

Behandelingsplan voor alcoholisten met behulp van zelfcontrole-technieken

door J. Lehembre

Wat is zelfcontrole?

In de moraal en religieus gerichte denkwijzen komt men het begrip 'wilskracht' en 'karaktersterkte' tegen. Deze begrippen zijn in brede bevolkingslagen gemeen goed. Men heeft vanuit deze achtergrond de indruk dat men in staat is zijn eigen gedrag te besturen zoals men dat wil. Zonde wordt dan ook vaak als zwakheid en gebrek aan wilskracht gedefinieerd. Een alcoholist is dan iemand zonder karakter. Intussen denkt deze laatste zelf vaak dat hij het drinken kan stoppen als hij dat wil. Het is duidelijk dat deze denkwijze de psychologische realiteit niet dekt.

De oude behavioristische denkwijze huldigde een tegengestelde opvatting: het menselijk gedrag wordt bepaald door externe variabelen (stimuli en consequenties). Cognitieve (interne) processen werden verbannen als onwetenschappelijk. Hartig (1975) meent dat het echter bij de meeste psychologische experimenten bij mensen niet lukt het gedrag van de proefpersonen volledig onder (externe) controle te krijgen, juist omdat de mens, in tegenstelling tot het dier in staat is zijn eigen gedrag te beïnvloeden door een zelf geproduceerd inwendig gebeuren. Ook Frank (1969) en Kanfer en Phillips (1970) menen dat het menselijk gedrag onvoldoende kan verklaard worden als men geen rekening houdt met wat er in de mens gebeurt.

Wilskracht en karaktersterkte zijn termen die men in de psychologie niet zo duidelijk kan omschrijven. Zelfcontrole is een psychologisch hanteerbaarder begrip.

Het verwijst naar inwendige variabelen in de mens, waarmee hij zijn eigen gedrag kan beïnvloeden. Dit betekent nooit dat hij daardoor autonoom zijn eigen gedrag kiest. Externe variabelen blijven voortdurend zijn gedrag beïnvloeden. Zelfcontrole zou het echter mogelijk maken (voor een deel) los te komen van de uitwendige factoren die wetmatig het gedrag bepalen. Voor een

* Schrijver is psychiater, psycholoog en psychotherapeut. Hij is als medisch hoofd verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis St.-Hiëronymus te St. Niklaas.

alcoholist zou dat b.v. betekenen dat hij niet noodzakelijkerwijze moet drinken als de drank hem bijzonder aantrekt. Wanneer ik in de psychiatrische inrichting Sint-Hiëronymus te Sint-Niklaas alcoholisten behandelde (Lehembre, 1973) met (1) een antabus-kuur, (2) een elektrische aversietherapie voor de geur van alcoholhoudende dranken, (3) een operante techniek waarbij het gewenste gedrag (niet drinken) bekrachtigd werd en (4) het 'bemediteren' (zie verder) in groep en individueel van redenen waarom men beter niet zou drinken, werd ik meer en meer ontvreden over de gebruikte technieken, omdat ik voelde dat het centrale punt me ontsnapte, nl. de zelfcontrole; ik was me steeds bewust, en dat vertelde ik de patiënten ook, dat we niets konden doen als de patiënt zelf niet overtuigd was dat hij niet meer wilde drinken. Ook een door ons geregelde nazorg kon dat niet vervangen.

Motivatie en uitvoering

Hierbij rezen bij mij ondermeer volgende vragen:

- 1 Hoe kunnen we de patiënt zover krijgen dat hij voldoende gemotiveerd is om zelf de gedragsverandering ten koste van eigen inzet te bereiken?
- 2 Als patiënt voldoende gemotiveerd is hoe kan hij op het gepaste moment beschikken over technieken om niet te drinken, te eten, te roken of respectievelijk te exhibiteren?

Er is in de gedragstherapeutische lectuur veel meer gepubliceerd over hoe men zelfcontrole kan uitvoeren dan over hoe men tot het besluit komt om dat te doen. Hartig (1975) heeft zelfs de indruk dat al te veel leertheoretici dit laatste volkomen over het hoofd zien. M.i. hangt dit nemen van het besluit ten nauwste samen met de motivatie van de persoon in kwestie.

We kunnen ons afvragen waarom een student studeert, ook al is het op dat ogenblik veel aantrekkelijker om wat anders te doen. Veel behavioristen trachten met operante conditionering de zelfcontrole te verklaren; bv. Skinner (1953) zegt dat zelfcontrole dat proces is waarbij een organisme een bestrafte reactie minder waarschijnlijk kan maken door de variabelen, waarvan die reactie afhankelijk is, te veranderen. Hij zegt verder dat het individu zijn gedrag controleert op dezelfde wijze als dat hij dat van anderen zou controleren.

Dit verklaart m.i. niet waarom men deze technieken op zichzelf kan toepassen. Veelal ziet men de zelfcontrole als een approach-avoidance conflict: het individu kiest een gedrag dat zowel positieve als negatieve consequenties heeft. Het wordt dan echter niet duidelijk waarom men dan kan kiezen voor iets wat onmiddellijk onaantrekkelijke gevolgen heeft en slechts later positieve (zoals bv. bij het studeren). Waarom zou een alcoholist — gezien in bekrachtigingstermen — ophouden met drinken? Dat zou namelijk betekenen dat een gedrag dat contingent bekrachtigd wordt (drinken is prettig), geruimd wordt voor een gedrag dat minder bekrach-

tigd wordt (niet drinken). Dit is tegen de wetten van het operante conditioneren. Tenzij men rekening houdt met het bewustzijn of met cognitieve aspecten van het individu: hij kan zich voorstellen dat hij met niet-drinken veel te winnen heeft, hij kan gevolgen anticiperen.

Contract

Kanfer en Karoly (1972) stellen voor de zelfcontrole te zien als een sociaal verdrag waarbij het individu met zichzelf een contract afsluit: bv. niet meer te drinken. Volgens genoemde auteurs houdt een gedrag nooit op beïnvloed te worden door de uitwendige omgeving, maar kan daarnaast een interne controle tot stand worden gebracht dat zij zich als volgt voorstellen (ik probeer hun concepten nu in een denkbeeldig geval van alcoholisme te vertalen):

- 1 — de alcoholist maakt met zichzelf een afspraak: 'ik stop met drinken' — en bouw mijn leven en huwelijk positief uit — (besluit om zijn eigen gedrag te beïnvloeden);
- 2 — hij drinkt een glas bier (gedrag);
- 3 — hij observeert zichzelf (respons feedback);
- 4 — hij heeft een individuele leergeschiedens (taakeisen, sociale normen, vroegere reinforcers, motivatie voor succes enz.);
- 5 — hij vergelijkt zijn gedrag (drinken) met zijn prestatie criterium — ik had me voorgenomen niet te drinken — (discriminatie);
- 6 — het resultaat is dat zijn prestatie lager is dan zijn eigen norm (zelfevaluatie);
- 7 — hieruit volgt een inwendige negatieve consequentie (negatieve zelfreinforcement);
- 8 — om te ontsnappen aan de negatieve zelfbekrachtigers en ze eventueel te vervangen door positieve zelfbekrachtigers ontstaat de neiging om niet verder te drinken.

Als hij in punt 2 het glas bier niet had gedronken zou het resultaat van de zelfevaluatie zijn geweest een positieve bekrachtiging: hij zou tevreden zijn dat zijn gedrag overeenkomt met de door hem gestelde norm.

Het is de lezer misschien duidelijk dat in deze visie centraal staat een prestatiebelofte, afspraak of contract. Dit contract kan het individu in interactie met een andere persoon doen (overt) ofwel alleen met zichzelf (covert).

Toegepast op de alcoholist betekent dit dat hij nooit tot zelfcontrole zal komen (en dus niet zal ophouden met drinken) tenzij hij zo'n afspraak met zichzelf, zijn partner, de A.A., of bv. de therapeut heeft gemaakt.

Conflictsituatie

Een ander facet van de zelfcontrole is dat er een conflictsituatie moet bestaan tussen het ene en het andere gedrag, waartussen men kiezen kan. Er is bv. geen sprake van zelfcontrole wanneer een geheelonthouder niet drinkt, omdat alcoholische drank voor

hem geen aantrekkingskracht bezit (drinken levert hem geen positieve consequenties op). Hij heeft dus geen keuze te maken tussen drinken en niet drinken, er is geen conflictsituatie tussen die twee gedragingen. Zo is er ook geen sprake meer van zelfcontrole op het ogenblik dat de alcoholist, door dat hij antabus of refusal genomen heeft, voor een glas bier zit, hij drinkt niet omdat antabus het hem verhindert (uitwendige controle). Op het ogenblik dat hij de antabus vrijwillig nam was er wel sprake van zelfcontrole, toen kon hij kiezen tussen het pilletje nemen of niet nemen (conflictsituatie). In een kliniek niet drinken betekent meestal evenmin zelfcontrole omdat de gelegenheid om te drinken zich niet voordoet. Wanneer de positieve consequenties van het drinken te sterk zijn in vergelijking met wat hij meent aan positieve consequenties te kunnen winnen als hij ophoudt met drinken, dan is er evenmin zelfcontrole mogelijk: er is geen conflictsituatie tussen twee keuzemogelijkheden, daarom bleef hij tot nu toe doorgaan met drinken, zelfs na een behandeling vaak.

Het kan noodzakelijk zijn de positieve en negatieve consequenties van het drinken gelijk te maken, eventueel via externe controle, zodat er inderdaad een keuze mogelijk wordt en de kans dat de zelfcontrole op gang komt groter wordt.

Niet drinken of matig drinken?

In de literatuur zijn de meningen verdeeld of men moet streven naar volledige onthouding van alcohol of beperking op het gebruik ervan. Men kan beide doelen met argumenten ondersteunen. Als een beperking van het drinken nagestreefd wordt dan heeft men grotere kans dat er een keuzemogelijkheid is (conflictsituatie tussen twee keuzemogelijkheden: doorgaan met drinken zoals vroeger of beperking van het drinken); de patiënt is met andere woorden eerder gemotiveerd. Maar anderzijds is het uitvoeren van dit voornemen m.i. een stuk moeilijker dan wanneer men helemaal geen alcohol meer drinkt. Het is vaak makkelijker uitvoerbaar in een café weg te blijven dan om na 2 of 3 pinten te stoppen. Toch kiezen we bij ambulante behandeling soms voor beperkt drinken.

Een man kwam met zijn vrouw omdat de vrouw vond dat hij te veel dronk en daardoor ook te veel uithuizig was. De man was wel te motiveren om een gedeelte van zijn drinkgedrag op te geven als hij daarmee de goede verstandhouding met zijn vrouw kon winnen; daarom werd tussen hem en zijn vrouw een schriftelijk contract gemaakt: hij zou alleen drinken als zijn vrouw er bij was en dan nooit méér dan zijn vrouw op dat moment had gedronken. Dit contract zou voor vier weken gelden. In ruil daarvoor zou zijn vrouw 1 maal per week met hem op café gaan. De echtgenoten hielden zich aan het contract. Na vier weken werd hetzelfde contract hernieuwd, en later nogmaals.

Bij opgenomen patiënten werken we echter altijd met het doel volledige onthouding van alcohol. Waarom we daarvoor kiezen

is dat onze patiëntenpopulatie meestal een lange voorgeschiedenis heeft met vele opnamen en behandelingen, waarvan het doel vaak was: beperkt drinken.

Zoals we al aanstipten geloven we ook meer in een succes bij volledige onthouding; men kan dan vroeger in de gedragsketen ingrijpen. Toegegeven dat het motiveren dan wel moeilijker is. We sluiten hierbij dan aan bij het standpunt van de A.A.

Behandeling van de alcoholist

In het behandelingsplan voor opgenomen alcoholisten zijn we vanuit volgende basisprincipes uitgegaan:

- 1 — de patiënt moet gemotiveerd zijn en daardoor tot een contract (of belofte) komen met ons, liefst schriftelijk; hij moet dus toegeven dat er drinkprobleem bestaat;
- 2 — er moeten voldoende externe controlerende variabelen zijn (door ons aangebracht) om de kans op interne controle (zelfcontrole) reëel te maken;
- 3 — hij moet over technieken beschikken om zijn belofte te houden.

Eerste fase

Hoe kan men de motivatie van patiënt verhogen of hoe brengt men hem tot een besluit en een belofte? Duidelijk inzicht in zijn toestand en kennis van de gevolgen van alcoholisme lijken ons daartoe belangrijk. Daarom zijn individuele gesprekken, partnersgesprekken en groepsvoorlichtingsvergaderingen voor alcoholisten voorzien. Als de patiënt lijdt onder de aversieve consequenties van zijn ethylisme, bv. polyneuritis heeft, is dit een bruikbaar element. Belangrijk is ook hoe de sociale appreciatie is voor het maken van een voornemen: de partner, het team en vooral de andere patiënten. Als de anderen met hem spreken over hun eigen goede voornemens werkt dat positief; als ze integendeel zeggen van plan te blijven drinken kan men hiervan een negatieve invloed verwachten.

Aanvankelijk wilden we de alcoholisten laten kiezen tussen een behandelingscontract en ontslag na enkele weken. In zo'n constellatie is de kans op een belofte echter zeer klein omdat de aantrekkelijkheid (pos. bekrachtiger) van ontslag groot is en het in het ziekenhuis blijven onaantrekkelijk. Er is geen conflictsituatie tussen 2 keuzen, dus geen kans op zelfcontrole-besluit; daarom hebben we gesteld dat de keuze bestaat uit een contract of geen contract en in dit laatste geval volgt evenmin snel ontslag. Het voordeel van het contract zoals wij het gedetailleerd aanbieden is verder dat het individu zijn verblijfsduur kan gaan aftellen.

We vragen ons af wat het effect is van bv. het dreigen met echtscheiding. Enerzijds kan dat het maken van een belofte stimuleren, maar anderzijds is de waarde van zo'n belofte dubieus omdat niet zeker is of patiënt tegenover zichzelf een overtuigende belofte doet. Volgens Kanfer (1972) zou het doen van een belofte minder

waarschijnlijk worden als een strenge bestraffing verbonden is aan het niet uitvoeren van het beloofde gedrag. In dat geval zou de dreiging met echtscheiding bij hervat, de patiënt er eerder van weerhouden te beloven nooit meer te drinken. Hetzelfde gebeurt misschien als we patiënt 'bedreigen' met heropname bij hervat.

Wij geloven dat afspraken die men met zichzelf maakt minder effectief zijn dan afspraken die men tegenover anderen maakt, o.m. omwille van de sociale consequenties. Het werken in groepen heeft daarom voordelen. De afspraak wordt niet alleen tegenover het team gemaakt (schriftelijk) maar ook tegenover de medepatiënten. Dit voordeel zal ook bij de A.A.-werking aanwezig zijn. Hierbij dus weer een gedeelte externe controle (sociale druk), naast de zelfcontrole.

Het contract maken we schriftelijk omdat dit de patiënt meer engageert en we laten het door beide partijen ondertekenen (patiënt en team). In dit contract moet zo duidelijk mogelijk omschreven worden wat de afspraken zijn. Hoe duidelijker en gedetailleerder, hoe meer kans dat de gedragingen die via zelfcontrole gewenst worden, uitgevoerd worden. Een vage afspraak is geen goede afspraak.

Behalve de belofte geen alcoholische dranken meer te drinken (eventueel duur aanduiden), staat er in het contract duidelijk uitgestippeld waaruit de behandeling zal bestaan.

Tweede fase

Na de eerste oriëntatiefase treedt de patiënt via dit contract in de tweede fase, waarin aanleren van zelfcontroletechnieken op de voorgrond staat:

- het niet meer drinken van alcoholhoudende dranken;
- medicatievrije behandeling (geen tranquillizers, analgetica of slaapmiddelen);
- binnen de instelling blijven tot in de vierde fase;
- het aanleren van alternatieve gedragingen die mogelijkerwijze méér bevrediging geven (of evenveel) als drinken, zoals:
 - assertieve training, autogene training (3 maal per dag), bespreken van moeilijkheden, verbeteren van de relatie met de partner (partnertherapie), naar de A.A. gaan, aanleren van hobby's;
- in de bewegingstherapie volgen van een conditietraining, waarbij de eisen stap voor stap (shaping) hoger worden gesteld; behalve de verbetering van hun lichamelijke conditie verwachten we hiervan een toename van zelfcontrole en zelfvertrouwen;
- het kiezen of ze vrijwillig hun roken zullen beperken (of afschaffen) of hun gelduitgaven zullen verminderen;
- het dagelijks zelf in hun dagboek noteren wat ze allemaal gepresteerd hebben (met kruisjes); wekelijks worden de prestaties in groep o.l.v. een psychiatrisch verplegende geëvalueerd.

De tweede fase duurt officieel 20 weken, maar men kan de tijd tot 10 weken reduceren volgens de geleverde prestaties; dit gebeurt ook weer zeer concreet doordat na verloop van 2 weken telkens bekeken wordt of twee weken vermindering kan worden

toegekend. Hierin ziet men weer externe controle (bekrachtiger door team gehanteerd) om de zelfcontrole te bevorderen.

Een verdere mogelijkheid is de aversieve consequentie van het aantrekkelijke gedrag eerder, d.w.z. vóór het einde van de gedragsketen op te roepen. De alcoholist kan bv. bij de gedachte aan drinken de gezinsellende die er later zal op volgen, mentaal oproepen. Reeds in ons vroeger programma (Lehembre 1973) probeerden we dat in te oefenen door dagelijks 'meditaties' over de motieven om niet te drinken. Met 'meditatie' bedoelen we hier alleen het rustig ongestoord zitten en de redenen die men voor zichzelf opgeschreven heeft om te stoppen met drinken voor de geest te halen, gedurende \pm 5 minuten. Maar over dit bemediteren van de redenen om het drinken te laten hebben we twijfels, niettegenstaande sommige van onze patiënten later beweerden dat dat een van de belangrijkste hulpmiddelen voor hen geweest was. Premack (1970) meent dat *schaamte* een belangrijke variabele is bij de zelfcontrole. Hij vraagt zich af waarom zoveel mensen er niet in slagen op te houden met roken, ook al weten ze dat roken schadelijk is. Angst voor kanker blijkt niet voldoende te zijn om zelfcontrole in stand te houden. Volgens Premack kan schaamte dit wel: als iemand zich schaamt dat hij door te roken een slecht voorbeeld geeft aan zijn kinderen bv. zou zelfcontrole kunnen starten. De ontdekking dat men tot een groep behoort (alcoholisten) wier gedragingen men in de grond ethisch niet accepteert roept schaamte op. Veel alcoholisten vertonen hiervoor een typisch vermijdingsgedrag door voor zichzelf en voor de omgeving te ontkennen dat ze alcoholist zijn. Zolang ze dat niet toegeven zullen ze zich niet schamen en dus ook niet tot een ernstige belofte komen niet meer te drinken: er komt dus geen zelfcontrole. In deze gedachtengang achten wij het noodzakelijke dat de drinker accepteert dat hij alcoholist is. Nu is die gedachte, tot die verachte groep te behoren, een cognitief-emotioneel gebeuren, d.i. een inwendige consequentie, een ethische norm die iemand voor zichzelf heeft. Het hele verloop kan inwendig zijn: om zich te schamen moet hij niet drinken, maar er aan denken is al voldoende (= inwendig gedrag), waarna schaamte als inwendige consequentie volgt. Daarna moet dan vanzelfsprekend nog het besluit volgen zijn gedrag te veranderen.

Premack vermoedt nu echter dat het schaamtegevoel in het begin het sterkste is (na de ontdekking) en daarna langzamerhand afzwakt. Als dat zo is dan zou het overdenken van de redenen om niet te drinken, al snel zijn werkzaamheid verliezen (of een deel ervan). Men zou dit kunnen vergelijken met een desensitisatie. Het verlies aan effectiviteit zou volgens Premack kunnen voorkomen worden doordat het eerste schaamtegevoel èn besluit te stoppen direct gevolgd wordt door een succesvolle gedragsverandering, zodat de schaamte niet meer optreedt (er ontstaat in feite een vermijdingsgedrag voor de schaamte, namelijk niet drinken). Dit gevoel kan in dit geval niet desensitiseren en zal zijn volle kracht behouden.

Toch blijven we dit overdenken van redenen om niet te drinken verder op ons programma zetten omdat:

1 — vroegere patiënten dit nog steeds doen omdat ze vinden dat het helpt;

2 — deze meditatie ook kan gezien worden als een andere zelf-controletechniek, namelijk het meer naar voor halen van de aversie consequenties, zodat ze contingent kunnen worden (dus werkzaam). De gedachte aan de verergering van de levenscirrose, op het moment dat ze er aan denken te gaan drinken, kan aanzetten tot weigeren van alcohol. Anderzijds geloven we met Premack dat schaamte werkzamer is dan angst voor een ziekte.

Derde fase

Na het beëindigen van de tweede fase volgt een aversietherapie (Lehembre 1973).

(1) Een antabus- (of refusal)kuur in 5 zittingen. De patiënt drinkt één of twee glazen bier (of zijn normale drank) nadat hij enkele uren te voren 2 tabletten antabus heeft ingenomen, als patiënt misselijk wordt is de sessie positief. Zo niet, dan zal eventueel overgeschakeld worden op apomorfine (inspuiting zodra de patiënt begint te drinken). Om de twee dagen wordt de sessie herhaald.

(2) Een elektrische aversietherapie voor de geur van bier. Patiënt krijgt hierbij 4 glazen voor zich. Twee zijn gevuld met bier (of alcoholische drank die patiënt gewoonlijk drinkt). Twee met water. De pols van patiënt is verbonden met een elektrisch aversieapparaat dat maximaal 60 V kan opwekken. Het apparaat werkt op batterijen (gelijkstroom); de prikkeling wordt bekomen door een bel in de keten te plaatsen zodat de stroom bij doorgang voortdurend onderbroken wordt. Zoals u bekend zal zijn, prikkelt gelijkstroom alleen bij openen en sluiten. Vandaar de bel. Beurtelings ruikt patiënt aan de diverse glazen. Na de geur goed opgesnoven te hebben, volgt voor de alcoholische drank een elektrische aversie-prikkel, voor het water alleen een bemoedigend of vriendelijk woord.

De zitting duurt ongeveer een kwartier, en wordt in opeenvolgende dagen 21 maal herhaald.

Vierde fase

Vanaf de 10de zitting elektrische aversie beginnen we met de realiteitstraining. Patiënt krijgt vrijheid, ondermeer mag hij mee gaan voetballen, aan het plein is een café verbonden. Verder móét hij 1 week 1 uur per dag buiten. Hij dient deze tijd nuttig te gebruiken en mag niet drinken (controle ondermeer door bespreking en zo nodig het blazen in het pijpje).

Vervolgens gaat hij 1 volle dag uit de kliniek. Vervolgens 3 maal 3 uur. Vervolgens 2 maal een weekend. Hij moet hierover telkens zelf een programma opmaken en bespreken met de verpleging en nadien evalueren.

Zo alles goed loopt kan hij ontslag krijgen na eerst reeds contact

te hebben opgenomen met de nazorg-instantie. Bij mislukking valt patiënt terug in de tweede fase.

Voorbeelden

We willen aan de hand van enkele voorbeelden het geheel toelichten.

— Patiënt nr. 1 is een leraar van 35 jaar.

Huwelijk mislukte na 1,5 jaar door alcoholproblemen. Ging met een andere vrouw wonen die hem weer wegens zijn alcoholisme verliet. Werd naar een andere school verplaatst om dezelfde redenen. Probeert andere beroepen, die mislukken. Drinkt steeds meer. Vanaf 1973 deed hij een poging met drinken op te houden. Een inplanting esperal-tabletten had geen resultaat.

Is nu in een alcoholisme in kritieke fase: financiële problemen, auto-ongevallen met rijverbod, controleverlies (= agressieve uitbarstingen), black-outs, sociale isolatie.

Hij voelt zich minderwaardig en dat betekent in zijn geval dat hij weigert patiënt te zijn. Hij kan van zichzelf niet accepteren te falen. Daarom wil hij ook niet toegeven alcoholist te zijn en volgt er evenmin een ernstig besluit om te stoppen met drinken. In deze omstandigheid zal zelfcontrole niet op gang komen en lijkt ons elke behandeling zinloos. Via individuele gesprekken en via groepsgesprekken over alcoholisme proberen we iets te doen aan het ontbreken van motivatie. Dit lukt niet. We ontslaan hem tweemaal zonder verdere behandeling wegens gebrek aan motivatie om aan zichzelf te werken. Telkens bedrinkt hij zich enorm en wordt hij na enkele dagen door zijn vriendin teruggebracht. Zij probeert hem te motiveren hem wijzende op de feiten van dat moment. Hij ziet het dan wel gedeeltelijk in en komt inderdaad tot de uitspraak: 'ik ben alcoholist en ik moet daar iets aan doen'. Zo kon een behandeling starten, omdat hij het besluit en de belofte maakte te stoppen met drinken.

Contract:

- 1 Drugvrij en alcoholvrij. Belofte niet meer te drinken.
- 2 In de inrichting blijven gedurende de behandelingstijd, zonder daarover te morren.
- 3 Vermageren van 82 kg. tot 70 kg. volgens een vast schema, via een dieet en individuele sportoefeningen (2 maal 45 minuten per dag).
- 4 Bewegingstherapie in groep, waarbij de gestelde eisen steeds strenger worden (2 maal per week) (leren volhouden).
- 5 Ergotherapie met preciese opdrachten die hij binnen bepaalde tijd en met afgesproken precisie moet uitvoeren (leren volhouden).
- 6 Aanleren van creatieve hobby's (alternatief gedrag).
- 7 Dagelijks bijhouden van dagboek waarin aangeduid wordt wat hij gepresteerd heeft.
- 8 Groepsgesprekken over alcoholisme 1 maal per week.

- 9 Redenen om het drinken te stoppen dagelijks overdenken.
- 10 Wekelijkse evaluatie van het verloop van de behandeling in groep.
- 11 Apomorfinekuur in de derde fase (10 maal).
- 12 Elektrische aversiekuur (zoals hierboven aangeduid).
- 13 Realiteitstraining (zoals hierboven aangeduid).

De afloop van de behandeling is in dit geval ongunstig geweest. Patiënt verliet voortijdig het ziekenhuis omdat hij een zakelijk contract gemaakt had voor zomerwerk (ober!). Hij beweerde echter overtuigd te zijn nu niet meer te zullen drinken. Verder was patiënt zo overmoedig te menen dat zijn zelfcontrole nu zo groot was dat hij makkelijk dagelijks een café kon bezoeken zonder alcohol te drinken. We konden hem er niet van overtuigen dat zelfcontrole betekent: zo vroeg mogelijk in de gedragsketen ingrijpen omdat het dan nog kan. Iemand die al bij een pint zit heeft het veel moeilijker er af te blijven dan wie niet in de buurt komt.

Patiënt nr. 2 is een gehuwde man van rond de dertig jaar.

Hij maakt misbruik van bier, slaapmiddelen en tranquillizers. Diverse opnames in psychiatrische ziekenhuizen konden nog weinig definitief veranderen. Zijn vrouw wanhoopt of het nog ooit goed komt. Patiënt is in tegenstelling met voorgaande overtuigd van zijn zwakheid en wil veranderen. Hij maakt een besluit en zelfcontrole kan dus op gang komen.

Er wordt weer een schriftelijk contract gemaakt met volgende inhoud (begin tweede fase):

- 1 Absoluut geen gebruik van medicatie of drugs en alcoholhoudende dranken tijdens de opname.
- 2 Zelfcontrole-training door moeilijke situaties aan te kunnen zonder de spanningen te verdrijven door alcohol of tranquillizers: werktraining (3 sessies per week); lichaamstraining (3 sessies per week); afgeven van vrijheid (= in het ziekenhuis blijven tot in de laatste fase).
- 3 Zelfcontrole bij middel van: autogene training (3 maal 15 minuten per dag); bijhouden van dagboek om prestaties te noteren; beperking van roken: maximaal 15 sigaretten per dag roken.
- 4 Groepsactiviteiten: weekevaluatie van de vorderingen in de therapie; dagelijks overdenken in groep van redenen om niet te drinken en geen medicatie te nemen; groepsgesprekken met ondermeer discriminatietraining: leren onderkennen wanneer het fout gaat lopen en wat er dan aan te doen: dus vroegtijdig in de gedragsketen leren ingrijpen.
- 5 Alternatief gedrag leren: assertieve training (in groep); fotografie als hobby aanleren; creatieve therapie; psychotherapie individueel; partnertherapie.

Genoemde punten lopen 20 weken in de tweede fase, maar kunnen tot 10 weken gereduceerd worden als hij in zijn prestaties gemiddeld meer dan 90 % haalt (percentageberekening staat eveneens nauwkeurig op papier); reductie tot 15 weken als ge-

middeld meer dan 80 % wordt gehaald. Minder dan 50 % of grove inbreuk tegen het contract betekent einde van de geldigheid van het contract. De berekeningen gebeuren om de twee weken. De realiteitstraining wordt daarna voorzien zoals hoger reeds aangegeven.

Daar patiënt na 6 weken t.g.v. frustratie (niet buiten mogen) tranquillizers innam zodat hij van zijn stoel viel, verviel het contract en moest patiënt opnieuw beginnen bij het begin van de tweede fase. Na motiverende gesprekken was hij daartoe bereid. De behandeling verliep verder succesvol. Hij haalde de tweede fase nu in 10 weken.

Conclusie

Men kan niet verwachten dat een alcoholist stopt met drinken, tenzij hij over voldoende zelfcontrole beschikt. Dit maakt de uitwendige controle (bv. door de therapeut) niet overbodig, vooral niet in het begin. De zelfcontrole kan pas op gang komen als patiënt tot het besluit komt (belofte of contract) niet meer te drinken. Dit kan pas als hij daarvoor voldoende gemotiveerd is. Een belangrijk punt in deze motivatie is waarschijnlijk de schaamte (ik behoor tot zo'n minderwaardige groep en daar schaam ik me voor).

Belangrijk voor het blijven bestaan van de zelfcontrole is het aanvankelijk succes en het kunnen beschikken over alternatieve gedragingen zoals:

- assertieve gedragingen en zelfverzekerdheid;
- ontwikkelen van hobby's en vrijetijdsbesteding o.m. samen met de partner;
- bezoek aan de A.A.;
- veranderen van de relatie met de partner.

Het is verstandiger vroeg in de gedragsketen in te grijpen.

Literatuur

- Eysenck, H. J. (1964), *Experiments in behavior therapy*, Oxford Pergamon Press.
- Franks, C. M. (1969), *Behavior therapy: appraisal and status*, New York.
- Hartig, M. (1975), *Selbstkontrolle*, München.
- Harris, M. B. and C. G. Bruner (1971), A comparison of a self-control and a contract procedure for weight control, *Behavior Research and therapy* (9), 4, 347-354.
- Kanfer, H. and P. Karoly (1972) Self-control: a behavioristic excursion into the Lion's Den, *Behavior therapy* (3), 3, 398
- Kanfer, F. H. and Philips (1970), *Learning Foundations of Behavior therapy*, New York.
- Lehembre, J. (1973), Aversion therapy, operant conditioning and self-control to alcoholism, In: *Alcoholism* (J. on Alcohol.) Zagreb 1973, IX, 2
- Premack, D. (1970), Mechanisms of self-control, in: W. A. Hunt *Learning Mechanisms in smoking*.
- Rimm, D. C. and J. C. Masters (1974), *Behavior therapy*, New York.
- Skinner, B. F. (1953), *Science and human behavior*, New York.