

Verslaving

Tijdschrift over verslavingsproblematiek

Artikelen

De Community Reinforcement Approach (CRA)

Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie

Hendrik Roozen 

Verslaving, 2 (2006), p. 3-18

Inhoud

- Inleiding
- CRA-interventies: de klinische praktijk
- Resultaten van effectstudies
- CRA in Nederland: Novadic-Kentron
- Tot besluit
- Literatuur

'Men vangt meer vliegen met een druppel honing dan met een vat azijn.' Dit spreekwoord wordt gebruikt door Robert Meyers, een van de grondleggers van de Community Reinforcement Approach (CRA), om deze van oorsprong Amerikaanse aanpak te typeren bij de behandeling van verslaving. Een aanpak waarin bekrachtigers centraal staan: positieve consequenties, zoals sociale steun, plezierige activiteiten en materiële en symbolische beloningen. CRA stelt haalbare doelen, door complex doelgedrag te vertalen in kleine stappen. Cruciaal is de belonende succeservaring. Deze bijdrage bespreekt het CRA-model, geeft een overzicht van de verschillende interventies, laat de uitkomsten zien van (effect)onderzoek in binnen- en buitenland en bespreekt de implementatie van de CRA-methodiek in Nederland.

Inleiding

Verslaving heeft een biopsychosociale etiologie

Volgens Van de Wetering en Czyzewski (2001) is verslaving een chronisch-psychiatrisch syndroom dat leidt tot verlies van autonomie op het gebied van emotie, denken en handelen. Dat is het gevolg van een stoornis in het beloningssysteem (Higgins, Alessi & Dantona, 2002). Het gebruik van alcohol en/of drugs vermindert de gevoeligheid voor de belonende werking van natuurlijke bekrachtigers.

Het beloop van verslaving kent verschillende vormen: intermitterend, recidiverend en chronisch. Vandaar dat, naast abstinentie, stabilisatie van het gebruik en palliatieve zorg belangrijke behandeldoelen zijn (Gezondheidsraad, 2002). Verslaving is een biopsychosociale aandoening (BPS; Engel, 1980) waarbij biologische, psychologische en sociale subsystemen elkaar onderling beïnvloeden, en die vraagt om een multidisciplinaire aanpak (Roozen, Geerlings & Kerkhof, 2001). Dit betekent dat interventies op verschillende niveaus geïntegreerd uitgevoerd worden en invloed hebben op alle niveaus (De Jong, 1997).

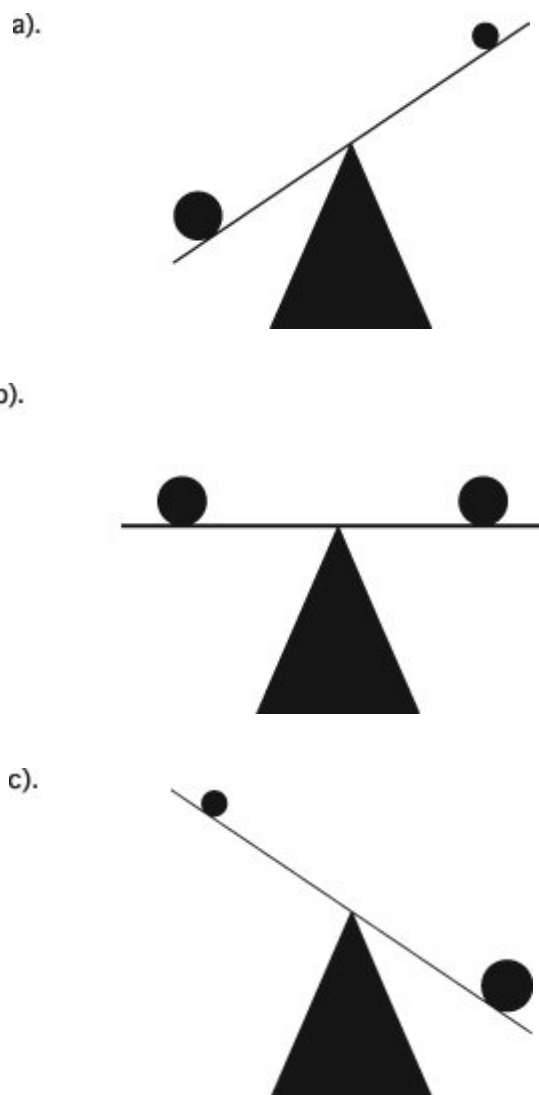
CRA: een operationalisatie van het BPS-model

CRA is een multidimensionele behandeling die de psychosociale en farmacologische benadering integreert en tevens het BPS-model vormgeeft. De behandeling werd ontwikkeld door George Hunt en Nathan Azrin. Zij ontwikkelden en introduceerden de methode aan het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw. Na het overlijden van Hunt, enkele jaren later, waren het vooral Nathan Azrin en later Robert Meyers, die de CRA-aanpak verder ontwikkelden.

CRA is gebaseerd op de operante leerprincipes van Burrhus Skinner (Skinner, 1938). Alcohol- en drugsgebruik worden beschouwd als gedrag dat onder invloed staat van operante bekrachtiging. Daarbij is de relatie tussen gedrag en uitkomst belangrijk. Bekrachtigers verhogen de kans dat het gedrag zich nogmaals zal voordoen. Als een gevolg (beloning) een positieve gebeurtenis is die gekoppeld wordt aan gedrag, spreekt men van een positieve bekrachtiger (Hoevenaars, 1987, p. 78).

CRA gaat ervan uit dat afhankelijkheid van middelen in stand wordt gehouden door een overmaat aan drugsgelateerde bekrachtigers en een gebrek aan alternatieve, niet-verslavingsgebonden bekrachtigers. Verslaafden blijken op een aantal levensgebieden (bijv. sociaal en recreatief) minder actief te zijn en blijken minder plezier te hebben vergeleken met niet-verslaafden (Van Etten, Higgins, Budney & Badger, 1998; Wiersema e.a., 2006). Daarom richt CRA

zich op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl, die meer belonend is dan middelengebruik. Dit gebeurt door te interveniëren op bekrachtigers in de directe omgeving van de patiënt, zoals in het gezin, het werk, de woonomgeving, bij vrienden en in de (vrije)tijdsbesteding. Praktisch houdt het in de patiënt te leren dat er alternatieven zijn voor het nemen van alcohol en drugs. Onderzoek bevestigt dat een toename in alternatieve activiteiten leidt tot een vermindering van middelengebruik (Correia, Benson & Carey, 2005). Dit sluit aan bij de primaire doelen van CRA: *a* versterking van alternatieve bekrachtigende activiteiten, en *b* beperking van de bekrachtigende werking van middelengebruik (zie figuur 1).



Figuur 1. Het primaire doel van CRA is om de balans door te laten slaan ten gunste van alternatieve bekrachtigers. In de eerste figuur is de mate van bekrachtigers verkregen door middelengebruik in het voordeel. In de tweede figuur is er een evenwicht tussen beide type bekrachtigers. In de derde figuur is de bekrachtiging verkregen uit alternatieve bekrachtigers groter dan die van alcohol en/of drugs.

Naast operante leerprincipes is CRA gebaseerd op de sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende cognitief-gedragstherapeutische en farmacologische interventies. De CRA-interventies voor alcoholverslaving zijn beschreven door Meyers en Smith (1995), en die voor cocaïneverslaving door Budney en Higgins (1998).

Er zijn twee categorieën interventies, die overeenkomen met de doelen van CRA (voor een overzicht zie tabel 1). De eerste categorie interventies is gericht op het veranderen van de leefstijl en het vergroten van alternatieve bekrachtigende activiteiten. De patiënt wordt geholpen zich te richten op de toekomst, door vaardigheidstrainingen, het vermeerden en/of verbeteren van het sociale netwerk en oriëntatie op arbeid en vrijetijdsbesteding. De tweede categorie bestaat uit interventies die de blootstelling aan en de bekrachtigende werking van middelengebruik reduceren, zoals middelen weigeren, zelfcontroletechnieken en farmacotherapie. Op biologisch niveau wordt de patiënt geholpen door de bekrachtigende werking van alcohol en/of drugs op de hersenen te verminderen met farmaca. Niet alle interventies zijn echter nodig voor elke patiënt.

Tabel 1 CRA-interventies (gebaseerd op Roozen e.a., 2005).

1	Functionele analyse	Het inventariseren van aanleidingen, gedachten, gevoelens en omstandigheden die het gebruik stimuleren. CRA richt zich
---	---------------------	--

- tevens op een functieanalyse van plezierige, niet-middelengerelateerde gedragingen.
- 2 Self-management (zelfcontrole) Deze procedure richt zich op de aanpak van stimuli die kunnen leiden tot middelengebruik. De procedure heeft tot doel om nieuwe, alternatieve gedragingen te introduceren voor drugs- en alcoholgebruik. Bij zelfmanagement leert de patiënt het gedrag in de hand te houden op basis van selectieve bekrachtiging. Hierbij is externe steun en actieve participatie van partner, vrienden en familie belangrijk.
 - 3 Contingency-management Een formele bekrachtigingprocedure, waarbij op grond van objectiveerbare gegevens (bijv. uitslagen van urinemonsters) beloningen worden toegekend. Deze beloningen (vouchers) vertegenwoordigen een waarde (bijv. bioscoopkaartje, horloge, cd-speler, dvd-speler).
 - 4 Betrekken van een belangrijke ander De betrokkenheid van een belangrijke ander (bijv. partner, ouder, vriend, werkgever) wordt benadrukt binnen CRA. Deze persoon kan de patiënt ondersteunen bij medicatie-inname en kan de deelname aan alternatieve gedragingen bevorderen. Daarnaast kan deze persoon de patiënt helpen bij het zorgen voor therapietrouw ten aanzien van behandeling, vervoer en huiswerk.
 - 5 Medicatie-inname Om de therapietrouw te vergroten, kan een belangrijke persoon uit het sociale netwerk of een hulpverlener de patiënt assisteren, zodat deze zijn medicijn inneemt. Cruciaal is een tijdstip waarop de patiënt en de coach altijd samen zijn (bijv. eenmaal daags bij het eten of, van de partner, bij het naar bed gaan). Hierdoor kan een vast ritueel ontstaan.
 - 6 Huisbezoeken Huisbezoeken kunnen worden gedaan om zicht te krijgen op (deelname aan) bekrachtigende activiteiten. Ook kunnen de sociale interacties worden geobserveerd tussen de patiënt en partner, kinderen en andere familieleden.
 - 7 Arbeidsreïntegratie Dit onderdeel kan worden aangewend om een oriëntatie op werk of een zinvolle dagbesteding te realiseren. De procedures zijn gebaseerd op het handboek van Azrin en Besalel, *Job club counselor's manual* (1980).
 - 8 Sociale club Het doel van een sociale club (Meyers & Smith, 1995, p. 5) is de verbetering van vaardigheden bij interpersoonlijke situaties. De sociale club biedt de praktische kans om nieuwe sociale vaardigheden te ontwikkelen en uit te oefenen in een drugs- of alcoholvrije omgeving (Mallams e.a., 1982).
 - 9 Sociale en vrijetijdsbesteding Er wordt aandacht besteed aan het vergroten van het arsenaal van (plezierige) activiteiten in het leven. Dit om een goede daginvulling te creëren dat een alternatief kan zijn voor middelengebruik.
 - 10 Ontspanningstechnieken In een speciale vorm van ontspanningsoefeningen (Azrin e.a., 1994, 2001) worden interne stimuli (bijv. drang om te gebruiken, negatieve gedachten gekoppeld aan verslaving) vervangen door concurrerende gedachten en ontspanning.
 - 11 Middelen weigeren Omvat een oefening in het weigeren van middelen. Het kan de patiënt helpen om sneller en effectiever te reageren wanneer een situatie zich voordoet waarbij alcohol of drugs worden aangeboden. Het doel is snel en overtuigend nee te leren zeggen (Sisson & Azrin, 1989).
 - 12 Problemen oplossen Om problemen effectief op te lossen dient men de probleemsituatie als zodanig te herkennen en deze te onderzoeken, om vervolgens een besluit te nemen over een relevante actie. De procedure is gebaseerd op die van D'Zurilla en Goldfried (1971).
 - 13 Motiverende gesprekken Het stadium van verandering waarin de patiënt verkeert wordt vastgesteld, om daarop vervolgens aan te sluiten met de

	gespreksvoering (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).
14 Introductie van periode van abstinentie	Om abstinentie te bevorderen kan voor een overeengekomen relatief korte tijdspanne abstinentie worden afgesproken (Azrin e.a., 1982). Het onderhandelingsproces richt zich op een periode die voor de patiënt een uitdaging inhoudt maar wel haalbaar is.
15 Communicatietraining	Deze specifieke interventie kan worden toegepast om de positieve communicatie tussen familieleden te verhogen en familieverhoudingen te verbeteren. Communicatieve vaardigheden vergroten de mogelijkheden om conflicten op te lossen en helpen voorkomen dat negatieve gevoelens zich opstapelen.
16 Partner-, familie- en gezinstherapie	Een variant van communicatietraining, maar dan gericht op de partnerrelatie. De procedure omvat technieken om echtelijke conflicten op te lossen (bijv. voortkomend uit onrealistische verwachtingen of afkomstig van overmatige controlebehoefte van de partner). Deze techniek richt zich op het verbeteren van de verhoudingen tussen beide partners en draagt bij om middelengebruik onvereenigbaar te laten zijn met de relatie.
17 Cognitieve modificatie	Cognitief-gedragstherapeutische interventies zijn erop gericht om irrationele negatieve opvattingen te ontdekken en veranderen.
18 Verminderen van infectieziekten	Om de toename van tbc, hiv en hepatitis B en C onder drugsgebruikers tegen te gaan, kan deze interventie worden ingezet om risicogedrag te verminderen (bijv. gebruik van niet-steriele injectienaalden en riskant seksueel gedrag; Abbott, 1998).

CRA-interventies: de klinische praktijk

De cognitief-gedragsmatige interventies van CRA zijn in het algemeen niet specifiek. CRA onderscheidt zich wel door veel aandacht te geven aan de omgeving van de patiënt. CRA maakt gebruik van bekrachtigende elementen in de directe omgeving van de patiënt, bijvoorbeeld door het verbeteren en versterken van sociale netwerken sterk te stimuleren. Belangrijke (niet-gebruikende) anderen worden zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling.

Natuurlijk is ook de motivatie tot verandering een belangrijke element in de CRA-aanpak. Deze wordt niet alleen verhoogd door motiverende gespreksvoering, maar ook door een levensgebied te selecteren waartoe de patiënt gemotiveerd is om op te veranderen. Daarbij helpt de Happiness Scale, waarin levensgebieden worden onderscheiden en op grond waarvan een behandelplan wordt gemaakt ('goals of counseling') in meetbare en haalbare subdoelen. De ervaren belonende werking van deze eerste verandering kan ertoe leiden dat de patiënt ook op andere vlakken, zoals lastiger veranderdoelen (bijv. middelengebruik), in de actiefase komt.

CRA maakt gebruik van uitgebreide functieanalyses om middelengebruik vast te stellen, alsmede om prosociaal gezond (alternatief) gedrag te inventariseren. CRA maakt derhalve ook aan de hand van deze functieanalyses gebruik van een balans tussen voor- en nadelen.

Voorts onderscheidt CRA zich doordat het farmacologische interventies integreert. Medicamenten zoals naltrexon, acamprosaat, disulfiram, methadon en buprenorfine zorgen voor een (partiële) blokkering van de bekrachtigende effecten van alcohol en/of drugs, die directe consequenties voor het gedrag hebben. CRA heeft veel aandacht voor therapietrouwverhogende interventies en doen het voorschrijven van medicatie samengaan met positieve bekrachtiging, bijvoorbeeld in de vorm van een compliment. Belangrijke anderen (bijv. de partner) worden getraind voor een rol in een dagelijks medicatieritueel en als 'monitor'.

CRA is behalve praten vooral ook doen. Het laten instuderen van specifieke gedragingen, na daarvoor het voorbeeld te hebben gegeven, helpt het arsenaal aan bekrachtigers uit te breiden. De hulpverlener heeft de taak om de patiënt actief te begeleiden tot meer plezierige activiteiten, bijvoorbeeld door samen met de patiënt naar een zwembad gaan of koffie te drinken in de stad, naast huisbezoeken of de patiënt begeleiden naar een 'sociale club' (zie tabel 1).

Prioriteitstelling

Het toepassen van het BPS-model betekent in de praktijk prioriteiten stellen. Biologische, sociale en psychologische problemen dienen in deze volgorde te worden aangepakt (Sabelli & Carlson-Sabelli, 1989). Dit is min of meer vergelijkbaar met de motivatietheorie van Abraham Maslow (1954): zodra de behoeften van een lagere orde zijn vervuld, worden zij op hun beurt gedomineerd door complexere behoeften en behoeften van een hogere orde. Vanuit dit gezichtspunt is er een relatie met behandeldoelen. Behandeldoelen richten zich op verschillende processen, afhankelijk van de zwaarte van de problematiek. 'Harm reduction' richt zich overwegend op lagere-orde-niveaus: het regelen van huisvesting, financiën, dagbesteding en het voorkómen van de verspreiding van infectieziekten (bijv. hepatitis, tbc, hiv). Via stabilisatie zal abstinentie een gerichte verandering inhouden om te streven naar een volledige maatschappelijke rehabilitatie, waarna de patiënt zich uiteindelijk kan richten op hogere-ordebehoefte. Prioriteitstelling geeft richting aan de domeinen en leefgebieden waar nieuwe bekrachtigers worden gezocht.

Soorten bekrachtigers

Onderscheid kan worden gemaakt tussen interne en externe bekrachtigers. Interne bekrachtigers omvatten gedachten en zelfevaluaties die de eigenwaarde of zelfcompetentie verhogen. Externe bekrachtigers komen vanuit de omgeving. Gedrag van anderen kan voor sociale bekrachtiging zorgen, in de vorm van verbale reacties (bijv. complimenten) en non-verbale reacties (bijv. gezichtsuitdrukkingen, lichaamstaal, interpersoonlijke afstand). Ook materiële voorwerpen die een waarde vertegenwoordigen, kunnen bekrachtigend werken (zie ook vouchers). Voorts zijn er plezierige activiteiten. CRA houdt in dat met de patiënt plannen worden gemaakt om niet-verslavingsgerelateerde plezierige activiteiten te kiezen die in het dagelijks leven kunnen worden ingepast. Welke dat zijn, kan worden vastgesteld door middel van vragenlijsten zoals de Activiteitenlijst (Zwart & Spooren, 1981), Pleasant Events Schedule (PES; MacPhillamy & Lewinsohn, 1982), Leisure Interest Checklist (LIC; Rosenthal, Montgomery, Shadish & Lichstein, 1989) en de Plezierige Activiteiten Lijst (PAL; Koks & Roozen, 2005). De mate van bekrachtiging wordt bij een aantal van deze lijsten vastgesteld aan de hand van een objectieve en subjectieve maat: frequentie en bijbehorende plezierige beleving.

Chronische verslaafden hebben weinig toegang tot andere bekrachtigers dan gebruik. Alternatieve bekrachtigers kunnen geschapen worden in de vorm van materiële beloningen, geld of tegoedbonnen (zgn. vouchers). De officiële term is 'contingency management', een procedure verwant aan de 'token economy', die veelvuldig wordt bij bijvoorbeeld kinderen met 'attention deficit hyperactivity disorder' (ADHD) of autismespectrumstoornissen, adolescenten met schizofrenie en mensen met een verstandelijke beperking.

De patiënt verdient vouchers wanneer hij/zij specifiek gedefinieerd gedrag vertoont, zoals niet-gebruiken (aan de hand van een negatieve uitslag van een urinecontrole), deelname aan dagbesteding of naar een sollicitatiegesprek gaan. De verdiende vouchers kunnen ingewisseld worden voor bijvoorbeeld een cadeaubon, theater- en/of bioscoopkaartje, kleding, kapperbezoek, een fiets of horloge. Er zijn verschillende systemen uitgeprobeerd, zoals ononderbroken toediening, waarbij consequent bij het vertonen van het doelgedrag vouchers worden toegediend. Voorts is er onderbroken of intermitterende bekrachtiging, waarbij alleen een proportie van het doelgedrag wordt opgevolgd met een voucher. Deze laatste methode reduceert de kosten die deze aanpak met zich meebrengt. 'Voucher management' en CRA kunnen uitstekend geïntegreerd worden aangeboden (Higgins e.a., 2003).

Hoe bekrachtigers beter toegankelijk te maken

Vaardigheidstrainingen kunnen nuttig zijn omdat ze zorgen voor meer bekrachtigers. Als iemand niet weet hoe adequate sociale interacties aan te gaan en/of te onderhouden, kan het helpen om te oefenen. CRA oefent vaardigheden door middel van rollenspellen, om de kans te vergroten dat de vaardigheid toegepast zal worden in het dagelijks leven. Ook partnerrelatietherapie kan helpen, als de relatie onvoldoende bekrachtigers inhoudt.

Verschiedende CRA-studies hebben aangetoond dat de betrokkenheid van een belangrijk persoon bij de behandeling leidt tot betere uitkomsten (bijv. Azrin e.a., 1982; Higgins e.a., 1994). Belangrijke anderen spelen een cruciale rol bij het toedienen van bekrachtigers die gericht zijn op niet-druggerelateerd gedrag. Als die er niet zijn, kunnen zogenaamde synthetische netwerken met buddy's of andere hulpverleners het veranderingsproces ondersteunen. CRA is flexibel; welke interventies gekozen worden met welke intensiteit en frequentie, hangt af van welke leefgebieden verstoord zijn, wat de doelen van de behandeling zijn, de motivatie en de voorkeur van de patiënt.

Resultaten van effectstudies

Effectstudies in het buitenland

CRA is zowel klinisch als ambulante toegepast. In een klinische studie (Hunt & Azrin, 1973) werd aan acht alcoholgebruikers interventies aangeboden die voornamelijk betrekking hadden op herintegratie in de maatschappij. Dit impliceerde oriëntatie op werk, het ontwikkelen van hobby's, hulp bij het creëren van alternatieve bekrachtigers, en deelname aan een alcoholvrije sociale club. CRA-patiënten dronken minder dagen en verbleven minder dagen in een kliniek in vergelijking met een controlegroep die het twaalf-stappenmodel van Jellinek (1960) hanteerde (Hunt & Azrin, 1973).

In een volgende studie (Azrin e.a., 1976) werd een viertal procedures toegevoegd om een impulsieve terugval in het drinkgedrag, bijvoorbeeld na een crisis in de privé-situatie, te voorkomen. De eerste was het gebruik van het middel disulfiram, dat een onaangename fysieke reactie in het lichaam teweegbrengt in combinatie met alcohol. Verder was er een speciaal programma ter verhoging van therapietrouw bij de inname van disulfiram, een volgsysteem dat vroegtijdig problemen detecteert en een 'buddy'-systeem om de patiënt steun te bieden. Opnieuw dronk de CRA-groep minder in vergelijking met de controlegroep (Azrin e.a., 1976).

In een ambulante studie (Azrin e.a., 1982) werden patiënten willekeurig toegewezen aan drie behandelcondities. De eerste was een traditionele behandeling volgens het twaalf-stappenmodel (Jellinek, 1960) plus disulfiram. In de tweede conditie kregen de deelnemers dezelfde interventie als in de eerste conditie plus disulfiram gekoppeld aan een specifieke procedure waarbij personen uit de omgeving van de patiënt werden geïnstrueerd om de therapietrouw te bewaken. In de derde conditie kregen de patiënten het gehele CRA-pakket aangeboden waarin onder andere de volgende elementen waren opgenomen: het disulfiram-programma, het versterken van motivatie en coping-vaardigheden (bijv. weigeren van aangeboden drank). Gemiddeld kregen de deelnemers in de derde conditie 6,4 'face tot face'-gesprekken, naast bezoeken aan een 'social club' en telefonische gesprekken. Wederom scoorde de CRA-behandeling (de derde conditie) beter dan de controlegroepen. Opvallend was dat in de tweede conditie alleenstaanden veel minder vaak abtinent waren dan degenen met een duurzame relatie. Niettemin, de gehuwde verslaafden in de tweede conditie deden het even goed in vergelijking met de verslaafden in de derde conditie in termen van abtinentiedagen. Het hebben van een duurzame relatie lijkt dus belangrijk voor een goed resultaat, maar geeft ook aan dat degenen met een goede relatie kunnen volstaan met een beperkt CRA-pakket.

Nederlandse effectstudies

CRA wordt nog weinig in Nederland toegepast. Een enquête, gehouden in 2004 onder eerste geneeskundigen, liet zien

dat slechts een minderheid van de Nederlandse verslavingszorginstellingen de CRA-methodiek toepast. Het kan zelfs worden betwijfeld of de instellingen die wel de CRA-methodiek claimen het volgens de oorspronkelijke opzet uitvoeren (Rigter e.a., 2004, p. 179). Toch zijn er drie studies gedaan.

De eerste studie was een pilotstudie naar het effect van de combinatie naltrexon en CRA op abstinentie bij opiaatverslaafden. Van de interventiegroep bleef 45% ten minste een jaar abtinent (Roozen, Kerkhof & Van den Brink, 2000). In een grootschalige landelijke studie (De Jong e.a., 2004; De Jong & Krabbe, 2002) werd deze combinatiebehandeling onderzocht bij 272 heroïneverslaafden. Het CRA-protocol werd geschreven door Roozen e.a. (2000). Het omvatte tien sessies bij de CRA-therapeut en dertien sessies bij de CRA-arts. Op maand zestien was 24% van de patiënten gedurende de gehele follow-up van zestien maanden continu abtinent van heroïne gebleven (De Jong e.a., 2004). De derde studie richtte zich op de behandeling van rookverslaving. In deze pilotstudie werd de combinatie van geprotocolleerde CRA (Roozen & Kerkhof, 2000), naltrexon en een nicotinesubstitutiebehandeling onderzocht. Alhoewel niet statistisch significant, was een groter aantal patiënten in de CRA-conditie abtinent in vergelijking met de non-therapiegroep na drie maanden follow-up (46% versus 25%). CRA lijkt ook een belangrijke optie voor deze doelgroep.

Op dit moment wordt een 'multi-center'-studie uitgevoerd naar de uitvoerbaarheid en resultaten van een CRA-behandeling waarin ook vouchers worden gebruikt om abstinentie te stimuleren bij cocaïneverslaafden die deelnemen aan een methadononderhoudsprogramma (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2004). De instellingen die meedoen zijn Tactus, De Griff, VNN, GGZ-Groep Noord- en Midden-Limburg en Novadic-Kentron. De studie loopt tot juni 2007.

Nadere beschouwing CRA-effectstudies

Uit meta-analyses (Roozen e.a., 2004; Meyers, Villanueva & Smith, 2005) naar de effecten van CRA blijkt dat er redelijk tot sterk bewijs is dat CRA effectief is in vergelijking met een twaalf-stappenbenadering. Ook is er bewijs dat de combinatie CRA en 'voucher management' effectiever is dan een standaardbehandeling voor het bereiken van cocaïneabstinentie. CRA hoort bij de beste vijf van de dertig tot vijftig interventies die bewezen effectief zijn, inclusief farmacologische interventies (Finney & Monahan, 1996; Holder e.a., 1991; Miller e.a., 1995, 2003).

Als CRA in die overzichten al zelf niet op de eerste plaats eindigt, dan horen wel de onderdelen van het CRA-pakket tot de hoogst geclassificeerde. CRA is - al dan niet in aangepaste vorm - ook toegepast en effectief bevonden bij speciale groepen, zoals een methadonpopulatie (Abbott e.a., 1998), cocaïnegebruikers (Higgins e.a., 2003), dubbel gediagnosticeerde dak- en thuislozen (Smith e.a., 1998) en adolescenten met middelenproblemen (Godley e.a., 2001). Op grond van deze studies kan worden gesteld dat CRA zeer effectief is en beter werkt dan de meeste andere behandelvormen. Verder kan worden opgemerkt dat CRA in termen van kosteneffectiviteit als gemiddeld is beoordeeld (Finney & Monahan, 1996).

CRA in Nederland: Novadic-Kentron

In de Nederlandse verslavingszorg wordt CRA als reguliere praktijk geïmplementeerd bij Novadic-Kentron. Als opbrengst van de fusie tussen de voormalige instellingen Novadic en Kentron is een nieuwe behandelvisie ontwikkeld en dienen hulpverleners volgens eenzelfde visie te gaan werken. Dat wil zeggen, meer patiëntgericht en gebaseerd op wetenschappelijk bewezen methodieken. De CRA-aanpak is daarbij gekozen als de therapeutische basis voor een indeling van de zorgorganisatie, met bijbehorende zorgprogramma's en zorgproducten. Wat dit betekent wordt hier kort beschreven.

CRA in de praktijk is complex. Van de therapeuten wordt maximale inzet en flexibiliteit, beheersing van vele methodieken en een directieve en energieke attitude verwacht. De therapeut dient kennis van en ervaring met het toepassen van motiverende gespreksvoering en gedragstherapeutische technieken te hebben. Naast het ontvangen van patiënten op een locatie, dient de hulpverlener huisbezoeken af te leggen of samen met de patiënt op pad te zijn.

Bij de inrichting van de zorgprogramma's spelen functieanalyses een prominente rol. Ook impliceert de CRA-methodiek het gebruik van valide (psycho)diagnostische meetinstrumenten die betrekking hebben op het toestandbeeld van de patiënt. De voortgang moet op geregelde basis (bijv. met grafieken) gevolgd worden, zodat er gestandaardiseerde evaluatie van de behandeling kan plaatsvinden. CRA koppelt een patiënt aan een enkele therapeut, om een duurzame behandelrelatie te kunnen opbouwen. Randvoorwaardelijke interventies of interventies die noodzakelijk zijn om de patiënt gemotiveerd te houden, moeten zoveel mogelijk tegelijkertijd en geïntegreerd worden aangeboden. De CRA-aanpak vraagt dus veel van de organisatie.

CRA in de reguliere ambulante behandelpraktijk houdt rekening met de volgende uitgangspunten.

1. De patiënt moet na de (telefonische) aanmelding zo snel mogelijk gezien worden.
2. Diagnostiek en gegevensverzameling vindt plaats door middel van (semi-)gestructureerde vragenlijsten en/of gestandaardiseerde 'screeningsinstrumenten'.
3. Een individuele inventarisatie dient opgesteld te worden van (potentiële) unieke bekrachtigers.
4. Er moet zicht zijn op de expliciete behandeldoelen en de bijbehorende motivatoren.
5. Vervolgafspraken moeten snel volgen op de eerste afspraak.
6. Daar waar mogelijk is een (niet-gebruikende) belangrijke ander betrokken bij de intake en behandeling.
7. Van de therapeut wordt verwacht dat hij/zij het behalen van de gestelde doelen ondersteunt door middel van 'outreaching' zorg.

Tot besluit

CRA is een multimodale strategie die zich richt op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl die meer belonend is dan middelengebruik, door te interveniëren in de directe omgeving van de verslaafde. Daarnaast richt de strategie zich op reductie van de belonende waarde van alcohol en drugs. CRA kan worden toegepast voor zowel abstinentie- als niet-abstinentiedoelen, en kan worden gecombineerd met een breed aanbod aan farmacologische middelen. CRA is een intensieve behandelvorm, die van de hulpverlener een proactieve rol vraagt. CRA-interventies, zoals huisbezoeken en de ontwikkeling van sociale en recreatieve clubs of gezelschappen, illustreren dat. Het is wellicht een belangrijke reden waarom CRA slechts beperkt wordt toegepast in de klinische praktijk.

Ten slotte: CRA is een aanpak om de patiënt, die vaak op meerdere fronten is vastgelopen, weer die aanknopingspunten te geven om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen 'navigeren' in de maatschappij. Gezien de effectiviteit kan implementatie in de praktijk worden aanbevolen.

Literatuur

1. Abbott, P.J., Moore, B.A., Weller, S.B., & Delaney, H.D. (1998). AIDS risk behavior in opioid dependent patients treated with Community Reinforcement Approach and relationships with psychiatric disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 33-48.
2. Azrin, N.H. (1976). Improvements in the Community Reinforcement Approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
3. Azrin, N.H., & Besalel, V.A. (1980). *Job club counselor's manual: A behavioral approach to vocational counseling*. Baltimore: Pro-Ed Press.
4. Azrin, N.H., Donohue, B., Besalel, V.A., Teichner, G.A., Crum, T., Howell, J., & De Cato, L.A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11, 1-43.
5. Azrin, N.H., McMahon, P.T., Donohue, B., Besalel, V.A., Lapinski, K., Kogan, E.S., Acierno, R., & Galloway, E. (1994). Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment-outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 857-866.
6. Azrin, N.H., Sisson, R.W., Meyers, R., Godley, M., & Nova, U. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
7. Budney, A.J., & Higgins, S.T. (1998). *National Institute on Drug Abuse therapy manuals for drug addiction: manual 2. A Community Reinforcement Approach: treating cocaine addiction* (NIH Publication No. 98-4309). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
8. Correia, C.J., Benson, T.A., & Carey, K.B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviors: A preliminary investigation. *Addictive Behaviors*, 30, 19-27.
9. De Fuentes-Merillas, L., & Jong, C.A.J. de (2004). Community Reinforcement Approach plus vouchers: behandeling van cocaïne afhankelijkheid. Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.
10. D'Zurilla, T., & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
11. Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
12. Etten, M.L. van, Higgins, S.T., Budney, A.J., & Badger, G.J. (1998). Comparison of the frequency and enjoyability of pleasant events in cocaine abusers vs. non-abusers using a standardized behavioral inventory. *Addiction*, 93, 1669-1680.
13. Finney, J.W., & Monahan, S.C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229-243.
14. Gezondheidsraad (2002). *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving* (publicatie 2002/10). Den Haag: Gezondheidsraad.
15. Higgins, S.T., Alessi, S.M., & Dantona, R.L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addictive Behaviors*, 27, 887-910.
16. Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F.E., Donham, R., & Badger, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
17. Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J., Heil, S.H., Badger, G.J., Donham, R., Dantona, R.L., & Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1043-1052.
18. Hoevenaars, J.P.C.M. (1983). *Operante visies op depressiviteit* (dissertatie). Utrecht: Universiteit Utrecht.
19. Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R., & Rubonis, A. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal on Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
20. Hunt, G.M., & Azrin, N.H. (1973). A Community Reinforcement Approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
21. Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press: New Haven.
22. Jong, C.A.J. de (1997). Het biopsychosociale model: de theoretische basis voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. In J. van Weeghel, A. Elling, J. van der Marck (Eds.). *Dubbele diagnose. Dwalen tussen psychiatrie en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
23. Jong, C.A.J. de, & Krabbe, P.F.M. (2002). *Snelle detoxificatie van opiaten: wat voegt anesthesie toe? Korte termijn resultaten van een gerandomiseerde vergelijking tussen twee methoden van snelle detoxificatie bij afhankelijkheid van opiaten*. Sint-Oedenrode: Novadic.
24. Jong, C.A.J. de, Roozen, H.G., Krabbe, P.F.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). *Van detoxificatie naar abstinentie: eindrapportage*. Sint-Oedenrode: Novadic-Kentron.
25. Koks, J.C., & Roozen, H.G. (2005). *Plezierige Activiteitenlijst (PAL)*. (Interne publicatie.) Novadic-Kentron: Roosendaal.

26. MacPhillamy, D.J., & Lewinsohn, P.M. (1982). The Pleasant Events Schedule: studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 363-380.
27. Mallams, J.H., Godley, M.D., Hall, G.M., & Meyers, R.J. (1982). A social systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, *43*, 1115-1123.
28. Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
29. Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: the Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford Press.
30. Meyers, R.J., Villanueva, M., & Smith, J.E. (2005). The Community Reinforcement Approach: history and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*, 251-264.
31. Miller, W.R., Brown, R.K., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K., & Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (2e dr., pp. 12-44). Boston, MA: Allyn & Bacon.
32. Miller, W.R., Wilbourne, P.L., & Hetta, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (3e dr., pp. 13-63). Boston, MA: Allyn & Bacon.
33. Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *Am. Psychologist*, *47*, 1102-1114.
34. Roozen, H.G., Beers, S.E.C., Weevers, H.J.A., Breteler, M.H.M., Willemsen, M.C., Postmus, P.E., & Kerkhof, A.J.F.M. (2006). Effects on smoking cessation: naltrexone combined with a cognitive behavioral treatment based on the Community Reinforcement Approach. *Substance Use and Misuse*, *41*, 45-60.
35. Roozen, H.G., Boulogne, J.J., Tulder, M.W. van, Brink, W. van den, Jong, C.A.J. de, & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the Community Reinforcement Approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, *74*, 1-13.
36. Roozen, H.G., Geerlings, P.J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2001). Een integratieve behandeling van verslaving: de Community Reinforcement Approach. In R.W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien & G. Lietaer (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie. Inventarisatie en perspectief* (VI 9.1, pp. 1-26). Leusden: De Tijdstroom.
37. Roozen, H.G., Jong, C.A.J. de, Kerkhof, A.J.F.M., Geerlings, P.J., & Schippers, G.M. (2000). *EDOCRA: handleiding CRA*. Sint-Oedenrode: Novadic.
38. Roozen, H.G., & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). *Stoppen met roken: een vijfgesprekken model op basis van de Community Reinforcement Approach*. (Interne publicatie.) Amsterdam: Vrije Universiteit.
39. Roozen, H.G., Kerkhof, A.J.F.M., & Brink, W. van den (2000). Ervaringen met een terugval preventieprogramma (CRA) gecombineerd met Naltrexon bij opiaatafhankelijken: effect op verslavingsgedrag en predictieve waarden van psychiatrische comorbiditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *42*, 307-18.
40. Roozen, H.G., Schippers, G.M., Boulogne, J.J., Jong, C.A.J. de, Brink, W. van den, & Kerkhof, A.J.F.M. (2005). CRA in treating addiction: a conceptual/historical analysis. In H.G. Roozen (Ed.), *Community Reinforcement Approach and naltrexone in the treatment of addiction* (ongepubliceerde dissertatie; pp. 47-66). Delft.
41. Rosenthal, T.L., Montgomery, L.M., Shadish Jr, W.R., & Lichstein, L. (1989). Leisure interest patterns and subjective stress in college students. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 59-64.
42. Sabelli, H.C., & Carlson-Sabelli, L. (1989). Biological priority and psychological supremacy: a new integrative paradigm derived from process theory. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 1541-1551.
43. Sisson, R., & Azrin, N.H. (1989). The Community Reinforcement Approach. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (pp. 242-258). New York: Pergamon Press.
44. Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organism: an experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
45. Wetering, B.J.M. van de, & Czyzewski, E.C.J.E. (2001). *Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam: Bouman Verslavingszorg.
46. Wiersema, J., Roozen, H.G., Strietman, M., Koks, J.C., Feij, J.A., Lewinsohn, P.M., Meyers, R.J., & Vingerhoets, A.J.J.M. (2006). *Development and psychometric evaluation of the Pleasant Activities List* (doctoraalscriptie). Tilburg: Universiteit van Tilburg.
47. Zwart, F.M., & Spooren, J. (1981). *Activiteitenlijst*. Utrecht: VGCT.

Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten