

Factoren van terugval na een alcoholverslavingsbehandeling

Bachelorthese van: Patty Rupert (s1383671)

Begeleiders: Dr. Marloes Postel

Dr. Martine Fledderus

Dr. Hester Trompetter

Inleverdatum: 21 januari 2015



UNIVERSITEIT TWENTE.

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| 1. Abstract | 3 |
| 2. Inleiding | 5 |
| 2.1 Alcoholverslaving | 5 |
| 2.2 Behandeling | 6 |
| 2.3 Terugval | 7 |
| 2.4 Onderzoeksvraag | 8 |
| 3. Methode | 8 |
| 3.1 Design | 8 |
| 3.2 Literatuuronderzoek | 8 |
| 3.3 Interviews | 9 |
| 3.3.1 Respondenten | 10 |
| 3.3.2 Meetinstrumenten | 10 |
| 3.3.4 Analyse | 11 |
| 4. Resultaten | 12 |
| 4.1 Literatuuronderzoek | 12 |
| 4.2 Interviews | 16 |
| 4.2.1 Demografische gegevens | 16 |
| 4.2.2 Open vragen | 17 |
| 4.2.3 Gesloten vragen | 21 |
| 5. Discussie | 22 |
| 5.1 Gevolgtrekking literatuur en interviews | 23 |
| 5.2 Sterke en zwakke punten | 24 |
| 5.3 Implicaties voor vervolgonderzoek | 24 |
| 5.4 Aanbevelingen | 25 |
| 6. Bronnen | 27 |
| 7. Bijlage | 34 |
| 7.1 Het interview | 34 |
| 7.2 Analyse open vragen | 39 |
| 7.3 Analyse gesloten vragen | 51 |
| 7.4 Analyse demografische gegevens | 53 |

1. Abstract

Introductie: Ondanks een alcoholverslavingsbehandeling krijgt 50 tot 70% van de cliënten binnen een jaar te maken met terugval. Alcoholverslaving heeft een chronisch karakter en is daarom vergelijkbaar met andere chronische aandoeningen.

Doel: Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van meer inzicht in de factoren van terugval na een alcoholverslavingsbehandeling.

Methode: Er werd een literatuuronderzoek verricht voor publicaties tussen 2010 en 2014 en er zijn telefonisch semigestructureerde interviews afgenomen met 9 cliënten van Tactus die een alcoholverslavingsbehandeling hadden afgerond. De gevolgde behandelingen van de respondenten varieerde van klinische behandeling, één op één ambulante behandeling, online behandeling en nazorgbehandeling. Het interview werd door middel van het open coding principe geanalyseerd.

Resultaten: De resultaten uit het literatuuronderzoek waren stress, onbewuste processen, coping, comorbiditeit met angst en depressie, slaap en persoonlijkheid. De overeenkomstige factoren uit de interviews waren stress, coping, aandachtsbias, nieuwsgierigheid en comorbiditeit met angst en depressie. Aanvullende factoren uit de interviews waren eenzaamheid, verveling en gelegenheid. Van bovenstaande factoren bleek eenzaamheid de meest genoemde factor tijdens de interviews.

Conclusie: Dit onderzoek toonde aan dat elk individu verschillende risicofactoren met betrekking tot terugval heeft. Echter waren eenzaamheid, stress en coping de meest voorkomende factoren. In verband met het chronische karakter van alcoholverslaving wordt aanhoudende zorg aanbevolen. Implicaties voor vervolgonderzoek zijn adaptieve behandelmethoden en individuele ervaringen van de respondenten betreffende hun specifieke terugvalmomenten. Ook zou onderzoek naar de voorspellende waarde van eenzaamheid en de samenhang met andere factoren van toegevoegde waarde kunnen betuigen.

Introduction: Despite an alcohol addiction treatment 50 to 70% of clients relapsed within a year. Alcohol addiction has a chronic nature and is therefore similar to other chronic disorders.

Objective: The purpose of this study is to gain more insight into the factors of relapse after an alcohol addiction treatment.

Method: A literature search was conducted for publications between 2010 and 2014 and semi-structured telephone interviews were conducted with nine clients from Tactus who had completed an alcohol addiction treatment. The treatments followed by respondents ranged from clinical treatment, one on one outpatient treatment, online treatment and aftercare treatment. The interview was analyzed by the open coding principle.

Results: The results of the literature search were stress, unconscious processes, coping, comorbidity with anxiety and depression, sleep and personality. The corresponding factors emerged from the interviews were stress, coping, attention bias, curiosity and comorbidity with anxiety and depression. Additional factors in the interviews were loneliness, boredom and occasion. The most mentioned factor during the interviews was loneliness.

Conclusion: This research has shown that every individual has different risk factors related to relapse. However loneliness, stress and coping were the most common factors. Because of the chronicity of alcohol addiction continuing care is recommended. Implications for future research are adaptive methods of treatment and individual experiences of respondents on their specific relapse moments. It would also be recommended to investigate the predictive value of loneliness and its correlation with other factors.

2. Inleiding

2.1 Alcoholverslaving

Uit cijfers van de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2011) blijkt dat 78% van de Nederlanders ouder dan 12 jaar wel eens alcohol drinkt. Hiervan drinkt 9,4% minstens één keer per week zes of meer glazen alcohol per dag en wordt daarom beschouwd als zware drinker. Dit impliceert echter nog geen alcoholverslaving. Volgens de DSM-V wordt de diagnose ‘alcoholverslaving’ gesteld indien men voldoet aan minstens twee van de elf criteria die gedurende een jaar of langer aanwezig zijn. Afhankelijk van de hoeveelheid aanwezige criteria wordt de stoornis als mild (2-3 criteria), matig (4-5 criteria) of ernstig (6 of meer criteria) gekwalificeerd (American Psychiatric Association, 2013). Een aantal relevante criteria hiervan zijn het sterk verlangen naar alcohol, het vertonen van onthoudingsverschijnselen wanneer er niet aan deze behoefte wordt voldaan en het blijven nuttigen van alcohol ondanks nadelige gevolgen.

De meeste literatuur in dit onderzoek baseert zich echter nog op de DSM-IV omdat de DSM-V pas in 2013 gepubliceerd is. Ook de verslavingszorg baseert zich op de DSM IV omdat de zorgverzekeraar dit eist. De DSM-IV stelt de diagnose ‘alcoholafhankelijkheid’ wanneer aan de volgende twee criteria wordt voldaan: het stevig verlangen naar alcohol en het vertonen van onthoudingsverschijnselen wanneer er niet aan deze behoefte wordt voldaan (American Psychiatric Association, 2000).

Alcoholafhankelijkheid kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid. Wereldwijd staat alcohol in de top vijf van risicofactoren voor ziekte, invaliditeit en sterfte (Shield, Parry & Rehm, 2013). In Nederland draagt alcohol bij aan 4,5% van de totale ziektelast (Hoeymans, Melse & Schoemaker, 2010). Het veelvuldig nuttigen van alcohol hangt samen met verschillende lichamelijke en psychische aandoeningen zoals kanker, hartziekten en neuro-psychiatrische aandoeningen (Anderson & Baumberg, 2006). Zelfs na een lange periode van abstinentie kan er blijvende schade resteren. Zo leidt alcoholafhankelijkheid tot een slechtere kwaliteit van leven zelfs als deze afhankelijkheid tot het verleden behoort (Bijl en Ravelli, 2000). Verder kan een alcoholverslaving in combinatie met ongezond of niet eten er voor zorgen dat er schadelijke gevolgen voor de gezondheid optreden (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

In Nederland stonden in 2013 30345 personen geregistreerd bij de verslavingszorg betreffende alcoholverslaving (Trimbos-instituut, 2014). Van deze geregistreerde cliënten was

73% van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van alcoholverslaafden in 2013 was 46 jaar (Trimbos-instituut, 2014).

Mensen met psychische stoornissen zoals depressie, angststoornissen en schizofrenie lopen een groter risico om een alcoholverslaving te ontwikkelen (Anderson & Baumberg, 2006). Verder wordt ook de aanwezigheid van ADHD vaak geassocieerd met een verhoogd risico op een alcoholstoornis (Tuithof et al., 2011). Ook jongeren, ouderen en mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn een risicogroep (GGZ, 2013).

2.2 Behandeling

Het behandelen van een alcoholverslaving kan op verschillende manieren zoals in de basis GGZ, gespecialiseerde verslavingszorg of zelfhulpgroepen. Deze behandelingen zijn voornamelijk gericht op motivering, zelfcontrole en tergvalprevalentie (Nationaal Kompas, 2014). Cognitieve gedragstherapie is doorgaans het uitgangspunt van een verslavingsbehandeling (Tactus Verslavingszorg, 2014).

Bij het behandelen van een alcoholverslaving wordt vaak gedacht aan de klinische behandeling. Deze behandeling varieert ten behoeve van ontgiftiging van een kortdurende opname van een paar dagen/ weken tot een lange opname langer dan een jaar (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Een voordeel van een klinische behandeling is de isolatie van de cliënt uit zijn natuurlijke omgeving waardoor de onthouding bevorderd wordt. Ook biedt klinische behandeling de mogelijkheid voor somatische en psychiatrische behandeling en wordt de persoon onderdak, steun en bescherming geboden.

Een andere behandelvorm is de ambulante behandeling. Dit houdt in dat de hulp wordt aangeboden terwijl de cliënt deel blijft uitmaken van de samenleving (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2013). Argumenten voor deze behandelvorm zijn dat er betere interventiemogelijkheden geboden kunnen worden omdat inzicht verkregen wordt in de factoren die de stoornis veroorzaken en/of in stand houden. Bovendien kan de omgeving als steun worden ingezet en is de overgang van een beschermd milieu naar de dagelijkse werkelijkheid minder groot (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Tevens is de internetbehandeling een recente methode van ambulante behandeling. Enkele voordelen hiervan zijn de laagdrempeligheid, de anonimiteit en de flexibiliteit van de behandeling (Van Rooijen, Zwikker & van der Vliet, 2014). De cliënt volgt zijn therapie online en kan berichten sturen naar de hulpverlener wanneer dit hem of haar schikt. Ook kan

de cliënt de website raadplegen voor informatie en om in contact te komen met lotgenoten door middel van het forum.

Deelnemen aan een zelfhulpgroep behoort ook tot de mogelijkheden voor verslavingsbehandeling. Hierbij worden groepsbijeenkomsten georganiseerd voor lotgenoten waarbij men zijn/haar eigen situatie beschrijft met betrekking tot verslaving (Intact Zelfhulp, 2014). Dit kunnen successen zijn maar ook zorgen, behoeften, problemen en ervaringen. De vertrouwelijkheid van de groep zorgt er voor dat men zich kan uiten en ervaringen kan delen met lotgenoten om zo van de verslaving af te kunnen komen.

De meningen over de beste behandeling lopen erg uiteen maar over het algemeen wordt de stepped-care benadering aangehouden omtrent het behandelplan (Van Straten, Hakkaart & Donker, 2004). Op grond van deze benadering dient een cliënt eerst de kortste, standaard behandeling aangeboden te krijgen waarvan redelijkerwijs een goed resultaat verwacht kan worden. Wanneer het gewenste resultaat uitblijft zal er overgestapt worden naar een meer intensieve of langdurende behandeling. Er werd geen verschil gevonden in uitkomst tussen klinische behandeling en ambulante behandeling in een niet-sociaal gedesintegreerde populatie (Finney, Hahn & Moos, 1996, Berglund, Johnsson & Thelander, 2003 & Rychtarik et al., 2000). Mensen met sociale desintegratie en medische of psychiatrische comorbiditeit profiteren meer van een klinische behandeling (Finney et al., 1996 & Berglund et al., 2003). Ook in de richtlijnen van de American Society of Addiction Medicine en het intakeprotocol van Resultaten Scoren wordt aangeduid dat ernstige medische of psychiatrisch comorbiditeit, sociale desintegratie en ernstige afhankelijkheid criteria zijn voor een klinische behandeling (ASAM, 2001 & De Wildt, 2001).

2.3 Terugval

Ondanks bovenstaande behandelmethoden krijgt 50 tot 70% van de cliënten binnen een jaar na de behandeling te maken met een terugval (GGZ, 2013). Om welke behandelvormen het hier gaat wordt echter niet vermeld. Bovendien neemt de kans op een terugval pas daadwerkelijk af na 5 jaar abstinentie (De Wildt, 2005). Verslaving heeft immers een chronisch karakter en is vergelijkbaar met andere chronische aandoeningen zoals diabetes, astma en psychische stoornissen zoals depressie en schizofrenie (De Wildt, 2005). De opvatting "*As with other chronic disorders, the only realistic expectation for the treatment of addiction is patient improvement, rather than cure*" van Nemeroff (2012, p.246) komt overeen met deze visie. Om deze reden wendt de behandeling van ernstige chronisch afhankelijke patiënten zich bij voorkeur niet tot volledige alcoholonafhankelijkheid maar op

schadebeperking en verbetering van de kwaliteit van leven (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Om terugval te voorkomen wordt nazorg aangeboden. Deze nazorg karakteriseert zich door een lage intensiteit en een langdurig behandeltraject en heeft over het algemeen een positieve invloed op het behouden van de resultaten van de behandeling (De Wildt, 2005). Nazorginterventies richten zich voornamelijk op het verminderen van de ernst, duur en schade van de terugval wanneer deze zich voordoet. Om deze reden is niet abstinentie het doel maar het leren omgaan met een terugval en het terugkrijgen van de controle op het middelengebruik. Tijdens de behandeling worden vaardigheden aangeleerd die tijdens de nazorg geconsolideerd en gegeneraliseerd worden in het dagelijks leven (De Wildt, 2005).

2.4 Onderzoeksvraag

Tactus heeft aangegeven meer kennis te willen over de factoren die ervoor zorgen dat een cliënt na een alcoholverslavingsbehandeling kwetsbaar blijft voor een terugval. Dit onderzoek heeft als doel om meer inzicht te krijgen in terugval na een alcoholverslavingsbehandeling. In dit kader is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Welke factoren zijn van invloed bij een terugval na een alcoholverslavingsbehandeling?*

Om een antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag, zijn onderstaande deelvragen opgesteld.

1. Welke factoren van terugval van een alcoholverslaving zijn bekend in de literatuur?
2. Welke factoren van terugval na een alcoholverslavingsbehandeling zijn volgens de cliënten relevant?

3. Methode

3.1 Design

Er werd een literatuuronderzoek verricht en er werden 9 telefonisch semigestructureerde interviews afgenomen met cliënten van Tactus die een alcoholverslavingsbehandeling hadden afgerond.

3.2 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek werd gedaan met behulp van de volgende databases: Scopus en Google Scholar. Hierbij werden de volgende zoektermen gebruikt: ‘terugval alcoholverslaving’, ‘relapse alcohol addiction’ en ‘sleep alcohol addiction’. Het zoeken van literatuur werd beperkt tot publicaties tussen 2010 en 2014. In deze periode bleken geen

Nederlandse artikelen gepubliceerd omtrent terugval. Om deze reden beperkte dit onderzoek zich tot Engelstalige artikelen met betrekking tot psychologie. Naast het zoeken in bovengenoemde databases werd gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode. Hierbij werden de referenties van gevonden artikelen gecontroleerd op andere relevante artikelen voor dit onderzoek.

De zoektermen 'relapse alcohol addiction' en 'relapse alcohol' leverden 213 bronnen op. 'Relapse alcohol addiction' leverde 55 resultaten op. Tenslotte leverde de zoekterm 'relapse alcohol' 158 resultaten op. Hierna werd op titel gescreend. Dit resulteerde in 89 artikelen waarvan 56 abstracts werden gelezen. 33 bronnen bleken ontoegankelijk in verband met kosten voor het volledige artikel. De overige 56 artikelen met vergelijkbare onderwerpen waren kosteloos. Hiervan bleken enkele artikelen niet relevant omdat de onderwerpen niet correspondeerden met dit onderzoek. Enkele onderwerpen van de verwijderde artikelen waren alcoholverslaving bij HIV-patiënten, alcoholverslaving in combinatie met andere drugsverslavingen of alcoholverslaving bij minderheidsgroepen. Uiteindelijk bleken 22 artikelen bruikbaar met betrekking tot de zoektermen 'relapse alcohol addiction' en 'relapse alcohol'.

In de gevonden artikelen werd slaap enkele keren als recent ontdekte risicofactor voor een terugval genoemd. Om deze reden werd een specifieke zoekopdracht uitgevoerd naar 'sleep alcohol addiction'. Dit leverde 33 resultaten op. Daarna werd op titel gescreend naar bruikbare bronnen. Dit resulteerde in 22 artikelen waarvan 15 abstracts werden gelezen. 9 artikelen bleken bruikbaar voor dit onderzoek waarbij Tactus de kosten van 3 artikelen voor rekening heeft genomen. De literatuursearch resulteerde dus in 31 bruikbare bronnen voor dit onderzoek.

3.3 Interviews

Het interview was semigestructureerd. De onderwerpen en de hoofdvragen waren van tevoren bepaald. De open vragen werden aan elke respondent in dezelfde volgorde gesteld om de mogelijkheid op bias te verminderen. Wel kon er worden doorgevraagd naar motivaties. Het interview werd opgenomen met behulp van opnameapparatuur zodat het interview vloeiend verliep en de data naderhand geanalyseerd kon worden.

Er werd gekozen voor het afnemen van telefonische interviews omdat het een efficiënte manier was voor korte interviews (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Men hoefde namelijk niet te reizen en kon snel responderen op de gestelde vragen. Door de bescherming van anonimiteit werd het sociaal wenselijk antwoorden beperkt. Wel ontbraken de non-

verbale cues en kon timing een probleem veroorzaken wanneer het telefonische contact niet schikte (Cohen, Manion & Morrison, 2007).

3.3.1 Respondenten

De doelgroep bestond uit 9 volwassen cliënten van Tactus die behandeld waren voor alcoholverslaving. De meeste respondenten hadden meerdere behandelvormen gevolgd in hun behandelingstraject. De vorm van de behandeling varieerde van klinische behandeling (n=4), één op één ambulante behandeling (n=6), online behandeling (n=5) en nazorgbehandeling (n=5).

In november 2014 werden er (n=6) telefonische en (n=3) digitale interviews afgenomen met de cliënten. Op basis van de aangegeven voorkeur werd het invullen van de vragenlijst per e-mail toegestaan bij 3 cliënten. Deze vragenlijst bevatte dezelfde vragen als de vragen voor het telefonische interview.

De deelnemers aan dit onderzoek werden geworven via hulpverleners en waren woonachtig in het werkgebied van Tactus. Er werd een gerichte steekproef getrokken door middel van een convenience sample. De benaderde respondenten waren in de gelegenheid om deel te nemen aan het interview.

3.3.2 Meetinstrumenten

Allereerst werd er in het interview (zie bijlage 1) gevraagd naar de leeftijd, het geslacht, de woonsituatie, de hoogst afgeronde opleiding en de vorm van afgeronde behandelingen bij Tactus. Hierna werd het interview over het onderwerp terugval voortgezet. De open vragen luiden als volgt: ‘Wat verstaat u onder een terugval?’, ‘Heeft u na uw behandeling een terugval gehad?’, ‘Wat zijn factoren die voor u een terugval zouden kunnen veroorzaken?’ en ‘Hoe heeft/zou u de controle op uw alcoholgebruik weer terug kunnen krijgen?’. Waarbij de volgende constructen aan de orde kwamen: persoonlijke gegevens, behandeling, betekenis terugval, ervaring terugval, triggers en controle.

Tot slot werden twee gesloten vragen gesteld over de factoren uit het literatuuronderzoek. Deze vragen werden beantwoord door middel van een vijfpunts Likertschaal. Bij de eerste vraag gaf de respondent aan in hoeverre hij zich herkende in de volgende veroorzakende factoren: stress, coping, depressieve gevoelens, angst, gewoonten, onderdrukking van gedachten, aandachtsbias en de mate van slaap. Een lage score betekende dat de factor helemaal geen risicofactor was voor de respondent. Een hoge score betekende dat de factor een hele grote risicofactor voor de respondent was.

Bij de tweede gesloten vraag gaf de respondent aan in hoeverre hij zich herkende in de volgende veroorzakende persoonlijkheidstrekken: nieuwsgierigheid, verveling, prikkelbaarheid, driftigheid, zorgeloosheid, impulsiviteit, optimisme, moedigheid, vermijding en enthousiasme. Een lage score betekende hier dat de persoonlijkheidstrek helemaal geen risicofactor voor de respondent was. Een hoge score betekende hier dat de persoonlijkheidstrek een hele grote risicofactor voor de respondent was. Ook was er de optie om aan te geven dat de karaktertrek niet op de respondent van toepassing was. Van deze optie was gebruik gemaakt bij de karaktertrekken prikkelbaar, driftig, optimistisch en moedig. Om deze reden werden er op deze karaktertrekken 8 antwoorden (N=8) geanalyseerd.

3.3.3 Procedure

Respondenten werden geworven via een oproep op het forum van de internetbehandeling 'AlcoholdeBaas' en via persoonlijke werving door begeleiders van Tactus. Door middel van e-mail werd er door de cliënten en hulpverleners contact opgenomen met de onderzoeker.

Vooraf aan het interview werd de respondent geïnstrueerd over onder andere de duur, de opname en anonieme verwerking van het interview. Verder werd het belang van eerlijke antwoorden benadrukt om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. Hierna werd het interview daadwerkelijk afgenomen. Na het stellen van de laatste vraag werd het interview afgerond en werd de respondent bedankt voor de medewerking.

Het interview werd afgestemd op de belevingswereld van de participant zodat het interview een zo goed mogelijk beeld gaf van de participant zijn ervaringen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Daarnaast werd er empathisch geluisterd, doorgevraagd en niet veroordeeld door de interviewer.

3.3.4 Analyse

De demografische gegevens, factoren en karaktertrekken werden door middel van frequentieanalyses geanalyseerd met behulp van SPSS. De verkregen data uit de open vragen werden allereerst volledig uitgeschreven. Hierna werden de data geanalyseerd door middel van het open coding principe (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). De fragmenten uit de antwoorden werden gecodeerd door het geven van een label. De labels kenmerkten de inhoud van het fragment en werden omgezet in thema's. Alle thema's werden hierna geordend om inhoudelijk verwantschap in de antwoorden te ontdekken (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Tot slot werden de keuzes met betrekking tot de analyse toegelicht om reproductie mogelijk te maken.

4. Resultaten

4.1 Literatuuronderzoek

De factoren die het meest genoemd werden in verschillende bronnen zijn stress, coping, angst en depressie. Daarnaast werd de factor slaap ook een aantal keer genoemd in verschillende, meer recente onderzoeken. Aangezien er in de literatuur geen voorspellende waarden voor de factoren zijn gevonden worden de factoren hieronder afzonderlijk beschreven van meest genoemde factor naar minst genoemde factor.

Stress

Sociale stress zoals familieruzies of conflicten op de werkvloer werden voornamelijk genoemd als oorzaak van trek en terugval (Spanagel, Noori & Heilig, 2014). Dit leek te komen doordat alcohol stressvolle situaties tijdelijk verlicht.

Uit andere bronnen bleek tevens dat het gedrag voornamelijk tijdens de ontwenning erg gevoelig is voor stress (Vengeliene, Bilbao en Spanagel, 2014). Hierdoor kan men snel terugvallen in de gewoonten van het ongewenste gedrag. Dit wordt veroorzaakt doordat de uitvoerende functies tekortschieten bij het maken van beslissingen in tijden van stress (Garland, Carter, Ropes en Howard, 2012). De uitvoerende functies beheren de cognitieve processen zoals het werkgeheugen, probleemoplossend vermogen, redenering, taakflexibiliteit en het plannen en uitvoeren van acties. Daarbij zijn de uitvoerende functies verantwoordelijk voor het corrigeren van gedrag door inhibitie. Inhibitie is het vermogen om ongewenst gedrag te remmen en te kunnen inhouden. De uitvoerende functies zijn daarom cruciaal bij het herstel van alcoholverslaving omdat deze verantwoordelijk zijn voor de inhibering van het drinken van alcohol.

Coping

De manier waarop mensen omgaan met stress, ook wel coping genoemd, werd in de literatuur tevens als oorzaak van terugval aangewezen. Hieronder worden enkele gevonden coping strategieën bij alcoholverslaving uiteengezet.

Personen die drinken om stress en negatieve affecten te hanteren hebben een grotere kans om hun alcoholafhankelijkheid levenslang te behouden (Garland, Boettiger en Howard, 2011). Het alcoholgebruik is hier een poging om negatieve gevoelens te vermijden door negatieve bekrachtiging (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie en Fiore, 2004). Dit patroon zorgt ervoor dat men in een zelfdestructieve, neerwaartse spiraal terechtkomt van toenemende

alcoholafhankelijkheid en een grotere gevoeligheid voor stress (Garland, Boettiger en Howard, 2011).

Ook werd de mate van tegenslagverdraagzaamheid genoemd als voorspellende factor voor een terugval (Hsin Hsu, Collins en Marlatt, 2013). Tegenslagverdraagzaamheid is de mate waarin iemand in staat is om met negatieve psychologische en/of fysieke toestanden om te kunnen gaan. Hierbij hangt een hoog niveau van tegenslagverdraagzaamheid samen met een langere periode van abstinentie en lagere risico's op een terugval. Een laag niveau van tegenslagverdraagzaamheid hangt samen met alcoholgebruik en psychopathologie (Hsin Hsu, Collins en Marlatt, 2013).

Comorbiditeit met angst en depressie

Angst en depressie zijn veelvoorkomende comorbide factoren bij een alcoholverslaving en werden door meerdere onderzoeken benoemd als voorspeller van terugval (Spanagel, Noori & Heilig, 2014, Guccione, Djouma, Penman en Paolini, 2013, Koob, 2013, Willinger et al., 2002). Vooral door mannen werden depressieve symptomen genoemd als veroorzaker van terugval (Strowig, 2000).

Terugval komt voornamelijk tijdens de eerste maand van abstinentie voor (Simioni, Cottencin, Guardia en Rolland, 2012). In deze periode komen vaak angstklachten voor als gevolg van de ontwenningssverschijnselen (Simioni, Cottencin, Guardia en Rolland, 2012). Dit houdt in dat er fysieke ontwenningssverschijnselen kunnen optreden zoals beven, zweten, angst of agressie, toevallen en deliria. De behandeling van angst als gevolg van ontwenningssverschijnselen bleek meestal niet nodig omdat deze angstsymptomen vaak snel verdwijnen na de ontgiftingsperiode (Allan, Smith en Mellin, 2002). Wanneer angstklachten niet verdwijnen na de ontgiftingsperiode leiden deze klachten tot een verhoogd risico op terugval (Simioni, Cottencin, Guardia en Rolland, 2012, Driessen et al., 2001).

De terugvalpercentages bleken voor comorbiditeit met depressie 77% en comorbiditeit met angstklachten 69% te zijn (Driessen et al., 2001). Dit in vergelijking met 40% van de patiënten zonder psychopathologische klachten. In ditzelfde onderzoek hebben de respondenten (n=100) drie weken deelgenomen aan een klinische groepsbehandeling waar zij cognitieve gedragstherapie hadden gekregen (Driessen et al., 2001). Hierna werden vragenlijsten afgenomen om de comorbiditeit met depressie en angst te testen. Er bleken echter geen andere bronnen bekend te zijn over de terugvalpercentages bij patiënten met comorbide angst- en depressieklachten. Daardoor was het onduidelijk of de genoemde terugvalpercentages overeenstemden met andere bronnen.

Onbewuste processen

Juist door het blokkeren of onderdrukken van een automatische impuls om alcohol te consumeren wordt trek veroorzaakt (Garland et al., 2012). Deze onderdrukking resulteert vaak in een verhoogde frequentie van gedachten en emoties waartegen het gericht was.

Tijdens de alcohol-Stroop taak werd gevonden dat het woord 'alcohol' meer interfereerde bij alcoholverslaafden die alcohol gerelateerde gedachten moesten onderdrukken dan de alcoholverslaafden die hun gedachten mochten uiten (Klein, 2007). De alcohol-Stroop taak toonde alcohol gerelateerde en neutrale woorden in verschillende kleuren. Het doel hierbij was het zo snel mogelijk benoemen van de kleur van de woorden en daarbij de betekenis van het woord te negeren. Voor alcoholverslaafden bleek het relatief moeilijk om de betekenis van de alcohol gerelateerde woorden te negeren waardoor zij de kleur van het woord minder snel konden benoemen (Cox, Fadardi & Pothos, 2006). Het resultaat van de alcohol-Stroop taak was dat onderdrukking de capaciteit van de uitvoerende functies uitput (Klein, 2007). Het gevolg hiervan was een verhoogd stressniveau, craving en terugval (Pu et al., 2010).

Het proces van aandachtsbias vertoonde ook samenhang met het veroorzaken van terugval (Garland, Boettiger & Howard, 2011). Aandachtsbias houdt in dat de aandacht van een alcoholverslaafde automatisch verschuift naar de geprefereerde stimulus, in dit geval alcohol. Door het zien van deze stimuli ontstaat er trek. De uitvoerende functies zorgen er hier voor dat het gedrag om te gaan drinken niet wordt uitgevoerd. Dit aandachtsbias proces veroorzaakt een verlaagde hartslagvariabiliteit dat resulteert in verminderde uitvoerende functies, gebrekkige aandachtscontrole, beperking van het werkgeheugen en een verminderd vermogen om negatieve emoties te reguleren (Garland, Boettiger & Howard, 2011).

Ook het priming effect werd genoemd als risicofactor voor een terugval (Hansson et al., 2006). Priming is een onbewust proces dat door opgeslagen ervaringen in het impliciete geheugen een verhoogde gevoeligheid voor bepaalde stimuli veroorzaakt. Deze gevoeligheid zorgt onbewust voor een automatische impulsreactie van trek in alcohol. Het nuttigen van slechts één slok alcohol kan door het priming effect al zorgen voor een terugval. Een andere onbewuste risicofactor was de presentatie van geconditioneerde stimuli die geassocieerd worden met alcoholgebruik (Hansson et al., 2006). Conditionering is het proces waarbij een neutrale stimulus wordt gekoppeld aan bepaald gedrag. Zo kan tijdens het eten van pasta graag rode wijn gedronken worden. Wanneer er na conditionering een bord pasta wordt voorgezet zal men automatisch trek krijgen in rode wijn. Er kan dus geconcludeerd worden

dat de onbewuste processen zoals de onderdrukking van gedachten, aandachtsbias en priming effecten risicofactoren zijn voor terugval.

Slaap

Uit de literatuur bleek dat slaapproblemen ontwikkeld kunnen worden tijdens een periode van zwaar drinken of ontstaan of verergeren door ontwenning (Brower & Perron, 2010).

Omgekeerd kan slapeloosheid ook leiden tot zwaar drinken en alcoholafhankelijkheid (Brower & Perron, 2010). Slaapproblemen worden voornamelijk door vrouwen en alcoholverslaafden met comorbide psychiatrische stoornissen gemeld (Brower, Krentzman & Robinson, 2011). De acute ontwenningverschijnselen duren gemiddeld niet langer dan een week maar slapeloosheid kan gemiddeld drie tot zes maanden aanhouden (Brower & Perron, 2010).

Slaapproblemen bleken vaak een factor voor terugval (Arnedt, Conroy, Armitage & Brower, 2011, Hartwell et al., 2014, Kolla et al., 2014). Uit onderzoek naar de medische historie, fysiek onderzoek, psychiatrische interviews, de historie van middelengebruik, psychosociale historie en slaaponderzoek bleek dat alcohol vaak als middel wordt gebruikt tegen slaapproblemen (Brower, Aldrich, Robinson, Zucker & Greden, 2001). Om deze reden zijn slaapproblemen een grote risicofactor voor een terugval.

Meerdere studies lieten zien dat de terugvalpercentages hoog waren bij slaapproblematiek (Brower, Aldrich, Robinson, Zucker & Greden, 2001, Brower et al., 2001, Kolla et al., 2014). Zo bleek 60% van de alcoholverslaafden met slapeloosheid gemiddeld vijf maanden na de behandeling een terugval te krijgen (Brower, Aldrich, Robinson, Zucker & Greden, 2001). Dit in vergelijking met 30% van de cliënten zonder slapeloosheid. Van de cliënten die alcohol gebruikten als zelfmedicatie tegen slapeloosheid bleek 59,5% een terugval te hebben gekregen (Brower et al., 2001). Ongeveer de helft van de cliënten (51%) gaf in het onderzoek van Kolla et al. (2014) aan alcohol te gebruiken als slaapmiddel. Echter bleek dat deze cliënten slaapverstoringen en een slechte kwaliteit van slaap hadden en het gebruik van alcohol hier dus geen effect op had (Kolla et al., 2014).

Metingen tijdens polysomnografisch onderzoek wezen uit dat terugval correleerde met langdurige slaap latentie, verminderde slaap efficiëntie en totale slaaptijd, verhoogde slaapdruk in de REMslaap, verminderde REMslaap en verminderde tragegolfslaap (Brower, 2003, Smith, Hill, Marshall, Keaney & Wanigaratne, 2013). Verder zijn slapeloosheid en moeilijkheden met het inslapen ook voorspellers voor een terugval (Brower, 2003). Ten slotte bleken subjectieve slaapmetingen betere voorspellers van terugval dan objectieve polysomnografische metingen (Conroy et al., 2006).

Persoonlijkheid

Onderzoek heeft aangetoond dat een gemiddeld lage score op de persoonlijkheidstest ‘Tridimensional Personality Questionnaire’ (TPQ) een terugval voorspelde (Janowsky, Boone, Morter & Howe, 1999). Deze test onderzoekt drie dimensies van persoonlijkheidstrekken namelijk spanningsbehoefte, letselvermijding en beloningsafhankelijkheid.

Het risico op terugval wordt voornamelijk vergroot door een hoge score op spanningsbehoefte (Basiaux et al., 2001, Willinger et al., 2002). Een hoge spanningsbehoefte zou de volgende karaktereigenschappen beschrijven: impulsief, uitbundig, snel verveeld, wanordelijk, enthousiast, nieuwsgierig, explorerend, prikkelbaar en snel driftig.

Een lage score op letselvermijding werd ook gerapporteerd als een voorspeller van terugval (Willinger et al., 2002). Een lage score op letselvermijding betekent hierbij dat iemand een durfal, ontspannen, zorgeloos, moedig en optimistisch is, zelfs in situaties waarin de meeste mensen zich zorgen zouden maken. Aanvullend werd ook een hoge score op neuroticisme genoemd als risicofactor (Willinger et al., 2002).

4.2 Interviews

4.2.1 Demografische gegevens

Uiteindelijk hebben 9 (N= 9) respondenten deelgenomen aan het interview. Deze respondenten bestonden uit 2 vrouwen en 7 mannen. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen 29 en 61 jaar met een gemiddelde leeftijd van 51,4 jaar. Het opleidingsniveau, de woonsituaties en de gevolgde behandelingen zijn hieronder af te lezen in tabel 1.

Tabel 1

Kenmerken respondenten op baseline: demografische gegevens

| | Baseline |
|-------------------------|-----------------|
| | N = 9 |
| Geslacht | |
| Man | 7 |
| Vrouw | 2 |
| Leeftijd (jaren) | |
| Range | 29 – 61 |

| | |
|---------------------------------------|------|
| Gemiddelde | 51,4 |
| Opleidingsniveau | |
| MAVO/ VMBO/ LBO | 3 |
| HAVO | 0 |
| VWO | 3 |
| MBO | 1 |
| HBO | 1 |
| WO | 1 |
| Woonsituatie | |
| Alleenwonend | 3 |
| Alleenwonend met kind(eren) | 2 |
| Samenwonend met partner | 2 |
| Samenwonend met partner en kind(eren) | 1 |
| Andere woonsituatie | 1 |
| Behandeling | |
| Individuele ambulante begeleiding | 6 |
| Deeltijd groepsbehandeling | 4 |
| Internetbehandeling | 5 |
| Voltijd klinische behandeling | 4 |
| Nazorgbehandeling | 5 |

4.2.2 Open vragen

In bijlage 2 zijn de antwoorden op de open vragen beschreven door middel van labels en thema's. Hieronder worden de bevindingen van de analyse beschreven en door middel van enkele citaten geïllustreerd.

Betekenis terugval

Onverantwoord alcoholgebruik

Zes respondenten gaven aan dat zij een (te) grote hoeveelheid alcohol drinken zien als een terugval. De eenheden die hierbij genoemd werden als te grote hoeveelheid alcohol lopen uiteen van 1 of 2 glazen tot 8 eenheden alcohol. Zo benoemde respondent 8: *“Onder een terugval versta ik dat ik weer een avond stevig aan het drinken ben. Stevig is voor mij 6 tot 7*

halve liters. 1 glas noem ik eigenlijk ook al wel een terugval want dan weet ik dat ik er 6 of 7 drink.”.

Toegeven aan de trek

Respondent 2 omschreef het als: *“Na een periode van abstinentie weer alcohol gaan gebruiken.”*. De meningen betreffende de hoeveelheid waren verdeeld. Waar respondent 9 eenmalig gebruik een terugval noemde, beschreef respondent 2: *“Een grote hoeveelheid (10-12 glazen) na een langdurige tijd. Een terugval zie ik als langdurig gebruik. Als het één keer gebeurd zou ik het geen terugval noemen. Dan zou het licht gebruik zijn, meer een uitschieter.”*. Daarnaast waren respondenten 3, 5 en 7 het eens dat niet meer kunnen stoppen met drinken een terugval is.

Factoren terugval

88,9% van de respondenten gaf aan een terugval te hebben gehad na hun behandeling. De redenen die hiervoor werden gegeven worden hieronder benoemd.

Eenzaamheid

Zes respondenten gaven aan dat eenzaamheid voor hen een risicofactor is voor een terugval. Respondent 9 gaf hierbij als toevoeging dat het gevoel van buitengesloten zijn ook een risicofactor voor hem is. Respondent 2 gaf als reden thuis achtergebleven te zijn tijdens de feestdagen omdat zijn vrouw en zoontje op vakantie gingen.

Stress

Vijf respondenten gaven aan dat stress en de opstapeling van problemen voor hen een risicofactor was voor een terugval. Respondent 1 legde uit dat een vol hoofd ontstond bij het opstapelen van problemen. Respondent 5 benoemde specifiek: *“Wat bij mij maakt dat ik over de grens ben gegaan was dat mijn oudste kind gehandicapt bleek te zijn, ik moest stoppen met werken... Een verslechtering van de omstandigheden waarin je je bevindt in je leven....”*

Coping

Gevoelens niet kunnen uiten werd door twee respondenten genoemd als risicofactor voor een terugval. Respondent 1 gaf aan dat hij wist dat hij moest praten over zijn eerdergenoemde *“volle hoofd”* maar hij dit niet altijd wilde. Respondent 3 benoemde het als volgt als reden voor zijn terugval: *“Opgekropte emotie en vervolgens een week later 'weg gedronken'.”*

Respondent 7 legde uit dat het ging om het niet goed reguleren van gevoelens en het niet toelaten van gevoelens, zowel positief als negatief en verwoordde hier specifiek: *“... zo van gezellig meedoen, verliefdheid, angst om weer verlaten te worden of het niet kunnen omgaan met mensen die me aardig vinden. Zelfs blijdschap.”*

Alcohol als verdoving werd door twee respondenten benoemd. Zo gaf respondent 5 aan dat alcohol een verdoving was geworden door stress. Alcohol hielp haar te ontspannen.

Alcohol als beloning werd enkel door respondent 7 genoemd. Zij gaf aan dat er ook trek kon ontstaan na inspanning en drukte. Ze legde hierbij uit dat alcohol dan een gevoel van beloning was.

Als oorzaak voor zijn terugval noemde respondent 9 de factor ontkenning. Hij gaf aan dat hij nog niet toe was aan definitief stoppen met alcohol. Hij benoemde hierbij: *“De eerdere behandeling heb ik wel voldaan maar ik nam er maar een loopje mee want ik dacht het is niet zo erg, het valt allemaal wel mee.”*.

Verveling en gelegenheid

Verveling werd door twee respondenten genoemd als de grootste oorzaak voor een terugval. Respondent 2 voegde verveling en gelegenheid samen als volgt: *“Verveling is de belangrijkste factor en dat er geld beschikbaar is... Als ik me verveel en ik heb geen verplichtingen dan heb ik de mogelijkheid om te gaan drinken.”*.

Aandachtsbias

Vermindering van aandacht omtrent triggers werd door respondent 6 genoemd als factor. Voorbeelden van deze triggers zijn langs de supermarkt fietsen, een etentje of borrel van de zaak of een sportavond. Hij legde uit: *“Als ik mijn aandacht laat verslappen en mijn niet drinken als vanzelfsprekend ga beschouwen, dan verwacht ik weer te zullen gaan drinken.”*.

Comorbiditeit met psychische stoornissen

Depressie werd door twee respondenten genoemd als oorzaak. In het geval van respondent 8 was er sprake van het risico van zowel trauma als depressie. Hij benoemde dan ook *“Dingen waar ik van terug kan vallen zijn onder andere depressies en herbeleving van dingen die in mijn jeugd gebeurd zijn... Dan is het eigenlijk niet meer vol te houden”*.

Controle terugkrijgen

Kritische zelfreflectie

De consequenties voor ogen houden werd door twee respondenten genoemd als middel om de controle weer terug te krijgen op het alcoholgebruik. Respondent 1 gaf hierbij aan dat hij goed in de spiegel keek en zich focuste op de liefde voor zijn dochter en het feit dat hij haar terug in zijn leven had doordat hij niet meer dronk. Hij legde uit: *“In de spiegel kijken bedoel ik mee mezelf vermanend toespreken en goed voorhouden wat er allemaal al kapot is gegaan door de drank!”*. Respondent 7 gaf aan dat het haar steeds meer energie kostte om er weer bovenop te komen. Ook zij heeft zichzelf daarom toegesproken: *“Elke keer weer die excuses*

die voor een groot deel, als je het goed relateert, uit zelfmedelijden bestaan!”. Zij ging verder: *“Ik had gewoon echt zoiets van ik moet gewoon gaan kijken wat ik met mijn leven wil. Wil ik nou elke dag een beetje plezier hebben of zo bang blijven en het zo kapot maken dat het zonnetje echt niet meer gaat schijnen.”*.

Het opschrijven van drinkgedrag en gevoelens werd genoemd als hulpmiddel door respondent 2 om de controle weer terug te krijgen op zijn alcoholgebruik. Hij gaf aan veel in zijn dagboek te schrijven en houdt hierin zijn gedachten en drinkgedrag bij.

Verslavingsbehandeling

Het voortzetten van de behandeling werd genoemd door zes respondenten. Zij gaven aan weer hulp te hebben gezocht. Respondent 9 gaf aan heel veel te hebben gehad aan de steun van Tactus: *“Ze hebben mij niet meteen in de steek gelaten. Ze hielden contact zo één keer in de veertien dagen.”*. Ook gaf hij aan dat de relatiegesprekken samen met zijn vrouw goed waren bevallen en de bijeenkomsten van Intact Zelfhulp een steun voor hem waren.

Medicatie werd door twee respondenten genoemd in combinatie met het voortzetten van de behandeling. Respondent 8 gaf onder andere aan gesprekken te hebben met een hulpverlener, het programma van Seeking Safety te volgen, EMDR therapie te hebben gevolgd en aanvullend antidepressiva te slikken.

Coping vaardigheden

Het ondernemen van activiteiten werd door respondent 2 genoemd als maatregel tegen zijn risicofactor verveling: *“Ik verveel me nog wel maar ga niet meer de deur uit verveling uit. Probeer mezelf bezig te houden. Dat scheelt enorm.”*.

Het focussen op gevoelens en het reguleren van deze gevoelens werd door twee respondenten genoemd. Respondent 5 benoemde hierbij: *“Dus niet te denken ik laat me overspoelen door verdriet of onvrede of moeheid en ik neem een glas alcohol want dat glas witte wijn ontspant mij. Maar heel erg te focussen op wat voel ik hoe ga ik door dat gevoel heen en hoe ga ik met dat gevoel om.”*. Respondent 7 legde uit dat zij probeert niet te ver vooruit of achteruit te kijken maar te leven in het moment.

Het uiten van gevoelens werd enkel door respondent 7 genoemd. Zij gaf eerder aan moeite te hebben met het uiten van haar gevoelens maar nu beter durfde te huilen en boos durfde te worden.

Het gebruik van mantra's is een hulpmiddel dat werd genoemd door respondent 6. Hij gaf aan de volgende mantra's te gebruiken: *“Vandaag drink ik niet; Ik neem de eerste niet; Drank voegt niets toe.”*.

Sociale steun

Respondent 8 beschreef deze steun als volgt: “Voornamelijk het feit dat mensen om mij heen vrij goed aanvoelen wanneer het minder wordt. Dat ik weer depressief wordt. Dan zorgen ze dat ze er zijn.”.

4.2.3 Gesloten vragen

De gesloten vragen werden middels frequentieanalyses bestudeerd. Op de factoren coping en stress werd redelijk hoog gescoord. Op de factoren depressieve gevoelens, angst en onderdrukking werd gemiddeld gescoord. Tenslotte werd er op de factoren gewoonten en de mate van slaap gemiddeld gescoord en op aandachtsbias laag gescoord.

Tabel 2

Gemiddelde score risicofactoren en standaarddeviatie

| | Coping | Stress | Depressieve gevoelens | Angst | Onderdrukking | Gewoonten | Slaap | Aandachtsbias |
|--------------------|--------|--------|-----------------------|-------|---------------|-----------|-------|---------------|
| N | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Gemiddelde score | 3.89 | 3.56 | 3.00 | 2.67 | 2.56 | 2.22 | 1.89 | 1.56 |
| Standaard deviatie | 1.17 | 1.33 | 1.73 | 1.41 | 1.51 | 1.09 | 1.36 | 1.01 |
| Minimum score | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum score | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |

Op de karaktertrek nieuwsgierigheid werd redelijk hoog gescoord. Op de karaktertrekken impulsiviteit, snel verveeld zijn, enthousiasme en moedigheid werd gemiddeld gescoord. Tenslotte werd er gemiddeld laag gescoord op de karaktertrekken optimisme, zorgeloosheid, het vermijden van situaties waarin alcohol geschonken werd en prikkelbaarheid en driftigheid.

Tabel 3

Gemiddelde score karaktertrekken en standaarddeviatie

| | Nieuwsgierigheid | Impulsiviteit | Snel verveeld zijn | Enthousiasme | moedigheid |
|-----------------------|------------------|---------------|--------------------------|--------------|------------|
| N | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 |
| Gemiddelde score | 3.56 | 3.44 | 3.33 | 2.89 | 2.88 |
| Standaard deviatie | 1.67 | 1.01 | 1.32 | 1.45 | 1.25 |
| Minimum score | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum score | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 |

Tabel 4

Gemiddelde score karaktertrekken en standaarddeviatie

| | Optimisme | Zorgeloosheid | Vermijding | Prikkelbaarheid | Driftigheid |
|-----------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------------|
| N | 8 | 9 | 9 | 8 | 8 |
| Gemiddelde score | 2.38 | 2.33 | 2.11 | 2.00 | 1.63 |
| Standaard deviatie | 1.51 | 0.71 | 1.36 | 1.07 | 0.92 |
| Minimum score | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum score | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 |

5. Discussie

Dit onderzoek had als doel om meer inzicht te verkrijgen in de factoren die een terugval kunnen veroorzaken. Op basis van het literatuuronderzoek bleek dat stress, coping,

comorbiditeit met angst en depressie, onbewuste processen, slaap en persoonlijkheidstrekken factoren kunnen zijn voor het veroorzaken van een terugval.

De factoren die naar voren zijn gekomen uit het interview zijn eenzaamheid, coping, stress, verveling, gelegenheid, aandachtsbias, nieuwsgierigheid en comorbiditeit met psychische stoornissen.

5.1 Gevolgtrekking literatuur en interviews

Overeenkomsten

De overeenkomstige factoren uit de literatuur en de interviews waren stress en alcohol als beloning of verdoving om gevoelens te vermijden. Uit de interviews bleek stress een veelgenoemde factor voor een terugval. Dit werd veroorzaakt doordat de uitvoerende functie tekortschiet bij het maken van beslissingen in tijden van stress (Garland, Carter, Ropes en Howard, 2012).

Het proces van aandachtsbias werd zowel door de literatuur als door twee respondenten als factor aangeduid als factor. Omdat aandachtsbias een onbewust proces is concluderen deze gegevens echter niet dat dit geen factor is voor de overige respondenten.

Een veelvoorkomende factor volgens de literatuur was comorbiditeit met psychische stoornissen zoals depressie en angst. Uit de interviews bleken twee respondenten de comorbiditeit met depressie te herkennen. De factor angst werd bij de open vragen niet genoemd maar kreeg bij de gesloten vragen een gemiddelde score.

Verschillen

De factoren priming en slaapproblemen uit de literatuur bleken uit het interview niet kenmerkend als factoren voor de respondenten. Toch bleek respondent 8 zich wel sterk te herkennen in het risico. Hij stelde dat zijn weerstand voor drank kleiner werd wanneer hij slecht sliep en lichtte verder toe: *“Voor mij is het heel belangrijk dat ik voldoende slaap heb en voldoende rust dan kan ik het wel goed volhouden maar als dat wegvalt wordt het heel kritisch.”*. Respondent 8 bleek echter slechts de enige die deze factor herkende.

Een factor die niet voortkwam uit het literatuuronderzoek maar wel het meest genoemd werd door de respondenten was eenzaamheid. Het feit dat er uit de interviews bij zes respondenten naar voren kwam dat dit een grote factor voor een terugval was toonde aan dat hier behoefte was aan vervolgonderzoek.

Verder werden verveling en gelegenheid door twee respondenten genoemd als factor in de interviews maar ook deze factoren werden niet aangeduid in het literatuuronderzoek. Of

dit ook daadwerkelijk een factor was waar vervolgonderzoek voor nodig was werd onzeker geacht aangezien slechts 2 respondenten deze factoren hebben genoemd.

5.2 Sterke en zwakke punten

Sterk aan dit onderzoek was de combinatie van verschillende methodes namelijk het literatuuronderzoek en de interviews met cliënten. Zo konden de bevindingen uit de literatuur worden gecontroleerd op herkenbaarheid en konden overige factoren door de cliënten worden aangedragen. Met betrekking tot het literatuuronderzoek zal echter in acht moeten worden genomen dat enkele bronnen in verband met kosten ontoegankelijk waren voor dit onderzoek. Dit kan ten koste zijn gegaan van de kwaliteit van dit onderzoek.

Een ander sterk punt van dit onderzoek zijn de verschillende vraagstellingen die gebruikt werden in het interview. Er is gebruik gemaakt van open en gesloten vragen. De respondenten hadden hierdoor zelf de mogelijkheid om hun persoonlijke factoren toe te lichten. Tevens werd er bij de gesloten vragen gecontroleerd of de cliënt zich met andere factoren kon identificeren. Door de gesloten vragen hebben de respondenten de mogelijkheid gekregen om aan te kunnen geven wat ze bij het beantwoorden van de open vragen wellicht vergeten zijn te vertellen.

Er zal in acht moeten worden genomen dat er in dit onderzoek sprake was van een convenience sample. Deze sample is een goede methode voor vooronderzoek zoals bij het uitvoeren van een pilotstudie. Echter is het nadeel van deze sample dat de selectiefout groot kan zijn aangezien begeleiders een voorselectie hebben gemaakt op basis van welke cliënten zij geschikt achten voor dit onderzoek. Er is namelijk getracht om verschillende ervaringen te kunnen beschrijven met betrekking tot de diverse behandeltrajecten. Echter kan het zo zijn dat de mensen die niet meegewerkt hebben aan dit onderzoek andere kenmerken of attitudes hadden dan de participanten. Er moet daarom rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de respondenten van dit onderzoek wellicht niet representatief zijn voor de gehele populatie.

5.3 Implicaties voor vervolgonderzoek

Een factor waar meer onderzoek naar verricht diende te worden is eenzaamheid. Zes respondenten gaven tijdens het interview aan dat dit voor hen een grote factor was voor het veroorzaken van een terugval. De factor eenzaamheid bleek echter geen resultaten op te leveren in het literatuuronderzoek. Dit toont aan dat een vervolgonderzoek naar de relatie tussen eenzaamheid en terugval van toegevoegde waarde zou kunnen betuigen.

Vervolgonderzoek zou zich bijvoorbeeld kunnen richten op de voorspellende waarde van de factor eenzaamheid en de samenhang met andere factoren.

Ook is vervolgonderzoek gewenst om een beeld te kunnen vormen over de verschillen tussen cliënten en de behoeften met betrekking tot verschillende behandelingen. Zo kunnen deze nieuwe resultaten bijdragen aan de ontwikkeling van nazorginterventies die zich richten op verschillende specifieke verslavingsproblematieken. Vervolgonderzoek bijvoorbeeld gericht kunnen worden op slaapproblematiek of de invloeden van verschillende persoonlijkheidskenmerken. Op deze manier zullen deze nazorginterventies beter aansluiten op de behoeften van de cliënten.

Eerder is aangegeven dat 50 tot 70% van de cliënten binnen een jaar na de behandeling te maken kreeg met een terugval (GGZ, 2013). Het terugvalpercentage van de respondenten uit dit onderzoek bleek echter hoger te liggen namelijk 88,9%. Dit zou kunnen komen doordat begeleiders respondenten geselecteerd hebben op basis van de ervaringen met terugval. Bij de respondenten is echter geen informatie geworven over hoe lang de terugval duurde, hoe vaak dit is gebeurd en hoe de cliënt de terugval ervaren heeft. Om hier meer inzicht in te krijgen zou een vervolgonderzoek gedaan kunnen worden.

5.4 Aanbevelingen

De praktijk is aangesloten op de bevindingen van dit onderzoek. De nazorg heeft zich voornamelijk gericht op het bespreken van de volgende thema's: cognitieve gedragstherapie en biedt onder andere de thema's omgaan met trek, risicosituaties, sociale druk, geld, dagbesteding, somberheid, slaapproblemen, sociale contacten en eenzaamheid. Echter wordt aanbevolen om het behandelen van de factor eenzaamheid als prioriteit op te nemen in het behandelprotocol van nazorgbehandelingen in plaats van deze factor als mogelijk thema aan te bieden. De reden hiervoor is dat eenzaamheid als meest genoemde factor voor een terugval naar voren kwam tijdens het interview.

Verder wordt aanbevolen om de scores van de gesloten vragen per individu te onderzoeken in plaats van slechts te focussen op de gemiddelden. Dit om het behandelplan aan te kunnen passen aan zijn individuele behoeften. Elk individu heeft verschillende risicofactoren met betrekking tot de veroorzaking van een terugval. Zo kan een respondent hoog gescoord hebben op een risicofactor terwijl de gemiddelde score laag is.

Aangezien verslaving een chronisch karakter heeft wordt aanhoudende zorg aanbevolen (McKay, 2009). Om het contact met de cliënt te behouden voor nazorg is het belangrijk de drempel voor de cliënt zo laag mogelijk te maken (McKay, 2009). Het gebruik

van telefonisch contact kan daarom wellicht een gunstige methode zijn (McKay, 2009). Ook kan het gebruik van telefonisch contact mogelijkheden bieden wat betreft het aangeven en behandelen van individuele behoeften. Zo zou er bijvoorbeeld een app ontwikkeld kunnen worden waar de cliënt zijn factoren voor een terugval voorafgaand aan de nazorgbijeenkomsten aan kan geven en deze na elke bijeenkomst kan evalueren. Zo kan de cliënt aangeven of de behoeften zijn vervuld en aan welke factoren meer aandacht besteed dient te worden bij een volgende bijeenkomst. Wanneer de nazorgbegeleider toegang heeft tot de app kan deze meer inzicht verkrijgen in de individuele behoeften van zijn cliënten en kan de nazorgbehandeling hierop worden aangesloten.

Ten slotte kan uit dit onderzoek worden opgemaakt dat stress, coping, eenzaamheid, onbewuste processen, verveling, gelegenheid, comorbiditeit met angst en depressie, slaapproblematiek en persoonlijkheidstrekken zoals nieuwsgierigheid factoren kunnen zijn voor een terugval. Er kan geconcludeerd worden dat elk individu verschillende risicofactoren met betrekking tot terugval heeft. Echter waren eenzaamheid, stress en coping de meest voorkomende factoren. Verder wordt aanhoudende zorg aanbevolen in verband met het chronische karakter van alcoholverslaving. Voor adaptieve behandelmethoden en de individuele ervaringen van de respondenten betreffende hun specifieke terugvalmomenten is echter vervolgonderzoek gewenst. Ook zou onderzoek naar de voorspellende waarde van eenzaamheid en de samenhang met andere factoren van toegevoegde waarde kunnen betuigen.

6. Bronnen

- Allan, C. A., Smith, I. & Mellin, M. (2002). Changes in psychological symptoms during ambulant detoxification. *Alcohol and Alcoholism*. 37(3), 241-244.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Arnedt, J. T., Conroy, D. A., Armitage, R. & Brower, K. J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol dependent patients: A randomized controlled pilot trial. *Behaviour Research and Therapy*. 49(4), 227–233.
- ASAM (2001). American Society of Addiction Medicine: *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, second edition*. Chevy Chase: ASAM.
- Baarda, D. B., De Goede, M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E. & Majeskie, M. R. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*. 111(1), 33-51.
- Basiaux, P., Le Bon, O., Dramaix, M., Massat, I., Souery, D., Mendlewicz, J., Pelc, I. & Verbanck, P. (2001). Temperament and character inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol and Alcoholism*. 36(6), 584-587.
- Berglund, M., Johnsson, E. & Thelander, S.(eds.) (2003). *Treatment of alcohol and drug*

abuse, an evidence-based review. United Kingdom, Weinheim: Wiley-VCH.

Bijl, R. V. & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.

Brower, K. J., Aldrich, M. S., Robinson, E. A., Zucker, R. A. & Greden, J. F. (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *The American Journal of Psychiatry*. 158(3), 399-404.

Brower, K. J. (2003). Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep medicine reviews*. 7(6), 523-539.

Brower, K. J. & Perron, B. E. (2010). Prevalence and correlates of withdrawal-related insomnia among adults with alcohol dependence: Results from a national survey. *American Journal on Addictions*. 19(3), 238-244.

Brower, K. J., Krentzman, A. & Robinson, E. A. R. (2011). Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *American Journal on Addictions*. 20(5), 435-440.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). Verkregen op 26-09-2014 van www.cbs.nl.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. New York: Routledge.

Conroy, D. A., Arnedt, J. T., Brower, K. J., Stobbe, S., Consens, F., Hoffmann, R. & Armitage, R. (2006). Perception of sleep in recovering alcohol-dependent patients with insomnia: relationship with future drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 30(12), 1992-1999.

Cox, W. M., Fadardi, J. S., & Pothos, E. M. (2006). The Addiction-Stroop Test: Theoretical Considerations and Procedural Recommendations. *Psychological Bulletin*, 132, 443-476.

- Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W. & Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*. 36(3), 249-255.
- Finney, J. W., Hahn, A. C. & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*. 91(12). 1773-1796.
- Garland, E. L., Boettiger, C. A. & Howard, M. O. (2011). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis, and addiction. *Medical Hypotheses*, 76(5), 745-754.
- Garland, E. L., Carter, K., Ropes, K. en Howard, M. O. (2012) Thought suppression, impaired regulation of urges, and Addiction-Stroop predict affect-modulated cue reactivity among alcohol dependent adults. *Biological Psychology*. 89(1), 87–93 .
- GGZ (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Verkregen op 15-10-2014 van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/12706Richtlijn%20Alcohol.pdf>
- GGZ (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel*. Verkregen op 11-9-2014 van http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf.
- Guccione, L., Djouma, E., Penman, J. & Paolini, A. G. (2013). Calorie restriction inhibits relapse behaviour and preference for alcohol within a two-bottle free choice paradigm in the alcohol preferring (iP) rat. *Psychology & Behavior*. 110-111, 34-41.
- Hansson, A. C., Cippitelli, A., Sommer, W. H., Fedeli, A., Bjork, K., Soverchia, L., Terasmaa, A., Massi, M., Heilig, M. & Ciccocioppo, R. (2006). Variation at the rat *Crhr1* locus and sensitivity to relapse into alcohol seeking induced by

- environmental stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*.
103(41), 15236–15241.
- Hartwell, E. E., Pfeifer, J. G., McCauley, J. L., Moran-Santa Maria, M. & Back, S. E. (2014). Sleep disturbances and pain among individuals with prescription opioid dependence. *Addictive Behaviors*. 39(10), 1537–1542.
- Hoeymans, N., Melse, J. M. & Schoemaker, C. G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de volksgezondheid toekomst verkenning 2010: Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Hsin Hsu, S., Collins, S. E. & Marlatt, A. (2013) Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*. 38 (3). 1852-1858.
- Intact Zelfhulp (z.d.). Verkregen op 22-11-2014 van www.intactzelfhulp.nl.
- Janowsky, D. S., Boone, A., Morter, S. & Howe, L. (1999). Personality and alcohol/substance use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol and Alcoholism*. 34(3), 359-369.
- Klein, A. A. (2007). Suppression-induced hyperaccessibility of thoughts in abstinent alcoholics: A preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy*. 45(1), 169-177.
- Kolla, B. P., Schneekloth, T., Biernacka, J., Mansukhani, M., Geske, J., Karpyak, V., Hall Flavin, D., Louikiananova, L. & Frye, M. A. (2014). The course of sleep disturbances in early alcohol recovery: An observational cohort study. *The American Journal on Addictions*. 23(1), 21–26.
- Koob, G. F. (2013). Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: Alcohol addiction as a reward deficit disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 13, 3-30.

- McKay, J. R. (2009) Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131-145.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). *Alcoholgebruik*. Verkregen op 15-10-2014 van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/alcoholgebruik/>.
- Nemeroff, C. B. (2012). *Management of treatment-resistant major psychiatric disorders*. New York: Oxford University Press.
- Van Rooijen, K., Zwikker, N. & Van der Vliet, E. (2014). Wat werkt bij online hulpverlening? Verkregen op 9-1-2015 van http://www.nji.nl/nl/Wat_werkt_Online_hulp.pdf
- Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M., & Wirtz, P. W., (2000). ~~Treatment~~ *Treatment for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(2), 277-89.
- Shield, K. D., Parry, C. & Rehm, J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 155-173.
- Simioni, N., Cottencin, O., Guardia, D. & Rolland, B. (2012). Early relapse in alcohol dependence may result from late withdrawal symptoms. *Medical Hypotheses*. 79(6), 894-895.
- Smith, N., Hill, R., Marshall, J., Keaney, F. & Wanigaratne, S. (2014). Sleep related beliefs and their association with alcohol relapse following residential alcohol detoxification treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 42(5), 593-604.
- Spanagel, R., Noori, H. R. & Heilig, M. (2014). Stress and alcohol interactions: animal studies and clinical significance. *Trends in Neurosciences*. 37(4), 219-227.
- Strowig, A. B. (2000). Relapse determinants reported by men treated for alcohol

addiction: The prominence of depressed mood. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19(4), 469-474.

Van Straten, A., Hakkaart, L. & Donker, M. (2004). *Doelmatigheid ambulante behandeling*. Verkregen op 17-11-2014 van <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/~/-/media/files/gratis%20downloads/af0543%20doelmatigheid%20ambulate%20behandeling%20-%20samenvatting.ashx>.

Tactus Verslavingszorg (2014) Verkregen op 9-01-2015 van https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/Fluer_Huisartsen_2014_DEF.pdf

Trimbos-instituut (2014) *Nationale drug monitor jaarbericht 2013/2014*. Verkregen op 3-11-2014 van <http://www.trimbos.nl/webwinkel/~/-/media/files/gratis%20downloads/af1316%20nationale%20drug%20monitor%20jaarbericht%202013-2014.ashx>

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W. & De Graaf, R. (2012). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands mental health survey and incidence study-2. *Drug and Alcohol Dependence*. 123(1-3), 115-121.

Vengeliene, V., Bilbao, A. & Spanagel, R. (2014). The alcohol deprivation effect model for studying relapse behavior: A comparison between rats and mice, *Alcohol*. 48 (3), 313-320.

De Wildt. (2001). *Intakeprotocol verslavingszorg*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

De Wildt, W. A. J. M. (2005). *Nazorg na deeltijd en klinische behandeling*. Verkregen op 10-10-2014 van <http://www.resultatenscoren.nl/data/upload/Publication/files/nazorg-na-deeltijd-en-klinische-behandelingnazorgnadeeltijdenklinischebehandeling.pdf>.

Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., Fischer, G., Schönbeck, G., Aschauer, H. N. &

Meszaros, K. (2002). Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol.* 37(6), 609-612.

7. Bijlage

7.1 Het interview

Bedankt dat u meewerkt aan dit onderzoek. Ik ben Patty Rupert en studeer psychologie aan de Universiteit Twente. Voor mijn afstudeeronderzoek bestudeer ik in opdracht van Tactus Verslavingszorg de factoren die een terugval kunnen veroorzaken na een alcoholverslavingsbehandeling. Hierover wil ik u graag enkele vragen stellen. Voordat het interview begint wil ik eerst enkele belangrijke instructies met betrekking tot het interview met u doornemen:

- *Het interview zal zo'n 15 tot 30 minuten van uw tijd in beslag nemen.*
- *Ik vraag u om zo eerlijk mogelijk te antwoorden en uw antwoorden zo goed mogelijk te beargumenteren. Er zijn geen goede of foute antwoorden.*
- *Indien uw argumentatie niet volledig duidelijk is kan ik contact met u opnemen voor verheldering.*
- *Uw gegevens zijn alleen toegankelijk voor mij als onderzoeker.*
- *Dit gesprek zal worden opgenomen en uw antwoorden zullen anoniem verwerkt worden.*
- *U mag te allen tijde vragen stellen met betrekking tot het interview.*
- *U heeft het recht om het interview op ieder moment te pauzeren of af te breken. Hier zitten geen negatieve consequenties aan vast en u hoeft hiervoor geen rechtvaardiging te geven.*
- *Heeft u nog vragen over eerder genoemde punten?*
- *Gaat u akkoord met de genoemde punten?*

I. Persoonlijke gegevens

Voor het verwerken van de antwoorden zijn er een aantal persoonlijke gegevens nodig. Uw gegevens zijn alleen toegankelijk voor mij als onderzoeker en zullen anoniem verwerkt worden. U kunt de vragen beantwoorden zoals in het voorbeeld hierboven.

1. Wat is uw leeftijd?

..... jaar.

2. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

3. Hoe is uw woonsituatie op dit moment?

- Ik woon alleen
- Ik woon alleen met kind(eren)
- Ik woon samen met een partner
- Ik woon samen met een partner en kind(eren)
- Ik woon bij mijn ouders
- Ik woon met een huisgenoot
- Anders, namelijk:

4. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- MAVO/VMBO/LBO
- HAVO
- VWO
- MBO
- HBO
- WO
- Anders, namelijk:

5. Welk soort behandeling heeft u afgerond bij Tactus Verslavingszorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- deeltijd individuele face-to-face gesprekken met hulpverlener (ambulant)
- deeltijd groepsbehandeling
- Internetbehandeling
- voltijd (klinisch)
- nazorg
- Anders, namelijk:

II. Interview

De onderstaande vragen gaan over de factoren van een terugval. Ik vraag u om deze zo eerlijk mogelijk te beantwoorden en uw antwoorden zo goed mogelijk te beargumenteren. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

1. Wat verstaat u onder een terugval?

.....

2. Wat zijn factoren die voor u een terugval zouden kunnen veroorzaken?

(Ook graag beantwoorden wanneer u geen terugval heeft gehad.)

.....
.....
3. Heeft u na uw behandeling bij Tactus een terugval gehad? Ja/ nee

Waardoor zou dit komen?

(Ook graag beantwoorden wanneer u geen terugval heeft gehad.)

.....
.....

4. Hoe heeft/zou u de controle op uw alcoholgebruik weer terug kunnen krijgen?

(Ook graag beantwoorden wanneer u geen terugval heeft gehad.)

.....
.....

De volgende vragen gaan over factoren die uit de literatuur naar voren zijn gekomen als risicofactoren voor een terugval.

5. Kunt u aangeven op een schaal van 1 – 5 in hoeverre de volgende factoren voor u een rol spelen bij het veroorzaken van een terugval?

1 betekent hierbij helemaal geen risicofactor en 5 een hele grote risicofactor.

• **Stress**

Bijvoorbeeld door negatieve gebeurtenissen zoals ruzies, conflicten op het werk etc.

1 2 3 4 5

• **De manier waarop u omgaat met stress**

Bijvoorbeeld uw gevoeligheid voor het persoonlijk aantrekken van stress of het wegdrinken van negatieve gevoelens of gebeurtenissen.

1 2 3 4 5

• **Depressieve gevoelens**

1 2 3 4 5

• **Angst**

1 2 3 4 5

• **Gewoonten**

Bijvoorbeeld de gewoonte om een glas alcohol drinken bij het eten en hierdoor tijdens het eten meer trek hebben in alcohol.

1 2 3 4 5

- **Het onderdrukken van gedachten aan alcohol**

Dit kan er voor zorgen dat de trek naar alcohol uiteindelijk zo groot wordt dat men de controle verliest en toegeeft aan de trek.

1 2 3 4 5

- **Aandacht die automatisch naar alcoholstimuli getrokken wordt**

Zoals reclames op tv, kroegen, slijters, de supermarkt, afbeeldingen van alcohol etc.

1 2 3 4 5

- **De mate van slaap**

Bijvoorbeeld meer trek in alcohol wanneer u slecht geslapen heeft of moe bent.

1 2 3 4 5

Toelichting bovenstaande punten:

.....
.....
.....

6. In hoeverre zijn de volgende karaktertrekken van uw persoonlijkheid een factor van een terugval op een schaal van 1-5?

1 betekent hierbij helemaal geen risicofactor en 5 een hele grote risicofactor. Ook is er de mogelijkheid om een factor over te slaan wanneer u zichzelf niet in de karaktertrek herkent.

- **Nieuwsgierig**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'snel verveeld zijn'.

1 2 3 4 5

- **Snel verveeld zijn**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'snel prikkelbaar'.

1 2 3 4 5

- **Snel prikkelbaar**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'snel driftig'.

1 2 3 4 5

- **Snel driftig**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'zorgeloos'.

1 2 3 4 5

- **Zorgeloos**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'impulsief'.

1 2 3 4 5

- **Impulsief**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'optimistisch'.

1 2 3 4 5

- **Optimistisch**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'moedig'.

1 2 3 4 5

- **Moedig**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'vermijden van situaties waarin alcohol geschonken wordt'.

1 2 3 4 5

- **Vermijden van situaties waarin alcohol geschonken wordt**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan en doorgaan naar de karaktertrek 'enthousiast'.

1 2 3 4 5

- **Enthousiast**

Indien u niet over deze karaktertrek beschikt mag u dit punt overslaan.

1 2 3 4 5

Toelichting bovenstaande punten:

.....
.....
.....

Bedankt voor uw medewerking! Indien u de resultaten van dit onderzoek zou willen ontvangen, zou ik graag uw e-mailadres willen noteren:

.....

7.2 Analyse open vragen

1. Wat verstaat u onder een terugval?

| Thema's | Labels | Tekstfragment |
|------------------------------|--|---|
| Onverantwoord alcoholgebruik | Een (te) grote hoeveelheid alcohol drinken | 1. Depressie en te veel drinken. Eigenlijk is een paar biertjes voor mij een terugval |
| | | 2. Een grote hoeveelheid na een langdurige tijd (10-12 glazen). |
| | | 4. meer dan 5 eenheden alcohol gebruik. met een eenheid bedoel ik een halve liter |
| | | 5. ... tot te veel drinken. Te veel betekent voor mij wat voor mij te veel of verstandig is. (Maar je zou kunnen zeggen op een avond 8 eenheden alcohol drinken.) |
| | | 6. ... en daarbij beduidend meer drinkt dan verantwoord is (een of twee glazen). |
| | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| | | 8. dat ik weer een avond stevig aan het drinken ben. Stevig is voor mij 6 tot 7 halve liters. 1 glas noem ik eigenlijk ook al wel een terugval want dan weet ik dat ik er 6 of 7 drink. |
| Toegeven aan de trek/verslaving | Na een periode van abstinentie weer eens keer drinken | 2. Na een periode van nuchterheid weer alcohol gaan gebruiken. |
| | | 5. Van niet drinken weer gaan drinken... |
| | | 9. één glas vind ik al een terugval |
| | Terugvallen in oud gedrag van (meerdere dagen) drinken | 2. Een grote hoeveelheid na een langdurige tijd (10-12 glazen). Een terugval zie ik als langdurig gebruik (Nou als het een keer gebeurd zou ik het geen terugval noemen. Dan zou het licht gebruik zijn he meer een uitschieter.) |
| | | 6. een periode van twee dagen of langer, waarin iemand opnieuw is begonnen met drinken.. |
| | | 7. dat ik weer alcohol ga gebruiken. |
| | | 9. dat je weer toegeeft aan je verslaving. |
| | | |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| | Niet meer kunnen stoppen met drinken | 3. Wanneer ik meer dan 3 eenheden per dag drink, dat dan dagelijks toeneemt en ik niet meer zelfstandig kan stoppen. |
| | | 5. Dus niet kunnen stoppen met drinken dat is het eigenlijk. |
| | | 7. In die zin dat ik dan ook niet de volgende dag, en daarna, meer kan stoppen |

2. Wat zijn factoren die voor u een terugval zouden kunnen veroorzaken?

| Thema's | Labels | Tekstfragment |
|----------------|---------------------------|--|
| Eenzaamheid | Sociale afzondering | 1. eenzaamheid... 4. eenzaamheid 5. ... en ik alleen thuis was met 2 kinderen waarvan een gehandicapt en de ander nog klein... 7. ... en eenzaamheid... 9. ... En een beetje buitengesloten voelen. |
| Stress | Opstapeling van problemen | 1. ... en een vol hoofd. en als problemen zich dan opstapelen heb je een vol hoofd... 3. Stress, stapeling van problemen... 4. stress 5. Wat bij mij dat ik over de grens ben gegaan was dat mijn oudste kind |

| | | |
|--------|--------------------------------------|--|
| | | gehandicapt bleek te zijn, ik moest stoppen met werken... Een verslechtering van de omstandigheden waarin je je bevindt in je leven... Tegenslag. |
| | Zorgen over familie en gezondheid | 6. Wat ik niet goed kan voorzien, is hoe ik zal reageren in een situatie, waarin een gezinslid iets overkomt. Of ik zelf bijv. een boodschap zou krijgen dat ik ernstig ziek ben en beperkte tijd te leven heb... Ik kan niet met zekerheid zeggen, dat ik droog door zo'n periode heen zal komen. |
| Coping | Gevoelens niet kunnen uiten | 1. ... dus ik moet er over praten maar dat wil ik niet altijd, 3. ... Dat soort dingen zijn voor mij moeilijk omdat ik de emoties die erbij horen niet kwijt kan. |
| | Gevoelens niet goed kunnen reguleren | 6. ... en de emotionele triggers (irritatie, boosheid, mijn zin niet krijgen, niet gehoord of serieus genomen worden).... |

| | | |
|--|------------------------|---|
| | | <p>7. ... zo van gezellig meedoen, verliefdheid, angst om weer verlaten te worden of het niet kunnen omgaan met mensen die me aardig vinden. Zelfs blijdschap. Als ik heel blij ben kan ik ook trek krijgen... Maar ook jezelf straffen als het heel goed gaat want dat ben ik helemaal niet het hoort helemaal niet goed te gaan. Dat gevoel is al zolang bij je dat je niet weet hoe je met een positief gevoel om moet gaan en het daarom maar kapot gaat maken. Door middel van weer te gaan gebruiken, wegkruipen. Het niet toelaten van gevoelens, zowel positief als negatief.</p> |
| | Alcohol als verdoving. | <p>5. ... Toen is alcohol voor mij verdoving geworden. Alcohol is voor mij een verdoving, een ontspanning</p> <p>7. ... Het verdoven van het realiteitsgevoel...</p> |
| | Alcohol als beloning | <p>7. ... maar het kan ook zijn na veel inspanning. Drukte. Een gevoel van</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | beloning.... |
| Verveling | Verveling | 2. Verveling is de belangrijkste factor... 9. De grootste oorzaak voor mij is verveling. |
| Gelegenheid | Mogelijkheid (geld en het ontbreken van verantwoordelijkheden) | 2. ... en dat er geld beschikbaar is... en ik heb geen verplichtingen dan heb ik de mogelijkheid om te gaan drinken. |
| Aandachtsbias | Aandacht vermindert m.b.t. triggers | 6. Als ik mijn aandacht laat verslappen en mijn niet drinken als vanzelfsprekend ga beschouwen, dan verwacht ik weer te zullen gaan drinken.... De situationele triggers (langs de supermarkt fietsen, een etentje of borrel van de zaak, een sportavond)... |
| Comorbiditeit met psychische stoornissen | Depressie | 7. Dingen waar ik van terug kan vallen zijn onder andere depressies... 8. Voornamelijk depressie... |
| | Trauma | 8. ... en herbeleving van dingen die in mijn jeugd gebeurd zijn. |

3.b. Waardoor zou dit komen? (Dat u wel/geen terugval heeft gehad)

| Thema's | Labels | Tekstfragment |
|----------------------------------|-----------------------------|--|
| Eenzaamheid/ sociale afzondering | Sociale afzondering | 1. eenzaamheid... 2. Ik bleef alleen achter in huis omdat mijn vrouw met mijn zoontje op vakantie ging. Dat was rond kerst en oud en nieuw... |
| Stress | Opstapeling van problemen | 4. door stress. Ik heb toen problemen in de relatiesfeer gehad. 5. ik denk door verslechtering van de omstandigheden... Ik kan niet meer sporten, ik kan niet meer lopen dus ik voel me nu heel erg opgesloten en ik heb een 19-jarige verstandelijke beperkte dochter met autisme thuiswonen die mijn zorg 24 uur per dag nodig heeft... dit kan zo niet meer. 7. Dit waren de gezinsomstandigheden en spanning en van alles er op en er aan. |
| Coping | Gevoelens niet kunnen uiten | 1. ... en mezelf niet kunnen uiten. 3. Opgekropte emotie en |

| | | |
|---------------|--|---|
| | | vervolgens een week later 'weg gedronken'. |
| | Gevoelens niet goed kunnen reguleren | 6. ... mijn gevoeligheid voor mijn zin niet krijgen, niet gehoord worden en niet serieus worden genomen... Als ik nu zo'n emotie op voel komen, dan weet ik dat ik in feite als een klein ventje reageer. |
| | Alcohol als beloning | 2. ... Er was minder druk en dus nam ik het er even van. |
| | Ontkenning | 9. Ik denk dat ik er toen nog niet aan toe was. De eerdere behandeling heb ik wel voldaan maar ik nam er maar een loopje mee want ik dacht het is niet zo erg, het valt allemaal wel mee. |
| Verveling | Verveling | 6. ... thuis direct wat gaan doen i.p.v. op de bank zitten... |
| Gelegenheid | Mogelijkheid (geld en het ontbreken van verantwoordelijkheden) | 2. ... Ik had geen verantwoordelijkheid voor mijn zoon en geen vrouw waar ik aandacht aan moest besteden.... 6. ... geen geld meenemen,... |
| Aandachtsbias | Aandacht vermindert m.b.t. triggers | 2. ... Dat was rond kerst en oud en nieuw enzo dus |

| | | |
|--|-----------|---|
| | | <p>ik had veel feestjes...</p> <p>6. niet langs de supermarkt of slijterij fietsen op weg naar huis,... veel water drinken, voordat ik ergens naartoe ga waar wordt gedronken even een half uur pauzeren en me daarop voorbereiden...</p> |
| Comorbiditeit met psychische stoornissen | Depressie | 8. het is vaak een combinatie van mezelf depressief voelen... |
| | Trauma | 8. ... en herbelevingen en dan is het eigenlijk niet meer vol te houden. |

4. Hoe heeft/zou u de controle op uw alcoholgebruik weer terug kunnen krijgen?

| Thema's | Labels | Tekstfragment |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| Kritische zelfreflectie | Consequenties voor ogen houden | <p>1. de liefde voor mijn dochter en goed in de spiegel kijken. In de spiegel kijken bedoel ik mee mezelf vermanend toespreken en goed voorhouden wat er allemaal al kapot is gegaan door de drank! en wat ik nu terugheb doordat ik niet meer drink (mn dochter).</p> <p>7. Ik ben natuurlijk ook de jongste niet meer en ik moet elke keer zoveel</p> |

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| | | <p>inleveren als ik een terugval heb. Of ik maak valpartijen waardoor ik dingen kapot maak bij mezelf. Ik had gewoon echt zoiets van ik moet gewoon gaan kijken wat ik met mijn leven wil. Wil ik nou elke dag een beetje plezier hebben of zo bang blijven en het zo kapot maken dat het zonnetje echt niet meer gaat schijnen.</p> <p>En het kostte me elke keer steeds meer energie om eruit te krabbelen ik denk ja straks houdt het een keertje op en zit ik daar echt en is het echt voorbij.... Elke keer weer die excuses die voor een groot deel, als je het goed relateert, uit zelfmedelijden bestaan.</p> |
| | Drinkgedrag en gevoelens opschrijven | 2. Ik schrijf veel bijvoorbeeld in mijn dagboek. Daar houd ik mijn drinkgedrag bij en gedachten. |
| (Verslavings)behandeling | De behandeling voortzetten | 3. Crisisopvang. Weer wekelijks naar AA. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Therapie bij Tactus.</p> <p>4. door weer in behandeling te gaan, 1 op 1 gesprekken met mijn begeleider.</p> <p>6. me melden op het forum en aan mijn zelfhulpgroep....</p> <p>7. Ik heb 1x in de maand of 2 maand een gesprek met mijn vaste begeleidster bij Tactus en ben bij Seeking Safety gegaan om ontspanningsoefeningen te doen.</p> <p>8. Met heel veel hulp en cursussen. Ik ben bezig met seeking safety. Ik heb contact met mijn hulpverlener. Ik heb EMDR gedaan...</p> <p>9. Ook met de hulp van Tactus. Met regelmatig praten enzo. Ze hebben mij niet meteen in de steek gelaten. Ze hielden contact zo 1x in de 14 dagen. Ik heb ook met mijn vrouw relatiegesprekken gehad. dat beviel hartstikke goed, hebben we veel aan gehad. Ik ben nu ook bij intact</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---------------------|--|--|
| | | dan hebben we 1x in de week een bijeenkomst. |
| | Medicatie | 5. Ik slik antidepressiva... 8. ... en ik slik antidepressiva. |
| Coping vaardigheden | Activiteiten ondernemen | 2. Ik verveel me nog wel maar ga niet meer de deur uit uit verveling. Probeer mezelf bezig te houden. Dat scheelt enorm. |
| | Focussen op gevoelens en het reguleren hiervan | 5. Door mezelf heel erg te focussen. Dus niet te denken ik laat me overspoelen door verdriet of onvrede of moeheid en ik neem een glas alcohol want dat glas witte wijn ontspant mij. Maar heel erg te focussen op wat voel ik hoe ga ik door dat gevoel heen en hoe ga ik met dat gevoel om. Maar dat kost ontzettend veel energie. 7. ... En niet te ver vooruit kijken en niet achterom kijken. Zo van oke, het is vandaag niet leuk maar morgen is het misschien wel weer een leuke dag en maak er maar wat leuks van.... |
| | Gevoelens uiten | 7. ... Ook durven te huilen |

| | | |
|---------------|--|--|
| | | en boos te worden. |
| | Het gebruik van mantra's (vandaag drink ik niet; ik neem de eerste niet; drank voegt niets toe) | 6. mijn mantra's voor me herhalen en tegen me zeggen dat ik het forum op moet. Dat moet voldoende zijn. Is dat het niet, dan helpen hele verhalen ook niet meer (vandaag drink ik niet; ik neem de eerste niet; drank voegt niets toe) |
| Sociale steun | Sociaal netwerk | 8. ... En een redelijk sociaal netwerk heb ik opgebouwd. Voornamelijk het feit dat mensen om mij heen vrij goed aanvoelen wanneer het minder wordt. Dat ik weer depressief wordt. Dan zorgen ze dat ze er zijn. |

7.3 Analyse gesloten vragen

SPSS uitvoeren:

Statistics

| | stres s | copin g | depressiev e gevoelens | angs t | gewoonte n | onderdrukkin g | aandachtsbia s | mate van slaap |
|-----------|------------|------------|------------------------------|-----------|---------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| Valid | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| N Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 3,56 | 3,89 | 3,00 | 2,67 | 2,22 | 2,56 | 1,56 | 1,89 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------|-------|--|-------|---|--|-------|--|-------|--|--|-------|--|------|
| Std. | 1,33 | | | 1,41 | | | | | | | | | | 1,36 |
| Deviation | 3 | 1,167 | | 1,732 | 4 | | 1,093 | | 1,509 | | | 1,014 | | 4 |
| Minimum | 2 | 2 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 |
| Maximum | 5 | 5 | | 5 | 5 | | 4 | | 5 | | | 4 | | 4 |

Statistics

| | nieuws gierig | snel verv eeld | prikke lbaar | prikke lbaar n.v.t. | dri fti g | dri fti g n. v.t . | zorge loos | imp ulsie f | optimi stisch | opt im dig isti sc h n.v .t. | moe dig | moe dig n.v.t . | vermi jden situati es | enth ousi ast |
|-----------------------|------------------|----------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------|---|------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Valid N | 9 | 9 | 8 | 9 | 8 | 9 | 9 | 9 | 8 | 9 | 8 | 9 | 9 | 9 |
| Missing | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 3,56 | 3,33 | 2,00 | ,11 | 1, 63 | ,1 1 | 2,33 | 3,44 4 | 2,38 | ,11 | 2,88 | ,11 | 2,11 | 2,89 |
| Std. Devia tion | 1,667 | 1,32 3 | 1,069 | ,333 | ,9 16 | ,3 33 | ,707 | 1,01 38 | 1,506 | ,33 3 | 1,24 6 | ,333 | 1,364 | 1,45 3 |
| Mini mum | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2,0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Maxi mum | 5 | 5 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 5,0 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 |

7.4 Analyse demografische gegevens

Uitvoeren SPSS:

leeftijd

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 29 | 1 | 11,1 | 11,1 | 11,1 |
| 43 | 1 | 11,1 | 11,1 | 22,2 |
| 51 | 2 | 22,2 | 22,2 | 44,4 |
| 52 | 1 | 11,1 | 11,1 | 55,6 |
| 58 | 2 | 22,2 | 22,2 | 77,8 |
| 60 | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| 61 | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

geslacht

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid man | 7 | 77,8 | 77,8 | 77,8 |
| vrouw | 2 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

woonsituatie

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid ik woon alleen | 3 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| ik woon alleen met kind(eren) | 2 | 22,2 | 22,2 | 55,6 |
| ik woon samen met partner | 1 | 11,1 | 11,1 | 66,7 |
| ik woon samen met partner en kind(eren) | 1 | 11,1 | 11,1 | 77,8 |

| | | | | |
|--------|---|-------|-------|-------|
| anders | 2 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

woonsituatie anders

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid ik woon met mijn echtgenote en mijn (studerende) kinderen komen af en toe een weekendje aanwaaien. | 7 | 77,8 | 77,8 | 77,8 |
| ingeschreven als dakloze in Den Haag maar verblijf tijdelijk bij mijn neef in Leeuwarden. | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

opleiding

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid mavo/vmbo/lbo | 2 | 22,2 | 22,2 | 22,2 |
| vwo | 3 | 33,3 | 33,3 | 55,6 |
| mbo | 1 | 11,1 | 11,1 | 66,7 |
| hbo | 1 | 11,1 | 11,1 | 77,8 |
| wo | 1 | 11,1 | 11,1 | 88,9 |
| anders | 1 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

opleiding anders

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid LTS | 8 | 88,9 | 88,9 | 88,9 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Behandeling:

(meerdere keuzes mogelijk pp)

een op een face to face ambulante behandeling

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid nee | 3 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| Valid ja | 6 | 66,7 | 66,7 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

deeltijd groepsbehandeling

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid nee | 5 | 55,6 | 55,6 | 55,6 |
| Valid ja | 4 | 44,4 | 44,4 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

internetbehandeling

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid nee | 4 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| Valid ja | 5 | 55,6 | 55,6 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

voltijd klinische behandeling

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| nee | 5 | 55,6 | 55,6 | 55,6 |
| Valid ja | 4 | 44,4 | 44,4 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

nazorg

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| nee | 4 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| Valid ja | 5 | 55,6 | 55,6 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

andere behandeling

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| nee | 4 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| Valid ja | 5 | 55,6 | 55,6 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |

andere behandeling namelijk...

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | 4 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| Valid behandeling bij de Brijder | 1 | 11,1 | 11,1 | 55,6 |
| Detox | 1 | 11,1 | 11,1 | 66,7 |
| intact | 1 | 11,1 | 11,1 | 77,8 |
| intact en seeking safety | 2 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| Total | 9 | 100,0 | 100,0 | |