

# TERUGVALPREVENTIE TIJDENS DE ONTWENNINGSBEHANDELING THEORIE EN PRAKTIJK

Ilse Vermote  
Geert Pype

## DEEL I. TERUGVALPREVENTIE : EEN THEORETISCH KADER

Ilse Vermote  
Klinisch Psychologe

### Inleiding

Waarom spreken over terugvalpreventie?

- uit onderzoek blijkt dat dit één van de effectieve therapieën is voor verslavingsproblematieken;
- uit de stellingen van de personeelsconferentie bleek dat één van de demotiverende factoren in het werken met verslaafden de frequente terugvallen zijn;
- zonder nabehandeling hervalt meer dan 50% van verslaafden binnen één maand na het beëindigen van de behandeling.

Terugvalpreventie is zowel voor de hulpverlener als voor de patiënt essentieel: voor de HV om vroegtijdige burn-out te voorkomen, voor de patiënt om niet vast te blijven zitten in de vicieuze cirkel van herval. Beiden kunnen bij een terugval gevoelens van hopeloosheid, machteloosheid en mislukking ervaren, wat een pessimistische houding als gevolg kan hebben wat noch voor de hulpverlener, noch voor de patiënt functioneel is.

In deze tekst worden de basisprincipes en -methodes van terugvalpreventie besproken.

Voor we van start gaan geef ik eerst enkele herkenbare mythes omtrent terugval:

- mensen die hervallen, willen eigenlijk niet echt stoppen met gebruiken (herval = gebrek aan motivatie);
- herval overkomt je zomaar, plots en is dus oncontroleerbaar;
- mensen die hervallen, ervaren nog onvoldoende de negatieve gevolgen van hun drinken; wat ze nodig hebben, is iets meer miserie en dan lukt het wel.

Ik hoop in de loop van deze bespreking aan te tonen waarom deze uitspraken mythes genoemd mogen worden.

Verder sta ik stil bij een mijns inziens bruikbare achtergrondstheorie rond terugval: de cognitieve-gedragsmatige

theorie, d.i. een kader waarbinnen we terugval kunnen begrijpen. Vanuit deze theorie kijken we hoe de praktijk van de terugvalpreventie hierop een antwoord kan bieden. Verder heb ik het nog over de timing voor terugvalpreventie en het onderscheid tussen specifieke en globale terugvalpreventie.

INHOUD:

- Definities van terugval en terugvalpreventie;
- Doelstellingen van terugvalpreventie;
- Hoe ontstaat een terugval? (theoretisch achtergrondskader);
- Aanknopingspunten voor de therapie;
- Wanneer doen we aan terugvalpreventie?;
- Het onderscheid tussen specifieke en globale terugvalpreventie;
- Opmerkingen.

## **1. Definities**

*Wat is een terugval?*

(Laconiek wordt terugval omschreven als de meest voorkomende uitkomst van therapie bij verslaafden...)

Een terugval is een serie van gebeurtenissen die al dan niet gevolgd worden door een terugkeer naar de basisfrequentie van het doelgedrag dat men wou veranderen. Met andere woorden: terugval is elke stap in de richting van een terugkeer naar het oorspronkelijke gedrag. Het is dus een overtreding van een door de patiënt zelf gestelde regel (de abstinentieregel). Abstinentieregels verschillen van persoon tot persoon en kunnen ook in de loop der tijd evolueren. Wanneer men evolueert naar meer gebruik dan de huidige abstinentieregel toestaat, is er sprake van herval.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 'relapse' (= volledig herval, terugkeer naar de oorspronkelijke frequentie en hoeveelheden) en 'lapse' (éénmalig of kortstondig gebruik).

*Wat is preventie?*

Preventie betekent: ertoe bijdragen dat iets (vb. een bepaald gedrag) wat er nu niet is, er in de toekomst ook niet is.

In die zin verschilt preventie fundamenteel van de eerste fase van de behandeling (ontwenningfase) waar we net proberen een bepaald gedrag (alcoholgebruik) te doen stoppen.

Preventie is toekomstgericht, de effecten ervan situeren zich op lange termijn en hierin schuilt vaak de moeilijkheid om

patiënten ervoor te motiveren: er is geen direct positief effect van terugvalpreventie. Terugvalpreventie draagt er gewoon toe bij dat alles blijft zoals het nu is, en levert niet rechtstreeks voordelen op.

Dit in tegenstelling tot de ontwenningfase die op zichzelf belonend is (men wordt fitter, er treedt een verbetering in de partnerrelatie op, men oogst bewondering van anderen,...). Terugvalpreventie spreekt dus niet voor zich en zal dus aan de patiënten uitgelegd en gemotiveerd moeten worden (psycho-educatie), wil deze bereid zijn om er gedurende een langere periode inspanningen voor te leveren. Dit voelen we ook wanneer we patiënten op het einde van de behandeling soms moeizaam gemotiveerd krijgen voor verdere nazorg, A.A.,...

*Wat is terugvalpreventie?*

Terugvalpreventie is een geheel van interventies en technieken die ertoe bijdragen dat de reeds bereikte doelstellingen behouden blijven.

## **2. Doelstellingen van terugvalpreventie**

Terugvalpreventie heeft twee belangrijke doelstellingen:

- terugval voorkomen;
- voorkomen dat een korte terugval uitmondt in een terugkeer naar het oorspronkelijk gebruik, a.h.w. een kortsluiting veroorzaken op de weg van lapse naar relapse.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen specifieke en globale terugvalpreventie met een verschillend accent qua doelstellingen (zie verder).

## **3. Hoe ontstaat een terugval?**

Het centrale idee is dat terugvallen niet zomaar uit het niets opduikt, maar dat vòòr de eigenlijke terugval reeds verschillende stappen in de richting van die terugval gezet zijn. Elke terugval wordt voorafgegaan door een volledig proces van gedachten en/of gedrag: de terugvalketen. Terugvalpreventie helpt de patiënt om de zelfcontrole over dit proces te vergroten.

Centraal in het proces van een herval staat de blootstelling aan risicosituaties. Dit zijn situaties die bedreigend zijn voor het handhaven van de persoonlijke controle, situaties waarin een herval waarschijnlijk wordt. Deze situaties zijn individueel bepaald maar toch zien we een aantal terugkerende factoren die het optreden van zo'n risicosituatie meer of

minder waarschijnlijk maken. We kunnen ze grosso modo onderverdelen in vier categorieën:

- Intra-persoonlijke factoren: positieve -euforie, gezelligheid, lotto winnen, geboorte,...- (eerder aanleiding voor 'lapse') en negatieve emotionele toestanden -angst, depressieve gevoelens, wanhoop,...- (eerder aanleiding voor 'relapse');
- Inter-persoonlijke factoren: conflictsituaties en sociale druk;
- Cognitieve factoren: schijnbaar irrelevante gedachten (positieve verwachting van het produkt, toestemmingsgedachten "Eentje kan geen kwaad",...) en mini-beslissingen (vb. drank in huis halen voor het bezoek 's avonds).
- Levensstijlfactoren: een onevenwicht tussen 'moetens' en 'willens' wat op lange termijn een opstapeling van stress met zich meebrengt zodanig dat een kleinigheid voldoende is om de emmer te doen overlopen;

Of er nu effectief hervallen wordt tijdens zo'n risicosituatie hangt af van de vaardigheden die de persoon al dan niet heeft om met zo'n HRS om te gaan. Elke risicosituatie vergt specifieke vaardigheden (vb. conflicthantering, assertiviteit,...).

Als iemand erin slaagt om niet te hervallen tijdens zo'n risicosituatie -succeservaring- verhoogt z'n gevoel van zelfbekwaamheid (= self-efficacy = er vertrouwen in hebben dat je iets kan). Dit draagt dan weer bij tot een verminderde kans op herval in de toekomst.

Slaagt iemand er niet in om de HRS zonder herval te overbruggen, dan daalt z'n gevoel van zelfbekwaamheid - faalervaring- en dit kan de kans op herval in de toekomst verhogen.

Daarnaast kunnen een aantal cognitieve fenomenen optreden die de kans op een volledig herval waarschijnlijker maken:

- Het Rule Violation effect: door het niet nakomen van een zelf opgelegde afspraak, treedt er een gevoel van totale mislukking op en men laat zich gaan want alles lijkt toch verloren.
- Cognitieve dissonantie: het gedrag van de patiënt komt niet overeen met de regel die de patiënt zichzelf stelde = de cognitie "ik zal niet drinken'. Mensen streven naar overeenstemming tussen wat ze doen en wat ze denken,

bijgevolg is de kans groot dat de patiënt z'n cognitie zal aanpassen aan z'n gedrag, vb. 'Ik kan m'n drinken niet controleren en kan dus evengoed verder drinken', wat dus een toestemmende gedachte is om verder te drinken.

Een straffende, veroordelende houding van de therapeut versterkt deze cognitieve fenomenen. Het is een onderdeel van de hervalpreventie om daar tegenwicht aan te bieden en zo te voorkomen dan een klein herval een volledige terugkeer naar het oorspronkelijk gebruik betekent.

Besluit: Een terugval is niet zo oncontroleerbaar als we vanuit de praktijk soms zouden denken, maar wordt voorafgegaan door een proces dat we kunnen leren kennen en waarop we kunnen ingrijpen. Dus de mythe van oncontroleerbaarheid (en dito machteloosheid) kan in dit licht anders bekeken worden.

#### **4. Aanknopingspunten voor de therapie**

Het meest in het oog springende voordeel deze kijk op herval is het terug in werking stellen van de factor 'controle' als werkinstrument. Als iets volledig aan de controle ontsnapt is therapie onmogelijk: er is tóch geen controle mogelijk. Als er daarentegen wel een zekere mate van controleerbaarheid is, geeft dit mogelijkheden voor zowel de therapeut als de patiënt.

Terugvalpreventie gaat over het zo adequaat en zo vroeg mogelijk ingrijpen op de keten van terugval. We overlopen de verschillende mogelijke struikelblokken en kijken waar hoe op ingegrepen kan worden.

De HRS staan centraal in de terugvalketen. We kunnen langs twee kanten hierop proberen in te grijpen:

- ervoor zorgen dat deze zich niet of in minder sterke mate of minder frequent voordoen;
- zorgen dat de patiënt betere cognitieve en gedragsvaardigheden ontwikkelt om zo'n HRS te overbruggen zonder herval.

We zullen merken dat strategieën voor het ene ook bruikbaar zijn voor de andere.

Er worden 4 invalshoeken voor therapie voorgesteld. Ik probeer telkens aan te tonen op welk punt van de terugvalketen ze proberen een antwoord te bieden.

1. Inzichtbevorderende technieken
2. Vaardigheidstrainingen
3. Cognitieve strategieën
4. Levensstijlinterventies

## *1. Inzichtbevorderende technieken*

Deze technieken zijn erop gericht om het inzicht van de patiënt te verhogen in de particulariteit van zijn/haar HRS.

Een eerste pre-liminair werk hiervoor is psycho-educatie rond terugval. Veel patiënten ervaren terugval als iets wat uit de lucht komt gevallen, iets eigens van een verslaving,... Een eerste werk bestaat erin om patiënten uitleg te geven over de terugvalketen. Dit vormt de basis voor al wat volgt en kan desgewenst als pretherapie beschouwd worden. Mijns inziens is dit een zeer essentieel werk dat vaak over het hoofd gezien wordt. Het is maar als een patiënt weet en gelooft dat hij/zij controle kan verwerven over z'n al dan niet terugvallen dat hij bereid zal zijn hiervoor ook inspanningen te leveren. Terugvalpreventie dient hand in hand te gaan met het motivationeel proces omdat het, zoals reeds gezegd, niet in se positief bekrachtigend werkt. Terugvalpreventie zorgt er enkel voor dat alles bij het oude blijft, er komt niets nieuws, niets extra.

De eigenlijke inzichtbevorderende technieken bestaan erin om de patiënt te helpen ontdekken wat voor hem/haar risicosituaties zijn. Dit kan gebeuren adhv het minutieus analyseren van een terugvalsituatie.

Functionele analyse is hiervoor een geschikt werkinstrument. Bij gebrek aan reële terugvalsituaties kan men werken met situaties waarin patiënt een sterke drang om te gebruiken ervaarde (ev. bij te houden via een registratieopdracht) of met herval-fantasie-oefeningen ("Schrijf een scenario van een eigen mogelijk herval").

Doelstelling is het leren kennen van de eigen terugvalketen, het leren kennen van de voorbodes van een mogelijk herval. Achterliggend idee is dat deze voorbodes een signaalfunctie gaan uitoefenen zo dat kan ingegrepen worden op een moment dat er nog een weg terug is.

Het gaat hem hier o.a. over het 'ontmaskeren' van schijnbaar onbelangrijke gedachten en beslissingen, het opmerken van een onevenwichtige levensstijl,...

## *2. Vaardigheidstrainingen*

Effectiviteitsonderzoek heeft aangetoond dat vaardigheidstrainingen één van de belangrijkste onderdelen van een behandelprogramma voor verslaafden zijn. Met de theorie over de terugvalketen in het achterhoofd is dit niet moeilijk te begrijpen: zowel om risicosituaties te vermijden (vb. ongezonde levensstijl door teveel stress door een gebrek aan assertiviteitsvaardigheden om 'nee' te zeggen) als om op een

efficiënte manier om te gaan met HRS zijn goede communicatieve en assertieve vaardigheden vereist (conflicthantering, weigeren van alcohol,...).

Relaxatietraining hoort ook thuis bij de vaardigheidstrainingen en kan een positieve bijdrage leveren zowel voor het vermijden als voor het hanteren van risicosituaties. Hier wordt nog eens het belang zichtbaar van het leren kennen van de voorbodes van herval omdat relaxatie functioneler is bij een nog hanteerbare/lagere dosis spanning/craving/stress.

Onder 'vaardigheid' om met een risicosituatie om te gaan, kunnen we ook de concrete gedragsalternatieven plaatsen die gehanteerd kunnen worden op een moment van craving. Voorbeelden hiervan zijn:

- de gedachte oproepen dat craving altijd van voorbijgaande aard is;
- controle inschakelen door contact met anderen te nemen;
- controle door afleiding (uit de situatie gaan, iets doen,...)
- oproepen van de positieve aspecten aan nuchter blijven
- ...

De risicomomenten worden tijdens de terugvalpreventie met de patiënt op voorhand voorbereid. Het kan zinvol zijn om hiervan een schriftelijke neerslag te maken ('slipkaart'). Patiënt kan dit bij zich houden, maar het feit dat het voorbereid werd, kan ook al voldoende zijn om dat specifiek moment te overbruggen.

Dit zijn dus duidelijk gedragsalternatieven met als enige doel: deze situatie overbruggen en nuchter blijven hier en nu. In die zin gaat het hier niet over lange termijn-effecten, hoewel het slagen in het overbruggen van zo'n situatie wel leidt tot een verhoging van het zelfvertrouwen. Dat geeft in de toekomst minder stress en nog meer kans om zonder terug te vallen andere lastige situaties aan te pakken.

### *3. Cognitieve strategieën*

Basis van deze interventiemogelijkheid is de samenhang tussen gedachten en gedrag. Fundamentele voorwaarde om hiermee te kunnen werken is dat de patiënt een zeker aanvoelen heeft over het effectief bestaan van deze relatie, dit betekent dat hij /zij weet (en ervaart) dat gedachten wel degelijk een invloed kunnen uitoefenen op zijn/haar gedrag. O.m. de lessen functionele analyse komen hiervoor in aanmerking.

We kunnen hier opnieuw een onderscheid maken tussen antecedente en consequente cognitieve factoren. Onder **ACF** verstaan we die factoren die een herval waarschijnlijker maken: de schijnbaar irrelevante gedachten. Voorbeelden hiervan zijn: positieve verwachting van het effect van het gebruik, denken dat je gecontroleerd gebruik aankan,...

Vanuit de cognitieve gedragstherapie wordt een interessant onderscheid gemaakt tussen verwachtings- en toestemmende gedachten. Beide soorten maken een herval waarschijnlijker.

Verwachtingsgedachten geven de verwachtingen weer over de positieve effecten van het gebruik in de vorm van geromantiseerde ideeën over gratificatie of toegenomen prestaties; vb. "Met een borrel op ben ik veel socialer", "Ik kan niet functioneren zonder drank",...).

Toestemmingsgedachten zijn gedachten waarmee het gebruik wordt voorbereid of uitgebreid of gedachten waarmee de cliënt zichzelf toestemming geeft om te gebruiken of om door te gaan met gebruik; vb. "Ik heb nu een week niet gedronken, dus één biertje kan geen kwaad", "Ik kan sociaal drinken",...).

Het is interessant om samen met de patiënt een bestaande lijst van dergelijke, veel voorkomende gedachten te overlopen en te kijken in welke mate ze voor die verslaafde een rol van betekenis zouden kunnen spelen. Zo help je hem om het optreden van zo'n gedachte sneller als alarmsignaal te gaan interpreteren en kan er eventueel op een vroeger moment in de keten van herval ingegrepen worden.

(Voor een lijst van dergelijke gedachten, zie boek 'Verslaving' Ton van Broekhoven, bijlage 6)

**CCF** zijn die cognities die bijdragen tot de escalatie van een 'lapse' naar een heuse 'relapse'. Het gaat hierbij voornamelijk om de cognities van het Rule Violation Effect: "Ik ben volledig mislukt",... (zie vroeger).

Het is belangrijk om op voorhand met de patiënt het mogelijks optreden van dit idee bij een herval te bespreken. (n.b. Volgens mij treedt dit RVE vaak op bij mensen met zelfoverschatting die neigen tot zwart-wit-denken.)

Hervalpreventie moet de ruimte creëren om dergelijke gedachten uit te spreken en uit te dagen. Tijdens de functionele analyse kunnen die gedachten zichtbaar gemaakt worden. Groepsgesprekken lenen zich uitstekend om dergelijke gedachten los te maken - dit vereist een niet-veroordelende sfeer en een ontwapenende stijl van de therapeut - en te toetsen aan de mening en ervaring van anderen.

#### 4. Levensstijlinterventies

Levensstijlfactoren vormen een groep van onopvallende, discrete, zelfs vrij banale antecedenten. Ze geven geen duidelijk en rechtstreeks verband met een terugval. Maar door de opeenstapeling ervan maken ze het voorkomen van een risicosituatie waarschijnlijker. De balans tussen stress en ontspanning slaat door in de richting van stress. Als dit chronisch zo is, kan een kleine extra bron van spanning (vb. autopech) voldoende zijn om het touwtje te breken. Er is dan sprake van een schijnbaar onverklaarbare terugval, de patiënt is ontgoocheld omdat hij bij zo'n onbenulligheid al terug naar alcohol grijpt,...

In het model van Marlatt spreekt men over het onevenwicht tussen 'moetens' en 'willens'. Teveel 'moeten' en te weinig 'willen' kan aanleiding geven tot gevoelens van frustratie ("Alles moet en al wat ik graag wil, mag niet -ook drinken mag niet"). Deze gedachte kan als een permissieve gedachte fungeren en zo gebruik rechtvaardigen.

In eerste plaats is het belangrijk om een eventueel onevenwicht te ontdekken, mensen zijn er zich vaak niet van bewust dat ze hieraan onderhevig zijn.

In tweede instantie is het zinvol om aanpassingen te bespreken, door te voeren,... er wel voor wakend dat die aanpassing niet dezelfde fout in zich draagt, nl. iets dat van de therapeut opgedrongen wordt en door de patiënt als 'moeten' begrepen wordt!

Over welke interventies ivm de levensstijl kan het gaan?

- positieve elementen introduceren in een routineuze dag;
- stress counteren dmv relaxatie;
- algemene gezondheidsbevorderende activiteiten (vb. fysieke activiteit);
- interpersoonlijke activiteiten (uitbreiden en/of veranderen van het sociale netwerk);
- zingeving in de ruime betekenis van het woord: het uitdiepen van waarden, zich engageren in (maatschappelijke) bewegingen kan een effectief wapen zijn tegen de innerlijke leegte waar sommige verslaafden over klagen.

Veranderingen op het vlak van de algemene levensstijl werken op termijn als positieve bekrachtigers voor het nuchtere gedrag.

Een ander aspect van levensstijlinterventies zijn de zogenaamde stimuluscontrole technieken. Bepaalde plaatsen, situaties, het zien van alcohol,... zijn stuk voor stuk stimuli die craving kunnen in de hand werken. Het is onmogelijk en misschien ook onwenselijk om al die situaties te vermijden, wel kunnen ze in een bepaalde fase van de therapie tot een hanteerbaar niveau beperkt worden. In de praktijk merken we vaak dat patiënten graag beginnen lopen voor ze kunnen gaan en zichzelf zo aan overbodige risico's blootstellen. Volgens mij is het de taak van de therapeut om het toegeven van eigen kwetsbaarheid bespreekbaar te stellen (vb. door te benadrukken dat nuchter blijven een zware opdracht is, een moeilijke onderneming -cfr. vergelijkbaar met een zware bergtocht-) en zo zichzelf 'beschermende' maatregelen toe te staan (vb. aan drinkebroers zeggen dat ze hem de eerste maanden niet hoeven te verwachten in het stamcafé).

### **5. Wanneer doen we aan terugvalpreventie?**

Als we even terugkeren naar de definitie van terugval komen we meer te weten over een voorwaarde die moet voldaan zijn om met terugvalpreventie te kunnen starten. Terugval werd daar omschreven als een overtreding van een door de patiënt zelf gestelde regel (vb. nuchter blijven). Dit impliceert dat vooraleer we aan terugvalpreventie kunnen beginnen er voor de patiënt duidelijkheid moet zijn omtrent hetgeen hij/zij wil bereiken, de doelstelling. Bekijken we dit aan de hand van de stadia van Prochaska en DiClemente dan bevinden we ons op het einde van de beslissingsfase. Het niet-gemotiveerd zijn van patiënten om rond terugvalpreventie te werken, kan te wijten zijn aan een mismatch tussen de fase van motivatie (vb. overpeinzingsfase) en de therapievorm (vb. terugvalpreventie). Naarmate de behandeling vordert, neemt het belang van terugvalpreventie steeds toe. Tevens kan er dan ook een verschuiving optreden van specifieke terugvalpreventie naar een globalere vorm.

### **6. Het onderscheid tussen specifieke en globale terugvalpreventie**

Specifieke terugvalpreventie heeft als doel het efficiënt (= abstinente) kunnen omgaan met risicosituaties. Het is dus gericht op het nuchter blijven. Vb.: voor iemand met een tekort aan sociale vaardigheden is een training, waarbij tijdens een rollenspel geoefend wordt rond het weigeren van alcohol, een specifieke terugvalinterventie. Specifieke interventies zijn gericht op het ontwikkelen van adequate responses in risicosituaties.

Globale terugvalpreventie is gericht op het ontwikkelen van meer algemene veranderingen bij de verslaafde. Dit aspect van terugvalpreventie vindt z'n oorsprong in de gezondheidspsychologie. Men gaat ervan uit dat een 'gezonde' (psychisch evenwichtig en fysisch gezond) manier van functioneren bijdraagt tot het algemeen welbevinden en dus onrechtstreeks de nood aan compensatie door het gebruik van middelen, verkleint. De interventies die hieronder thuishoren gaan van probleemoplossende vaardigheden tot levensstijlveranderingen (zie boven). Achterliggend idee is het introduceren van activiteiten die moeilijk samengaan met alcoholgebruik (vb. sporten staat haaks op suf zijn door alcoholgebruik). Deze strategieën zijn gericht op lange termijn veranderingen in de persoonlijkheid en het dagelijkse leven van de patiënt. Onder de globale terugvalpreventie kan ook psychotherapie thuishoren.

Specifieke en globale terugvalpreventie lopen in de praktijk vaak door elkaar heen, zo vb. kan assertiviteitstraining als een vorm van specifieke terugvalpreventie beschouwd worden als het gaat om het leren weigeren van alcohol, maar wordt het een globalere vorm als het als doel heeft de patiënt op lange termijn weerbaarder te maken in tal van situaties. Ze beïnvloeden elkaar wederzijds, dit kan als 'mooi meegenomen' beschouwd worden. Wat geleerd werd m.b.t. een specifieke alcoholsituatie kan getransfereerd worden naar algemenere situaties en omgekeerd.

Naarmate de terugvalpreventie langer duurt, verkleint het aandeel van de specifieke TP ten voordele van een meer globale vorm van TP.

## **7. Besluitende opmerkingen**

1. Gevaar voor te eenzijdige aandacht voor specifieke terugvalpreventie om zo de achterliggende factoren uit het oog te verliezen. Gevaar voor hervat naarmate de situaties in het echte leven uitgebreider worden dan diegene die ingeoeffend werden, gevaar voor een 'ongelukkig' nuchterschap, gevaar voor de ontwikkeling van andere psychische problemen: depressie, suicide,...
2. Te eenzijdige aandacht voor globale terugvalpreventie of te snelle overgang van specifieke naar globale terugvalpreventie: op die manier verliest men de specifieke moeilijkheden van het nuchter zijn uit het oog en gaat men uit van de verkeerde veronderstelling dat eens de achterliggende problemen opgelost zijn, het alcoholprobleem zijn reden van bestaan verliest. Hierbij vergeet men dat het alcoholprobleem al vaak een leven op

- zichzelf is gaan leiden en dat het dus ook kan blijven voortbestaan eens de achterliggende problemen opgelost zijn.
3. Naarmate de terugvalpreventie langer duurt, is het wenselijk dat er steeds meer probleemgebieden in de behandeling betrokken worden. Minder specifieke en meer globale terugvalpreventie. Dit is noodzakelijk voor het verwerven van een nieuwe identiteit als niet-drinker, voor het uitbouwen van een evenwichtige levensstijl, voor het doorwerken van achterliggende psychische of persoonlijkheidsproblemen,... Ik verwijs hierbij naar de tekst van Geert Pype over 'terugvalpreventie en nazorg'.
  4. Tot slot wil ik nog even terugkomen op de mythes die ik in het begin vermeldde. Ik hoop voldoende aangetoond te hebben dat terugval geen kwestie is van gebrek aan motivatie, maar wel van het met vallen en opstaan zoeken naar een nieuwe identiteit en dito levensstijl. Ook is duidelijk geworden dat terugval wel degelijk tot op zekere hoogte te controleren valt, tenminste als therapeut en patiënt samen op zoek gaan naar de beïnvloedende factoren van een terugval; een veroordelende houding maakt de verslaafde monddood.

## Referenties

- Beck e.a.; Cognitive Therapy of Substance Abuse, The Guilford Press New York/London, 1993.
- Casselman J., Met vallen en opstaan: motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen, Apeldoorn/Leuven Garant, 1996.
- Geerlings P., Terugvalpreventie bij alcoholproblemen, Uit: Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen, Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- Keymeulen R.; Terugvalpreventie bij polydrugverslaafden, 2001.
- Marlatt en Gordon; Relapse Prevention, The Guilford Press New York/London, 1985.

- Otten J., Kort en goed. Hulp bij alcoholproblemen, 1997.
- Pype G.; Terugvalpreventie en nazorg, 2003.
- Timms, Leukefeld en Platt; Relapse and Recovery, p.123-139, 2001.
- Van Broekhoven T., Verslaving, In: Praktijkreeks Gedragstherapie, deel 14. Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Wanigaratne e.a.; Relapse Prevention for Addictive Behaviors -a manual for therapists-, Blackwell Science, 1990.

## Deel II. TERUGVALPREVENTIE EN NAZORG : EEN PRAKTISCHE LEIDRAAD

Geert Pype  
Klinisch psycholoog

### 1. Inleidend

Meer dan de helft van de alcoholontwenners kent een terugval binnen de maand na een klinische opname, tenminste wanneer er geen specifieke vervolgbehandeling is gebeurd. Ontwenners houden zich vaak liever bezig met allerlei lichamelijke en psychische klachten, o.a. slapeloosheid, vermoeidheid, depressieve gevoelens, relatieproblemen ... dan de aandacht gericht te houden op het leren abtinent leven en op het aanleren van concrete alternatieven.

De terugvalpreventie is een methodiek van begeleiden waarbij het *werken aan stabiele nuchterheid op de voorgrond geplaatst wordt én waarbij men tegelijk de gerelateerde klachten en problemen in de behandeling meeneemt.*

De terugvalpreventie start na enkele weken nuchterschap, d.i. 3 à 4 weken na het begin van de behandeling. Zoals we verder zullen zien onderscheiden we 4 fasen en de totale duur bedraagt al gauw 6 maand tot één jaar. Dit betekent dus dat de terugvalpreventie start tijdens de klinische behandeling en nog een hele tijd verder loopt tijdens de nazorgfase.

#### 1.1. Uitgangspunten

1. Het bereiken van een bevredigende en stabiele nuchterheid is een langdurig proces met - voor veel mensen- *periodes van vallen en (her-)opstaan.*
2. Een terugval is vaak een ervaring van falen die gepaard gaat met ontgoocheling, schaamte en veelal ook kwaadheid op zichzelf. Eenmaal over de ontgoocheling heen, kan het voor de patiënt een *positieve ervaring* zijn van inzicht en leren, mits de juiste analyse gemaakt wordt en de juiste begeleiding en steun aangeboden worden.

3. Lichamelijke en psychische klachten zijn betekenisvol en moeten voldoende aandacht krijgen van de behandelaars. *Maar de voorwaarde om efficiënt aan deze mogelijks achterliggende problemen te kunnen werken is dat men langere tijd nuchter kan blijven.*

Vaak zien we ook dat wanneer men enige tijd nuchter is, heel wat lichamelijke en psychische problemen minder ernstig worden of zelfs verdwijnen. We denken o.a. vermoeidheid, psychofunctionele stoornissen, depressiviteit, impulscontroleproblemen, minderwaardigheidsgevoelens, gebrek aan frustratietolerantie, enz. Dergelijke ontwikkeling gebeurt ook frequent als het om een persoonlijkheidstoornis gaat: de symptomen worden milder of kunnen volledig verdwijnen wanneer de patiënt erin lukt voldoende lang nuchter te blijven. De veronderstelling hierbij is dat de behandelmethoden gericht op het nuchter worden ook een positieve invloed kunnen uitoefenen op andere aspecten van het gedrag en de persoonlijkheid.

4. De terugvalpreventie verloopt over 4 fasen waarbij de patiënt progressief leert

1. de specifieke *risicosituaties te identificeren* en
2. te *anticiperen* op een mogelijke terugval door de gepaste alternatieven aan te wenden

De probleemgebieden die bij de begeleiding betrokken zijn, worden progressief uitgebreid en worden tegelijk meer specifiek voor deze patiënt in een bepaalde situatie, *m.a.w. de psychologische betekenis komt steeds meer centraal te staan in de begeleiding.* In deze optiek wordt er ook rekening gehouden met de vaststelling dat de reden waarom iemand begonnen is met te drinken meestal een heel andere is dan waarom men later opnieuw drinkt.

5. De sessies kunnen individueel gegeven worden maar de voorkeur gaat uit naar groepsessies

omwille van het onvervangbare belang van *het interactioneel leerproces* tussen de groepsleden onderling.

Een goede therapeutische werkrelatie is de eerste voorwaarde om een positief resultaat te behalen. De therapeut besteedt veel aandacht aan het empathisch luisteren, het aanbieden van steun en structuur, het aanbieden van verheldering en van werkmiddelen. Het is belangrijk dat de patiënt het gevoel heeft samen aan hetzelfde te doel te werken. Bij het optreden van weerstand (bijv. blijven discussiëren, opdrachten niet vervullen) reageert de therapeut met *het bespreken van deze weerstand*.

6. De belangrijkste auteurs op het gebied van terugvalpreventie zijn G.A. Marlatt en J.R. Gordon. Voor het Nederlandstalige gebied is er o.a. J. Casselman die een goede handleiding schreef onder de titel: "Met vallen en opstaan". Zie de literatuurlijst achteraan dit hoofdstuk.

## **2. De methodiek van de terugvalpreventie**

### **2.1. Fase I: probleemidentificatie en planning**

#### **2.1.1. Tijdens de sessie**

1. Kennismaking en bespreken van de *therapeutische werkrelatie*: verloop van de sessies, praktische afspraken, omgaan met verschil in mening tussen patiënt en therapeut, enz.
2. *Doelstellingen* i.v.m. het nuchter blijven duidelijk bepalen, gevolgd door het bepalen van de doelstellingen i.v.m. de actueel gerelateerde problemen (vb. gezondheid, werk, wonen, relatie, ...).
3. Bespreken van *de ambivalenties* aangaande het nuchter blijven, het vragen van hulp (aan de behandelaars én de omgeving) en het aanwenden van gepaste hulpmiddelen (vb. antabuse, AA, nazorgsessies, ...) hiervoor.

4. Het opstellen van een *werkplanning* voor alle geïdentificeerde probleemgebieden. Let hierbij op o.a.:
  - \* het formuleren van positieve doelstellingen
  - \* het bepalen van een tijdsschema
  - \* het gebruik maken van fasen:
    - a) voorbereiding
    - b) uitvoering
    - c) volhouden
  - \* voldoende realisme (cave zelfoverschatting!): de doelstellingen moeten haalbaar zijn!
  - \* het gebruik van metaforen (op reis gaan, een bergtocht maken, een balans met positieve en negatieve gewichten) stimuleert zowel de verbeelding als het zelfvertrouwen.
  
5. Het leren *identificeren van risicovolle situaties* via zelfregistratie, d.i. het bijhouden van een dagboek van ervaringsmomenten (situaties, gedachten, gevoelens, ...). Bijv. gebruik maken van een "slipkaart".
  
6. Psycho-educatie: het bieden van *objectieve informatie*
  - \* over verslavingsproblemen
  - \* over het omgaan met angst, stress, onrust en verveling
  - \* over ernstige psychische problematiek zoals depressie, paniekstoornis, contactprobleem e.d.

### 2.1.2.

#### Huiswerkopdrachten

7. Het bijhouden van een *dagboek* waarin men noteert:
  - \* effectief abstinente dagen versus drinkdagen
  - \* elementen waardoor men zich sterk voelt
  - \* momenten van craving
  - \* typische risicosituaties, gedachten en gevoelens

- \* veranderingen in eigen gedrag, denken en voelen
- \* reacties van omgeving (vb. vertrouwen, aanmoediging, controle, ...)
- 8. Het schrijven van *het levensverhaal* met bijzondere aandacht voor het situeren van het verslavingsprobleem in de levensloop.
- 9. Het opmaken van een *balans i.v.m. de winst- en de verliespunten* van het definitief stoppen met het gebruiken: financieel, gezondheid, relaties, zelfrespect, ontspanningsleven, werk, ...

## **2.1. Fase II: evaluatie en uitbreiding van het werkveld**

### **2.1.1. Het nuchter blijven**

- \* evalueren van het abtinent zijn of van een eventueel terugval: hierbij heeft de therapeut voldoende aandacht voor het waarde geven aan de verworven resultaten en aan het stimuleren tot verdere positieve actie
- \* identificeren van nieuwe risicosituaties en van momenten van craving
- \* zoeken naar en oefenen met anticiperend gedrag op risicosituaties of probleemsituaties via verbeelding en/of rollenspel
- \* identificeren van barrières i.v.m. gedragsverandering, o.a. laag zelfvertrouwen, laag gevoel van competentie, moeite om definitief afstand te nemen van het gebruik van het middel
- \* identificeren van vermijdingsgedrag, geheime agenda's, discrepanties of tegenstrijdige reacties, twijfel om nuchter te kunnen blijven op lange termijn

### **2.1.2. Andere problemen**

- \* Eenmaal de acute fase van de ontwenning achter de rug kunnen er zich allerlei *psychische klachten* voordoen: nervositeit, schuldgevoelens, angstklachten, depressiviteit, leegtegevoel, euforie. Op deze klachten reageert de behandelaar met:

- \* empathisch luisteren
- \* wijzen op de voorbijgaande aard van de meeste van deze symptomen;
- \* helpen zoeken naar een verlichting (zonder gebruik van medicatie!) via relaxatie, sport, communicatie, structurering van dagelijks leven.
- \* Bij aanhoudende en ernstige lichamelijke en psychische klachten zoals depressie, angststoornis, cognitieve problemen, leverstoornissen wordt de patiënt gestimuleerd tot het volgen van een *specifieke behandeling, psychotherapeutisch en/of medicamenteus*.
- \* In deze fase wordt nu meer aandacht besteed aan *de problemen die direct verband houden met de gevolgen van de verslaving*: gezondheid, relatie- en gezinsproblemen, positie op het werk, financiële toestand, eventuele gedragsproblemen zoals impulsiviteit, agressie, sociale contactproblemen. Er gebeurt een regelmatige evaluatie van de doelstellingen en de gevolgde strategieën.
- \* In deze periode wordt ook volop gewerkt aan sociale en communicatieve vaardigheden: bij specifieke problemen op dit vlak wordt verwezen naar aangepaste vaardigheidstrainingen.
- \* Tenslotte gaat men na of het opportuun is een *partnerrelatietherapie* op te starten waarbij dan gewerkt wordt rond volgende concrete onderwerpen:
  - \* verder verloop van de ontwenning en het nuchter blijven met aandacht voor herverdeling rollen en taken in het gezin
  - \* actieve rol van de partner in het voorkomen van een terugval
  - \* bespreken en onderhandelen van actuele conflicten in de relatie.

Deze partnerrelatietherapie kan individueel (als koppel) gebeuren of in groep via de koppelnazorg. Wanneer dieperliggende relationele en emotionele vragen aan de oppervlakte komen reageert de therapeut temporiserend en ondersteunend.

### 2.1.3.

#### **Exploratie van het levensverhaal**

Wanneer de acute 'ontwenningsklachten' niet meer op de voorgrond staan of voldoende onder controle zijn, kan er *aandacht gegeven worden aan het levensverhaal*. Het stil staan bij zijn biografie heeft meerdere functies:

- \* weer tot een *eigen verhaal* komen en zodoende opnieuw structuur in zijn leven vinden, m.a.w. weer zelf zijn psychologische tijd en ruimte beheren;
- \* betekenissen vinden van zijn verslaafd gedrag met als centraal werkpunt: kan ik leven zonder het middel. M.a.w. in deze fase wordt werk gemaakt aan *het eigenlijke afscheid nemen* van het gebruik van het middel. Dit gaat vaak gepaard met een echt rouwproces met typische ingrediënten als opstandigheid, passiviteit, depressiviteit, aanvaarding of terugval;
- \* geleidelijk leren stilstaan bij de vele *verlieservaringen* die gerelateerd zijn aan het drinken: relaties (partner, kinderen; vrienden, familieleden), prestaties (werk, interesses, hobby's ...) en zelfbeeld en zelfvertrouwen (narcistische krenking !);
- \* zichzelf situeren in relatie met een aantal belangrijke personen en levensgebeurtenissen: relatie ouders, partnerrelatie, ouderschap, vroegere verlieservaringen, eventuele trauma's.

### 2.1.4.

#### **Contact met een zelfhulpgroep**

*Het contact met lotgenoten* is voor de meeste ontwenners een onmisbaar hulpmiddel om te lukken in het nuchter blijven. Ze vinden er niet alleen directe veiligheid en steun maar kunnen ook het een perspectief op langere termijn ontdekken. Essentiële bouwstenen dus voor een nieuwe identiteit als nuchtere persoon. De therapeut geeft informatie over de bestaande alternatieven zoals AA, SOS, Toxan, klinieknazorg en stimuleert tot een eerste kennismaking met de zelfhulpgroep.

## **2.2. Fase III: het verder werken aan specifieke doelstellingen en problemen**

### **2.2.1. Abstinentie**

Analyseren en trainen van *terugkerende en hardnekkige risicosituaties*.

Opletten voor het *vroegtijdig stopzetten* van de hulpverlening en van het bijwonen van de zelfhulpgroep. Mogelijks kan de frequentie van de sessies verminderen of kan een andere vorm van hulpverlening gezocht worden.

De vrij gekomen tijd en energie kunnen gebruikt worden om nieuwe interesses en hobby's uit te werken in het kader van het gezin- en beroepsleven.

### **2.2.2. Psychische problemen**

Verder zetten van een specifieke behandeling voor depressie, angstproblemen, cognitieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen.

Aandacht ook voor *de afbouw en het stoppen van andere excessieve gebruikspatronen (roken, eten) of voor excessieve gedragingen (sporten, werken, contacten ...)*.

### **2.2.3. Levensverhaal**

Uitdiepen van bepaalde problematische fasen en ervaringen (vb. kindertrauma, echtscheiding) via individuele psychotherapie.

Voldoende blijven *stilstaan bij positieve belevingen en contacten uit het verleden waardoor een meer genuanceerde kijk op de persoonlijke geschiedenis en op het zelfbeeld mogelijk* wordt. Positieve perioden uit het verleden kunnen ook inspirerend werken bij het organiseren van de huidige en toekomstige manier van leven.

### **2.2.4. Levensstijl en identiteit**

In deze fase komt het accent te liggen op het ontwikkelen van een nieuwe levensstijl als nuchtere persoon. Het afscheid nemen van de vroegere verslaving is grotendeels achter de rug en men ontdekt de positieve aspecten van een stabiele nuchterheid. Het zelfrespect

groeit evenals het gevoel terug zelf zijn leven te kunnen 'beheren'.

Het ogenblik is geschikt om een aantal basisaspecten van het actueel (gezond) psychisch functioneren te evalueren.

O.a. - omgaan met impulsen, angst, spanning, conflicten

- structuur en stabiliteit in het dagelijkse leefpatroon
- bevredigend contact-en relatieleven
- verantwoordelijkheid in het gezin, werk, samenleving ...
- levenswaarden en ethiek
- zelfwaardegevoel en toekomstbeeld (verlangens)

### **2.3. Fase IV: volharding en autonomie**

#### **2.3.1. Abstinentie**

- \* Patiënt heeft voldoende kennis en controle verworven om *zelfstandig* mogelijke risicosituaties te identificeren en te anticiperen.
- \* De therapeut en de patiënt bespreken het *stopzetten van de specifieke begeleiding* van terugvalpreventie.
- \* De patiënt wordt gestimuleerd om zijn *ervaring en kennis door te geven* van andere lotgenoten via de verdere deelname aan een zelfhulpgroep.

#### **2.3.2. Positieve ontwikkeling van de persoonlijkheid**

Men maakt een balans op van *de positieve ontwikkeling* van de persoonlijkheid met aandacht voor nieuw verworven vaardigheden zoals:

- \* zelfinzicht en zelfkritiek en zelfwaardegevoel
- \* zelfbeheersing en frustratietolerantie
- \* conflicthantering en stresstolerantie
- \* sociale en communicatieve vaardigheden

### 2.3.3. Consolidering van de nieuwe levensstijl en identiteit

Aandacht voor de toegenomen *kwaliteit van het persoonlijke leven* en bewustwording van de actuele en toekomstige psychologische ontwikkelingsstaken (persoonlijk, gezin, werk, ...).

### 2.3.4. Langerdurende ontdekkende psychotherapie

Patiënten die ondanks de stabiele nuchterschap blijven kampen met psychische problemen kunnen mogelijk opteren voor een *ontdekkende psychotherapie*. Voorwaarde is dat men voldoende draagkracht heeft en op zijn hoede blijft voor een terugval in emotionele crisismomenten tijdens de therapie.

#### Besluit:

"De beste terugvalpreventie is een behandeling die nauw aansluit op de individuele problemen en behoeften van de patiënt" (P. Geerlings, 1996).

#### Literatuur

CASSELMAN, J., 1996, *Met vallen en opstaan*, Apeldoorn/Leuven, Garant.

DIMEFF, L.A., & MARLATT, G.A., 1995, Relapse prevention. In: R.K. Hester & W.R. Miller (red.), *Handbook of alcoholism treatment approaches, effective alternatives* (2e ed.), Boston, Allyn & Bacon.

GEERLINGS, G.J., 1986, Terugvalpreventie bij alcoholproblemen. In: P.J. Geerlings, W. Van Den Brink en G.M. Schippers (red.), *Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen*, Zeist, Bohn Stafleu Van Loghum.

MARLATT, G.A. en GORDON, J.R., 1985, *Relapse Prevention*, New York, Guilford.

WANIGRATE, S., WALLACE, W., PULLIN, J., KEANEY, F., FARMER, R., 1990, *Relapse prevention for addictive behaviours: a manual for therapists*, London, Blackwell.