

Ervaringen met een terugvalpreventieprogramma (CRA) gecombineerd met naltrexon bij opiaatafhankelijken: effect op verslavingsgedrag en predictieve waarden van psychiatrische comorbiditeit

H.G. ROOZEN, A.J.F.M. KERKHOF, W. VAN DEN BRINK

ACHTERGROND Naltrexon, een opiaatantagonist, raakt steeds meer in de belangstelling bij de behandeling van verslaafden aan opiaatpreparaten. De effecten van dit medicijn lijken het best te beklijven wanneer het als adjuvans bij een psychosociaal programma wordt voorgeschreven, zoals in een terugvalpreventieprogramma gebaseerd op de Community Reinforcement Approach (CRA).

DOEL In dit open onderzoek ($n = 24$) met pre-postmeting worden de resultaten weergegeven van een gecombineerde naltrexon/CRA (Community Reinforcement Approach)-behandeling gericht op abstinentie.

METHODEN Open onderzoek ($n = 24$) met pre-postmeting.

RESULTATEN 58% (14/24) bleef gedurende ten minste zes maanden en 55% (12/22) ten minste één jaar stabiel abstinente. Wie minder goed reageerden op de behandeling, waren polydruggebruikers en degenen die hoog scoorden op cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. Toch waren ook bij deze groepen de resultaten beter dan verwacht. De behandelde groep was vergelijkbaar met een reguliere methadongroep ($n = 20$). Deze vergelijkingen hebben betrekking op de volgende gebieden: verslaving, demografisch, justitie, psychopathologie en specifieke persoonlijkheidsstoornissen.

CONCLUSIE De combinatie naltrexon/CRA, in de vorm van een intensieve ambulante behandeling, lijkt een veelbelovende benadering voor opiaatafhankelijken die abstinentie nastreven.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 5, 307-318]

TREFWOORDEN Community Reinforcement Approach (CRA), naltrexon, opiaten, terugvalpreventie

In toenemende mate wordt gebruikgemaakt van nieuw ontwikkelde farmaca bij op abstinenterichte behandeling van de afhankelijkheid van

heroïne. Een belangrijk voorbeeld is het gebruik van naltrexon bij snelle ontgiftiging en het voorkomen van terugval. Naltrexon is een opiaatanta-

gonist die bij verslaafden de aanwezige opiaten van de receptoren verdrijft en bij onderhoudsdosering voorkomt dat opiaten zich opnieuw aan de receptoren hechten. Door toepassing van naltrexon in een ontwenningprocedure kan de duur worden verkort tot ongeveer 72 uur (Roozen e.a. 1997a) en zelfs, met behulp van anesthesie, worden teruggebracht tot 24 uur (Legarda & Gossop 1994). De anesthesiologische methode van opiaatontwenning is inmiddels ook op Nederlandse bodem ontwikkeld en beschreven (De Jong & Cauter 1999). Aansluitend aan de ontgiftiging kan naltrexon worden gecontinueerd in het kader van terugvalpreventie. Daardoor leidt gebruik van heroïne bij een gelijktijdige onderhoudsbehandeling met naltrexon tot het uitblijven van het beoogde effect.

Net als bij veel andere op abstinentie gerichte behandelingen bestaan er echter grote problemen met de therapietrouw. Veel cliënten staken het gebruik van naltrexon al na korte tijd, meestal gevolgd door terugval in het gebruik van heroïne (APA 1995).

Om de therapietrouw te vergroten en de kansen op terugval te verkleinen, is het van belang om een onderhoudsbehandeling met naltrexon te combineren met of plaats te doen vinden in het kader van een brede psychosociale interventie, waarbij naast therapietrouw ook gewerkt wordt aan een stabiele verandering van de leefstijl van de cliënt.

In Zuid-Europese studies, waarbij naltrexon naast een psychosociale behandeling wordt gegeven, worden cijfers genoemd van 40% succes na zes maanden behandeling (zie Guiteirrez e.a. 1995). In Zuid-Europa neemt het sociale netwerk traditioneel gezien een belangrijke plaats in en dit kan wellicht een deel van het succes verklaren. Betere resultaten zijn behaald in een Amerikaans onderzoek met een geselecteerde ambulante populatie voor wie er wat op het spel stond, zoals zakenmensen en artsen. In dit onderzoek wordt gesproken over een percentage van 61% abstinentie na zes maanden (Washton e.a. 1984).

Een veelbelovende benadering is de Com-

munity Reinforcement Approach (CRA). Binnen CRA (Meyers & Smith 1995) is er aandacht voor beide genoemde elementen. Ten eerste zijn er interventies die zich richten op het vergroten en verbeteren van het sociale netwerk (onder andere interventies die zich richten op therapietrouw; zie Roozen e.a. 1997a). Daarnaast wordt in een CRA-programma tijd besteed aan het vergroten van motivatie en toekomstperspectief via motiverende gespreksvoering, vaardigheidstrainingen en interventies zoals een oriëntatie op arbeid en vrijetijdsbesteding.

Helaas geldt ook bij gecombineerde behandelingen dat gebrekkige therapietrouw en voortijdige drop-out niet zeldzaam zijn. Dat geldt met name in die gevallen waarbij sprake is van psychiatrische comorbiditeit (Kranzler & Rounsaville 1998). Hoe ernstiger het beeld, hoe slechter de prognose (McLellan e.a. 1983). Aangetoond is dat de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij opiaatafhankelijken hoog is. Er is een sterk verband tussen middelenmisbruik enerzijds en depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen anderzijds (Rounsaville e.a. 1991). Persoonlijkheidsstoornissen worden beschouwd als potentiële voorspellers van behandeluitkomst (Verheul 1997; Jong e.a. 1993).

De rationale achter dit open onderzoek is dat er tot dusverre in Nederland nog weinig ervaring met naltrexon is. Dit hangt samen met de andere (latere) fase waarin het Nederlands epidemiologisch onderzoek zich bevindt ten opzichte van de vs en Zuid-Europa. Daarnaast zijn er verschillen tussen de vs en Zuid-Europa enerzijds en Nederland anderzijds in motivatie (samenhangend met verschillen in verslavings- en handelcarrière), en in de relatie van de afhankelijke met familie. Bovendien is er in de andere onderzoeken nog maar weinig bekend geworden over eventuele voorspellende variabelen.

In deze studie wordt onderzoek gedaan naar (a) de effectiviteit van een gecombineerde onderhoudsbehandeling met naltrexon en CRA en (b) de voorspellende waarde van psychiatrische pathologie ten aanzien van effectiviteit. Het

onderzoek betreft een naturalistisch follow-uponderzoek met een pre-postvergelijking zonder controlegroep. Om een indruk te krijgen van de representativiteit van de onderzochte populatie verslaafden, wordt de onderzochte populatie, alvorens tot pre-postvergelijking over te gaan, op een aantal relevante variabelen vergeleken met een groep opiaatverslaafden uit een methadononderhoudsprogramma.

De resultaten worden in de volgende indeling gepresenteerd: (1) vergelijkbaarheid groepen, (2) effectiviteit experimentele conditie via een pre-postvergelijking en (3) voorspellende waarde van psychiatrische comorbiditeit.

METHODE

Steekproef De onderzoeksgroep bestaat uit 24 heroïneverslaafden die vanaf februari 1996 tot aan mei 1998 (moment van evaluatie) behandeld werden met naltrexon. De behandeling was ingebed in een CRA-programma. Gegevens over abstinentie en middelengebruik voor en na behandeling werden bij deze 24 deelnemers verzameld. De behandeling vond plaats bij de ambulante hulpverleningsinstelling van westelijk Noord-Brabant te Roosendaal (KENTRON). Verslaafden werden gerekruteerd uit het bestand van het methadonprogramma, via krantenartikelen en via andere verslavingsklinieken in Nederland. De cliënten werden klinisch beoordeeld als opiaatafhankelijk en namen (op drie na) deel aan een methadonprogramma. Negentien cliënten werden volgens een snelle detoxificatieprocedure ontgift (zie Roozen e.a. 1997b voor in- en exclusiecriteria). Vijf stroomden in nadat zij in een reguliere ontwenningskliniek of thuis ontwend waren. Om in aanmerking te komen voor het experimentele programma en ter financiering van het project moesten deelnemers een eigen bijdrage betalen van f 500,- (n = 5), en daarnaast f 4000,- voor deelname aan de snelle detoxificatie (n = 19). De cliënten moesten een partner, vriend of familielid hebben die bereid was om hen tijdens de behandeling bij te staan. Om na te

gaan of deze rekrutering wellicht een selecte groep verslaafden had bijeengebracht, werd een referentiegroep van twintig methadonprogrammacliënten bestudeerd (ongeveer 50% van het lopende methadonbestand in de regio). Het betreft hier dus geen gecontroleerd gerandomiseerd experimenteel ontwerp, maar een pilotstudie met een pre- en een postmeting. Om een indicatie te geven van de toepasbaarheid in de routinepraktijk, het volgende: lopende het onderzoek hebben in totaal ongeveer zestig personen ten minste eenmaal contact gezocht voor mogelijke deelname, van wie er 24 hebben deelgenomen (40%).

Interventie Alle deelnemers uit de onderzoeksgroep werden ingesteld op een onderhoudsdosering met naltrexon (25 mg) na aanvankelijke detoxificatie. Tijdens de nazorg werd het sociale netwerk gestimuleerd om de cliënt te begeleiden bij de inname van naltrexon (en urinecontrole), werden cliënten medisch begeleid en werden er psychosociale interventies gedaan. Puntsgewijs impliceert CRA het volgende: diagnostiek (functieanalyse); psycho-educatie; farmacotherapie; verbetering van therapietrouw bijvoorbeeld door positieve bekrachtiging te stimuleren, alert te zijn op waarschuwingssignalen en meer vertrouwen te stellen in het sociale netwerk; urinecontrole/monitoring; relatietherapie/sociaal-netwerkbegeleiding (communicatie); oriëntatie op werk, opleiding en vrijetijdsbesteding; vergroting van probleemoplossende vaardigheden; socialevaardigheidstrainingen en cognitieve herstructurering.

De contactfrequentie in de eerste maand was gemiddeld twee- à driemaal per week 45 minuten en werd verminderd na drie tot zes maanden tot een wekelijks contact (45 minuten); daarna vonden contacten maandelijks plaats of enkele malen per jaar. De naltrexondosering werd gemiddeld na circa zes maanden verminderd tot 12,5 mg per dag. Abstinentie werd geobjectiveerd aan de hand van urinecontroles onder toezicht van de behandelaar. De interventiegroep

werd vanaf het begin van de behandeling tot op het moment van evaluatie gevolgd, met uitzondering van degenen die terugvielen of werden uitgesloten van verdere deelname.

Procedure Omdat de naltrexongroep voornamelijk gerekruteerd werd uit methadongroepen ($n = 21$) en de psychologische assessment plaatsvond op een moment dat de naltrexonbehandeling nog niet was gestart, zijn de metingen vergelijkbaar met die bij de deelnemers uit het methadonprogramma ($n = 20$). Enkele van de sociaal-demografische variabelen en diagnostische testen (SCL-90 en ABV) bleken bij de methadongroep (referentiegroep) achteraf niet compleet te zijn ingevuld, zodat soms het aantal gegevens minder is dan $n = 20$.

Instrumenten De psychologische assessment omvatte de SCL-90 (Symptom Check List '90), VKP (Vragenlijst voor kenmerken van de persoonlijkheid) en ABV (Amsterdamse Biografische Vragenlijst) voor de bepaling van de mate van psychopathologie en de verkorte GIT (Groningse Intelligentie Test) voor de bepaling van intelligentie.

Voor de meting van de ernst van het psychoneurotische toestandsbeeld voorafgaande aan de behandeling is de SCL-90 gebruikt. De SCL-90 is een multidimensionale zelfbeoordelingslijst voor meting van psychopathologie als toestandsbeeldmaat (Derogatis e.a. 1973). Deze lijst is in het Nederlands vertaald en gevalideerd (Arrindell & Ettema 1981). De SCL-90 depressie- en angstschalen hebben een relatie met relevante DSM-III-R-categorieën (Koeter 1992). De totaalscore van de SCL-90 is een redelijke maat voor de ernst van psychopathologie bij psychiatrische patiënten (Koeter e.a. 1988). Deze totaalscore correleert $.64$ ($p < .001$) met de neuroticismescore (N) van de ABV (Wilde 1970) bij een groep TBR-gestelden (Arrindell & Ettema 1986). De ABV is een vragenlijst met 104 vragen. Vier dimensies worden gemeten: neurotische labiliteitsverschijnselen (N), somatische neurotische klachten (NS), socia-

le extraversie (E) en testattitude (T). Deze laatste betreft twee houdingen die de onderzochte bij het beantwoorden van de testvragen kan aannemen, namelijk een zelfverdedigende houding, waarbij niet wordt toegegeven dat sociaal niet-acceptabele, of ongewenste inhouden van de vragen subjectief juist zijn (hoge T-waarde) en de zelfbekritiserende houding, waarbij een meer dan gemiddelde neiging bestaat dergelijke inhouden op zichzelf te betrekken; een te geringe afweer dus in vergelijking met de gemiddelde onderzochte (lage T-waarde). De N- en NS-schaal zijn duidelijk geïntercorreleerd. De test kent redelijke test-hertestcoëfficiënten (De Zeeuw 1986).

Om een beeld te krijgen van de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie, is de VKP afgenomen (versie DSM-III-R). De DSM-III-R (APA 1987) onderscheidt dertien persoonlijkheidsstoornissen, die gerangschikt kunnen worden in cluster A, B, C, appendix en persoonlijkheidsstoornissen die niet anderszins omschreven kunnen worden (NAO). De VKP (Duijsens e.a. 1993) is een zelfrapportagevragenlijst gebaseerd op de International Personality Disorder Examination (IPDE) van de World Health Organisation (WHO) (1993). Deze vragenlijst kan met de computer worden afgenomen en/of worden gescoord. Een voordeel van zelfrapportagevragenlijsten is, los van de kosteneffectiviteit, dat zij bij afname geen systematische bias of interviewtendenties bewerkstelligen (Zimmerman 1994). Deze zelfrapportagevragenlijst kent echter een hoge sensitiviteit en een lage specificiteit in vergelijking met een interview (Duijsens 1996). Hoewel zelfrapportagevragenlijsten, zoals de VKP, mogelijk enige waarde hebben in het screenen van persoonlijkheidspathologie in psychiatrische of verslavingssettings, dient de bruikbaarheid in epidemiologische onderzoeken of niet-psychiatrische settings nog te worden bepaald (Van den Brink 1993; Duijsens 1996; Jansen & Duijsens 1999). Empirisch blijkt er een grote overlap te bestaan tussen stoornissen uit één cluster en tussen de verschillende clusters

(De Jong e.a. 1993). De geringe validiteit en bruikbaarheid van een indeling van categorieën kan worden omzeild door te opteren voor een dimensionale benadering van persoonlijkheidspathologie (Widiger & Sanderson 1995). De dimensionale score is een sommatie van het aantal criteria die positief zijn beantwoord.

Intelligentie kan worden gemeten met de GIT (Luteijn & Kooreman 1987). In deze studie is gebruikgemaakt van de verkorte GIT, die bestaat uit drie subtesten: cijferen, legkaart en woordmatrijs. De verkregen scores zijn omgezet in een IQ-score.

Statistische analyse Bij variabelen met meerdere geordende scorecategorieën werd de t-toets voor het verschil tussen gemiddelden gebruikt. Bij categorische gegevens werd een χ^2 -toets gebruikt. Bij binaire gegevens werd Fishers exacttest tweezijdig toegepast. Significantie werd bepaald bij een niveau van $p < .05$.

RESULTATEN

Vergelijkbaarheidsgroepen Op bijna alle variabelen zijn de interventiegroep (naltrexon) en de referentiegroep (methadon) aan elkaar gelijk. Enkel wat betreft het aantal cliënten dat ooit gearresteerd werd, verschillen de groepen van elkaar (zie tabel 1).

Op geen enkel item werd een significant ($p < .05$) verschil gevonden. De interventie (naltrexon)-groep scoorde vrijwel gelijk aan de referentie(methadon)-populatie (zie tabel 1). De scores op de VKP van de methadongroep en naltrexongroep verschilden qua significantie ($p < .05$) op geen enkele stoornis van elkaar (zie tabel 2). De interventiegroep is qua persoonlijkheidsprofiel niet verschillend van de referentie(methadon)groep.

Resumerend komt uit dit onderzoek naar voren dat de experimentele groep, ondanks het groot aantal vergelijkingen, slechts op één variabele verschilt van de groep cliënten uit het methadonprogramma, namelijk het percentage

dat minimaal eenmaal is gearresteerd. Vanwege het gekozen significantieniveau kan niet uitgesloten worden dat dit een toevalsbevinding is en beide groepen dus niet van elkaar verschillen. De groep die de experimentele behandeling ontving, is derhalve niet uitzonderlijk.

Effectiviteit experimentele conditie Omdat alle cliënten over een periode van 24 maanden in de studie werden ingesloten, waren de laatste ingeslotenen op het moment van evaluatie pas zes of negen maanden behandeld. Dat betekent dat voor de evaluatie voor langere periode steeds minder gevallen voorhanden zijn. Na zes maanden waren in ieder geval 14/24 (58%) nog abstinente. Na één jaar waren 12/22 (55%) abstinente. Slechts één cliënt gebruikte heroïne na de detoxificatie, zonder daarna te vervallen in frequent opiaatgebruik. Alle cliënten die terugvielen in frequent opiaatgebruik, deden dit binnen zeven maanden na het begin van de behandeling (tabel 3).

Van het totale aantal cliënten die geregeld cocaïne gebruikten vóór deelname aan de behandeling en uiteindelijk niet terugvielen in opiaatgebruik (11), gebruikten er 9 (81%) nog enkele malen gedurende de behandeling. Drie cliënten die amfetaminen gebruikten vóór de behandeling, staakten het gebruik na de ontwenning. Eén cliënt hervatte het gebruik van amfetaminen vijf maanden na aanvang van de behandeling, maar staakte dit wederom na negen maanden. Het benzodiazepinegebruik doofde uit (zes van de acht cliënten). Eén cliënt bleef sporadisch gebruiken, de ander bouwde zeer geleidelijk af vanwege chronische afhankelijkheid. Cannabisgebruik werd over het algemeen niet gestaakt.

Voorspellende waarde van psychiatrische comorbiditeit De groep die opiaatvrij bleef en de teruggevallen groep zijn met elkaar vergeleken op 42 items die betrekking hebben op de volgende domeinen: sociaaldemografische gegevens, intelligentie, sociale integratie, justitieel contact, psychopathologie en specifieke persoonlijkheidspa-

TABEL 1 Kenmerken en psychopathologie van de naltrexon- en methadonpopulatie

Weergegeven zijn aantallen, percentages, gemiddelde scores, standaarddeviaties en significantieniveaus ($p < .05$) voor de subschalen en totaalscore (SCL-90)

	Naltrexonpopulatie (n = 24)		Methadonpopulatie (n = 20)		p
	Gem.	s.d.	Gem.	s.d.	
Leeftijd (jaar)	30,5	6,4	29,9	7,1	n.s.
Leeftijd begin opiaatverslaving (jaar)	21,7	4,5	23,0	5,3	n.s.
Duur verslaving (jaar)	8,8	6,0	7,0	8,0	n.s.
Dagelijkse hoeveelheid heroïne (g)	0,6	0,7	0,8	0,8	n.s.
Dagelijkse hoeveelheid methadon (mg)	24,8	10,6	25,7	9,0	n.s.
Gemiddeld IQ	102	10,6	90	13,5	n.s.
Percentage polydrugsgebruikers	67%		91%		n.s.
Percentage vrouwen	13%		18%		n.s.
Minimaal eenmaal gearresteerd	96%		57%		<.05
Minimaal eenmaal gedetineerd	58%		43%		n.s.
Minimaal eenmaal suïcidepoging	35%		29%		n.s.
Percentage cliënten met partner	63%		57%		n.s.
Percentage cliënten met werk	43%		57%		n.s.
	Subschaal SCL-90 (n = 24)		Subschaal SCL-90 (n = 16)		
Angst	15,3	5,5	17,1	6,6	n.s.
Agorafobie	8,7	3,0	10,6	4,7	n.s.
Depressie	33,0	12,7	34,9	13,4	n.s.
Somatische klachten	21,6	8,6	22,9	9,0	n.s.
Insufficiëntie	16,5	5,1	17,4	6,0	n.s.
Sensitiviteit	31,2	11,0	31,6	11,6	n.s.
Hostiliteit	10,3	3,9	9,3	4,6	n.s.
Slaapproblemen	6,9	3,3	7,2	3,8	n.s.
Overige	14,3	4,9	14,8	5,6	n.s.
Totaal	157,6	47,8	165,8	54,1	n.s.
	Subschaal ABV (n = 24)		Subschaal ABV (n = 16)		
N	69,5	31,6	55,3	27,8	n.s.
NS	24,3	9,1	23,3	8,9	n.s.
E	60,8	16,9	52,3	17,5	n.s.
T	32,7	7,9	37,3	8,3	n.s.

Afkortingen:

n.s. = niet significant; SCL-90 = Symptom Check List -90; ABV = Amsterdamse Biografische Vragenlijst; N = neurotische labiliteitsverschijnselen; NS = somatische neurotische klachten; E = sociale extraversie; T = testattitude

thologie. Deze vele vergelijkingen hebben slechts drie statistische verschillen opgeleverd. Een significant verschil ($p < .05$) werd gevonden voor het aantal polydrugsgebruikers. Negentig procent van de cliënten die terugvielen waren polydrugsgebruikers versus vijftig procent bij de abstinente groep. Ten aanzien van psychopathologie (gemeten met SCL-90 en ABV) waren er geen significante verschillen tussen beide groepen, alhoewel de teruggevallen groep op zes van de acht (sub)schalen bij de SCL-90 (onder andere totaalscore) en de N-schaal van de ABV hoger scoorde. Op de t-score (bij de abstinente groep 35,7 versus 28,2 voor de teruggevallen groep) van

de ABV werd een klein, maar significant ($p < .05$) verschil gevonden. Met betrekking tot de testattitude is een te sterke zelfbekritiserende houding, waardoor te veel inhouden van de testvragen op de cliënt zelf worden betrokken, kennelijk van invloed op terugval; de klinische betekenis hiervan is echter onduidelijk.

Degenen die terugvielen, scoorden significant ($p < .05$) hoger op de totaalscore van de cluster-B-stoornissen (15.8 versus 9.7 voor de abstinente groep), gemeten op dimensionaal niveau. De cliënten die zijn teruggevallen, scoren hoger bij de afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen dan de abstinente groep. Deze scores zijn echter

TABEL 2 Persoonlijkheidspathologie volgens DSM-III-R As II d.m.v. Vragenlijst Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP) afgenomen bij naltrexon- en methadonpopulatie. Weergegeven zijn dimensionale scores Dim, cluster-totaalscores, standaarddeviaties en significantieniveau ($p < .05$)

Stoornis	Naltrexonpopulatie (n = 24)		Methadonpopulatie (n = 20)		
	Gem.	s.d.	Dim	Gem.	s.d.
Cluster A	5,4	4,1	4,8	4,3	n.s.
Schizoid	1,1	1,3	1,1	1,3	n.s.
Schizotypisch	2,1	2,1	1,7	1,9	n.s.
Paranoïd	2,2	1,4	2,0	1,9	n.s.
Cluster B	12,3	6,3	10,5	7,5	n.s.
Borderline	3,0	2,0	2,3	2,1	n.s.
Antisociaal	5,9	2,9	5,9	3,9	n.s.
Theatraal	1,3	1,8	1,0	1,4	n.s.
Narcistisch	2,0	2,1	1,3	1,7	n.s.
Cluster C	8,5	7,3	7,3	6,4	n.s.
Afhankelijk	2,2	2,2	1,7	1,8	n.s.
Ontwijkend	1,8	2,2	1,2	1,7	n.s.
Obsessief-compulsief	2,1	2,1	2,0	1,8	n.s.
Passief-agressief	2,3	1,9	2,4	2,2	n.s.
Appendix A					
Sadistisch	0,9	1,0	0,9	1,7	n.s.
Zelfondermijnd	2,3	2,0	1,7	1,5	n.s.

TABEL 3 Kenmerken van beloop van de naltrexonpopulatie. Weergegeven zijn aantallen, percentages, gemiddelden, standaarddeviaties, minimale en maximale waarden

Naltrexonpopulatie	
Aantal cliënten die terugvielen	10/24 (42%)
Aantal cliënten die stabiel abtinent zijn na:	
Gemiddeld \geq 6 maanden	14/24 (58%)
Gemiddeld \geq 12 maanden	12/22 (55%)
Gemiddelde duur van de behandeling	16,6 (maanden) s.d. = 5,3; min. 6, max 24
Gemiddelde tijdstip van eerste terugval	3,8 (maanden) s.d. = 2,4; min. 1, max 7

niet significant, ook niet op cluster-A- en -C-niveau.

DISCUSSIE

De resultaten van deze pilotstudie zijn veelbelovend: 58% van een groep langdurig heroïneverslaafden werd succesvol behandeld; zij zijn gemiddeld ruim zestien maanden abtinent op het moment van evaluatie. Dit behandelresultaat is onverwacht hoog en veel hoger dan in de literatuur wordt vermeld (Roozen e.a. 1997c). Dit spectaculaire resultaat werd behaald met een overwegend ambulante behandeling na een snelle detoxificatie met behulp van naltrexon. Dit werpt de vraag op of het überhaupt wel nuttig is om detoxificatie uit te voeren onder narcose. Zonder narcose lukt het blijkbaar ook. Voorts is een klinische nabehandeling kennelijk niet nodig. De vraag of dit spectaculaire effect toegeschreven zou kunnen worden aan een speciale samenstelling van de onderzoeksgroep is een belangrijke. Vergelijking van karakteristieken van de onderzoeksgroep met die van methadonprogrammacliënten van westelijk Noord-Brabant wijst uit dat het om een niet uitzonderlijke populatie gaat. Alleen met betrekking tot eerdere arrestaties blijkt de onderzoeksgroep af te wijken, in die zin dat de deelnemers aan het experiment vaker gearresteerd waren dan de cliënten van het reguliere methadonprogramma, maar gezien het grote aantal vergelijkingen en het sig-

nificantieniveau kan deze bevinding op toeval berusten. Wellicht hebben de veelvuldige justitiecontacten ertoe bijgedragen dat verslaafden zich aanmeldden om aan dit experiment deel te nemen, om zodoende vervolging of straf te ontlopen. De officier van justitie in Breda heeft een keer afgezien van strafvervolging van een van de deelnemers, die vervolgens ook abtinent is gebleven. Ook de lengte van de verslavingsgeschiedenis wijkt niet af. Met betrekking tot de ernst van (comorbide) psychopathologie kan gesteld worden dat deze zeker niet lichter was onder de deelnemers aan dit experiment. De onderzoeksgroep kan derhalve wat betreft bovenstaande gegevens representatief worden geacht voor de populatie opiaatverslaafden in de regio.

Het is waarschijnlijk dat de verslaafden die zich aanmeldden voor het detoxificatie- en terugvalpreventieprogramma, extra gemotiveerd waren voor deze behandeling en vermoedelijk veel meer gemotiveerd om abtinentie na te streven dan de cliënten uit het reguliere programma. Als beoordeling van het resultaat kan niet worden uitgesloten dat een Hawthorn- of Honeymooneffect de resultaten heeft beïnvloed en dat een routinebehandeling tot mindere resultaten zou hebben geleid. Vanwege de bereidheid tot het leveren van een eigen financiële bijdrage en de aanwezige steun vanuit de omgeving hadden de cliënten uit de experimentele conditie een sterkere motivatie

(selectiebias) voor detoxificatie en abstinentie dan de referentiegroep.

Opgemerkt dient te worden dat het motiveren van de verslaafden tot de essentiële elementen van het programma moet worden gerekend. Pas na enkele zittingen waarin potentiële deelnemers en hun begeleiders werden voorbereid op en gemotiveerd voor de behandeling, werden deelnemers toegelaten. In die fase haakte 60% van de potentiële deelnemers af. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat de meeste potentiële deelnemers al meerdere vergeefse pogingen tot ontwenning hadden ondernomen, de meeste ook in klinische settings. Om zich mentaal voor te bereiden op een nieuwe poging tot ontwenning, hebben de meeste cliënten dan ook een goede voorbereiding nodig. Er is veel aandacht aan besteed om de cliënten en familieleden op correcte wijze voor te bereiden en hen te helpen hun motivatie voor een zeer intensieve behandeling op peil te krijgen en te houden. Rode draad door de hele behandeling is de motivatie om terugval te verhinderen: steeds werden in cognitief-gedragstherapeutische zittingen de voor- en nadelen van abstinentie doorgenomen en werden zij geholpen bij verdere motivatie indien dat noodzakelijk was. Naar de ervaring van de auteurs is een fase voorafgaande aan de detoxificatiebehandeling, waarin de motivatie voor de behandeling wordt besproken, een essentieel onderdeel van de behandeling. De behandeling begint eigenlijk al bij het eerste telefonische verzoek om informatie. Behandeling die met een detoxificatie aanvangt zonder voorafgaande adequate motivering, lijkt ons derhalve niet opportuun (Joe e.a. 1998).

Op de vraag welke verslaafden het meest gebaat zijn bij deze interventie kunnen we in ieder geval het volgende stellen. Onder degenen met polydrugsgebruik is de kans op uitval het grootst, maar toch blijken zeven van de zestien polydrugsgebruikers (= 44%) baat gevonden te hebben bij deze behandeling. Polydrugsgebruik wordt

meer geassocieerd met psychopathologie dan monodrugsgebruik. Psychopathologie wordt in verband gebracht met een grotere kans op terugval (O'Boyle 1993). In dit kader vormt een cluster-B-persoonlijkhedstoornis een iets groter risico op uitval uit het programma, maar op zich genomen vormt een dergelijke stoornis geen beletsel om deel te nemen. Verder zijn er op grond van dit onderzoek geen contra-indicaties gevonden voor het deelnemen aan dit detoxificatie- en terugvalpreventieprogramma. Resumerend kan gesteld worden dat bij de interpretatie van de gegevens gerealiseerd dient te worden dat het om kleine groepen gaat (14 versus 10), dat er veel vergelijkingen worden gemaakt en dat gekozen is voor een significantieniveau van 5%. In dit licht bezien kan de betekenis van drie significante verschillen, namelijk cluster-B-persoonlijkhedstoornissen, de factor polydrugsgebruik en Testattitude (ABV), tussen de groep abstanten en de groep teruggevallen op het conto van toeval geschreven worden. Ook een samenhang tussen de kenmerken kan niet worden uitgesloten. Omdat deze verschillen betekenisvol lijken, kunnen deze resultaten niet helemaal van klinische betekenis ontbloot geacht worden. Niettemin kunnen polydrugsgebruikers en degenen die hoog scoren op cluster-B-persoonlijkhedstoornissen profiteren van de behandeling.

Een belangrijk resultaat van deze studie is dat er inderdaad een sterke samenhang bestaat tussen het langdurig blijven volgen van het programma en het uiteindelijke resultaat. Een resultaat van 58% abstinentie, en dat nu al gemiddeld ruim 16 maanden, is vergeleken met alle andere studies buitengewoon hoog. Het is verleidelijk het goede resultaat toe te schrijven aan de hier toegepaste interventie. Dat is echter nog niet mogelijk omdat er geen controlegroep is. Daarnaast gaat het om een kleine groep zeer gemotiveerde cliënten. In dit verband is het moeilijk vast te stellen wat deze resultaten precies betekenen voor de grote groep opiaatafhankelijken en is een sterke nuancering op zijn plaats. Een onderzoek met

een gerandomiseerd experimenteel ontwerp naar de effecten van een snelle detoxificatie zonder en onder narcose, gevolgd door een ambulante uitvoerbare geprotocolleerde nabehandeling op basis van CRA, is nu met subsidie van de overheid in voorbereiding in Nederland (EDOCRA).

✍ Met dank aan drs. A. Eenhuizen voor statistische analyses en bewerkingen en dr. I.J. Duijsens voor haar waardevolle aanwijzingen betreffende de Vragenlijst voor kenmerken van de persoonlijkheid.

LITERATUUR

- APA (American Psychiatric Association) (1995). Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152, 11, November 1995 Supplement.
- APA (American Psychiatric Association) (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third revised edition). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Arrindell, W.A., & Ettema J.H. (1986). SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., & Ettema J.H. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90); gegevens gebaseerd op een fobische en een normale populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 36, 77-108.
- Brink, W. van den (1993). Measurement and diagnosis of DSM-III-R and ICD-10 personality disorders: A review of available instruments in the Netherlands. *State Art Clin Psychiatry*, 1, 4-11.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient-rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W., e.a. (1993). Dutch: VKP, Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid. Voorlopige Handleiding (VKP, Questionnaire on Personality Traits. Preliminary Manual). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Duijsens, I.J. (1996). VKP, Assessment of personality disorders: Construction, reliability and validity of the VKP self-report (dissertation). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Guiteirrez, M., Ballesteros, J., Gonzales-Oliveros, R., e.a. (1995). Retentionrates in two naltrexone programmes for heroin addicts in Vitoria, Spain. *European Psychiatry*, 10, 183-188.
- Jansen, S.J.T., & Duijsens, I.J. (1999). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Een onderzoek naar de overeenstemming tussen vragenlijsten en de klinische As II-diagnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 373-378.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., & Broome K.M. (1998). Effect of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177-1190.
- Jong, C.A.J. de, van den Brink, W., Harteveld, F.M., e.a. (1993). Personality disorders in alcoholic and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Jong, C.A.J. de, & van Cauter, R.M.V. (1999). Snelle detoxificatie van opiaten onder algehele anesthesie: ontwikkeling van de anesthesiologische procedure en eerste bevindingen. *Handboek Verslaving B 6114*, 3-24. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Koeter, M.W. (1992). Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: A comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 24, 271-280.
- Koeter, M.W., Ormel, J., & van den Brink, W. (1988). Totalscore op de SCL-90 als maat voor de ernst van psychopathologie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 43, 381-391.
- Kranzler, H.R., & Rounsaville, B.J. (1998). Dual diagnosis and treatment - Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders. New York NY: Marcel Dekker.
- Legarda, J.J., & Gossop, M. (1994). A 24 hr inpatient detoxification treatment for heroin addicts: A preliminary investigation. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 91-93.
- Luteijn, F., & Kooreman, A. (1987). Handleiding Groninger Intelligentie Test, GIT. Schriftelijke verkorte vorm. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- McLellan, A.T., Luborski L., Woody, G.E., e.a. (1983). Predicting response to drug and alcohol treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- Meyers, R.J., & Smith, J.E. (1995). Clinical guide to alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach. New York NY: The Guilford Press.
- O'Boyle, M. (1993). Personality disorders and multiple substance dependence. *Journal of Personality Disorders*, 7, 342-347.
- Roizen, H.G., van den Brink, W., & Kerkhof, A.J.F.M. (1997a). Toepassing van naltrexon/clonidine bij een biopsychosociale behandeling (CRA) van opiaatverslaafden. *Handboek Verslaving B 4250*, 3-24. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Roozen, H.G., Deden A.L., Kerkhof, A.J.F.M., e.a. (1997b). Ontgiftiging bij opiaatverslaving en het voorkomen van terugval: toepassing van naltrexon en cognitieve gedragstherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141, 2377-2380.
- Roozen, H.G., Kerkhof, A.J.F.M., & van den Brink, W. (1997c). De rol van naltrexon binnen een geïntegreerde biopsychosociale behandeling van opiaatverslaafden gericht op stabiele abstinentie. *Tijdschrift voor Alcohol en Drug, en andere Psychotrope Stoffen*, 22, 20-31.
- Rounsaville, B.J., Anton, S.F., e.a., (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43-51.
- Verheul, R. (1997). *The role of diagnosing personality disorders in substance abuse treatment: Prevalence, diagnostic validity, and clinical implications* (dissertation). Amsterdam: Thesis Publishers.
- Washton, A.M., Gold, M.S., & Pottash, A.C. (1984). Successful use of naltrexone in addicted physicians and business executives. *Adv. Alcohol Substance Abuse*, 4, 89-96.
- Widiger, T.A., & Sanderson, C.J. (1995). Toward a dimensional model of personality disorders. In W.J. Livesley (red.), *The DSM-IV personality disorders*. New York NY: The Guilford Press.
- Wilde, G.J. (1970). *Neurotische labiliteit gemeten volgens de Vragenlijstmethode* (2e druk). Amsterdam: F. van Rossen.
- World Health Organisation (1993). *The International Personality Disorder Examination (IPDE): version 1.1 – July 1993*. Geneva: Author, Division of Mental Health.
- Zeeuw, J. de (1986). *Algemene psychodiagnostiek I, testmethoden* (6e druk). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing Personality Disorders – A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.

AUTEURS

H.G. ROOZEN is werkzaam als psycholoog bij KENTRON Verslavingszorg West- en Midden-Brabant en is verbonden als onderzoeker bij de afdeling Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

A.J.F.M. KERKHOF is hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.

W. VAN DEN BRINK is arts-psychiatisch epidemioloog en hoogleraar klinische epidemiologie verslavingszorg aan de Universiteit van Amsterdam. Hij is directeur van AIAR en directeur onderzoek van de CCBH.

Correspondentieadres: drs. H.G. Roozen, KENTRON, Streuvelslaan 18, 4707 CH Roosendaal.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 7-10-1999.

SUMMARY Experience with a relapse program (CRA) combined with naltrexon in the treatment of opioid-dependency: Effect on addiction behavior and the predictive value of psychiatric comorbidity – H.G. Roozen, A.J.F.M. Kerkhof, W. van den Brink –

BACKGROUND There is an increasing interest in the agent naltrexon, an opiate-antagonist, in the treatment of opiate-addicts. Evidence suggests that the effects of this agent are the most favourable supposition when combined with a psychosocial intervention programme as in the Community Reinforcement Approach (CRA).

AIMS This open study presents the results of a combined naltrexon/CRA treatment (n = 24) and consists of a pre-post measurement.

METHODS An open (n = 24) consisting of a pre-post measurement.

RESULTS After a period of six months 58% (14/24) did not relapse, after one year at least 55% (12/22) still met the initial goal of abstinence. A comparison was made between the abstinence group and those clients relapsing into frequent opioid use. The differences found were significant in the cluster B-score of personality disorders and in polydrug users. Nevertheless the results of these subgroups were unexpectedly good. Compared to a methadon population (n = 20), the intervention population was representative in several different areas including addiction, demographic, legal, psychopathology and specific personality disorders.

CONCLUSION The combination of naltrexon/intensive CRA in an outpatient setting appears to be promising.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 5, 307-318]

KEYWORDS Community Reinforcement Approach (CRA), naltrexone, opioids, prevention of relapse