

Psychologische behandeling van verslaving: focus voor de toekomst

W.A.J.M. DE WILDT, E. VEDEL

ACHTERGROND Cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering zijn evidence-based psychologische behandelingen voor verslaving. Knelpunt bij verslaving is het relatief lage behandelbereik. Ook een lage therapietrouw en het feit dat de helft van de patiënten onvoldoende profiteert van de behandeling vormen punten voor verbetering.

DOEL Suggesties doen hoe deze knelpunten in de psychologische behandeling van verslaving aan te pakken.

METHODE Vanuit wetenschappelijk onderzoek beschrijven van concrete mogelijkheden ter verbetering van de psychologische behandeling van verslaving.

RESULTATEN Het behandelbereik kan verhoogd worden door gestructureerde screening op middelengebruik in de ggz en de somatische zorg, het aanbieden van internetbehandelingen en door naasten te leren om de problematische gebruiker te motiveren om in behandeling te komen (CRAFT). Voor het verbeteren van de therapietrouw met huiswerkopdrachten is e-health veelbelovend. Toevoeging van contingentie management draagt bij aan het verbeteren van de therapietrouw als ook de behandelresultaten. Ook behandeling voor comorbide psychiatrische stoornissen en het verbeteren van de nazorg vormen strategieën om de behandelresultaten te optimaliseren.

CONCLUSIE Er zijn concrete mogelijkheden beschikbaar om de behandeling van verslaving te verbeteren. Nederlands onderzoek heeft daar een belangrijke bijdrage aan geleverd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)11, 907-913]

TREFWOORDEN behandeling, psychologische behandeling, verslaving

De best bewezen vorm van psychologische behandeling voor alcoholafhankelijkheid is cognitieve gedragstherapie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2009). Ook voor de behandeling van drugsafhankelijkheid en gedragsmatige verslavingen, zoals gokken, is cognitieve gedragstherapie de meest aangewezen vorm van psychologische behandeling (Emmelkamp & Vedel 2007). Effectieve cognitief-gedragstherapeutische interventies zijn zelfregistratie, zelfcontroletraining, het trainen van copingvaardigheden en sociale vaardigheden. Over het algemeen worden deze interven-

ties gecombineerd in een behandeling aangeboden.

Naast cognitieve gedragstherapie is motiverende gespreksvoering bewezen effectief (Miller & Rollnick 2002). Motiverende gespreksvoering combineert een empathische gespreksstijl met directiviteit om de ambivalentie van de patiënt tegenover zijn middelengebruik op niet-moraliserende wijze te onderzoeken en te beïnvloeden richting verandering. Als zelfstandige methodiek is deze vooral effectief bij minder ernstige vormen van overmatig middelengebruik en -afhankelijkheid.

Bij patiënten met ernstige problemen is motiveerende gespreksvoering van belang om de motivatie voor en de therapietrouw tijdens de behandeling te verhogen.

Andere vormen van psychologische behandeling, zoals inzichtgevende psychotherapie, zijn bewezen ineffectief en worden bij verslaving derhalve afgeraden.

Cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering zijn breed geïmplementeerd in de Nederlandse verslavingszorg. Er zijn verschillende behandelprotocollen ontwikkeld, gebaseerd op deze behandelmethodieken. Deze protocollen kunnen ook gebruikt worden bij patiënten met problematisch middelengebruik in de ggz (de Wildt e.a. 2011).

Probleemgebieden

Voor de toekomst ligt het focus voor de psychologische behandeling van verslaving wat ons betreft op het vergroten van het behandelbereik, het verminderen van uitval, het bevorderen van de therapietrouw en ten slotte het vergroten van de behandel-effectiviteit.

Om te beginnen komt slechts een klein deel van de mensen met een verslavingsprobleem ook daadwerkelijk hiervoor in behandeling (bijvoorbeeld minder dan 5% van de rokers en 10-20% van de mensen met alcohol- en cannabisafhankelijkheid; Nationale Drug Monitor 2011). Hoewel er effectieve behandelingen beschikbaar zijn, is het bereik dus beperkt. Verslaving is nog steeds een gestigmatiseerde, ondergediagnosticeerde en mede als gevolg daarvan een onderbehandelde aandoening. Ook speelt een rol dat veel patiënten langere tijd ambivalent zijn over het veranderen van hun middelengebruik en vaak laat in de ontwikkeling van de stoornis hulp zoeken.

Een tweede probleem bij de behandeling van verslaving is de relatief hoge uitval (30-50%) en de geringe therapietrouw (Stark 1992). Het wegblijven op behandelafspraken komt relatief vaak voor en de inzet bij huiswerkopdrachten is relatief laag.

Deze problemen verminderen de kans op een positief behandelresultaat.

Tot slot blijkt slechts 45-60% van de patiënten na behandeling abtinent te zijn of het gebruik op een verantwoorde wijze onder controle te hebben (Emmelkamp & Vedel 2007; Merkx e.a. 2013). Hoewel dit vergelijkbaar is met de behandelresultaten van veel andere psychiatrische stoornissen, vormt het verbeteren hiervan een uitdaging voor de verslavingszorg.

In deze bijdrage geven wij op basis van recent wetenschappelijk onderzoek, met bijzondere aandacht voor onderzoek uitgevoerd in Nederland, suggesties hoe de genoemde probleemgebieden middels psychologische behandelingen benaderd kunnen worden.

HET VERGROTEN VAN HET BEHANDELBEREIK

Screening en kortdurende interventies

Het verbeteren van *actieve en gestructureerde screening* op problematisch middelengebruik binnen de ggz en de somatische zorg en het ter plaatse aanbieden van *kortdurende interventies* vormen belangrijke strategieën in het verkleinen van de behandelkloof. Mensen met een stoornis in het gebruik van een middel hebben relatief vaak psychische en lichamelijke klachten en zijn oververtegenwoordigd in de ggz en somatische zorg. Helaas wordt problematisch middelengebruik daar niet altijd herkend. Door screening te verbeteren kan aan meer mensen een kortdurende motiverende interventie worden aangeboden. Deze interventies kunnen na training worden uitgevoerd door niet in verslaving gespecialiseerde professionals, zoals verpleegkundigen en medisch specialisten (Bredie e.a. 2011; Emmen 2006).

Bij patiënten met ernstige verslavingsproblematiek is een gespecialiseerd behandel aanbod geïndiceerd. De stap naar de verslavingszorg is voor veel mensen echter groot. De verslavingszorg zou daarom verslavingsconsulenten in ggz-instellingen en ziekenhuizen moeten aanstellen om de

drempel te verlagen. Verschillende verslavingszorginstellingen doen dit ook.

E-health

De ontwikkelingen op het gebied van online-behandeling (*e-health*) zijn veelbelovend. De afgelopen jaren zijn verschillende onlineprogramma's voor problematisch middelengebruik beschikbaar gekomen die de elementen van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie bevatten. Zelfhulp via internet is effectief bij het reduceren van gebruik (Riper e.a. 2008). In recent Nederlands onderzoek bleek een onlinebehandeling waarin de patiënt chat met een behandelaar effectiever dan onlinezelfhulp (Blankers e.a. 2011). Vrouwen en hoogopgeleiden zijn in deze behandelvormen goed vertegenwoordigd (Blankers e.a. 2011; Riper e.a. 2008). Dit nieuwe behandelmedium biedt dus mogelijkheden om het behandelbereik voor juist deze doelgroepen te vergroten.

CRAFT

Naasten, zoals partners en ouders, vormen een belangrijke ingang om mensen met verslavingsproblematiek in behandeling te krijgen. *Community reinforcement approach family training* (CRAFT) is een behandeling die naasten leert hoe zij hun partner, kind of familielid kunnen motiveren om in behandeling te gaan en het middelengebruik te veranderen. CRAFT is gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie: naasten leren strategieën om gewenst gedrag te bekrachtigen en de patiënt niet langer te beschermen tegen de negatieve gevolgen van het middelengebruik, zodat de kans toeneemt dat deze instemt met behandeling. Daarnaast is er aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van de naaste, ongeacht het gedrag van de patiënt. CRAFT is twee tot drie maal effectiever dan andere, meer confronterende benaderingen: in twee derde van de gevallen lukt het om via CRAFT degene met het verslavingsprobleem in behandeling te krijgen (Roizen e.a. 2010).

VERBETEREN THERAPIETROUW EN VERMINDEREN UITVAL

Contingentiemanagement

Een van de krachtigste interventies om deelname aan de behandeling te bevorderen en uitval te voorkomen is *contingentiemanagement* (CM). CM is een interventie die berust op de principes van operante conditionering en richt zich op het bekrachtigen van wenselijk gedrag (abstinentie of ander doelgedrag zoals het bijwonen van therapie) door dit gedrag direct te belonen met geld of 'vouchers'. De vouchers, toenemend in waarde bij elk volgend gewenst gedrag, zijn inwisselbaar voor goederen of diensten die een vooraf gesteld therapeutisch doel dienen. CM heeft bewezen positieve effecten op deelname aan de behandeling en het verminderen van uitval (Lussier e.a. 2006). Ook voor jongeren met verslavingsproblematiek, bij wie lage therapietrouw vaak een probleem vormt, is CM veelbelovend (Branson e.a. 2012).

Huiswerk en e-health

Het maken van huiswerkopdrachten, zoals zelfregistratie en gedragsoefeningen, is een belangrijke component van cognitief-gedragstherapeutische behandelingen voor psychische stoornissen. Een betere uitvoering van het huiswerk leidt – ook bij verslavingsbehandeling – direct tot betere behandeluitkomsten (Carroll e.a. 2005). Naast motiverende gesprekstechnieken draagt de inzet van *e-health* bij aan het verbeteren van de uitvoering van het huiswerk. E-health maakt het mogelijk om huiswerkopdrachten op een attractieve manier aan te bieden en de patiënt te stimuleren actief aan de slag te gaan. Bij de ontwikkeling van een gecombineerde behandeling binnen Jellinek, bestaande uit *face-to-facesessies* en onlinehuiswerkopdrachten en -feedback, waren patiënten actiever met de huiswerkopdrachten bezig dan in een reguliere *face-to-face*behandeling (ook: Carroll e.a. 2008).

VERBETEREN VAN HET BEHANDELRESULTAAT

Verbetering van het behandelresultaat kan gezocht worden in het toepassen van andere behandelmethodieken, zoals *community reinforcement approach* (CRA) en CM, het combineren van een verslavingsbehandeling met een behandeling voor comorbide psychiatrische stoornissen, en het verbeteren van de nazorg om terugval in middelengebruik te voorkomen.

Community reinforcement approach

CRA is een gedragstherapeutische behandelvorm waarbij het gedrag van de patiënt via operante conditionering wordt beïnvloed. CRA is een behandelmethode met een breed spectrum waarbij verschillende interventies tegelijkertijd worden ingezet om abstinentie te bevorderen, onder andere training van sociale vaardigheden, bemiddeling bij wonen, werk en vrijetijdsbesteding. In onderzoek wordt CRA vaak gecombineerd met CM. CM heeft niet alleen een positief effect op de therapietrouw, zoals hiervoor besproken, maar is als zelfstandige behandelmethode ook effectief bij het stoppen of reduceren van gebruik (Blanken e.a. 2013; Lussier e.a. 2006).

Wetenschappelijk onderzoek moet nog uitwijzen wat de specifieke meerwaarde is van het toevoegen van CRA aan het al op zichzelf staande effect van CM (Roozen e.a. 2004). Dit geldt ook voor de combinatie van CM met CGT (Durtra e.a. 2008) of 12-stappenmethodiek (Schottenfeld e.a. 2011). Op basis van de bestaande evidentie kan al wel begonnen worden met een brede implementatie van CM. De verslavingszorg moet de maatschappelijke opinie dan nog wel positief beïnvloeden en structurele financiering realiseren, om vervolgens personeel te scholen in het methodisch toepassen van contingente bekrachtigingsprincipes.

Behandeling comorbiditeit

Een belangrijke ontwikkeling in de behandeling van verslaving is de aandacht voor *comorbide psychiatrische stoornissen*. Naar schatting heeft zeker 50% van de patiënten in de verslavingszorg ook een andere psychiatrische stoornis. Er zijn echter nog maar weinig empirisch bewezen behandelprogramma's voor combinaties van stoornissen beschikbaar.

In Nederland worden op dit moment diverse nieuwe geïntegreerde behandelingen voor verslaving en comorbiditeit onderzocht. Binnen onze eigen instelling is dit jaar een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) afgerond naar de effectiviteit van een geïntegreerde behandeling voor verslaving en PTSS. Hierin wordt cognitieve gedragstherapie voor verslaving vergeleken met cognitieve gedragstherapie voor verslaving in combinatie met exposure voor de PTSS via gestructureerde schrijfp opdrachten (Van Dam e.a. 2013). Daarnaast loopt er in samenwerking met De Waag een RCT naar een geïntegreerde cognitieve gedragstherapie bij verslaving en huiselijk geweld (Kraanen e.a. 2013) en wordt er een RCT naar de geïntegreerde cognitief gedragstherapeutische behandeling van verslaving en ADHD uitgevoerd (Van Emmerik-van Oortmerssen 2013).

Hoewel wij hoopvol zijn over de mogelijke meerwaarde van een geïntegreerd behandel aanbod, is enige terughoudendheid op zijn plaats. Zo werd in een Nederlandse studie van Schadé e.a. (2005) gevonden dat behandeling van een comorbide angststoornis bij alcoholafhankelijke patiënten wel een gunstig effect had op de angstklachten, maar dat het niet leidde tot minder alcoholgebruik. In een meta-analyse met 12 medicatiestudies en 3 studies naar cognitieve gedragstherapie, bleek het effect van de behandeling van de comorbide angststoornis of depressieve stoornis een duidelijk gunstig effect te hebben op het beloop van deze stoornis (cohens $d = 0,52$), maar het effect op het middelengebruik was gering: voor abstinentie was cohens $d 0,15$ en voor verminderd gebruik $0,35$ (Hobbs e.a. 2011).

Nazorg

Terugval na verslavingsbehandeling komt vaak voor. Onderzoek laat zien dat wanneer verslavingsbehandeling gevolgd wordt door een relatief lichte nazorginterventie zoals telefonische monitoring en gerichte feedback, dit tot betere resultaten leidt (McKay e.a. 2010). In de verslavingszorg is van een brede implementatie van een gestructureerd nazorgaanbod geen sprake, met uitzondering van nazorg voor patiënten die een klinische behandeling hebben gevolgd. Op basis van de evidentie is het verdedigbaar dat ook iedere poliklinische patiënt een vorm van nazorg aangeboden krijgt.

CONCLUSIE

De wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de psychologische behandeling van verslaving kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten van het behandelbereik en het verbeteren van de therapietrouw en de behandelresultaten. We willen echter niet onbenoemd laten dat het zaak is om de psychologische behandelingen waarvan bekend is dat ze effectief zijn, ook echt uit te voeren zoals bedoeld. Het is de vraag of dat voor de huidige evidence-based behandelingen, hoewel deze breed geïmplementeerd zijn in de Nederlandse verslavingszorg, daadwerkelijk het geval is. De vraag is dan ook of dezelfde resultaten worden geboekt als in wetenschappelijk onderzoek. Goede uitvoering vergt intensieve en gedegen scholing en supervisie op het gebied van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, zowel voor de behandelaars met een hbo als voor de (gz-)psychologen werkzaam in de verslavingszorg.

Ook voor de in dit artikel genoemde nieuw te implementeren interventies (zoals CRAFT en CM) geldt dat ze gebaseerd zijn op motiverende gespreksvoering en/of cognitief gedragstherapeutische principes. Wil de verslavingszorg de implementatie ervan serieus ter hand nemen en de huidige behandelingen uitvoeren zoals bedoeld, dan is er behoefte aan meer supervisors op het gebied

van cognitieve gedragstherapie, gespecialiseerd in de behandeling van verslaving.

LITERATUUR

- Blanken P, Hendriks VM, Huijsman IA, van Ree JM, van den Brink W. Effectiviteit van cocaïne contingentie management als aanvulling op behandeling van heroïneverslaafden met heroïne op medisch voorschrift: een gerandomiseerde studie. Utrecht: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; 2012.
- Blankers M, Koeters MW, Schippers GM. Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 330-41.
- Branson CE, Barbuti AM, Clemmey P, Herman L, Bhutia P. A pilot study of low-cost contingency management to increase attendance in an adolescent substance abuse program. *Am J Addict* 2012; 21: 126-9.
- Bredie SJ, Fouwels AJ, Wollersheim H, Schippers GM. Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011; 10: 174-9.
- Carroll KM, Nich C, Ball SA. Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 749-55.
- Carroll KM, Ball SA, Martino S, Nich C, Babuscio TA, Nuro KF, e.a. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 881-8.
- Van Dam D, Ehring T, Vedel E, Emmelkamp PMG. Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 172.
- Durtra L, Stathopoulou G, Basden SL, Levro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 179-87.
- Emmelkamp PMG, Vedel E. Alcohol- en drugsverslaving; een gids voor effectief gebleken behandelingen. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2007.
- Emmen MJ, Peters E, Elving LD, Bredie SJ, Wollersheim H, Bleijenberg G, Schippers GM. A brief behavioral feedback intervention in hospital outpatients with a high cardiovascular risk. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 32-40.

- Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict* 2011; 20: 319-29.
- Kraanen FL, Vedel F, Scholing A, Emmelkamp PMG. The comparative effectiveness of integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 189.
- Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgings ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 2006;101: 192-203.
- McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, Lynch KG, Ivey M, Ward K, e.a. A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 912-23.
- Merkx MJM, Schippers GM, Koeter MW, Oudejans S, Vuijk PJ, Stam RK, e.a. Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent patients. *Addict Behav* 2013; 38: 1691-8.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* (2de druk.) New York: The Guilford Press; 2002.
- Nationale Drug Monitor. *Jaarbericht 2011.* Utrecht: Trimbos instituut Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2012.
- Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P. Webbased self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction* 2008; 103: 218-27.
- Roozen HG, Boulouge JJ, van Tulder MW, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend* 2004; 74: 1-13.
- Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction* 2010; 105: 1729-38.
- Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJ, Koeter MW, de Beurs E, van den Brink W, e.a. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Research* 2005; 29: 794-800.
- Schottenfeld RS, Moore B, Pantalon MV. Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug Alcohol Depend* 2011; 118: 48-55.
- Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin Psychol Review* 1992; 12: 93-116.
- van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Koeter MW, de Bruijn K, Dekker JJ, van den Brink W, Schoevers RA. Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 132. doi: 10.1186/1471-244X-13-132.
- Vedel E, Emmelkamp PMG. Effectieve psychologische interventies bij problematisch middelengebruik. In: Van den Brink W, Franken I, red. *Handboek verslaving.* Utrecht: de Tijdstroom; 2009. p 387-410.
- Wildt WAJM, Merkx MJM, Vedel E, Schippers GM. Protocollaire behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. In: Keijsers G, Van Minnen A, Hoogduin K, red. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten.* Amsterdam: Boom; 2011. p. 381-406.

AUTEURS

WENCKE A.J.M. DE WILDT, gz-psycholoog en manager behandelzaken, Jellinek, Amsterdam.

ELLEN VEDEL, gz-psycholoog/supervisor VGCT en senior onderzoeker, Jellinek, Amsterdam; tevens: voorzitter sectie Verslaving van de VGCT.

Correspondentieadres: dr. Wencke de Wildt, Jacob Obrechtstraat 92 (HP 64), Postbus 75.848, 1070 AV Amsterdam.

E-mail: Wencke.de.wildt@arkin.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-6-2013.

SUMMARY

Psychological treatment in substance use disorders: focus for the future – W.A.J.M. de Wildt, E. Vedel –

BACKGROUND Cognitive behavioural therapy and motivational interviewing are evidence-based treatments for substance use disorders (SUDs). However, treatment for SUDs is still at an early stage and patients are being deprived of many new forms of treatment from which they could benefit. Low treatment compliance and limited treatment success are also problems that need attention.

AIM To find out from the literature how these problems can be or are being tackled and to formulate suggestions for improvements.

METHOD We reviewed the literature, collecting and formulating suggestions about possible improvements in the treatment of SUD patients. We mention strategies to reduce the treatment gap, to improve treatment compliance and treatment results.

RESULTS According to the literature, clinics and hospital wards can introduce more structured screening for substance use disorders. Internet treatment has proven to lower the threshold for treatment. Patients reluctant to begin treatment can be motivated by their loved ones (via CRAFT) to join treatment programmes. E-health is a promising technique for enhancing patients' compliance with tasks that can be performed at home. The addition of contingency management can increase treatment compliance and encourage abstinence. Furthermore, the treatment of comorbid psychiatric disorders and the provision of continuing-care are strategies that are likely to optimise treatment results.

CONCLUSION A number of viable strategies are available or are being developed for improving the treatment of SUD patients. Dutch research has made an important contribution in this area.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)11, 907-913]

KEY WORDS addiction, psychological treatment, substance use disorders, treatment

