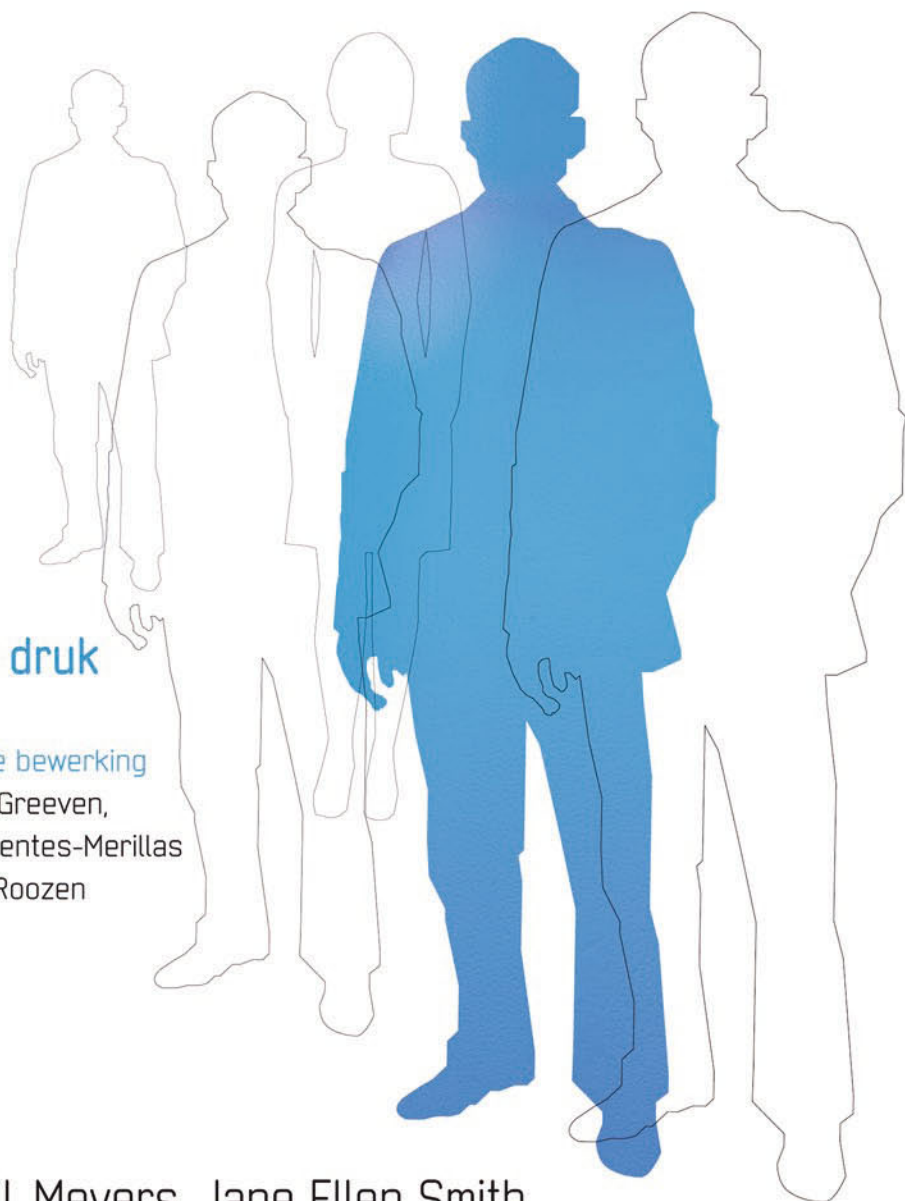


# HANDBOEK VOOR DE BEHANDELING VAN ALCOHOLVERSLAVING

de community reinforcement approach



Tweede druk

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

Bohn  
Stafleu  
van Loghum

Robert J. Meyers, Jane Ellen Smith

Robert J. Meyers  
Jane Ellen Smith

**Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving**

Robert J. Meyers  
Jane Ellen Smith

# Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving

de community reinforcement approach

Tweede druk, 2014

**Nederlandse bewerking door:**

Peter Greeven

Laura DeFuentes-Merillas

Hendrik Roozen



Bohn  
Stafleu  
van Loghum

Springer Media

Houten 2014

**ISBN 978-90-313-9751-8**

© 2014 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, 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 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) 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.

NUR 772

Ontwerp omslag: Houdbaar, Deventer

Ontwerp binnenwerk: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

© 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 Rozen

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

## Foreword

---

The Community Reinforcement Approach (CRA) has been cited in numerous literature reviews 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 40 years CRA has proven to help alleviate the suffering of alcohol and drug dependence. CRA is one of the few treatments that has shown to be an effective tool serving these diverse individuals. In William R. Miller's 2011 book *Treating Addiction: A Guide for Professionals*, he states that CRA is the only evidenced based treatment that has never had a negative clinical trial, he also goes on to say that CRA is the longest standing evidence based treatment in the addiction field.

CRA 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, Ireland, New Zealand, Poland, Sweden, the United Kingdom, and the Netherlands. CRA treatment in the Netherlands has been spearheaded by Hendrik Roozen who has conducted clinical trials, and has published a systematic review of the effectiveness of CRA in alcohol, cocaine and opioid addiction (Roozen et al., 2004).

To Roozen's credit he had introduced and trained the alcohol and substance misuse program staff members of Novadic-Kentron and IrisZorg in the last five years. In this process he was strongly supported by leading persons such as Peter Greeven and Laura DeFuentes-Merillas. The commitment to embrace CRA as part of a comprehensive treatment system by these forward thinking treatment centers is encouraging. The efforts of these programs are a testament to their progressive thinking and their dedication to the people they serve.

The second edition of this Dutch book translation *Clinical Guide to Alcohol Treatment* 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.

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. This book should be an essential book to add to all therapist's and addiction worker's libraries.

I want to give a special thanks to my good friend and colleague 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. He has also been part of a select team of experts bringing CRA to other countries in Europe.

**Robert J. Meyers, Ph.D.**

Associate Research Professor Emeritus in Psychology,  
and Director of Robert J. Meyers, Ph.D & Associates.  
The University of New Mexico  
USA

# Inhoud

---

1	<b>Geschiedenis van de Community Reinforcement Approach</b> .....	1
1.1	Inleiding .....	2
1.2	De eerste CRA-onderzoeken .....	3
1.3	Verdere ontwikkelingen .....	16
1.4	Tot besluit .....	18
2	<b>CRA-assessment</b> .....	21
2.1	De motivatie identificeren en vergroten .....	22
2.2	Achtergrondinformatie en informatie over middelengebruik .....	23
2.3	CRA-functieanalyse .....	24
2.4	Tot besluit .....	34
2.5	Bijlage .....	35
3	<b>Sobriety sampling</b> .....	41
3.1	Introductie van sobriety sampling .....	43
3.2	Tot besluit .....	52
4	<b>Gebruik van disulfiram binnen CRA</b> .....	53
4.1	Disulfiram als behandeloptie .....	54
4.2	Steun van belangrijke anderen .....	62
4.3	Het disulfiramcontract .....	65
4.4	Tot besluit .....	69
4.5	Bijlage .....	70
5	<b>CRA-behandelplan</b> .....	71
5.1	Tevredenheidslijst .....	72
5.2	Behandeldoelen .....	75
5.3	Tot besluit .....	82
5.4	Bijlage .....	83
6	<b>Training gedragsvaardigheden</b> .....	89
6.1	Training communicatieve vaardigheden .....	90
6.2	Training probleemoplossende vaardigheden .....	92
6.3	Training in vaardigheden: drank weigeren .....	94
6.4	Tot besluit .....	103
6.5	Bijlage .....	104
7	<b>Additionele CRA-technieken</b> .....	105
7.1	Loopbaanbegeleiding .....	106
7.2	Oplossingsgerichte oriëntatie .....	111

7.3	Prompt rule .....	112
7.4	Training beperkte blootstelling .....	114
7.5	Omkering van motivatie .....	115
7.6	Zelfstandigheidstraining .....	119
7.7	Tot besluit .....	120
8	<b>Sociale activiteiten en vrijetijdsbesteding</b> .....	121
8.1	Een prosociale leefstijl ontwikkelen .....	122
8.2	Tot besluit .....	128
9	<b>CRA-relatietherapie</b> .....	129
9.1	Overzicht van CRA-relatietherapie .....	130
9.2	Positieve verwachtingen scheppen .....	131
9.3	CRA Relatietevredenheidslijst .....	131
9.4	Het formulier Een ideale relatie .....	134
9.5	Registratieformulier om dagelijks aardig te zijn .....	138
9.6	Tot besluit .....	147
9.7	Bijlage .....	148
10	<b>CRA-terugvalpreventie</b> .....	159
10.1	Functieanalyse: terugvalpreventie .....	160
10.2	Tot besluit .....	168
10.3	Bijlage .....	169
11	<b>Het CRA-perspectief</b> .....	171
11.1	Veelvoorkomende omissies bij de toepassing van CRA .....	172
11.2	CRA: breed toepasbaar .....	176
	<b>Literatuurlijst</b> .....	179
	<b>CRA-begrippenlijst</b> .....	185



## Over de auteurs

---

Prof. dr. Robert J. Meyers is verbonden als emeritus hoogleraar aan de Universiteit van New Mexico. Meyers is in 2002 onderscheiden met de ‘*Dan Anderson Research Award*’ van de Hazelden Foundation, in 2003 met de *Young Investigator Award* van de Research Society on Alcoholism en in 2005 met de *Alumni Achievement Award* van de School of Social Work van de Universiteit van Southern Illinois. Meyers is al meer dan 35 jaar werkzaam op het terrein van middelengebruik en heeft diverse boeken en tientallen artikelen gepubliceerd. Hij is bekend vanwege zijn charismatische trainingen en workshops over diverse onderwerpen. Hij is een van de grondleggers van de Community Reinforcement Approach (CRA) voor ambulante behandeling, en de grondlegger van de Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). Hij heeft meer dan zeventig wetenschappelijke artikelen en papers gepubliceerd en hij is coauteur van vijf boeken over behandeling van verslaving, inclusief *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*, *Get Your Loved One Sober: Alternatives to Nagging, Pleading and Threatening* en *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working with Family Members*.

Prof. dr. Jane Ellen Smith is hoofd van de afdeling psychologie aan de Universiteit van New Mexico. Smith is klinisch psycholoog en gespecialiseerd in zowel middelengebruik als eetstoornissen. Zij ontving twee beurzen van het National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism om de CRA-methode te testen onder daklozen. Behalve dat zij de afgelopen 27 jaar gedoceerd heeft aan de afdeling psychologie, is zij de afgelopen 20 jaar veelvuldig betrokken geweest bij het trainen van hulpverleners in de verslavingszorg over de hele wereld. Ook is zij op dit moment consultant voor hulpverleners die getraind worden in de Adolescenten Community Reinforcement Approach (ACRA).

## Over de Nederlandse editors

---

Dr. Peter Greeven (klinisch psycholoog) is hoofd Research & Development van Novadic-Kentron. Daarnaast verricht hij parttime werkzaamheden als pro justitia rapporteur voor het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie (NIFP), en is hij voorzitter van de sectie Verslavingspsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Hij heeft onder andere gepubliceerd over forensische psychiatrie, terbeschikkingstelling, *evidence based practice*, gedragstherapie, risicotaxatie en persoonlijkheidsstoornissen.

Dr. Laura DeFuentes-Merillas is cognitief gedragstherapeut VGCT<sup>®</sup>, psychotherapeut i.o. en senior wetenschappelijk onderzoeker bij Novadic-Kentron. Als scientist-practitioner is ze betrokken bij verschillende onderzoeksprojecten naar de diagnostiek en behandeling van problematisch gebruik van internettoepassingen en gameverslavingen, en is zij trainer en adviseur bij de implementatie van Contingency Management en

CRA+Vouchers behandelingen. Naast haar wetenschappelijke activiteiten is ze gastdocent bij GZ en KP postdoctorale opleidingen en behandelt zij cliënten bij Psychologen Praktijk Vught.

Prof. dr. Hendrik Roozen is als bijzonder hoogleraar Verslaving verbonden aan Tranzo, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg University. Hij is daarnaast werkzaam voor het adviesbureau Roozen & Meyers Consultancy. Vanuit dit bureau organiseert hij CRA-trainingen, verzorgt hij werkbegeleidingen en supervisietrajecten voor hulpverleners, en verricht hij consultaties bij tal van gezondheidszorg-, forensische en verslavingszorginstellingen. Ook is hij bestuurslid van de sectie Verslavingspsychologie van het NIP en als staf lid (gecertificeerd trainer en supervisor) opgenomen bij Robert J. Meyers, Ph.D & Associates (VS).

# Geschiedenis van de Community Reinforcement Approach

- 1.1 **Inleiding – 2**
- 1.2 **De eerste CRA-onderzoeken – 3**
  - 1.2.1 Toepassing van CRA bij ambulante cliënten – 5
  - 1.2.2 Uitbreiding van het originele CRA-experiment onder ambulante cliënten – 6
  - 1.2.3 CRA en daklozen – 7
  - 1.2.4 Onderzoek naar de werkzaamheid van de social club – 8
  - 1.2.5 CRA en de belangrijke ander – 9
  - 1.2.6 Behandelen van cocaïneafhankelijkheid met CRA en contingency management – 10
  - 1.2.7 Uitbreiding van onderzoek naar CRA en contingency management – 12
  - 1.2.8 CRA bij de behandeling van heroïneafhankelijkheid – 13
  - 1.2.9 CRA bij de behandeling van heroïneafhankelijkheid gericht op abstinentie – 14
  - 1.2.10 CRA bij de behandeling van nicotineafhankelijkheid – 16
- 1.3 **Verdere ontwikkelingen – 16**
  - 1.3.1 Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) – 16
  - 1.3.2 Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA) – 17
- 1.4 **Tot besluit – 18**

Dit hoofdstuk wijkt af van de oorspronkelijke versie van Meyers & Smith (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.

## 1.1 Inleiding

---

Verslaving vormt samen met angst en depressie de top drie van meest voorkomende psychiatrische stoornissen in Nederland. Alcohol- en drugsmisbruik kunnen 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 in Nederland 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 richt op gedragsverandering bij mensen die afhankelijk zijn van middelen. De behandeling 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, de woonomgeving, vrienden, vrijetijdsbesteding, werk en dergelijke. CRA erkent het belang van omgevingsfactoren bij het aan- of ontmoedigen van middelengebruik en probeert deze factoren zo te beïnvloeden, dat een leefstijl zonder drugs en/of alcohol als waardevoller wordt beleefd. Daarnaast maakt CRA op een creatieve wijze gebruik van farmacotherapie om de bekrachtigende werking van psychotrope stoffen te reduceren.

Er wordt een scala aan interventies gebruikt. CRA omvat diagnostiek en functieanalyse; farmacotherapie; verbeteren van therapietrouw; monitoring van gedrag en middelengebruik (bijvoorbeeld urine en bloed-alcoholconcentratie); relatietherapie; sociaal-netwerkbegeleiding; oriëntatie op werk; opleiding en vrijetijdsbesteding; probleemoplossende vaardigheden; sociale-vaardigheidstrainingen en terugvalpreventie. CRA is echter veel meer dan het aanbieden van een verzameling van therapeutische interventies. Het is een geïntegreerde aanpak om verslaafden te helpen bij het veranderen van schadelijk gedrag.

De effectiviteit van CRA is inmiddels in verschillende overzichtsstudies aangetoond (Holder et al., 1991; Miller et al., 1995, 2003; Roozen et al., 2004; Meyers, Roozen & Smith, 2011) en geldt als een van de meest werkzame methodieken bij de behandeling van verslaving. Daarnaast blijkt dat CRA kosteneffectief is in verhouding tot andere methodieken (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 recenter onderzoek toegevoegd waaruit blijkt dat CRA werkt voor diverse doelgroepen, waaronder alcoholverslaafden, cocaïneverslaafden, heroïneverslaafden en dak- en thuislozen.

## 1.2 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 met een overeenkomstige achtergrond (in termen van leeftijd, opleiding, aantal jaren alcoholgebruik, stabiliteit in familie en arbeidscarrière) geselecteerd en onderzoeksmatig met elkaar vergeleken. Door middel van randomisatie werd bepaald wie in de experimentele conditie (CRA-behandeling) en wie in de controlegroep terecht zou komen.

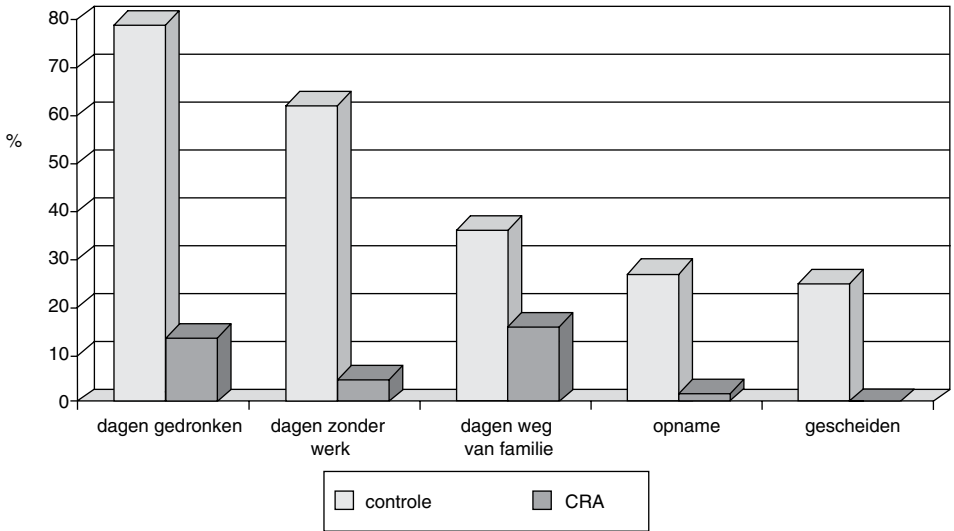
Het programma van de controlegroep omvatte het traditionele AA-programma, gebaseerd op het Jellinek-ziektemodel (Jellinek, 1960) en was opgebouwd uit twaalf stappen. De behandeling bestond uit 25 sessies waarin de volgende onderwerpen aan bod kwamen: algemene AA-procedures; problemen van alcoholisten; typisch gedrag van alcoholisten; medische complicaties van alcoholisme en alcoholgerelateerde seksuele problemen.

De deelnemers in de CRA-groep ontvingen dezelfde reguliere behandeling, maar die werd aangevuld met een CRA-behandeling. De CRA-behandeling bestond onder meer uit loopbaanbegeleiding, vergroten van sociale en recreatieve activiteiten, hulp bij het toegankelijker maken van alternatieve bekrachtigers, deelname aan een alcoholvrije *social club* en terugvalpreventie in de vorm van huisbezoeken door CRA-hulpverleners (► begrippenlijst). Getrouwde cliënten ontvingen tevens relatietherapie.

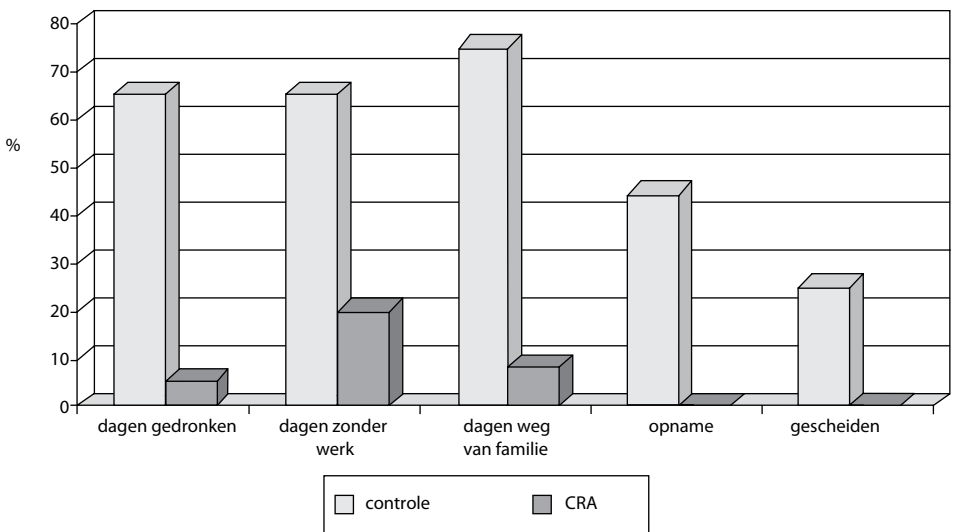
Bij de nameting na zes maanden bleek dat de cliënten in de CRA-groep minder dagen hadden gedronken dan de cliënten uit de controlegroep. Er werden opvallende resultaten bereikt op het gebied van werk. De cliënten in het CRA-programma hadden meer nachten doorgebracht met hun familie en verbleven minder dagen in een kliniek dan cliënten uit de controlegroep. Ook waren er positieve resultaten op relationeel gebied (■ 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. Bij de CRA-deelnemers traden niet alleen verbeteringen op met betrekking tot hun alcoholgebruik, maar ook op veel 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, waaraan 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 buddiesysteem 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 groepsbehandeling, advies om disulfiram in te nemen en aanmoediging om AA-bijeenkomsten bij te wonen.



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



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

Het onderzoek werd opnieuw uitgevoerd met opgenomen cliënten en er werd gebruikgemaakt van een controlegroep. De deelnemers werden onderzoeksmatig aan elkaar 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 dan de controlegroep tijdens de zes maanden follow-up (■ **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 dan de cliënten uit 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, 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 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. In latere experimenten is hiermee rekening gehouden.

### 1.2.1 Toepassing van CRA bij ambulante cliënten

---

Het derde CRA-onderzoek was het eerste met ambulante cliënten (Azrin et al., 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 behandeltime te reduceren tot ongeveer vijf uur.

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

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

De traditionele behandelgroep (n=14) volgde het twaalfstappenprogramma en kreeg disulfiram voorgeschreven. Hulpverleners werkten met het Jellinekdiagram (Jellinek, 1960), lieten de film *Chalk Talk* (Martin, 1972) zien en bespraken de AA-filosofie. Hulpverleners maakten aanvullend gebruik van een gedragstherapeutische procedure om er zeker van te zijn 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 disulfiramname, maar ook uit rollenspelletjes 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 behandelmethode en de CRA-methode onderging, was de verwachting 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: in een vooraf bepaalde periode abstinentie na te streven en te monitoren (*sobriety sampling*), disulfiram uitreiken tijdens de eerste sessie, training om drank te weigeren en ontspanningstraining. De deelnemers aan deze groep volgden gemiddeld vijf behandelsessies. 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 het disulfiramprogramma niet kreeg aangeboden. De twee disulfiramgroepen 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 abstinentiepercentage. Gemiddeld was deze groep gedurende 74% van de follow-upperiode 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, 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 behandelmethode 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 behandelmethode 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.

### 1.2.2 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 monitoringssysteem 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).

### 1.2.3 CRA en daklozen

---

Een ander onderzoek richtte zich op de toepassing van CRA op een alcoholafhankelijke populatie van daklozen met veel psychiatrische comorbiditeit (Smith et al., 1998). Het belangrijkste doel van dit onderzoek 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 twaalfstapenplan, begeleiding om (tijdelijk) werk te vinden, hulp bij budgetbeheer, gratis ontbijten, toegang tot douches, beschikbaar stellen van deugdelijke kleding, telefoon, postservice en opslag. De opvang was open op werkdagen van 8:00 uur 's ochtends tot 2:00 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* (om werk te vinden);
- training van probleemoplossende vaardigheden;
- training voor het weigeren van alcohol;
- training van vaardigheden om een 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 toezichthouder (monitor). De deelnemers uit beide subonderzoeken werden gedurende twaalf weken voorzien van onderdak. Regelmatig werden er alcoholblaastests gehouden op de desbetreffende locaties en moesten

cliënten 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 alcoholgebruik, maar ook voor het hebben van onderdak en allerlei sociale indicatoren.

#### 1.2.4 Onderzoek naar de werkzaamheid van de social club

---

Een onafhankelijk onderzoek onderzocht het behandelonderdeel *social club* (Mallams et al., 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 groep of een controlegroep. De controlegroep, *minimaal bewust* genoemd, (n=16) werd slechts geïnformeerd over het bestaan en het adres van de *social club*. De experimentele groep, *aangemoedigd* genoemd, (n=19) ontving meer stimulans om deel te nemen aan de *social club*. De stimulansen bestonden uit:

- 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 op allerlei aspecten beter dan die van 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 waarmee ook andere behandelprogramma's met regelmaat te maken kregen, namelijk: hoe moedig je individuen aan om deel te nemen aan potentieel waardevolle en bekrachtigende alcoholvrije activiteiten?

### 1.2.5 CRA en de belangrijke ander<sup>1</sup>

---

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 aan 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 de experimentele groep dan wel de controlegroep. De controlegroep volgde een traditioneel programma met daarin discussies, films en folders die gericht waren op ziektebeelden die bij alcoholmisbruik horen. 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;
- alternatieve, bekrachtigende activiteiten plannen;
- de introductie van buitenactiviteiten voor de niet-drinkende partner;
- een training over hoe men het beste kan reageren als de probleemdrinker alcohol nuttigt;
- 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 in behandeling te gaan.

De resultaten waren indrukwekkend. Ruim 80% van de probleemdrinkers van wie 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 van wie de *belangrijke ander* was ingedeeld in de CRA-groep dronken gemiddeld minder dan de helft van wat ze voorheen dronken gedurende de periode dat de niet-drinkende partner deelnam aan de behandeling. Het aantal dagen waarop gedronken werd, verminderde nog eens significant als de probleemdrinker ten slotte ook zelf in behandeling ging. Dit patroon deed zich niet voor bij de probleemdrinkers van wie de *belangrijke ander* deelnam aan het traditionele behandelprogramma. Na drie maanden behandeling dronken zij nog bijna evenveel dagen als voordat hun *belangrijke ander* begon aan 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

---

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

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.

### 1.2.6 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*<sup>2</sup> 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 et al., 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, (6) *sobriety sampling* en (7) relatietherapie. 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 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 week. 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 fase 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 gedrags-therapeutische principes zeer effectief kon zijn bij cocaïneafhankelijkheid. Bovendien

2 *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).