere cliënt een korte evaluatie van de training geven aan de hand van de punten uit het evaluatieformulier (werkboek cliënt pag. 54):
 - Wat was ieders doel van de training en in hoeverre is dit doel gehaald?
 - Welke drie vaardigheden zijn het belangrijkste gebleken bij de verandering van het gebruik? Bekrachtig wat geleerd is. Focus op de voordelen van verandering en de nadelen van gebruik. Ontlok strategieën aan de cliënt die hij/zij de komende periode gaat volhouden.
 - Welke vaardigheden behoeven nog aandacht in de toekomst en hoe gaan ze dit in praktijk brengen?

- > Belangrijk is dat tijdens de evaluatie de groep ook feedback geeft op de veranderingen. Eventueel kan ook gevraagd worden naar suggesties. Dit verlevendigt het onderdeel en voorkomt dat de training als een nachtkars uitgaat.
- > Sluit dit onderdeel af met een korte samenvatting. Opper de mogelijkheid van deelname aan de AA.

(10 min.) **Afsluiting**

- > Geef aan dat de training nu echt is afgelopen. Schets kort het verloop van de training en wat u het meeste is bijgebleven en eventueel zal bijblijven. Laat de co-trainer ook kort aan het woord.
- > Bedank iedereen voor het enthousiasme. Geef aan dat het voor sommigen moeilijk kan zijn om het nu verder alleen te moeten doen zonder steun van de groep. Meld het bestaan van zelfhulpgroepen (bijvoorbeeld de AA) waar men naar toe kan gaan.
- > Vertel dat verandering van middelengebruik een leerproces is. Benadruk dat men de komende tijd door moet blijven gaan met oefenen van de vaardigheden. Het blijven registreren van moeilijke momenten kan hierbij ondersteunend zijn. Actief met het geleerde bezig blijven verhoogt de kans op blijvend resultaat. De trainingsbladen kunnen meegenomen worden, het geeft cliënten een overzicht van wat er allemaal geleerd is. Geef aan dat verandering van middelengebruik een proces is van vallen en opstaan. Indien cliënten na verloop van tijd merken toch niet in staat te zijn om het geleerde vast te houden, geef aan dat ze zich altijd weer kunnen aanmelden.
- > Wens iedereen succes en bedank ze voor de getoonde inzet. Geef de trainingsbladen mee.
- > Vul na afsluiting van de bijeenkomst per cliënt cliëntformulier 12 in.
- > Vul het afsluitblad dossier in.

TIP: Indien u of uw instelling cliëntsatisfactie meet, verzamel de cliëntsatisfactie-formulieren in de enveloppen. Indien cliënten de lijsten vergeten zijn, vraag of ze deze lijst na de bijeenkomst nog 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 procesgeoriënteerde als de meer directe 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-databestanden 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 bemachtigd. 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) groepstherapieën 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. Dor de bank genomen hebben recentere publicaties en onderzoeken een hogere methodologische kwaliteit.

Op plaatsen waar dat mogelijk en relevant was, is tussen haakjes het evidentiële niveau (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) plaatsvond. 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 problemen 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-psychotische) 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 (wachtlIJst). 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 cliënt. 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 zelfde 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; Colijn 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 tijdsgrenzen 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 groepsbenaderingen 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 groepsamenstelling 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 afzeggingen 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 gemoed 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 wegemen 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 alcoholliteratuur 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 therapiesessies 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 behandel-doel. 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 stabiel 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 behandelsituatie 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 groepssessies 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-specifiek 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 luiden 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 controleprogramma gecombineerd met in vivo blootstelling en response preventie, een groepsbehandeling gericht op cognitieve herstructurering, een combinatie van de eerste twee behandelingen óf 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 (aselecte 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 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 termijn effecten 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 uitgangssituatie 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.

Collijn 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.

Irvin 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.

Manis 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, Cacciola 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 een 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

Maarten Merx

Ton van Broekhoven

Literatuurstudie

Jaap van der Stel

Expertgroep

Rob Bakker

Paulina Hartman

Jeanette van Keulen

Roelien Biemond

Procesbegeleiding

Rene Beentjes

Hans van Heel

Dank aan

Medewerkers van Brijder, Jellinek en Kentron

Ontwerp

Taluut

Nadere informatie

Publicatienummer : 2003-227 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 veeleevoudigd, 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:

12 Cliëntformulieren (1 tot en met 12).

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.

Achterin vindt u ook een pdfbestand van het trainingsblad, dat u zelf kunt vergroten tot A-0-formaat voor gebruik tijdens de bijeenkomsten.

CD-ROM

Inhoud formulierenset:

12 Cliëntformulieren (1 tot en met 12).

1 Uitkomstenmeting door de cliënt zelf in te vullen.

1 Uitkomstenmeting door de trainer in te vullen.

1 Afsluitblad dossier.

1 Trainingsblad voor A-0.

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

Het pdfbestand van het trainingsblad kunt U vergroten tot A-0-formaat voor gebruik tijdens de bijeenkomsten.

