

Pathologisch gokken: problemen in en rondom de behandeling

Irma G. H. Timmerman en Carol J.M. van Velzen*

Samenvatting

Dit artikel gaat over de problemen bij de behandeling van gokken.

Dat gokken een hardnekkig probleem kan worden blijkt uit de vele mislukte pogingen van gokkers om van hun gewoonte af te komen. Behandelingen voor gokken worden gekenmerkt door relatief veel 'drop-outs' en recidive. Kennis over een mogelijk adequate behandeling is summier. Oorzaken hiervan zijn de beperkte kennis over de mechanismen die het gokken veroorzaken en in standhouden en het gebrek aan kennis over de oorzaken van mislukte behandelingen. Dit laatste komt onder andere door dat de meeste gokkers niets meer van zich laten horen als de behandeling is mislukt of als ze vroegtijdig met de behandeling zijn gestopt. In de literatuur wordt merkwaardigerwijs voornamelijk over de succesvolle behandelingen geschreven. Aan de hand van drie casussen illustreren we mislukkingen van gedragstherapie bij gokken. We speculeren over de oorzaken van mislukte behandelingen. Deze oorzaken zoeken we in kenmerken van de gokker, de aard van de behandeling en de therapeutische relatie. Tot slot doen we een aantal aanbevelingen waardoor ons inziens de kans op mislukking kleiner kan worden.

Inleiding

Gokken, bijvoorbeeld in het casino, bij de renbaan of op fruitautomaten, heeft voor veel mensen een grote aantrekkingskracht. Voor sommigen van hen lijkt de bekoring zo groot dat zij niet meer kunnen stoppen op momenten dat dit verstandig zou zijn, bijvoorbeeld als ze geld inzetten dat nodig is voor primaire levensbehoeften. Dit leidt om te beginnen tot financiële, en vervolgens meestal tot allerlei andere ellende, zoals conflicten met anderen, onvermogen om te werken—en min of meer criminele activiteiten. In zo'n geval kan worden gesproken van pathologisch gokken—in DSM-IV (APA, 1994) bestempeld als een stoornis in de impulscontrole.

Pathologisch gokken wordt steeds meer onderkend als een ernstig probleem en het wordt ook steeds vaker behandeld. Uit de literatuur blijkt dat deze behandelingen tot nu toe vaak mislukken. Veel patiënten beëindigen, al dan niet voortijdig, zonder succes de behandeling. Van diegenen die wel verbeteren valt na verloop van tijd een deel terug in het oude gedrag. Sommigen lijken er na de behandeling zelfs slechter aan toe te zijn dan daarvoor. Pathologisch gokken wordt dan ook gezien als een ingewikkeld, moeilijk te behandelen en frustrerend probleem, voor zowel de patiënten en hun omgeving, als voor de therapeuten.

** I.G.M. TIMMERMAN is werkzaam als onderzoeker en behandelaar bij de afdeling Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentieadres: Psychiatrische Kliniek, Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen. C.J.M. VAN VELZEN is werkzaam als onderzoeker en behandelaar bij de afdeling Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentieadres: Psychiatrische Kliniek, Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.*

In de literatuur over behandeling van deze stoornis zijn verschillende factoren verantwoordelijk gesteld voor het moeizame verloop van de behandeling. Gebrek aan kennis over de oorzaken van het gokken en de factoren die het gokken in stand houden draagt hier ook aan bij. Daarom bespreken we eerst een theoretisch verklaringsmodel voor het gokken dat mogelijk enig inzicht geeft in de mechanismen die bij het gokken een rol spelen. Met dit inzicht kan de behandeling voor gokken mogelijk worden verbeterd.

Vervolgens bespreken we de factoren die in de literatuur verantwoordelijk worden gesteld voor het moeizame verloop van behandelingen. Verder beschrijven we in drie casussen welke problemen we ondervonden tijdens de uitvoering van cognitieve en gedragsmatige behandelingen van pathologisch gokken. We eindigen met suggesties die de effectiviteit van de behandeling mogelijk verhogen.

Een leer theoretisch verklaringsmodel

Sharpe en Tarrier (1993) verklaren pathologisch gokken vanuit een cognitief–leer theoretisch kader. Zij veronderstellen dat het gokken wordt aangeleerd via operante (leerproces waarbij een respons in een bepaalde context gevolgd wordt door een bekrachtiger of bestraffer) en klassieke conditionering. Het gokken wordt bekrachtigd door een combinatie van financiële beloningen en verhoogde autonome ‘arousal’. Deze fysiologische reacties worden door gokkers ervaren als opwinding. De winsten zijn niet te voorspellen, maar wordt er gewonnen, dan groeit de kans dat de gokker blijft gokken. De opwinding die wordt ervaren tijdens het gokken wordt geassocieerd met de winst, waardoor deze opwinding eveneens een belangrijke bekrachtiger wordt.

Deze combinatie van continue bekrachtiging door de verhoogde arousal en een partiële bekrachtiging via de winst, ligt aan de basis van het aanleren van overmatig gokken. Vanwege het onvoorspelbare karakter van het gokspel ontwikkelen gokkers over hun hobby irrationele gedachten, die aannemelijk maken waarom ze na verlies niet stoppen maar doorgaan. Deze gedachten kunnen ook de drang om te gokken uitlokken.

De secundaire problemen als gevolg van het gokken (bijv. financiële of relatie problemen) veroorzaken emotionele stress, die leidt tot een verhoogde autonome arousal. Sharpe en Tarrier gaan er vanuit dat deze arousal dezelfde fysiologische componenten heeft als de arousal die samenhangt met het gokken. Emotionele stress kan zo toegevoegd worden aan de lijst met ‘cues’ die het gokken uitlokken. Dit model is overigens speculatief en nauwelijks bij gokkers getoetst.

In het model wordt aangenomen dat de fysiologische kenmerken van de drang om te gokken ook optreden tijdens het gokken zelf: die van verhoogde autonome reacties, een gevoel van opwinding. Gokkers zelf rapporteren evenwel vooraf een rusteloos en negatief gevoel (England&Gotestam, 1991).

Jansen (1992) haalt in haar publicatie over cue– exposure bij bulimia nervosa een verklaring aan uit het verslavingsonderzoek over de stimulus afhankelijke aard van drang en tolerantie. Deze verklaring lijkt aan te sluiten bij het bovenstaande model. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de ervaren drang en de gevoelens van

opwinding tijdens het gokken. Binnen deze verklaring lijken tolerantie en onthoudingsverschijnselen ook beter te plaatsen. De drang om te gokken kan worden beschouwd als een geconditioneerde compensatoire respons (CCR) en wordt uitgelokt door cues die het gokken (de ongeconditioneerde stimulus, US) met grote zekerheid voorspellen.

Onder de geconditioneerde compensatoire respons verstaan we de anticipatoir lichamelijke veranderingen die vooraf gaan aan het gokken. De CCR lijkt veelal tegengesteld aan de reactie die tijdens het gokken zelf optreedt (euforisch gevoel, verhoogde arousal) en compenseert bij voorbaat het effect van het gokken. Hierdoor treedt tolerantie op: steeds langer of vaker gokken is nodig om dit euforische gevoel op te roepen. Deze CCR zou door gokkers worden ervaren als de drang om te gokken. Onderzoek moet uitwijzen of de ervaren gokdrang inderdaad tegengesteld is aan de fysiologische reacties die tijdens het gokken optreden.

Wanneer het gokken de US is, dan zullen de stimuli die hiermee herhaaldelijk worden geassocieerd, geconditioneerd worden: gokhal, snackbar, gokkast, pinpas of geld, emotionele stress, enzovoort. Deze cues lokken vervolgens de CCR (de gokdrang) uit. Als hieraan wordt toegegeven, wordt de CCR versterkt. Voor een uitgebreidere beschrijving van dit model wordt verwezen naar Jansen (m.b.t. bulimia nervosa; 1992) en Powelletal. (m.b.t. drugsverslaving, 1990). Cue– exposure lijkt een adequate methode om de associaties tussen de geconditioneerde cues en het gokken uit te doven, waarna ook de drang om te gokken zal afnemen.

Behandelingsstudies

Behandelingen voor gokken die we in de literatuur tegenkomen zijn voornamelijk gedragstherapeutisch van aard. In de meeste gevallen is het doel de gokker te leren het gokken binnen de perken te houden, bijvoorbeeld doormiddel van het tijdig toepassen van zelfcontrole technieken, zoals een rondje hardlopen als de drang om te gokken komt opzetten. Verder wordt regelmatig gebruik gemaakt van desensitisatie en aversietherapie.

De partner wordt vaak in de behandeling betrokken om de gokker te ondersteunen en te stimuleren het gokken in de hand te houden. Gokkers worden tevens gestimuleerd andere activiteiten te ontplooiën om verveling tegen te gaan, bijvoorbeeld sporten of op bezoek gaan bij vrienden.

In dit artikel ligt de nadruk op problemen in de behandeling. We beperken onze bespreking van de literatuur daarom tot het vermelden van succes percentages en van factoren die volgens de auteurs bijdragen tot het mislukken van behandelingen.

Over het algemeen zijn de behandelingen weinig succesvol. Fontijn(1988) meldt dat in ongeveer 35 procent van de gevallen van een succesvolle behandeling gesproken kan worden: de cliënten gokken niet meer of hadden het gokken goed onder controle gekregen. De rest viel terug in het oude patroon of was niet meer bereikbaar.

Tabel 1 Overzicht van gedragstherapeutische behandelingen voor pathologisch gokken.

Onderzoek Behandeling Barker en Miller (1968) doel: abstinentie 3 FU 2 jaar aversietherapie 1 abstinient 33 2 terugval (na boostersessie 67 abstinient) Seager (1970) doel: abstinentie 14 FU 1–3 jaar aversietherapie 5 abstinient 36 psychotherapie 4 teruggevallen 28 Gamblers Anonymous participatie 5 onbekend 36 patie doel: gecontroleerd 26 FU 3/4–4,5 jaar gokken Greenberg en Rankin (1982) zelfcontroletech- 5 gecontroleerd 19 nieken converte sensitivatie 7 periode gokken 27 14 voor het 54 laatst gokkend gezien partner als co-therapeut doel: gecontroleerd 7 FU 6 maand gokken Greenberg en Marks (1982) zelfcontroletech- 2 drop-outs 29 nieken coverte sensitivatie 2 terugval 29 partner als co-thera- 3 onbekend 42 peut Russo (1984) doel: abstinentie 124 FU 1 jaar intramurale behande- 33 abstinentie 27 ling psychotherapie 27 gokken 22 educatie m.b.t. 64 onbekend 52 gokken Gamblers Anonymous participatie doel: abstinentie/ 10 FU 1 jaar gecontroleerd McConaghy (1983) aversietherapie 3 gecontroleerd 30 7 terugval 70 doel: abstinentie/ 10 2 abstinient 20 gecontroleerd imaginaire desensiti- 7 gecontroleerd 70 satie 1 terugval 10 doel: abstinentie/ 10 FU 1/2–1,5 jaar gecontroleerd Fontijn (1986) zelfcontroletechnieken 6 abstinient of cognitieve herstructu- gecontroleerd(60 60 rering 1 terugval 10 3 uitgevallen 30 Tabel et al. (1987) doel: abstinentie 66 FU 6 maanden gestructureerde 32 abstinient 48 intramurale behandeling 25 terugval 38

Hoewel ook diverse gevalsstudies zijn gepubliceerd hebben we deze niet in dit artikel opgenomen. Gevallen die niet met succes zijn behandeld worden (meestal) niet vermeld. Dat er inderdaad sprake is van een positieve selectie wordt gesuggereerd door de resultaten: in alle gevalsstudies was de behandeling succesvol, terwijl uit de gecontroleerde studies een heel ander beeld naar voren komt. Bij bestudering van de behandelingsresultaten kunnen vier groepen cliënten worden onderscheiden:

(a) cliënten die blijvend zijn verbeterd, (b) cliënten die na de behandeling terugvallen, (c) cliënten die reeds tijdens de behandeling uitvallen (meestal niet of nauwelijks verbeterd), en (d) zij die na verloop van de behandeling zonder bericht niet meer komen opdagen. Interpretatie van de effecten is moeilijk omdat (bij de gokkers) de laatste twee groepen vaak relatief groot zijn.

Dickerson en Weeks (1979) weten het hoge percentage drop-outs aan het feit dat therapeuten meestal willen dat de cliënten stoppen met gokken, terwijl de cliënten zelf er naar streven om het gokken niet uit de hand te laten lopen. Ook Greenberg en Rankin (1982) wezen op dit **verschil in doelstelling tussen cliënt en therapeut**. Daarnaast verklaarden de auteurs het beperkte succes in hun studie uit de **ambivalente motivatie** van de gokkers: deze waren gestuurd door derden en wilden zelf niet in therapie of wilden **hoofdzakelijk in behandeling voor secundaire problemen die samenhangen met het gokken**, terwijl daaraan **in de therapie geen of weinig tijd werd besteed**. In meer recente studies lijkt het succespercentage iets hoger: ongeveer de helft van de gokkers die in verschillende studies werden behandeld bleken bij de follow-up 'beheerst' te gokken of te zijn gestopt. Deze percentages zijn vertekend door het feit dat slechts een beperkt aantal mensen voor follow-up beschikbaar was (resp. 86, 55, en 50%). We vermoeden

daarom dat het succespercentage in werkelijkheid lager is dan 50 procent. Verder kan worden geconcludeerd dat intramurale, gestructureerde behandelingen de kans op succes lijken te verhogen. Het succespercentage van 50 procent is evenwel nog steeds niet bevredigend. Volgens Hammersley (1992) heeft een intramurale behandeling als nadeel dat de verslaafde niet in zijn eigen omgeving heeft geleerd het gedrag in de hand te houden, waardoor ze in hun eigen omgeving gemakkelijk in hun oude gedragspatroon vervallen. Deze stelling wordt echter niet ondersteund door onderzoeksgegevens. Het percentage gokkers dat bij de follow-up is teruggevallen, is bij intramurale behandelingen namelijk niet duidelijk groter dan bij ambulante behandelingen. Zelfcontrole procedures vragen veel inzet en discipline. Deze eigenschappen zijn moeilijk op te brengen als de gokker geen enkele invloed meer heeft op het gokken en/of weinig vanuit zijn omgeving wordt gestimuleerd om het gokken in de hand te houden. Volgens Fontijn zou een ambulante behandeling gericht op het aanleren van zelfcontrole procedures alleen succesvol zijn bij pathologische gokkers 'die nog een zekere mate van controle hebben over hun gokgedrag' en 'een redelijk sociaal leven leiden' (Fontijn, 1988). Deze richtlijnen zijn nogal onduidelijk: wat is enige mate van controle? Moet er sprake zijn van zelfcontrole of controle door de omgeving? Volgens het hierboven beschreven model lijken zelfcontroletechnieken ontoereikend om het gokken te verminderen. Met deze technieken leren cliënten 'slechts' om de cues te vermijden. Bij gokken in het casino lijkt dit een redelijk alternatief: het casino uit de weg gaan zal geen grote belemmering vormen in het leven van een 'black jack'– of roulette–verslaafde. Vermijding wordt lastiger wanneer de gokker zijn drang bevredigt in de plaatselijke snackbar, voetbalkantine of discotheek. Afgezien daarvan kan het (plotseling) de beschikking hebben over een hoeveelheid geld (CS), de gokdrang in alle gevallen dusdanig verhogen dat de gokgelegenheid (inclusief casino) niet meer kan worden vermeden. Het ongedaan maken van geld als cue voor het gokken lijkt een effectievere oplossing en maakt het aanleren van zelfcontroletechnieken wellicht overbodig. We kunnen het volgende concluderen:

- Er is weinig kennis over het effect van gedragstherapieën voor gokken.
- De tot nu toe gepubliceerde resultaten zijn niet indrukwekkend (ca. 50% succes bij een intramurale, gestructureerde behandeling).
- Het langdurige effect van zelfcontroleprocedures kan op theoretische gronden in twijfel worden getrokken, omdat **de relatie tussen de drang om te gokken en de situaties die deze drang uitlokken** niet wordt opgeheven.
- Interpretatie van de resultaten is om twee redenen moeilijk: een relatief groot aantal gokkers stopt vroegtijdig met de behandeling of is niet meer beschikbaar voor follow-up.
- Oorzaken van de problemen in de behandeling van gokken zijn vaak moeilijk te achterhalen, omdat een groot aantal gokkers geen contact meer met de therapeut wenst als ze met de behandeling zijn gestopt.
- De meeste verklaringen voor het mislukken van de therapie worden gezocht bij de gokker. Opmerkelijk is dat de gekozen behandelingsstrategie zelden ter discussie

staat. Naar onze mening zijn desensitisatie en aversietechnieken minder geschikt om het gokken te bestrijden. Op theoretische en empirische gronden lijkt **cue exposure** (blootstelling aan gedrag uitlokkende cues: mensen, plaatsen en voorwerpen) **een zinnigere behandeling. Mogelijk is toevoeging van een cognitieve interventie nuttig**, maar hierover is niets bekend.

Het onderzoek

In het kader van een onderzoek naar de resultaten van de behandeling van pathologisch gokken werd aan 21 pathologische gokkers een behandeling aangeboden. Dertien van hen maakten de behandeling af. Uitgaande van het eerder geschetste model was de behandeling gericht op het doorbreken van de relatie tussen de geconditioneerde stimulus (bijv. geld of de snackbar) en de ongeconditioneerde stimulus (het gokken). Het doel van de behandeling was gecontroleerd leren gokken. Er waren twee behandelingscondities, elk bestaande uit tien sessies: cue–exposure met responspreventie of cue–exposure met responspreventie en cognitieve herstructurering. De vraag was of cognitieve herstructurering iets toevoegt aan het behandelingseffect van exposure. Het stimuleren en ontwikkelen van alternatief gedrag was onderdeel van beide behandelingscondities. Dit element werd van belang geacht om de tijd die voorheen aan gokken werd besteed beter te besteden en om verveling (en daarmee een toename van de kans op gokken) te voorkomen. Verder werden alternatieve activiteiten als ondersteuning van de responspreventie (niet gokken) in het behandelingsprogramma opgenomen: bij opkomende gokdrang diende de cliënt bijvoorbeeld te gaan sporten of op visite te gaan. Wij hoopten dat het alternatieve gedrag op de langere termijn zou gaan fungeren als positieve bekrachtiger voor het niet–gokken. Aan de cliënten zelf werd overgelaten wie hun geld zou beheeren: zichzelf of een iemand uit hun omgeving. Indien gewenst kon bij de uitvoering van de exposure–opdrachten de therapeut worden ingeschakeld. De exposure–opdrachten werden als huiswerk meegegeven. In de sessies werd niet geoefend. Bij de uitleg van de exposure–behandeling werd verteld dat de cliënt zou gaan leren geleidelijk, in steeds moeilijker situaties, zijn drang tot gokken te weerstaan, en dat als gevolg hiervan deze drang zou verdwijnen. Bij cognitieve herstructurering werd uitgelegd dat irrationele cognities omtrent het gokken zouden worden opgespoord en vervangen door gedachten die de weerstand tegen de drang om te gokken zouden verhogen. In de exposureconditie werden de sessies besteed aan het gedetailleerd bespreken van huiswerkopdrachten. In de exposure–met–cognitieve–therapieconditie werden in de sessies bovendien alternatieve gedachten geformuleerd; hiermee werd met behulp van imaginatie geoefend (Meichenbaum, 1977). Cliënten die voldeden aan de criteria van de DSM–III–R (APA, 1987) voor pathologisch gokken en geen andere urgente psychiatrische problematiek hadden, kwamen voor de behandeling in aanmerking. Door middel van loting werden cliënten aan één van beide behandelingscondities toegewezen. Voor de resultaten van de behandelingen wordt verwezen naar Timmerman en Van Velzen (1989). We bespreken hier alleen de problemen die wij in de behandelingen ondervonden. Allereerst wordt ter illustratie een drietal casussen gepresenteerd.

Problemen tijdens de uitvoering van de behandeling Richard

Richard, negentien jaar, eerstejaars–student rechten, is door het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) verwezen voor zijn gokproblemen. Hij gokt sinds twee jaar op fruitkasten in een gokhal. Hij heeft kleine leningen uitstaan bij vrienden, die hij via het gokken terug probeert te betalen. Hij wil van het gokken afkomen en heeft gemerkt dat hij hiertoe zelf niet in staat is. Zijn ouders, die gedeeltelijk voorzien in zijn levensonderhoud, weigeren steeds vaker geld te geven als hij zijn maandelijkse toelage vroegtijdig heeft verbruikt. Om het geldprobleem te beheersen hebben zijn ouders besloten dat Richard in plaats van maandelijks wekelijks zijn geld krijgt. Dit helpt weinig. Van de honderd gulden die hij wekelijks krijgt gaan er negentig op aan het gokken. Richard zegt dat hij vooral gaat gokken uit verveling. De rechtenstudie spreekt hem niet aan; het kost hem moeite zich op de stof te concentreren. Hij woont in een kleine kamer waarin hij weinig kan ondernemen. Interesses en hobby's heeft hij niet. Studiegenoten interesseren hem niet. Hij heeft slechts één vriend in Groningen, de stad waar hij studeert. Richard associeert het gokken met Groningen. In andere plaatsen speelt het probleem volgens hem niet, omdat hij daar genoeg te doen heeft. Groningen vindt hij saai. Hij heeft zich voorgenomen om aan het einde van het jaar te stoppen met zijn studie en tijdelijk bij zijn ouders te gaan wonen, totdat hij een andere studie in een andere stad kan volgen. Eigenlijk ziet hij weinig heil in de behandeling; naar zijn idee zal het gokprobleem zijn opgelost als hij is verhuisd. Uiteindelijk wil hij toch in behandeling, vooral omdat zijn ouders dreigen de geldkraan dicht te draaien. Na de intake wordt hem een combinatiebehandeling aangeboden. Bij het bespreken van de opdrachten kan Richard niet verwoorden waarom hij gokt. Tijdens de gesprekken zegt hij best te weten dat de verwachting te winnen niet reëel is, omdat hij uiteindelijk toch verliest. Tijdens het gokken zelf is dit besef echter afwezig; pas als hij weer verloren heeft komt het terug. Tijdens de uitvoering van exposure–opdrachten zal Richard de gokhal opzoeken met verschillende hoeveelheden geld op zak. Eerst is het de bedoeling dat hij helemaal niet gokt. Als dat lukt zal hij proberen beperkt te gokken. Wanneer de drang om te gokken te sterk wordt, zal hij gaan lezen of sporten. Tijdens de behandeling blijkt dat Richard de opdrachten niet conform de afspraken uitvoert. Hij vergokt meer dan het afgesproken bedrag. Soms neemt hij meer geld mee naar de gokhal dan afgesproken, soms gokt hij langer dan de afgesproken tijd. Als reden geeft hij aan dat hij de opdrachten best op de afgesproken manier had kunnen uitvoeren, maar dat de omstandigheden bepaalden dat hij ze op zijn manier had uitgevoerd (bijv. geen tijd meer hebben om naar huis te gaan, om voldoende geld op te halen voor het uitvoeren van de opdracht). Regelmatig trekt Richard het nut van de behandeling in twijfel ('Ik kan de opdrachten wel doen, maar de kans bestaat dat ik toch weer ga gokken als de omstandigheden ongunstig zijn'). Na een aantal sessies gaat het beter. Richard is met geld op zak in een gokhal geweest en heeft niet gegokt. Hij zwakt wat de 'succeservaringen' hadden moeten zijn af en schrijft ze vooral toe aan factoren waarop hij weinig invloed heeft ('Ik had geen gokdrang', 'Het was mooi weer, dus ik kon andere dingen doen', 'De eerste en tweede keer gaat het misschien goed, maar de derde keer gaat het mis. Dat is de aard van een gokker'). Tijdens de laatste twee sessies woont hij inmiddels bij zijn ouders. Hij is gestopt met zijn studie. Het gokken en de gokdrang spelen hem geen parten meer. Zes weken na afloop van

de behandeling blijkt dat hij nog steeds niet heeft gegokt en daaraan ook geen behoefte heeft. Zijn ouders beheren nog steeds zijn bankpasje. Zijn banksaldo is positief. Hij is sceptisch over de kans op recidive. Hij weet niet wat er gebeurt als hij de beschikking heeft over veel geld, of als hij weer in vervelende omstandigheden terechtkomt. In 'beheerst' gokken gelooft hij niet. Vermijden is volgens hem beter. Geldbeheer is nog steeds een probleem. Hoewel hij niet meer gokt, koopt hij soms excessief veel cd's. Richard vindt het jammer dat de therapie zich beperkte tot het gokken.

Commentaar

Bij Richard is het verleidelijk te spreken van een geslaagde behandeling, omdat de drang om te gokken en het gokken zelf aan het einde van de behandeling en zelfs bij de follow-up afwezig waren. Het doel van de behandeling, te weten uitdoving van de relatie tussen bepaalde uitlokkers en de drang tot gokken, werd echter niet bereikt. Hij woont bij zijn ouders, zijn geld wordt door zijn ouders beheerd en hij verveelt zich nauwelijks. Het is onduidelijk hoe het hem vergaat als hij met honderd gulden op zak met zijn bankpasje in een gokhal in Groningen staat terwijl het regent en hij weinig anders heeft te doen. Kenmerkend voor Richard is dat hij zijn (drang om te) gokken ziet als bepaald door externe omstandigheden (Groningen, de verveling, een oninteressante studie). Hij heeft niet het gevoel dat hij er zelf controle over heeft. Aan het einde van de behandeling en tijdens de follow-up is dit niet veranderd. Dit is wellicht te verklaren uit de onvolledige, beperkte uitvoering van de cue-exposure. Richard heeft onvoldoende gemerkt dat de gokdrang afneemt bij langdurige blootstelling aan moeilijke situaties, of dat hij zelf in staat is de drang te weerstaan. Ook het cognitieve gedeelte van de behandeling heeft deze attributie niet kunnen veranderen. Eveneens kenmerkend voor Richard is het impulsief uitgeven van veel geld. Dit gebeurt niet alleen bij het gokken, maar bijvoorbeeld ook bij de aanschaf van cd's. Het hierdoor veroorzaakte geldgebrek vergroot de motivatie om te gaan gokken (bijv. om geld aan schuldeisers af te lossen) en daarmee de kans op een terugval. De therapeutische relatie was niet optimaal. Richard en de therapeut verschilden duidelijk van mening over de manier waarop het gokken moest worden aangepakt. Richard wilde alle verleidingen uit de weg gaan, terwijl de therapeut streefde naar 'beheerst' gokken. Richard trok het nut van exposure dan ook telkens in twijfel. De therapeut, vechtend met eigen irritaties over Richards gebrek aan medewerking, legde steeds opnieuw de behandelingsprincipes uit, of vroeg Richard om dit te doen. Ook dit had slechts kortdurend resultaat, waarop besproken werd of doorgaan met de therapie wel zin had. Op zo'n moment krabbelde Richard terug en beloofde beterschap bij het uitvoeren van de opdrachten. Al met al lukte het de therapeut niet om Richard te motiveren voor het gekozen behandelingsdoel. De therapeutische relatie werd gekenmerkt door ambivalentie en wederzijdse irritaties.

Marcel

Marcel, twintig jaar, eerstejaars-student economie, is door het CAD verwezen wegens gokproblemen. Als gevolg van het gokken heeft hij zijn studie verwaarloosd, evenals de contacten met studiegenoten. Hij is lid van een studentenvereniging. Het

gokken begon toen hij in de laatste klas van de middelbare school zat. Hij gokte met name als hij zich verveelde, als tijdverdrijf. Gemiddeld kostte het gokken hem zo'n achthonderd gulden per maand. Marcel zegt dat hij pas in de problemen kwam toen hij ging studeren. Sinds die tijd zijn zijn ouders van het gokken op de hoogte en is een regeling getroffen voor de studiebeurs. Zijn pincode is geblokkeerd en hij heeft inmiddels op zijn meest favoriete gokplaatsen een 'knaakverbod' gevraagd. Marcel vertelt dat hij ook weinig controle heeft over drinken en eten: aan beide gaat hij zich gemakkelijk te buiten. Bij aanmelding heeft Marcel bij verschillende mensen (ouders, vrienden, baas, giro) een schuld van in totaal tweeduizend gulden. De studiebeurs wordt overgemaakt naar zijn ouders. Naast zijn studie werkt hij zo'n dertig uur per week in een snackbar. Hij leeft erg onregelmatig, gaat veel uit, drinkt veel en eet ongezond. Zijn baas heeft gezegd dat hij, als hij tijdens het werk gokt, zal worden ontslagen. Elke week krijgt hij zijn loon in contanten. Van dit geld voorziet hij in zijn levensonderhoud; een gedeelte gebruikt hij om schulden bij vrienden af te betalen. Dit lukt niet altijd. Regelmatig vergokt hij zijn loon, soms voordat hij het heeft ontvangen. Hij leent dan van vrienden en spreekt af dat hij het geld na ontvangst van zijn loon zal terugbetalen. Hij gokt in verschillende snackbars. De drang wordt pas groot als hij zo'n honderd tot honderdvijftig gulden te besteden heeft. Als hij al zijn geld heeft verspeeld en hij nog geld in huis heeft, dan haalt hij dit ook op. Hij zegt dan in een roes te zijn en kan niet aangeven wat er dan door hem heen gaat. Hij heeft zelf al een tevergeefse poging gedaan om te stoppen met gokken. Hij hoopt ooit een grote slag te slaan om zo in één keer zijn schulden te kunnen afbetalen. Marcel krijgt de gecombineerde behandeling. De eerste vijf sessies vertelt hij dat hij nauwelijks drang om te gokken heeft gehad. De huiswerkopdrachten voert hij goed uit. Deze waren als volgt: (a) slechts tien gulden meenemen en vergokken zonder eigen rituelen te gebruiken en bij veertig punten winst 'aftikken'; (b) met vijfendertig gulden naar de snackbar gaan, met tien gulden spelen en daarna 'aftikken'. Hij zegt dat de opdrachten niet moeilijk waren omdat hij het druk had met feestjes en het mooi weer was. Ook wil hij sparen om met zijn ouders uit eten te kunnen gaan. Per sessie worden twee opdrachten meegegeven. Marcel bepaalt zelf wanneer hij ze wil uitvoeren. Verder wordt per sessie besproken welke activiteiten hij kan ondernemen als hij de drang voelt om te gaan gokken. Aangezien dit laatste niet voorkomt is aan dit onderdeel verder weinig aandacht besteed. Tijdens de vijfde therapie sessie blijkt dat Marcel, behalve voor de opdrachten, nog een keer extra had gegokt. Hij was een vriend tegengekomen toen hij wat zat te drinken bij zijn baas. Van die vriend kreeg hij tweehonderd gulden. De plotselinge beschikking over geld en het feit dat hij zijn baas op de gokkast in de snackbar had zien spelen en verliezen, maakten dat hij een gokje ging wagen. Hij hoopte nu de grote slag te slaan om in één keer zijn schulden te kunnen afbetalen en dacht verder niet na over mogelijke negatieve gevolgen. Achteraf vindt hij het jammer dat hij veel geld heeft verloren, maar hij lijkt niet erg teleurgesteld. De therapeut complimenteert hem om zijn eerlijkheid en benadrukt dat een terugval niet ongewoon is. Ook wordt besproken hoe hij een volgende keer kan voorkomen dat hij 'onverwachts' gaat gokken. Hiervoor worden in het kader van de cognitieve therapie 'functionele' gedachten geformuleerd en geoefend. De twee volgende sessies zegt Marcel twee keer de drang tot gokken te hebben gehad. Hij heeft hieraan weerstand geboden door te gaan hardlopen. De

exposure–opdrachten voert hij uit zoals opgegeven; deze verlopen met succes. Na de uitvoering van de opdrachten blijkt hij echter direct naar huis te gaan ('snel weg hier'), omdat hij bang is dat hij de verleiding te gaan gokken anders niet kan weerstaan. Voor de volgende opdrachten wordt afgesproken dat hij ongeveer een halfuur blijft zitten als hij de opdracht heeft uitgevoerd. In sessie acht komt Marcel bijzonder terneergeslagen en vermoeid binnen. Hij vertelt dat de opdracht is mislukt. Volgens de opdracht zou hij vijfendertig gulden meenemen naar de snackbar en met tien gulden spelen. Nadat hij tien gulden had verspeeld, voelde Marcel naar eigen zeggen nog steeds geen drang om te gokken. Volgens hem was dit de reden dat hij de overige vijftwintig gulden ook heeft verspeeld. Toen zijn geld op was is hij naar huis gegaan en heeft hij het loon dat die ochtend was uitgekeerd (tweehonderd gulden) opgehaald en verspeeld. Marcel begrijpt niet hoe het heeft kunnen gebeuren. Hij zegt zich er nog weinig van te kunnen herinneren, alsof hij in een roes verkeerde. Na enig doorvragen geeft hij aan dat vermoeidheid mogelijk een rol speelde: hij was hierdoor mogelijk zichzelf niet. De snackbareigenaar had hem de volgende dag verteld dat hij behoorlijk over de rooie was. Marcel had al het geld in één keer ingewisseld, wat hij anders nooit doet. En hij had de neiging om de kast te vernielen. Deze gedragingen zegt Marcel zelfs niet te kennen uit de tijd dat hij veelvuldig gokte. Op de vraag wat er door hem heen ging kan hij geen antwoord geven. Marcel voelt zich erg somber en heeft met zijn ouders afgesproken dat hij een paar dagen naar hen toe gaat. Verder wordt in de therapie afgesproken dat hij een bord maakt waarop 'niet gokken' staat. Daarachter plakt hij een envelop waarin hij het loon kan opbergen. Dat bord zet hij zichtbaar in zijn kamer neer. Deze keer krijgt hij geen exposure–opdrachten mee. De volgende sessie is Marcel goed gehumeurd. Hij heeft bij zijn ouders kunnen uitrusten en had geen drang om te gokken. Bij het bespreken van nieuwe opdrachten toont hij grote weestand: hij wil niet meer gokken en dus ook geen opdrachten meer uitvoeren. Na herhaling van de uitleg van de exposure–behandeling gaat hij akkoord met twee opdrachten; (a) vijfendertig gulden meenemen naar de snackbar, tien gulden vergokken, dan stoppen en nog een halfuur blijven, en (b) vijftig gulden meenemen naar de snackbar, een patatje eten naast de gokkast en niet gokken. De volgende sessie, na drie weken – ondanks een gemaakte afspraak liet Marcel twee weken niets van zich horen – vertelt hij dat hij de huiswerkopdrachten niet heeft gedaan: 'Ik wil niet meer gokken, dus doe ik het niet.' Wel heeft hij verscheidene malen met geld op zak een patatje gegeten en mensen zien gokken. Hij voelde geen drang om te gokken. Hij baalt nog steeds van de laatste keer dat hij zijn loon heeft verspeeld. Hij zegt iets minder vaak in een snackbar te komen en meer uit te gaan. Ook steekt hij meer tijd in zijn studie omdat de tentamens voor de deur staan. Eén keer is hij met zo'n driehonderd gulden op zak naar een snackbar gegaan. De drang om te gaan gokken was groot. Hij is toen vrij snel naar huis gegaan om ongelukken te voorkomen. Ook is het een keer voorgekomen dat hij een ander veel geld zag verliezen, waardoor de drang om zelf te gokken groter werd. Hij heeft deze evenwel kunnen weerstaan. Marcel is uiteindelijk bereid de opdrachten voor de volgende therapiesessie uit te voeren. Tussen de laatste twee sessies zitten eveneens drie weken. De huiswerkopdrachten heeft hij wederom niet uitgevoerd (hij kon ze zich niet meer herinneren). Hij zegt dat hij helemaal geen drang om te gokken meer heeft en dat de

opdrachten dus ook zonder problemen zouden zijn verlopen als hij ze wel had gedaan. Wel heeft hij een enkele keer 'gewoon voor de gein' een knaak in een gokkast gegoooid. Naar eigen zeggen kon hij makkelijk stoppen als hij won. Tijdens de evaluatie van de behandeling zegt Marcel dat de behandeling heeft geholpen de zaken op een rijtje te zetten ('Wat je precies doet en waarom'). Gokken was volgens hem vanuit verveling een gewoonte geworden. Marcel zegt nu alternatieven te hebben om de verveling te lijf te gaan, zoals sporten en contacten met aardige mensen. Ook zijn schulden zijn bijna afgelost. Met de vakantie in het vooruitzicht heeft hij een doel om voor te sparen. Het spaargeld wordt op een rekening gestort die zijn moeder voor hem beheert. Voor de follow-up na zes weken komt Marcel niet opdagen. Hij is niet bereikbaar. Aangezien het studiejaar is afgelopen, is het mogelijk dat hij op vakantie is gegaan of bij zijn ouders logeert. Hij laat echter niets meer van zich horen. Mogelijk heeft hij het gokken geheel de rug toegekeerd en heeft hij geen zin om tijdens het follow-up-gesprek met zijn verleden geconfronteerd te worden. Misschien is hij ook weer gaan gokken.

Commentaar

Net zomin als bij Richard kan bij Marcel worden gesproken over een succesvolle behandeling. Aan het einde van de behandeling vermijdt Marcel zoveel mogelijk situaties die de drang tot gokken kunnen uitlokken. De mislukte opdracht voor sessie acht had kennelijk zo'n negatief effect op hem, dat hij de confrontatie met de gokkast niet meer aandurfde. Marcel beschreef het gokken als iets dat buiten hemzelf plaatsvond (alsof hij in 'een roes' verkeerde). Het cruciale moment waarop hij de drang moest weerstaan (na tien gulden vergokt te hebben) heeft hij kennelijk niet bewust beleefd. Daarna was de rem er helemaal af. Zelfs zijn weekloon moest het ontgelden. Achteraf gezien vervolgde Marcel zijn eigen ingeslagen weg, die van de vermijding. Voorafgaand aan de behandeling had hij immers al zijn geld in andermans beheer gegeven en een 'knaakverbod' in diverse snackbars gevraagd. De mislukte opdracht was voor hem waarschijnlijk het bewijs dat hij op de goede weg was, totdat de therapie (therapeut) anders van hem verlangde. Daardoor ging het weer mis. Instemming met het voortzetten van de therapie werd door Marcel niet in daden omgezet, omdat hij zich eigenlijk al had voorgenomen alle verleidingen te vermijden. Vertrouwen in therapie en therapeut waren afwezig. Marcel vertelde overigens waarheidsgetrouw over het verloop van de opdrachten, inclusief de mislukkingen. De volgende casus is een voorbeeld van een onjuiste weergave van de gebeurtenissen.

Klaas, 22 jaar, meldt zich op aandrang van zijn vader voor behandeling aan. Hij woont tijdelijk bij zijn ouders nadat hij ongeveer een jaar heeft samengewoond. Zijn ex-vriendin heeft hem twee jaar geleden vanwege het gokken verlaten. Sinds een halfjaar is Klaas uit de gevangenis ontslagen, waar hij een jaar heeft vastgezeten in verband met verschillende overvallen om aan geld voor zijn hobby te komen. Ook stal hij geld van zijn ouders. Indertijd gokte hij per dag met bedragen van tweehonderd tot duizend gulden. Omdat hij bij zijn toenmalige baas werk verzuimde,

om te kunnen gokken, is hij ontslagen. Over die periode zegt hij nu dat hij 'helemaal de kluts kwijt' was. In de gevangenis werd hij naar eigen zeggen geconfronteerd met de consequenties van het gokken en heeft hij zijn daden kunnen overdenken. Het afgelopen halfjaar heeft hij met steun van zijn familie weer een leven opgebouwd: hij heeft een baan, hij sport en heeft een aantal vrienden (andere dan voor de gevangenisperiode). De drang om te gokken is wisselend aanwezig. Over het gokken in de periode voordat hij in de gevangenis belandde is Klaas zwijgzaam. Als hij over zijn gokken vertelt, is dat zoals hij dat de afgelopen maanden heeft beleefd. Hij heeft gedurende deze periode vier keer gegokt met honderd tot tweehonderd gulden. Hij zegt dat hij van de gokkast kan afblijven zolang hij niet meer dan vijftig gulden op zak heeft als hij de stad in gaat. Hij gokt in een gokhal, nooit in snackbars. Zijn ouders controleren hem streng: zij beheren zijn geld en letten op hoe en waaraan hij zijn tijd besteedt. Klaas is een keurig verzorgde jongen, draagt mooie kleren en is welbespraakt. Hij zegt dat hij gokt omdat hij erg veel van geld houdt: 'Het gaat om geld, niet om het spel. Als ik er geld uithaal, dan heb ik meer.' Hij houdt van mooie auto's en koopt graag modellen van dure auto's. Hij heeft een moderne fiets gekocht, gaat sporten of video's kijken om verveling tegen te gaan. Hij is net veranderd van sportclub. Hij kan nu in het eerste team spelen en hoopt 'ontdekt' te worden. Tijdens het tweede inventariserende gesprek vertelt Klaas dat hij die week één keer uit verveling heeft gegokt met geld dat hij van zijn ouders heeft weggenomen (vijftig gulden). Hij wilde na afloop het geld weer terugleggen, maar verloor. Hij heeft de afspraak met zijn vader dat hij elke dag vijftig gulden krijgt en in het weekend vijfenzeventig gulden. Klaas krijgt een behandeling met cue-exposure. Als het doel van de behandeling wordt uitgelegd protesteert hij. Hij wil liever niet meer in een gokgelegenheden komen en al helemaal niet gaan kijken naar anderen. Hij vond het ook altijd erg onprettig als men bij hem stond te kijken. Ook wil hij niet beheerst gokken. Hij is erg bang dat de drang dan groter wordt en dat hij het gokken niet meer onder controle kan houden. In het volgende gesprek geeft Klaas aan dat zijn vader ook tegen gecontroleerd gokken is. Verschillende alternatieven worden besproken: gokken in een snackbar in plaats van in een gokhal, hooguit een paar gulden meenemen voor de opdrachten. Hij blijft echter protesteren: 'Als ik weer zou gaan gokken, dan gaat het mis. Ik moet het gewoon nooit meer doen. Ik sta nu sterk in mijn schoenen. Nu kan ik ergens heen gaan met geld op zak. Toen ik gokte kon dat nooit. Op dit moment ben ik van het gokken af. Als ik weer moet gaan spelen, dan kan de drang om te gaan gokken wel eens terugkomen. Als ik die stap zet, vergooi ik alles.' Klaas is duidelijk bang voor de drang om te gokken. De eerste exposure-opdrachten van de hiërarchielijst zijn daarom gericht op het oproepen van verveling (als 'cue' voor gokken) en vervolgens iets gaan doen dat niets met gokken heeft te maken. De afspraak wordt gemaakt dat hij voorlopig niet naar een gokhal gaat. Dit kan eventueel in een latere fase in de behandeling, samen met de therapeut. Tevens wordt afgesproken dat Klaas zelf bepaalt hoever hij wil gaan in het uitvoeren van huiswerkopdrachten. De eerste opdrachten zijn gericht op het creëren van verveling, bijvoorbeeld te vroeg in een kroeg komen wanneer hij met vrienden heeft afgesproken, een avond thuis blijven, een uur in de stad gaan wandelen. Tijdens de erop volgende sessie vertelt Klaas geen tijd te hebben gehad om de opdrachten uit te voeren. Nu heeft hij daar wel tijd voor, omdat hij ontslag

heeft genomen. De baan beviel hem naar eigen zeggen niet en aangezien ze geen ander werk voor hem hadden is hij bij het bedrijf weggegaan. Klaas wil alleen door de week de huiswerkopdrachten doen. Hij zegt dat hij in het weekend al genoeg om handen heeft. De huiswerk opdrachten worden wederom opgegeven, maar nu wordt ook een tijdstip afgesproken. De volgende sessie vertelt Klaas dat hij een nieuwe baan heeft en andere afspraken had, waardoor hij geen tijd had om de opdrachten uit te voeren. De opdrachten worden wederom gegeven, nu voor in de avonduren en als concessie wil hij ook zonder geld op zak in een gokhal gaan kijken. Deze opdrachten heeft hij uitgevoerd. Omdat hij hiervoor tijd moest vrijmaken ervoer hij geen verveling. In de gokhal voelde hij wel spanning. Nadat hij daar wegging, zakte de spanning langzamerhand. Op een ander tijdstip wilde hij de opdracht herhalen. Toen ervoer hij veel spanning bij binnenkomst in de gokhal, reden waarom hij direct wegging. Deze opdracht wordt nu 'te moeilijk' genoemd en naar een later stadium in de behandeling verschoven. De vraag 'Hoe zal ik me voelen als ik ga gokken?' houdt Klaas vaak bezig. Hij is bang dat de drang om te gokken zomaar kan opkomen en dat hij niet in staat zal zijn deze te weerstaan.

Voor de volgende therapie sessie belt de zuster van Klaas op met het verzoek of direct een afspraak gemaakt kan worden, omdat hij excessief is gaan gokken. Hij stelt zich in dit gesprek berouwvol en geëmotioneerd op. De aanleiding voor het gokken was volgens hem dat zijn ouders met vakantie waren gegaan en dat hij nog steeds geen werk had: dus weinig geld en veel verveling. Eerst heeft hij zijn eigen geld vergokt en daarna geleend geld. Ten slotte verkocht hij zijn stereotoren en de video- en cd-speler van zijn ouders om te kunnen gokken. Dit alles speelde zich binnen enkele dagen af. Klaas belde vervolgens zijn zuster om te zeggen dat hij zich wilde aangeven bij de politie. Zijn zuster regelde daarop de afspraak met de therapeut. Klaas schrijft het probleem toe aan het feit dat hij geen werk heeft. Als hij werk zou hebben, zou alles in zijn ogen normaal zijn. Geen werk betekent ook geen geld. Dit was voorheen ook een cue om te gaan gokken. Mogelijk speelt het feit dat hij na een sollicitatiegesprek is afgewezen ook een rol. Verder vertelt Klaas dat hij voordat zijn ouders met vakantie gingen ook af en toe gokte (met hooguit vijftig gulden; niet met meer omdat zijn ouders dat zouden merken). Dit is voor de therapeut een nieuw gegeven: in de voorgaande sessies heeft hij dit verzwegen. Hier wordt in dit gesprek echter verder geen aandacht aan besteed. Met zijn zuster wordt afgesproken dat zij haar broer in de gaten houdt tot hun vader weer thuis is. Dan zal worden besproken wat de beste mogelijkheid is voor verdere behandeling. De familie van Klaas vindt het beter dat hij zich laat opnemen. Klaas is het hiermee oneens ('Wat moeten mijn vrienden denken'). Er wordt een nieuwe afspraak met de therapeut gemaakt, voor enige ondersteunende gesprekken totdat Klaas wordt opgenomen. Hij komt echter niet meer opdagen.

Klaas heeft de therapeut overduidelijk om de tuin geleid. Had Klaas te weinig vertrouwen in de therapeut? Dit is mogelijk, onder meer omdat de therapeut iets van hem verlangde – gecontroleerd leren gokken – waarin hij zich niet goed kon vinden. Ook vond Klaas het blijkbaar moeilijk om over zijn zwakheden te vertellen. Hij had besloten een nieuw leven te beginnen en leek ervan overtuigd te zijn dat hem dit zou

lukken. Tegenslagen als gevolg van zelfoverschatting waren wellicht te confronterend of te moeilijk om in de therapie over te praten. Dit sluit aan bij het narcistische beeld dat hij van zichzelf presenteerde: zijn uiterlijk erg belangrijk vinden, zich presenteren tegenover de buitenwereld als iemand die alles voor elkaar heeft, hopen ontdekt te worden als topsporter, veel geld willen hebben, 'mooie verhalen' vertellen, doen alsof hij alles in de hand heeft, mislukkingen afdoen als onbelangrijk. Mogelijk heeft de therapeut een taxatiefout gemaakt over Klaas' angst om weer te gaan gokken. Klaas zond meerdere malen signalen uit dat hij bang was om de huiswerkopdrachten uit te voeren. De therapeut heeft geen argwaan gekregen over de mogelijke negatieve gevolgen hiervan en het niet opgevat als signaal dat hij weer gokte. Kennelijk had Klaas ook veel controle nodig om niet aan de drang om te gokken toe te geven. Op het moment dat zijn ouders met vakantie gingen, viel de controle weg en had hij de situatie niet meer in de hand. Van een taxatiefout van de kant van de therapeut kan hier niet worden gesproken, want deze was niet op de hoogte van de tijdelijke afwezigheid van de ouders.

De casussen illustreren een aantal problemen dat zich voordeed in onze behandeling voor gokkers. Hieronder worden de problemen en de mogelijke oorzaken geordend.

De drop-outs

Wij kampen met hetzelfde probleem als in de literatuur beschreven werd, namelijk het relatief hoge drop-out-percentage (38%). Van de 21 mensen, allen mannen, die met de behandeling begonnen, ronden dertien de behandeling af (gemiddelde leeftijd 25.2 jaar; range 19–34). Vergelijkingen tussen 'uitvallers' en 'blijvers' toonden geen significante verschillen in burgerlijke staat, leeftijd, duur van het gokken, algehele tevredenheid met het leven, angst, behoefte aan spanning, toeschrijven van het eigen gedrag aan externe omstandigheden en interpersoonlijk gedrag. In de door de gokkers zelf gerapporteerde ernst van het gokken werd evenmin verschil gevonden. Wat betreft de redenen voor het voortijdig stoppen: twee cliënten vonden dat ze inmiddels voldoende waren verbeterd, één had geen tijd meer voor de therapie en één werd op verzoek van de familie voor het gokken opgenomen. Vier cliënten hebben geen reden voor het beëindigen van de therapie gegeven. Zij verschenen niet meer op de afspraken en waren vervolgens onbereikbaar. In de meeste onderzoeken naar de behandeling voor gokken wordt slechts de omvang van de drop-out vermeld, zonder dat verder op de oorzaken wordt ingegaan. Dit valt deels te verklaren uit de omstandigheid dat sommige drop-outs van de aardbodem verdwenen lijken te zijn.

Hieronder wagen wij ons aan speculaties over de redenen van vroegtijdig stoppen.

1. De soms al jarenlange worsteling met het gokprobleem maakt dat de cliënt een kortdurende therapie niet als reële mogelijkheid ziet om van het gokken af te komen. Een aantal cliënten toonde zich reeds tijdens de intake-gesprekken weinig gemotiveerd om deel te nemen aan de behandeling, hoewel ze wel van het gokprobleem verlost wilden worden. Redenen die hiervoor werden aangevoerd waren ongeloof in de behandeling en ongeloof in eigen kunnen. Een bijkomend aspect is dat het tekort aan motivatie versterkt

kan zijn doordat de cliënt zelf zijn problemen wil oplossen en niet gewend is zich afhankelijk op te stellen of 'betutteld' te worden.

2. De angst voor een toename van het gokken bij het voorgestelde behandelingsdoel is zo sterk dat cliënten zich niet meer kunnen openstellen voor de therapie. Voor de meeste cliënten was het doel van de behandeling, te weten beheerst gokken, een onaangename verrassing. Meestal wensten ze zelf direct te stoppen met gokken en alle verleidingen op dit gebied te vermijden. Een enkeling had dit al in praktijk gebracht. Bert, bijvoorbeeld, nam, op zijn weg van werk naar huis een alternatieve, langere route om alle gokgelegenheden te vermijden. Het voorstel zijn **oude route weer te nemen boezemde hem veel angst in**. Opmerkelijk in dit verband is de discrepantie tussen de wensen van de gokkers in ons onderzoek en de ervaringen van Dickerson en Weeks (1979) en Greenberg en Rankin (1982). Laatstgenoemden wijten het hoge drop-out-percentage aan het feit dat in de behandeling 'abstinentie' werd nagestreefd. Mogelijk verschilden de groepen in hun wensen ten aanzien van het behandelingsdoel. Het zou ook kunnen dat gokkers in het algemeen wat tegendraads van karakter zijn.
3. Dat men in de therapie wordt geacht zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de gokdrang en het gokken, is in strijd met eigen ervaringen of te confronterend. De responspreventie tijdens de exposure-opdrachten werd soms als irreal, te moeilijk of confronterend ervaren, aangezien de aandrang en gokken zelf werden ervaren en bestempeld als extern gecontroleerd: 'Het overkomt me', 'Ik word naar binnen getrokken', 'Ik heb mezelf niet meer in de hand als ik een gokkast zie'. Vergeefse pogingen om te stoppen met gokken nadat men tien gulden had verspeeld, en vergeefse pogingen om langs een gokhal te lopen zonder naar binnen te gaan, versterkten deze attitude.
4. Cliënten die op aandrang van de omgeving in therapie gaan, ervaren de ernst van de klachten, of de lijdensdruk en de noodzaak voor therapie niet sterk genoeg. Cliënten die in therapie worden geloodst door de omgeving, zien niet in alle gevallen de ernst van hun problemen onder ogen. Deze gokkers hebben het idee dat ze het gokken wel in de hand hebben als het echt moet. Instemming met de behandeling kan vooral dienen om de omgeving te sussen. Weinig inzet voor de therapie en een passieve houding zijn dan kenmerkend.
5. Het gemis aan aandacht voor de secundaire problemen die samenhangen met het gokken, zoals relatieproblemen, concentratieproblemen en financiële schulden, maakt dat de cliënt weinig gemotiveerd is voor de behandeling. Sommige cliënten beschouwen de door de therapeut als secundair bestempelde problemen, juist als het belangrijkste. Rudolf bijvoorbeeld was ervan overtuigd dat zijn gokprobleem het resultaat was van het feit dat hij geen werk had. Zijn primaire probleem was de werkloosheid. Als hij werk zou hebben was het gokprobleem volgens hem verholpen. Theo had als gevolg van het gokken enorme schulden en schuldeisers die op zijn stoep stonden. Voor hem was het grootste probleem de schulden die hij niet kon afbetalen, en niet de oorzaak van die schulden: het gokken. Cliënten die grote schulden hebben, zonder dat er direct uitzicht is op een verbetering in de financiën,

zitten in een benarde positie. Het slaan van een grote slag kan naar hun idee de enige manier zijn om van de schulden af te komen. Het risico van het vergroten van de schuld wordt voor lief genomen. Het verschil tussen tienduizend en twintigduizend gulden schuld zegt de gokker weinig, omdat in beide gevallen sprake is van een langlopende schuld en een sober bestaan. Zich bij het behandelingsdoel (beheerst gokken) aansluiten kan in de ogen van de gokker op korte termijn te weinig bieden in termen van schuldvermindering, terwijl doorgaan met gokken juist veel op kan leveren. De kans dat dit gebeurt is uiteraard heel klein, maar gokkers denken wat dit betreft niet zeer logisch.

6. Gokkers zien niet graag onder ogen dat het hun niet lukt om de opdrachten uit te voeren. Ze vinden het eenvoudiger deze confrontatie uit de weg te gaan door niet meer te komen. Cliënten hadden over het algemeen moeite om te vertellen dat een opdracht niet was gelukt, of dat ze deze niet hadden uitgevoerd. De conclusie dat de therapie toch niet werkt of dat men het toch niet kan ('self-fulfilling prophecy'), kan hierdoor snel worden getrokken. Een andere verklaring voor het relatief makkelijk stoppen met de behandeling kan worden gevonden in de geïsoleerde positie waarin de gokker zich bevindt. Gokken wordt door de omgeving en de maatschappij als iets negatiefs gezien. Gokkers ondervinden over het algemeen weinig steun en begrip voor hun probleem. De omgeving reageert vaak met: 'Dan stop je toch gewoon', 'Toon eens wat ruggengraat', 'Het kost je toch alleen maar geld', enzovoort. Door deze negatieve ervaringen probeert de gokker het probleem voor de omgeving te verbergen en een eigen manier te vinden om het te lijf te gaan. Een verschil in dit opzicht met bijvoorbeeld cliënten met angstklachten kan hieruit worden verklaard. Deze groep ondervindt veelal veel steun en begrip vanuit de omgeving als iets niet lukt vanwege de angst, en durft zich daardoor ook kwetsbaarder op te stellen in de behandeling. Gokkers daarentegen zijn defensiever, wantrouwender en minder geneigd openlijk te spreken over hun probleem. Het zich kwetsbaar opstellen heeft in het verleden immers geleid tot 'afstraffing' (onbegrip vanuit de omgeving).
7. Cliënten zijn niet in staat de opdrachten zelfstandig uit te voeren, wat leidt tot ongelooft in eigen kunnen en in het nut van de therapie. Deze verklaring ligt in het verlengde van de verklaring onder punt zes. Veel cliënten voerden de opdrachten niet volgens de afspraak of helemaal niet uit. Mogelijk door gebrek aan motivatie, discipline, zelfcontrole of door een overvloed aan impulsiviteit.

Discussie

Bij behandelingen van gokken is het relatief hoge drop-out-percentage kenmerkend. Bestudering van de drop-outs wordt dringend nodig geacht. Dit wordt echter bemoeilijkt doordat de drop-outs in de meeste gevallen niet bereid zijn verdere medewerking te verlenen. Ook komen in de behandeling veelvuldig problemen voor die de uitvoering van de behandeling belemmeren. Vanuit de speculaties over oorzaken van drop-outs en onze ervaring met problemen in de

behandeling van gokkers hebben wij een aantal conclusies en aanbevelingen geformuleerd die de kans op problemen tijdens de behandeling kunnen beperken.

Gebrek aan motivatie

Onze ervaring is dat gokkers erg goed en herhaaldelijk gemotiveerd moeten worden om in behandeling te gaan of de behandeling voort te zetten. Vooral cliënten die door druk van derden of met name om secundaire problemen in behandeling komen zijn weinig gemotiveerd. De ernst van het gokken wordt niet onderkend of het gokken wordt van ondergeschikt belang gevonden. In de eerste sessie kan een **kosten-baten-analyse** worden gemaakt om de cliënt de ernst van het probleem te laten inschatten en inzien. De positieve gevolgen van een afname van het gokken, zoals schuldenvrij zijn en het verbeteren van de relaties met derden, moeten hierbij worden benadrukt. Deze liggen veelal buiten het gezichtsveld van de cliënt, omdat ze zich op de langere termijn manifesteren. De cliënt ziet hoofdzakelijk de negatieve consequenties (onrust, ontwenningverschijnselen), die zich op de korte termijn voordoen. Vergelijkingen met stoppen met roken en afkicken van drugs zijn in dit verband op hun plaats. Voldoende tijd moet worden besteed aan het opbouwen van **een goede samenwerkingsrelatie**, met het doel dat de defensieve en wantrouwende houding van de cliënt afneemt. Ook is het zinvol de cliënten het idee te geven dat zij bepalen wat er wanneer, op welke manier gebeurt. Te veel sturing en overtuiging van de juistheid van de therapie aan de kant van de therapeut leidt tot een tegendraadse houding bij de cliënt. Een judo-achtige houding kan in dit opzicht uitkomst bieden. Meer ruimte inbouwen in de behandeling voor het bespreken van secundaire problemen die met het gokken samenhangen kan de cliënt wellicht motiveren, waardoor evenwel het gevaar ontstaat dat het hoofddoel van de behandeling wordt overschaduwd. Het beste is om de cliënt te beloven dat andere problemen in een later stadium van de behandeling aan bod zullen komen, nadat het gokken is behandeld. Cliënten kunnen moeite hebben met het behandelingsdoel 'beheerst leren gokken'. De therapeut moet veel begrip tonen voor de ernst van het probleem en de angst die de cliënt mogelijk heeft voor het uitvoeren van de exposure-opdrachten. De behandeling moet zeker niet als eenvoudig worden beschreven. Als de cliënt helemaal wenst te stoppen met gokken (d.w.z. vermijden van alle situaties waarin de drang om te gokken wordt uitgelokt) is het goed hem te (laten) schetsen dat hierdoor de drang niet verdwijnt en dat **het erg lastig of onmogelijk is alle situaties waarin de drang om te gokken wordt uitgelokt, te vermijden**. Het presenteren van een functie-analyse en een goede uitleg van de rationale van de behandeling, met de nadruk op het graduele verloop van de exposure-opdrachten, kunnen angst en twijfel van de gokker enigszins wegnemen. Meestal stonden wij in het begin van de behandeling enige vermijding toe, als bleek dat de cliënt erg angstig was om een opdracht uit te voeren. De opdrachten werden aangepast, bijvoorbeeld: 'Langs een gokhal lopen en de andere kant opkijken', in plaats van 'Langs een gokhal lopen en naar binnen kijken'. Algemene punten

Cliënten met grote financiële schulden behoeven extra aandacht. Regelingen moeten worden getroffen om de schulden af te lossen. Belangrijk is dat cliënt voldoende geld heeft om van rond te komen. Activiteiten waarvoor weinig geld nodig is moeten worden gestimuleerd. Bij deze groep gokkers is het zinvol **eerst de**

financiële problemen aan te pakken om de motivatie voor de behandeling te vergroten, voordat wordt begonnen met een exposure-behandeling.

Persoonlijkheidskenmerken van de gokker, zoals impulsiviteit, schaamte, externe attributie, makkelijk de waarheid verdraaien en een behoefte om zelf te bepalen wat er gebeurt, kunnen voor problemen zorgen in de behandeling. Dit zullen we hieronder toelichten. Een groot aantal cliënten was geneigd de opdrachten op een eigen manier, dat wil zeggen: niet conform de afspraak met de therapeut, uit te voeren. Ofwel ontbrak inzicht in de noodzaak van een precieze uitvoering van de opdrachten, ofwel vonden de cliënten de opdrachten te tijdrovend, vervelend of moeilijk. Veel alternatieve uitvoeringen van opdrachten zijn toe te schrijven aan het **weinig gedisciplineerde of impulsieve karakter** van de cliënten ('Ik ben maar met al mijn geld naar de gokhal gegaan, in plaats van met de afgesproken vijftiengulden, anders moest ik eerst naar huis. En ik was toch in de buurt van de gokhal; ik dacht dat het met meer ook wel zou lukken'). Hans kwam drie jaar na de therapie (na vier sessies gestopt) zijn ex-therapeut opzoeken om te vertellen dat het nu heel goed met hem ging. Hij had elders een intensieve behandeling (opname) gehad voor zijn problemen. Het gokken was nu verleden tijd voor hem. Hij vertelde in de ambulante behandeling zijn therapeut in de waan te hebben gelaten dat alles op rolletjes liep. Hij had echter onder andere zijn moeder opgelicht door te zeggen dat hij honderd gulden voor de therapieopdrachten nodig had, terwijl dit maar tien gulden was. Vervolgens vergokte hij al het geld. Voor de therapeut was dit een complete verrassing. Meer nadruk op het voorspellen van het mislukken van de opdrachten aan het begin van de behandeling kan enig schaamtegevoel wegnemen. Enige voorzichtigheid is hierbij wel geboden, omdat het voor de cliënt een bevestiging kan zijn van zijn idee dat het gokken door externe omstandigheden wordt bepaald ('Het overkwam me', 'Ik kan het niet weerstaan'), met als gevolg dat de gokker toegeeft aan zijn drang. **Dat de cliënt de huiswerkopdrachten samen uitvoert met de therapeut, met name aan het begin van de behandeling, heeft sterk de voorkeur boven het de cliënt zelfstandig laten uitvoeren.** De

'ontsnappingsmogelijkheden' van de cliënt voor het uitvoeren van de opdrachten worden ingeperkt. Daarnaast krijgt de therapeut een getrouw en volledig beeld van het verloop van de uitgevoerde opdrachten. Voor enkele gokkers kan dit echter de drempel verhogen, aangezien het gokken vaak plaatsvindt in een sociaal verband. Begeleiding door een therapeut kan het imago van de gokker in de groep schaden, waardoor de bereidheid voor deelname afneemt. Tevens kan dit het gevoel van betutteling in de hand werken. Een andere mogelijkheid is dat iemand uit de omgeving van de cliënt hem begeleidt bij het uitvoeren van de opdrachten. De rapportage door de cliënten over de uitvoering van de opdrachten was veelal summier. Patiënten waren jongens en jonge mannen die in een 'macho-cultuur' leven, waarbij praten over gevoelens, gedachten en minutieuze gedragingen niet populair is. Een passieve houding van de cliënt in de therapie was eveneens vrij algemeen. Bij het opstellen van de lijst met opdrachten voor het exposuregedeelte van de behandeling werd een afwachtende houding aangenomen. Veelal was het de therapeut die de opdrachten vorm en inhoud moest geven. Onzekerheid van de kant van de cliënt of het niet willen afgaan door 'verkeerde' dingen te zeggen verklaren deze houding waarschijnlijk. Veel therapieessies hadden het karakter van een

vraag–en–antwoordspelletje. Aansluiting bij de belevingswereld en omgangsvormen van de cliënt, kan een positieve bijdrage leveren aan de therapeutische relatie.

Uitvoering van de behandeling

Het ontwikkelen van alternatieve gedragingen en het laten beheren van geld door derden lijken op het eerste gezicht een optimale cue–exposure tegen te werken, omdat een aantal belangrijke cues (verveling en de beschikking over eigen geld) wordt vermeden. Over het ontwikkelen van alternatieve gedragingen moet worden opgemerkt dat deze niet voor een volledige dag invulling zorgen. Dit betekent dat momenten van verveling aanwezig zullen blijven. Voor de uitvoering van exposure–opdrachten kunnen momenten van verveling worden gecreëerd. Bijvoorbeeld: ‘Twee uur doelloos door de stad lopen en vervolgens naar een gokhal gaan om gecontroleerd te gaan gokken.’ Het alternatieve gedrag biedt de cliënt een extra wapen in de strijd tegen de gokdrang, dat kan worden ingezet op momenten waarop de drang opkomt. Het uitvoeren van het alternatieve gedrag kan als ondersteuning voor de respons preventie worden beschouwd in situaties waarin drang wordt ervaren buiten de exposure–opdrachten om. Bij aanwezigheid van gokdrang moet de cliënt deze weerstaan. Nu niet in de vorm van gecontroleerd gokken, maar in de vorm van het uitvoeren van het alternatieve gedrag. Dit maakt ook duidelijk dat het alternatieve gedrag elk moment uitgevoerd moet kunnen worden en financieel haalbaar moet zijn. Naar de bioscoop gaan is geen goede keuze voor het alternatieve gedrag, omdat deze niet 24 uur per dag open is even afgezien van de vraag of cliënt een kaartje kan bekostigen). Het beheren van geld door derden moet worden gezien als een omstandigheid die hoort bij de relatief gemakkelijke opdrachten in de exposure–hiërarchielijst. Uiteindelijk zou in de therapie moeten worden toegewerkt naar volledige beheersing over het eigen geld als moeilijkste cue. Onze ervaring is dat een aantal gokkers deze verantwoordelijkheid niet aandurft of dat de beheerders van het geld het beheer niet meer uit handen willen geven. Dit laatste kan naar onze mening het beste worden verholpen door de beheerder(s) van de financiën te betrekken bij de behandeling. Kennis over wat er in de behandeling, waarom gebeurt, kan angst en onzekerheid wegnemen en inzicht in de noodzaak van de actie vergroten. Voor de cliënt betekent dit meer controle van buitenaf over zijn acties, waardoor de kans op ‘misstappen’ wordt verkleind.

Tot besluit

De vele speculaties en suggesties die wij in dit artikel hebben gedaan moeten met reserve worden beschouwd. De groep gokkers die wij hebben behandeld is een selecte groep. In de eerste plaats waren de gokkers vrij jong. Ook moesten de cliënten aan een aantal selectiecriteria voldoen om in behandeling te mogen: pathologisch gokken was de belangrijkste klacht, er stonden geen andere psychiatrische problemen op de voorgrond, de cliënt moest toestemmen in het onderzoeksprotocol en bereid zijn op verschillende momenten vragenlijsten in te vullen. Wellicht hadden de therapeut en cliënt ieder een verborgen agenda, wat mogelijk in sommige gevallen tot vroegtijdige afronding van de behandeling geleid heeft. De therapeuten wilden cliënten in het onderzoek houden en de cliënten wilden in behandeling blijven om hun omgeving gerust te stellen. Dit heeft in sommige

gevallen geleid tot een 'niet-optimale' uitvoering van de behandeling. De therapeuten hadden tevens de indruk dat een aantal cliënten die de behandeling met succes hebben afgerond het waarschijnlijk op eigen kracht ook hadden gered. Een aantal cliënten was bij aanvang van de therapie al vastbesloten om van het gokken af te komen en ervan overtuigd dat hun dit zou lukken. Bij de exposure-opdrachten voelden deze gokkers weinig of geen drang om te gokken. Mogelijk was het probleem op het moment van behandeling al bijna verdwenen.

Abstract In this article we discuss problems that frequently arise in the treatment of gambling. Gambling can become a persistent problem, as is illustrated by the large amount of unsuccessful attempts by the gambler to solve the problem. The treatment of gambling is characterised by the relative large number of drop-outs and relapsers. Significant factors that contribute to unsuccessful treatment are lack of knowledge about

- (1) the mechanisms that cause gambling and maintain it and (2) causes of unsuccessful treatment. The latter is caused by the fact that most gamblers seem to have disappeared from earth when treatment has failed to cure them or when they have dropped out of treatment in an early stage. In the literature mainly the successful cases are reported. In three case reports we describe problems that arose during our treatment of gambling. We speculate about the causes of unsuccessful treatments, which we think can be ascribed to characteristics of the gambler, the treatment and the therapeutic relationship. Finally we postulate some recommendations for the treatment of gambling, which possibly can contribute to more satisfaction and success.

Referenties American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3e ed., revised). Washington, DC: APA. Bannister, G. (1977). Cognitive and behavior therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 223–227. Barker, J.C. & Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous Mental Disease*, 146, 285–302. Cotler, S.B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy*, 2, 579–584. Dickerson, M.G. & Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 139–141. England, L.S. & Gotestam, K.G. (1991). The nature and treatment of excessive gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84, 113–120. Fontijn, W. (1988). Ambulante behandeling van excessief gokken. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, 14, 200–206. Goorney, A.B. (1968). Treatment in a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 329–333. Greenberg, D. & Marks, I. (1982). Behavioural psychotherapy of uncommon referrals. *British Journal of Psychiatry*, 141, 148–153. Greenberg, D. & Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364–366. Hammersley, R. (1992). Cue exposure and learning theory. *Addictive Behaviors*, 17, 297–300. Jansen, A. (1992). Bulimia nervosa en de bekoring van cue-exposure. *Directieve Therapie*, 2, 127–149. Knapp, T.J. (1976). A functional analysis of gambling behavior. In: W.R. Eadington (red.), *Gambling and society: Interdisciplinary studies on the subject of gambling*. Springfield: Charles Thomas. McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczyński, A. & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366–372. McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczyński, A. & Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification*, 12, 371–384.