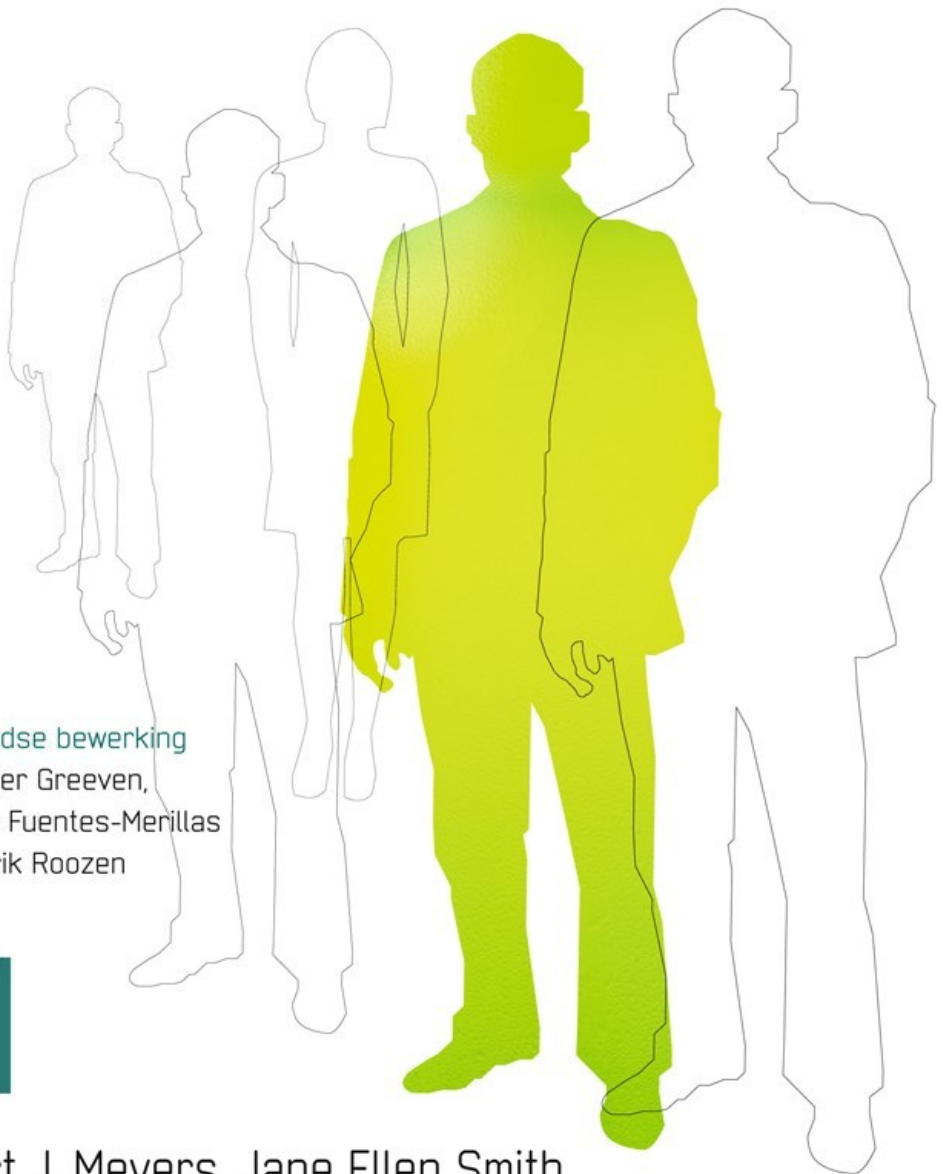


HANDBOEK VOOR DE BEHANDELING VAN ALCOHOLVERSLAVING

de community reinforcement approach



Nederlandse bewerking
door: Peter Greeven,
Laura De Fuentes-Merillas
en Hendrik Roozen

Bohn
Stafleu
van Loghum

Robert J. Meyers, Jane Ellen Smith

Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving

Jane en ik willen het boek graag opdragen aan de volgende mensen:

Aan alle vrienden en collega's in Southern Illinois (Nate A., Floyd C., Bobby S., Wendy B., Paul S., Jackie B., Connie B., Jean H., Fran C., Dave M. en Mark G.) die geduldig waren en mij hebben gesteund tijdens spannende maar moeilijke tijden. Speciale dank gaat uit naar John Mallams voor zijn mentorschap in het begin van mijn carrière en voor zijn hulp bij dit project.

Robert J. Meyers

Aan de betrokken faculteit van de afdeling psychologie aan de State University of New York in Binghamton, waar ik de waarde van het 'scientist-practitioner' model leerde kennen.

Jane Ellen Smith

Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving

De Community Reinforcement Approach

Robert J. Meyers
Jane Ellen Smith

Nederlandse bewerking door:

Peter Greeven, Laura DeFuentes-Merillas en Hendrik Roozen



Bohn Stafleu van Loghum
Houten 2008

© 2008 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 313 52883

NUR 772

Ontwerp omslag: Houdbaar, Deventer

Ontwerp binnenwerk: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Pre Press, Zeist

© The Guilford Press, 1995

A Division of Guilford Publications, Inc.

‘Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving’ is oorspronkelijk in het Engels gepubliceerd in 1995 onder de titel ‘Clinical Guide to Alcohol Treatment’.
Bewerking in het Nederlands: Peter Greeven, Laura DeFuentes-Merillas en Hendrik Roozen

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud

	Foreword	7
1	Geschiedenis van de Community Reinforcement Approach	9
	Inleiding	9
	De eerste CRA-onderzoeken	10
	Verdere ontwikkelingen	27
	Tot besluit	29
	Literatuur	30
2	CRA-assessment	33
	Identificeren en vergroten van motivatie	33
	Achtergrondinformatie en informatie over middelengebruik	34
	CRA-functieanalyse	36
3	Sobriety Sampling	60
4	Gebruik van disulfiram binnen CRA	77
5	CRA-behandelplan	103
	Tevredenheidslijst	103
	Behandeldoelen	108
6	Training gedragsvaardigheden	128
	Training communicatieve vaardigheden	128
	Training probleemoplossende vaardigheden	132
	Training in vaardigheden: het weigeren van drank	138
7	Additionele CRA-technieken	149
	Loopbaanbegeleiding	149

	Oplossingsgerichte oriëntatie	155
	Prompt rule	157
	Training beperkte blootstelling	159
	Omkering van motivatie	161
	Zelfstandigheidstraining	166
8	Sociale activiteiten en vrijetijdsbesteding	169
9	CRA-relatietherapie	179
	Relatietevredenheidslijst	181
	Het formulier: 'Een perfecte relatie'	186
	Registratieformulier om dagelijks aardig te zijn	191
10	CRA-terugvalpreventie	217
11	Het CRA-perspectief	234
	Veelvoorkomende omissies bij de toepassing van CRA	234
	CRA: breed toepasbaar	240
	Literatuur	242
	CRA-begrippenlijst	244
	Over de auteurs	248
	Over de Nederlandse editors	249

Foreword

The Community Reinforcement Approach (CRA) has been cited in numerous literature reviews from 1991 (Holder et al.) to 2006 (Miller et al.) as one of the most efficacious treatments for substance abuse. CRA has been evaluated in dozens of clinical trials starting in 1973. CRA continues to be examined around the world and current studies continue to evaluate the effectiveness of CRA. For over 35 years CRA has proven to help alleviate the suffering of alcohol dependence, opiate dependence, cocaine dependence and marijuana dependence. CRA is one of the few treatments that has shown to be an effective tool serving these diverse individuals.

The Community Reinforcement Approach has been used with inpatient programs, day treatment programs, outpatient programs, aftercare programs, homeless programs and programs that assist runaway teenage clients. In all cases CRA has proven to be an effective treatment to reduce use of alcohol and other drugs, and to increase the use of positive aspects of society, like schools, jobs, positive family involvement, and use of positive social and recreational activities.

Currently CRA is being used in the United States, Australia, Canada, Finland, Germany, New Zealand, Poland, Sweden, the United Kingdom, and the Netherlands. CRA treatment in the Netherlands has been spearheaded by Dr. Hendrik Roozen who has conducted numerous clinical trials, and has published a systematic review of the effectiveness of CRA in alcohol, cocaine and opioid addiction (Roozen et al., 2004).

Translating the book *Clinical Guide to Alcohol Treatment* into Dutch, will make this empirically based treatment accessible to Dutch psychiatrists, physicians, psychologists, therapists, social workers and case workers and complete this important step to have CRA become an integral part of substance abuse treatment in the Netherlands.

The commitment to embrace CRA as part of a comprehensive treatment system by forward thinking treatment centers like Bouman GGZ and Novadic-Kentron, who initiated this book translation, is encouraging. The efforts of these programs are a testament to their progressive thinking and their dedication to the people they serve.

I commend this excellent translation of our CRA book and believe it will make a substantial contribution to support substance abuse treatment in the Netherlands.

I want to give a special thanks to my good friend and colleague Dr. Hendrik Roozen whose dedication and determination to good science and hard work have brought CRA research, CRA training, and renewed interest in evidence based treatments to the Netherlands.

Robert J. Meyers, Ph.D.
Associate Research Professor Emeritus in Psychology
The University of New Mexico

Geschiedenis van de Community Reinforcement Approach¹

Geactualiseerd en bewerkt door H.G. Roozen, L. DeFuentes-Merillas en P.G.J. Greeven

Inleiding

Verslaving behoort samen met angst en depressie tot de top drie van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in Nederland. Alcohol- en drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsproblemen, sociale en financiële problemen, overlast en criminaliteit. Slechts een klein deel van de verslaafde populatie meldt zich voor hulp bij de verslavingszorg. Dan blijkt vaak dat stoppen of minderen niet eenvoudig is en dat terugval in verslavingsgedrag eerder regel is dan uitzondering. In toenemende mate wordt verslaving beschouwd als een langdurende, chronische ziekte, waarbij de belonende werking van alcohol en drugs op de hersenen een centrale rol speelt. Juist deze 'beloningsaspecten' staan centraal in de Community Reinforcement Approach (CRA). Deze aanpak is voor Nederlandse begrippen een relatief nieuwe benadering die zich richt op het ontwikkelen van een alternatieve leefstijl die meer belonend is dan middelengebruik. CRA is een cognitief-gedragsmatige behandeling die zich focust op gedragsverandering bij mensen die afhankelijk zijn van middelen. Het is gebaseerd op de aanname dat bekrachtigers uit de sociale omgeving van grote invloed zijn en bepalen of het gebruik van alcohol en/of drugs wordt voortgezet. CRA richt zich dan ook primair op bekrachtigers in de fysieke omgeving, zoals het gezin, woonomgeving, vrienden, vrijetijdsbesteding, werk en dergelijke. CRA erkent het belang van omgevingsfactoren bij het aan- of ontmoedigen van middelengebruik

1 Dit hoofdstuk wijkt af van de oorspronkelijke versie van Meyers & Smit (1995). Naast de originele tekst is er een samenvatting gemaakt van ontwikkelingen en bevindingen die gepubliceerd zijn na 1995. Verder is er een deel toegevoegd waarin de 'state of the art' van CRA in de Nederlandse situatie wordt beschreven.

en probeert deze factoren zo te beïnvloeden dat een leefstijl zonder drugs en/of alcohol als waardevoller wordt beleefd. Daarnaast combineert CRA op een creatieve wijze met farmacotherapie, om de bekrachtigende werking van psychotrope stoffen te reduceren. Er wordt gebruikgemaakt van een scala aan interventies. CRA omvat diagnostiek en functieanalyse; farmacotherapie; verbeteren van therapietrouw; monitoring van gedrag en middelengebruik (bijvoorbeeld urine en BAC²); relatietherapie; sociaal-netwerkbegeleiding; oriëntatie op werk, opleiding en vrijetijdsbesteding; probleemoplossende vaardigheden; sociale vaardigheidstrainingen en terugvalpreventie. Het doel van CRA is echter veel meer dan het aanbieden van een verzameling van therapeutische interventies. Het is een geïntegreerde aanpak om verslaafden te assisteren bij het veranderen van schadelijk gedrag.

De effectiviteit van CRA is inmiddels aangetoond (Holder et al., 1991; Miller et al., 1995, 2003; Roozen et al., 2004), en geldt als een van de meest werkzame methodieken bij de behandeling van verslaving. Daarnaast blijkt dat CRA een van de meest kosteneffectieve methodieken is (Finney & Monahan, 1996).

In dit hoofdstuk wordt een overzicht geboden van het originele onderzoek dat is verricht in de Verenigde Staten en dat de aanleiding vormde tot de ontwikkeling van CRA. Daarnaast is meer recent onderzoek toegevoegd waaruit blijkt dat CRA werkt voor diverse doelgroepen, waaronder alcoholverslaafden, cocaïneverslaafden, heroïneverslaafden en dak- en thuislozen.

De eerste CRA-onderzoeken

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw toonden Nathan Azrin en zijn collega's in drie onderzoeken aan dat CRA effectiever was dan de toen geldende reguliere behandelmethoden. In het eerste originele onderzoek (Hunt & Azrin, 1973) werden alcoholafhankelijke cliënten geselecteerd en werden onderzoeksmatig vergeleken met cliënten met een overeenkomstige achtergrond (in termen van leeftijd, opleiding, aantal jaren alcoholgebruik, stabiliteit in familie en arbeidscarrière). Door middel van randomisatie werd bepaald wie er in de experimentele conditie (CRA-behandeling) of in de controlegroep terecht zou komen.

Het programma van de controlegroep omvatte het traditionele AA-programma, gebaseerd op het Jellinek-ziektemodel (Jellinek, 1960) en

2 Vertaling: Bloed Alcohol Concentratie: de concentratie van alcohol in het bloed.

was opgebouwd uit twaalf stappen. De behandeling bestond uit 25 sessies waarin de volgende onderwerpen aan bod kwamen: algemene AA-procedures; problemen van alcoholisten; typisch gedrag van alcoholisten; medische complicaties van alcoholisme en alcoholgerelateerde seksuele problemen.

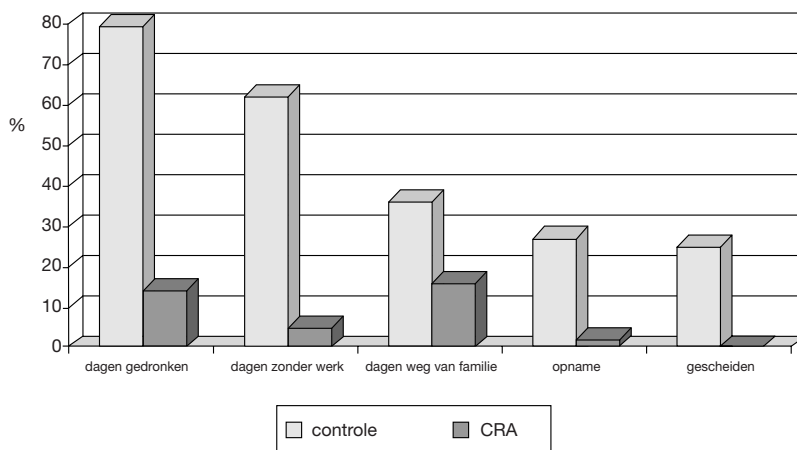
De deelnemers in de CRA-groep ontvingen dezelfde reguliere behandeling, maar aangevuld met een CRA-behandeling.

De CRA-behandeling bestond onder meer uit loopbaanbegeleiding, vergroten van sociale en recreatieve activiteiten, hulp bij het verbeteren van de toegankelijkheid van alternatieve bekrachtigers, deelname aan een alcoholvrije *social club* en terugvalpreventie in de vorm van huisbezoeken door CRA-hulpverleners (zie Begrippenlijst achter in het boek). Getrouwde cliënten ontvingen tevens relatietherapie.

Bij de nameting na zes maanden bleek dat de cliënten in de CRA-groep minder dagen hadden gedronken dan de cliënten uit de controlegroep. Er werden opvallende resultaten bereikt op het gebied van werk. De cliënten in de CRA-conditie brachten meer nachten door met hun familie. En de cliënten die een CRA-behandeling hadden gevolgd, verbleven minder dagen in een kliniek, in vergelijking tot deelnemers uit de controlegroep. Ook waren er positieve resultaten op relationeel gebied (zie figuur 1.1).

Hoewel de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden vanwege het beperkte aantal deelnemers, werd dit experiment om verschillende redenen als zeer belangrijk gezien. Ten eerste was het een van de weinige onderzoeken die gebruikmaakten van een controlegroep. Er vonden niet alleen verbeteringen plaats voor CRA-deelnemers met betrekking tot hun alcoholgebruik, maar ook op vele andere leefgebieden. Ten slotte bood CRA qua etiologie een interessant nieuw concept, gebaseerd op de theorie van operante bekrachtiging.

Een tweede onderzoek naar het effect van CRA leverde vergelijkbare resultaten op (Azrin, 1976). Dit onderzoek was een uitbreiding van het originele onderzoek, aangezien er vier nieuwe procedures werden toegevoegd. Deze procedures bestonden uit: (1) het voorschrijven van disulfiram, (2) een onderdeel gericht op het innemen van disulfiram, (3) een signaleringssysteem voor het optreden van problemen en (4) een buddysysteem, als bron van sociale steun. Andere wijzigingen aan het originele CRA-onderzoek bestonden uit het opzetten van een groepsbehandeling en het inzetten van verschillende hulpverleners. De controlegroep ontving de reguliere behandeling. Deze bestond uit educatie over de gevaren van alcohol, individuele en groepsbehande-



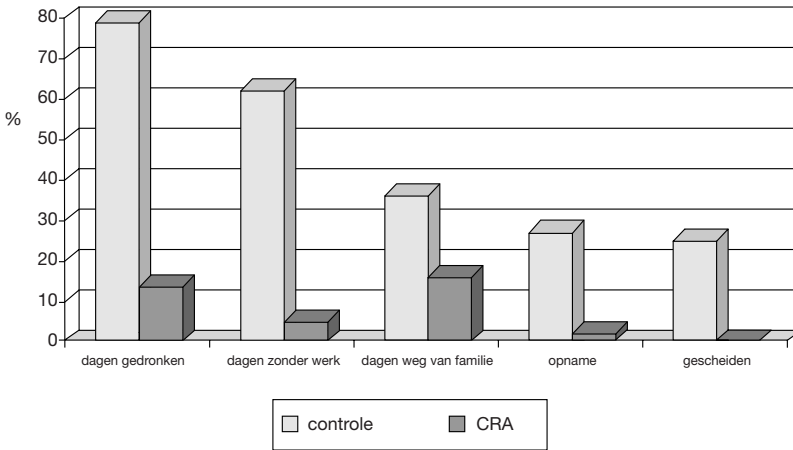
Figuur 1.1 Overzicht van het behandelresultaat (%) van het CRA-onderzoek van Hunt & Azrin (1973). (Verticale as is percentage, horizontale as zijn de resultaatgebieden)

ling, advies om disulfiram in te nemen en aanmoediging om AA-bijeenkomsten bij te wonen.

Het onderzoek werd opnieuw uitgevoerd met opgenomen cliënten en er werd gebruikgemaakt van een controlegroep. De deelnemers werden aan elkaar onderzoeksmatig gekoppeld op basis van vijf variabelen: werktevredenheid, werkstabiliteit, familiestabiliteit, sociaal leven en aantal jaren alcoholgebruik. Door middel van randomisatie werd bepaald wie in welke conditie terecht zou komen.

De CRA-groep scoorde opnieuw betere resultaten in vergelijking met de controlegroep tijdens de zes maanden follow-up (zie figuur 1.2). De CRA-groep dronk gemiddeld veel minder dagen alcohol dan de controlegroep. Het percentage niet-gewerkte dagen was lager voor de CRA-groep en de cliënten uit de CRA-groep waren bijna tienmaal vaker 's nachts thuis bij hun gezin in vergelijking met de controlegroep. Na zes maanden bleek dat er geen cliënten uit de CRA-groep opgenomen waren voor alcoholproblemen, in tegenstelling tot bijna de helft van de cliënten uit de controlegroep (Azrin et al., 1976). Statistisch gezien waren al deze vergelijkingen significant. Resultaten over een follow-up van twee jaar waren al even indrukwekkend; het abstinentiepercentage voor deelnemers uit de CRA-groep bedroeg 90%.

De resultaten van dit tweede experiment zijn belangrijk; de gemiddelde behandeltime bedroeg dertig uur, terwijl de gemiddelde behandeltime in het eerste experiment vijftig uur bedroeg. Verder waren de



Figuur 1.2 Overzicht van het behandelresultaat (%) van het CRA-onderzoek van Azrin (1976). (Verticale as is percentage, horizontale as zijn de resultaatsgebieden)

resultaten van alle betrokken hulpverleners vergelijkbaar, wat suggereert dat de effectiviteit toe te schrijven is aan de CRA-procedures en niet zozeer aan de individuele behandelstijl. Het experiment was daarnaast opmerkelijk vanwege de introductie van nieuwe procedures, waaronder het disulfiramprogramma en het vroegtijdige waarschuwingssysteem. Het enige kritiekpunt van dit experiment vormde opnieuw het geringe aantal deelnemers, maar in latere experimenten is hier wel rekening mee gehouden.

TOEPASSING VAN CRA BIJ AMBULANTE CLIËNTEN

Het derde CRA-onderzoek was het eerste met ambulante cliënten (Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982). Het belangrijkste doel was om de effectiviteit van het disulfiramprogramma uit het voorgaande onderzoek te vergelijken met de traditionele disulfiramprocedure. Een tweede doel was om een relatief korte CRA-versie te onderzoeken door de behandelstijd te reduceren tot ongeveer vijf uur.

Deelnemers werden opnieuw door middel van randomisatie ingedeeld in één van de drie behandelgroepen:

- 1 de traditionele behandelgroep;
- 2 disulfiramprogrammagroep;
- 3 CRA-plus-disulfiramprogrammagroep.

De traditionele behandelgroep ($n=14$) volgde het twaalfstappenprogramma en kreeg disulfiram voorgeschreven. Hulpverleners

werkten met het Jellinek-diagram (Jellinek, 1960), lieten de film *Chalk Talk* (Martin, 1972) zien en bespraken de AA-filosofie. Hulpverleners maakten aanvullend gebruik van een gedragstherapeutische procedure om zich ervan te verzekeren dat de deelnemers daadwerkelijk AA-bijeenkomsten zouden bezoeken.

De tweede groep, de groep die deelnam aan het disulfiramprogramma ($n=15$), onderging dezelfde behandeling als de eerste groep maar nam daarnaast samen met hun *Belangrijke Ander* deel aan een disulfiramprogramma. Dit programma bestond niet alleen uit het monitoren en positief bekrachtigen van disulfiram-inname, maar ook uit rollenspellen om het weigeren van alcohol te oefenen. De *Belangrijke Ander* volgde een training communicatieve vaardigheden om adequaat te kunnen reageren in dergelijke situaties. Omdat deze groep een combinatie van de traditionele behandelmethodes en de CRA-methode onderging, werd er verwacht dat de resultaten in het midden zouden liggen.

De derde groep, de groep die in aanmerking kwam voor de CRA-behandeling, inclusief het disulfiramprogramma ($n=14$), nam deel aan de CRA-procedures die al in eerdere experimenten geïntroduceerd werden. Hiertoe behoorden: motivatietherapie (*Sobriety Sampling*), uitreiken van disulfiram tijdens eerste sessie, training voor het weigeren van drank en ontspanningstraining. De deelnemers in deze groep namen gemiddeld deel aan vijf behandelingsessies. Daarnaast hadden zij telefonisch contact en bezochten zij loopbaanbegeleiders. Zoals voorspeld waren de resultaten voor de groepen met het disulfiramprogramma beter dan voor de groep die niet het disulfiramprogramma kreeg aangeboden. De eerste twee groepen behaalden de hoogste abstinentiepercentages. Hoewel de cliënten uit alle drie de groepen bijna volledig abtinent bleven gedurende de eerste behandelmaand, traden er verschillen op tijdens de zes maanden durende follow-up.

De groep die alleen het disulfiramprogramma volgde, liet tijdens de follow-up een afname zien in zowel de inname van disulfiram als het percentage van abstinentie. Gemiddeld was deze groep 74% van de follow-up abtinent. De groep die de CRA-behandeling inclusief het disulfiramprogramma volgde, dronk gemiddeld slechts één dag per maand gedurende de zes maanden durende follow-up. Dit komt overeen met een abstinentiepercentage van 97%. Als er nog specifiek naar de gegevens wordt gekeken, dan blijkt dat koppels binnen de groep die alleen het disulfiramprogramma volgden, betere resultaten lieten zien dan de singles binnen deze groep. De koppels uit deze groep evenaarden zelfs op veel punten de resultaten van de groep

die de CRA-behandeling inclusief het disulfiramprogramma volgde. Bij de groep die de traditionele behandelmethodede volgde, stopte het disulfiramgebruik volledig na de derde maand, en daarmee kelderde het abstinentiepercentage. In de laatste maand van de follow-up was de traditionele groep slechts 45% van de dagen abtinent. En hoewel er geen significante verschillen te vinden waren tussen de werkloosheidspercentages in de zes maanden durende follow-up, werden er wel typische verschillen gevonden tussen de groep die de traditionele behandelmethodede volgde en de groep die de CRA-methode inclusief het disulfiramprogramma kreeg aangeboden. De eerste groep was 36% van de maand werkloos en de laatste groep 7%. Dit onderzoek was opvallend omdat het aantoonde dat CRA ook effectief was met een minimum aantal behandeluren, en door de toepassing op een groep van ambulante cliënten. Opmerkelijk was ook de bevinding dat de burgerlijke staat een belangrijke rol leek te spelen bij de effectiviteit van de behandeling. Een potentiële beperking van dit experiment was dat er niet getest is of de resultaten te generaliseren zijn naar een grotere populatie.

UITBREIDING VAN HET ORIGINELE CRA-EXPERIMENT ONDER AMBULANTE CLIËNTEN

In de jaren hierna zijn er diverse onderzoeken verricht naar de uitbreiding en generaliseerbaarheid van het originele CRA-experiment onder ambulante cliënten. Een doel van dit onderzoek was om te achterhalen of de toevoeging van disulfiram aan het CRA-programma, (CRA plus disulfiram), de behandelresultaten significant zouden verbeteren. Bovendien werd onderzocht in hoeverre cliënten bereid waren om disulfiram in te nemen, ongeacht of zij ingedeeld waren in de CRA-plus-disulfiramgroep. De uitkomsten van dit onderzoek (Miller et al., 1992, 2001) gaven weer dat de groep die disulfiram ontving in combinatie met CRA, significant betere resultaten had dan de controlegroep. Daarnaast werd duidelijk dat de toevoeging van een monitoringsysteem door een *Belangrijke Ander* in veel gevallen net zo effectief was als het volledige 'CRA-pakket'. Ook werd aangetoond dat de toevoeging van disulfiram aan een volledig 'CRA-pakket' niet essentieel is, hetgeen een belangrijke nieuwe bevinding was ten opzichte van het onderzoek van Azrin et al. (1982).

CRA EN DAKLOZEN

Een ander onderzoek richtte zich op de toepassing van CRA op een alcoholafhankelijke en dakloze populatie met veel psychiatrische comorbiditeit (Smith et al., 1998). Het belangrijkste doel van dit onder-

zoek was om het reguliere behandelprogramma van een daklozenopvang te vergelijken met het CRA-programma. Cliënten werden gerandomiseerd toegewezen aan CRA of een reguliere behandeling. De reguliere behandeling bestond uit het basisprogramma van de daklozenopvang: toegang tot AA-bijeenkomsten gedurende vier dagen per week, een hulpverlener met kennis van het twaalfstappenplan, een loopbaanbegeleidingprogramma voor het vinden van tijdelijk werk, hulp bij budgetbeheer, gratis ontbijten, toegang tot douches, kledinguitwisseling, telefoon, postservice en opslag. De opvang was open op werkdagen van 08.00 uur 's ochtends tot 02.00 uur 's nachts. De cliënten uit de CRA-experimentele groep konden gebruikmaken van alle diensten die door de daklozenopvang beschikbaar werden gesteld. Daarnaast werden er vijf dagen per week CRA-groepsessies gehouden. Deze omvatten

- een *Job Finding Club* (voor het vinden van werk);
- training probleemoplossende vaardigheden;
- training voor het weigeren van alcohol;
- training vaardigheden om onafhankelijk leven te leiden;
- *social club*;
- gemeenschappelijke bijeenkomsten.

Er werden wekelijks twee prijzen uitgereikt voor het aanwezig zijn bij de groepsessies. Indien gewenst konden de cliënt en zijn/haar partner relatietherapie krijgen. Ook namen cliënten deel aan gemiddeld vijf individuele behandelsessies gedurende de drie maanden durende behandeling. Deze sessies behandelden voornamelijk basiskwesties. En ten slotte ontvingen de cliënten, indien geïndiceerd, disulfiram. Omdat veel cliënten in dit onderzoek niet over een partner beschikten, deelde de onderzoeksverpleegkundige de disulfiram dagelijks uit tijdens een groepsbijeenkomst. Ook fungeerde deze verpleegkundige als monitor. De deelnemers uit beide subonderzoeken werden gedurende twaalf weken voorzien van onderdak. Regelmatig werden er alcoholblaastesten gehouden op de desbetreffende locaties. Ook moesten cliënten regelmatig urinemonsters inleveren. Enige overtreding van de huisregels, zoals gebruik van alcohol of drugs, geweldsbedreigingen of diefstal resulteerde in het verlies van onderdak voor bepaalde tijd. Terugkeer naar de opvang was mogelijk indien men toezegde de regels weer te respecteren.

De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat de cliënten in beide interventies hun drinkgedrag enorm reduceerden. Echter, de CRA-groep deed het opnieuw beter dan de controlegroep. Dit gold niet

alleen voor het drinken van alcohol, maar ook voor het hebben van onderdak en allerlei sociale indicatoren.

ONDERZOEK NAAR DE WERKZAAMHEID VAN DE SOCIAL CLUB

Een onafhankelijk onderzoek onderzocht het behandelonderdeel *social club* (Mallams, Godley, Hall & Meyers, 1982). De *social club* werd in een van de eerste experimenten met CRA vooral ontwikkeld om een alcoholvrije omgeving aan te bieden op risicovolle momenten, zoals vrijdag- en zaterdagavonden (Azrin, 1976). Ambulante alcoholafhankelijke cliënten die reeds deelnamen aan een behandelprogramma, werden *at random* toebedeeld aan een experimentele- of controlegroep. De controlegroep, 'Minimaal Bewust' genaamd, ($n=16$) werd slechts geïnformeerd over het bestaan en het adres van de *social club*. De experimentele groep, 'Aangemoedigd' genaamd ($n=19$), ontving meer stimulans om deel te nemen aan de *social club* en bestond uit het volgende:

- tien contactmomenten waarin de cliënt werd aangemoedigd om naar de *social club* te gaan;
- flyers met de activiteiten van de *social club*;
- vervoer van en naar de *social club*;
- verstrekking van een lidmaatschapskaart;
- assistentie van de hulpverlener indien er obstakels waren om een bezoek te brengen aan de *social club*;
- gerichte aandacht om de cliënt zich op zijn gemak te laten voelen bij de *social club*;
- het aanbieden van activiteiten die de voorkeur van de cliënt hadden.

Volgens verwachting nam de experimentele groep veel vaker deel aan de *social club*. De behandelresultaten van deze groep waren echter op allerlei aspecten beter dan de controlegroep. Ook bleek dat de alcoholconsumptie van de experimentele groep was afgenomen en dat dit resultaat in de follow-up werd bevestigd.

Dit experiment was uniek omdat het als eerste een specifiek onderdeel van CRA onderzocht. Verder raakte het aan een belangrijk motivatieprobleem waar ook andere behandelprogramma's met regelmaat tegenaan liepen, namelijk, hoe moedig je individuen aan om deel te nemen aan potentieel waardevolle en bekrachtigende alcoholvrije activiteiten?

CRA EN DE BELANGRIJKE ANDER³

Een aantal jaren later werd de meerwaarde van het betrekken van de *Belangrijke Ander* bij de toepassing van CRA onderzocht (Sisson & Azrin, 1986). Alle deelnemers van dit onderzoek hadden contact opgenomen met een ambulante behandelcentrum met vragen over het drankprobleem van een partner of familielid. In dit experiment werd aan het bezorgde familielid geleerd hoe hij/zij de motivatie voor verandering van het familielid met een drankprobleem zou kunnen vergroten. Er vond wederom *at random* toewijzing plaats aan een experimentele of controlegroep. De controlegroep bestond uit een traditioneel programma met daarin discussies, films en folders die gericht waren op ziektebeelden behorend bij alcoholmisbruik. Daarnaast werd deelname aan Al-Anon bijeenkomsten aangemoedigd (Sisson & Mallams, 1981). De experimentele groep hanteerde de volgende CRA-elementen:

- training in bewustzijn van alcoholproblemen;
- motivatietraining;
- discussies over de positieve consequenties van niet-drinken;
- het plannen van alternatieve bekrachtigende activiteiten;
- de introductie van buitenactiviteiten voor de niet-drinkende partner;
- een training over hoe men het beste kan reageren als de probleemdrinker alcohol zou nuttigen;
- leren om de probleemdrinker verantwoordelijkheid te laten accepteren voor de gevolgen van zijn drankmisbruik;
- instructies over hoe te handelen in situaties met een hoog risico;
- vergroten van bewustzijn van cruciale momenten waarop de probleemdrinker kan worden overgehaald om toch in behandeling te gaan.

De resultaten waren indrukwekkend. Ruim 80% van de probleemdrinkers waarvan de *Belangrijke Ander* deelnam aan de CRA-groep ging uiteindelijk in behandeling. Van de controlegroep ging geen enkele partner in behandeling. Daarnaast bleek deelname van de partner aan de CRA-groep grote invloed te hebben op het drinkgedrag van de probleemdrinker, zonder dat deze op dat moment zelf in behandeling was. Probleemdrinkers waarvan de *Belangrijke Ander* was ingedeeld in de CRA-groep dronken gemiddeld minder dan de helft gedurende de periode dat de niet-drinkende partner deelnam aan de behandeling. Het aantal dagen waarop gedronken werd, verminderde nog eens

3 Deze studie heeft geleid tot het ontwikkelen van CRAFT: *Community Reinforcement and Family Training*.

significant als ook de probleemdrinker ten slotte in behandeling ging. Dit patroon deed zich niet voor bij de probleemdrinkers waarvan de *Belangrijke Ander* deelnam aan het traditionele behandelprogramma. Na drie maanden behandeling dronken zij nog bijna evenveel dagen als voordat zij startten met de behandeling.

Dit experiment bood een nieuw inzicht in de behandeling van mensen met alcoholafhankelijkheid, namelijk dat het mogelijk is om de probleemdrinker aan te zetten tot behandeling via de partner of een familielid. Daarnaast maakte het inzichtelijk dat het essentieel is om de (niet-drinkende) partner of een verwant familielid (*Belangrijke Ander*) bij de behandeling te betrekken, zodat ook op langere termijn een positief resultaat wordt vastgehouden.

BEHANDELEN VAN COCAÏNEAFHANKELIJKHEID MET CRA EN CONTINGENCY MANAGEMENT

In de afgelopen jaren is er veel onderzoek verricht naar de combinatie van CRA en *contingency management*⁴ bij de behandeling van cocaïneafhankelijkheid. Een van de eerste experimenten in dit verband werd gehouden met twee mannen die voldeden aan de criteria voor cocaïneafhankelijkheid (Budney, Higgins, Delaney, Kent, & Bickel, 1991). Beide verslaafden waren tevens afhankelijk van marihuana maar waren niet geïnteresseerd in een behandeling hiervoor. Het belangrijkste doel van het experiment was om te bepalen of CRA in combinatie met *contingency management* abstinentie zou vergroten van zowel het gebruik van cocaïne als marihuana. Een tweede doel was om te achterhalen of het voor de effectiviteit van de behandeling van cocaïneafhankelijkheid noodzakelijk zou zijn om met alle andere drugs te stoppen. Met dit in gedachte werd er gebruikgemaakt van een ‘multiple baseline design’.

Tijdens de twaalf weken durende fase van cocaïneabstinentie werden er twee keer per week CRA-sessies gehouden. De CRA-procedures bestonden voornamelijk uit: (1) functieanalyse van cocaïnegebruik, (2) sociale en recreatieve therapie, (3) loopbaanbegeleiding, (4) training voor het weigeren van drugs, (5) ontspanningstherapie en (6) relatie-therapie. Het onderdeel beloning bestond uit het toekennen van punten aan de cliënt die schone urinemonsters inleverde. Deze punten konden ingewisseld worden voor ‘materiële’ bekrachtigers, zoals

4 *Contingency management* is een gedragstherapeutische methodiek gebaseerd op operante conditionering (Higgins et al., 2007a). Bij deze benadering worden patiënten beloond met een token of een voucher (bijvoorbeeld een tegoedbon) voor elk schoon urinemonster dat zij inleveren. Deze methodiek is afgeleid van de ‘token economy’ (Ayllon & Azrin, 1968).

filmkaartjes en dinerbonnen. Het aantal ontvangen punten gaf de lengte van de periode van cocaïneabstinentie aan.

Tijdens de tweede fase bedroegen de CRA-sessies een half uur per week. Er werden minder urinemonsters verzameld en de hoogte van materiële bekrachtigers werd verminderd. Deze fase duurde tussen 3,5 en 7,5 weken. De laatste fase, die van cocaïne- en marihuana-abstinentie, werd aan de deelnemers gepresenteerd als een kans om ook hun marihuana-gebruik aan te pakken. In overeenstemming hiermee werd er positieve bekrachtiging gegeven bij het inleveren van urinemonsters die vrij waren van zowel cocaïne als marihuana. Deze fase duurde twaalf weken.

Tijdens de eerste fase van de behandeling was er voor de deelnemers sprake van sterk verhoogde cocaïneabstinentie. Tijdens de tweede fase bleef deze abstinentie gehandhaafd. Er was tijdens deze fases wel sprake van regelmatig marihuana-gebruik. Dit nam af toen de laatste behandelingsfase werd geïntroduceerd. Beide deelnemers testten negatief voor cocaïne en positief voor marihuana tijdens de follow-up na een maand en na vijf maanden.

Dit experiment was belangrijk omdat bleek dat een behandeling gebaseerd op gedragstherapeutische principes zeer effectief kon zijn bij cocaïneafhankelijkheid. Bovendien bood het een waardevol alternatief voor het gangbare principe waarbij vereist werd dat men onmiddellijk diende te stoppen met alle vormen van drugsgebruik voor aanvang van de behandeling, waarmee therapietrouw uiteraard sterk beïnvloed werd. Maar sommigen vinden dit een discutabele aanname, omdat er tijdens verschillende fases wel marihuana werd gebruikt. Er kan echter worden opgemerkt dat geen van de deelnemers aanvankelijk de intentie had om de afhankelijkheid van marihuana überhaupt aan te pakken.

Ongeveer gelijktijdig werd er een gecontroleerd, maar niet gerandomiseerd experiment uitgevoerd met betrekking tot een CRA-plus-beloningsprogramma – vergelijkbaar met het programma hierboven (Higgins et al., 1991). Dertien cocaïneafhankelijke ambulante cliënten kregen twee keer per week gedurende twaalf weken, een één uur durende CRA-behandelsessie. De controlegroep bestond uit twaalf cocaïneafhankelijke ambulante cliënten. Deze groep kreeg een reguliere twaalfstappenbehandeling, waarin het ziektemodel van alcoholisme centraal stond. Cocaïneafhankelijkheid werd gezien als een ‘ziekte’ die kon worden behandeld, maar niet volledig kon worden genezen. De twaalfstappenbehandeling was ondersteunend, confronterend, educatief en gericht op zelfhulp. De deelnemers werden geacht om twee keer per week groepsessies van twee uur, of een groeps-

sessie van twee uur en een individuele sessie van één uur, bij te wonen. Bovendien werd aan deelnemers gevraagd om deel te nemen aan een zelfhulpgroep en een zogenoemde 'sponsor' te benoemen.

Het eerste opmerkelijke resultaat was dat elf van de dertien deelnemers (85%) in de groep die de CRA-behandeling inclusief het beloningsprogramma volgde, het twaalf weken durende programma afrondde. In de groep die de reguliere behandeling volgde waren dit slechts vijf van de twaalf (42%) deelnemers. Tien deelnemers uit de CRA-groep bleven vier weken abtinent in vergelijking met drie deelnemers uit de controlegroep. Zes deelnemers uit de CRA-groep bleven acht weken abtinent en drie deelnemers bleven zelfs twaalf weken abtinent. Geen van de deelnemers die het reguliere behandelprogramma volgden, bereikten een abtinentieperiode van ten minste acht weken. Een beperking van dit kleine onderzoek was dat beide groepen niet *at random* waren verdeeld.

Uit vervolgonderzoek waarbij de cliënten wel *at random* waren verdeeld, bleek echter wederom dat een gedragstherapeutische behandeling gebaseerd op het CRA-plus-beloningsprogramma-principe, veel effectiever was dan een reguliere behandelmethode (Higgins et al., 1993). De behandeling was in dit experiment verdeeld over een twaalf weken durende behandelperiode en een twaalf weken durende nazorgperiode. Elke groep bestond uit negentien deelnemers. Net als in eerdere experimenten ontvingen de deelnemers uit de CRA-groep gedurende de eerste twaalf weken materiële bekrachtigers bij het inleveren van schone urinemonsters, en minder luxe materiële bekrachtigers gedurende de laatste twaalf weken. De CRA-procedures bestonden uit: (1) relatietherapie, (2) loopbaanbegeleiding, (3) training in het herkennen van triggers en gevolgen van cocaïnegebruik, (4) training in het weigeren van drugs, (5) training probleemoplossende vaardigheden, (6) assertiviteitstraining en (7) recreatieve therapie.

Bovendien kregen deelnemers die tevens als alcoholafhankelijk gediagnosticeerd waren, disulfiram uitgereikt. Zij werden gemonitord volgens de CRA-procedures. Gedurende de eerste twaalf weken werden er twee keer per week een uur durende behandelsessies gehouden. In de nazorgperiode vonden deze sessies een keer per week plaats.

De behandeling gedurende de eerste twaalf weken bestond uit groepsessies en één uur durende individuele sessies op basis van het twaalfstappenmodel voor drugsgebruik. Gedurende de twaalf weken daarna werd de frequentie verlaagd naar één groepsessie en één individuele sessie per week. Naast het twaalfstappenbehandelprogramma werden deelnemers ook (1) aangemoedigd om twaalfstapenzelfhulpbijeenkomsten bij te wonen, (2) bijgestaan in het

vinden van een zelfhulpsponsor en (3) kregen zij aanwijzingen aangedragen voor terugvalpreventie. Bovendien konden hulpverleners disulfiram uitreiken in het reguliere behandelprogramma, maar slechts één deelnemer maakte hier uiteindelijk gebruik van. De resultaten lieten zien dat slechts één CRA-deelnemer (5%) afhaakte na de eerste behandelsessie, in tegenstelling tot acht (42%) deelnemers uit de reguliere groep. Ook maakte 85% van de deelnemers uit de CRA-groep het 24 weken durende programma af, in tegenstelling tot 11% van de deelnemers uit de reguliere groep. Van de deelnemers uit de CRA-groep was 68% gedurende acht weken cocaïneabstinent in tegenstelling tot 11% van de deelnemers uit de reguliere groep. En ten slotte was 42% van de deelnemers uit de CRA-groep gedurende zestien weken abstinent in tegenstelling tot 5% van de deelnemers uit de reguliere groep. Er werden geen significante verschillen gevonden voor marihuana- en alcoholgebruik. Dit eerste gerandomiseerde experiment met het CRA-plus-beloningsprogramma voor cocaïneafhankelijkheid, behaalde opmerkelijke resultaten op allerlei gebieden: overeenstemming over het starten van de behandeling, therapietrouw en cocaïneabstinentie. Het experiment werd alleen beperkt door de vraag over generaliseerbaarheid naar crackgebruikende, niet-Anglo-Amerikaanse populaties en door de relatief dure bekrachtigers. De noodzaak van dergelijke materiële bekrachtigers is in de afgelopen jaren nader onderzocht, evenals de relatieve bijdrage van de verschillende CRA-behandelonderdelen en de inrichting van *contingency management*.

UITBREIDING VAN ONDERZOEK NAAR CRA EN CONTINGENCY MANAGEMENT

Sindsdien zijn er meer gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd die de effectiviteit van de combinatie van CRA en *contingency management* ondersteunen bij de behandeling van cliënten met cocaïneafhankelijkheid. Deze onderzoeken hebben zowel plaatsgevonden in de Verenigde Staten (bijvoorbeeld Higgins et al., 2000; 2003; 2007b), als buiten de VS (Secades-Villa et al., 2008; DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008). Inmiddels is er een uitgebreid behandelprotocol ontwikkeld genaamd de 'Community Reinforcement Approach plus vouchers: behandeling van cocaïneafhankelijkheid'. De ontwikkeling van dit protocol is gesubsidieerd door het National Institute on Drug Abuse (NIDA, Budney & Higgins, 1998). De combinatie van CRA plus vouchers heeft diverse positieve therapeutische effecten op alcohol- en drugsmisbruik en het psychosociale functioneren van cliënten. Deze effecten zijn aangetoond zowel tijdens de behandeling, als tijdens de follow-up bij

cocaïneafhankelijke ambulante cliënten en bij cocaïneafhankelijke cliënten met een comorbide opiaatafhankelijkheid. *Contingency management* maakt gebruik van een formeel beloningssysteem om cliënten te motiveren om te voldoen aan hun doelstellingen van de behandeling.

Verder is de toepassing van *contingency management* als apart element bewezen effectief voor diverse middelen (cocaïne, opioïden, marihuana, methamphetamines, tabak, alcohol, medicijnen) en diverse cliëntenpopulaties zoals dak- en thuislozen, zwangere en postpartum vrouwen en adolescenten (Higgins et al., 2007a). Ook in Nederland heeft er tussen 2004 en 2007 een landelijk, gerandomiseerd 'multi-centre'-onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de CRA-behandeling, waarin ook vouchers werden gebruikt om abstinentie te stimuleren bij cocaïneverslaafden. Het vertaalde NIDA-protocol was voor dit onderzoek aangepast aan de Nederlandse situatie (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2004). Het zogenoemde CRA-plus-vouchersprotocol bestond uit 36 sessies bij een CRA-therapeut en 60 urinetesten bij een verpleegkundige die speciaal getraind was in *contingency management*-technieken. In dit onderzoek werden 66 cliënten behandeld, waarvan 35 volgens de CRA-plus-vouchersbehandeling en 31 volgens een reguliere behandeling in de verslavingszorg. Het bleek dat de therapietrouw in de CRA-plus-vouchersgroep hoger was dan in de controlegroep (23 van de 35, versus 14 van de 31). Hoewel dit verschil niet statistisch significant bleek, doet de richting van het verschil echter vermoeden dat bij een grotere onderzoekspopulatie het verschil wel degelijk significant in het voordeel van de CRA-plus-vouchersgroep zal zijn. Er werd wel een statistisch significant verschil gevonden voor wat betreft abstinentie voor cocaïnegebruik aan het einde van de behandeling (12 van de 35, versus 1 van de 31 cliënten in de controlegroep). Voor wat betreft de cocaïneabstinentie liet dit onderzoek zien dat het CRA-plus-vouchersprotocol beter werkt dan een gebruikelijke behandeling (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008).

CRA BIJ DE BEHANDELING VAN HEROÏNEAFHANKELIJKHEID

Gecontroleerd onderzoek werd ook verricht om de effecten van een CRA-behandeling te bestuderen bij een heroïnegebruikende populatie, en om de meerwaarde van een specifiek terugvalpreventieonderdeel te onderzoeken (Abbott et al., 1998). Cliënten werden gerandomiseerd toegekend aan een van de drie groepen: CRA plus methadon, CRA plus methadon plus terugvalpreventie, of reguliere behandelmethodes plus methadon. Alle cliënten ontvingen dus dagelijks methadon

volgens de Federal Register's richtlijnen voor het gebruik van methadon (1989). Cliënten kwamen in aanmerking om de methadon na negentig dagen thuis in te nemen, mits zij zich aan de regels en procedures van het programma hielden.

Naast methadon ontvingen cliënten in groep A (n=52) de volgende CRA-procedures: een CRA-introductie; een CRA-functieanalyse; *Sobriety Sampling*; training probleemoplossende vaardigheden; training voor het weigeren van drugs; training communicatieve vaardigheden; relatietherapie; training 'toegang tot bekrachtigers'; sociale en recreatieve therapie; loopbaanbegeleiding en club voor het vinden van een baan. Er werden veertien individuele sessies gepland die eens per week werden gehouden.

Deelnemers uit groep B (n= 62) ontvingen behalve methadon het volledige CRA-programma en zes sessies terugvalpreventie. Deze additionele sessies richtten zich op drie hoofdzaken: (1) ontwikkelen van vaardigheden; (2) cognitieve herstructurering en (3) in balans brengen van leefstijl (Marlatt & Gordon, 1985).

Cliënten uit groep C ontvingen methadon en een regulier behandelprogramma dat voornamelijk voorzag in ondersteunende therapieën (n=67). De nadruk lag op concrete diensten en oplossingen voor problemen. De drie basisfasen bestonden uit: (1) probleemidentificatie, (2) probleemoplossende activiteiten en (3) monitoren van de vooruitgang van de cliënt. Voor elke cliënt werd een geïndividualiseerd behandelplan ontworpen. Er werden veertien individuele sessies gepland om kwesties door middel van probleemoplossende vaardigheden op te lossen.

De cliënten uit de CRA-groepen waren vaker drie achtereenvolgende weken abtinent van heroïne dan de cliënten met de standaardbehandeling (89% vs. 78%). De toegevoegde waarde van extra terugvalpreventie kon niet worden onderzocht aangezien nauwelijks gebruikgemaakt werd van deze mogelijkheid. Gemiddeld werd ongeveer één sessie bijgewoond op een totaal aantal sessies van twintig, waardoor de behandeling van de conditie A en B vergelijkbaar zijn (Roozen et al., 2004).

Ook werd CRA bij een heroïneafhankelijke populatie met comorbide cocaïnegebruik toegepast (Schottenfeld et al., 2000). Naast CRA werd een onderhoudsmedicatie buprenorfine of methadon toegediend. In dit onderzoek werd gekeken naar het aantal niet-drugsgerelateerde activiteiten als resultaat van CRA. Hoewel CRA hier niet effectiever bleek dan de standaardbehandeling, werd er een verband geconstateerd tussen niet-drugsgerelateerde activiteiten en perioden