



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Heeft Cue Exposure Therapie verslaafden eigenlijk wel iets te bieden?

Averechtse effecten bij een gerandomiseerde studie naar CET bij heroïneverslaving

Marlies Marissen en Ingmar Franken*

Samenvatting

Hoewel Cue Exposure Therapie (CET) de laatste jaren vaak genoemd wordt als potentieel effectieve behandeling tegen verslaving, zijn de wetenschappelijke resultaten tot nu toe weinig hoopvol. In onderstaand beschreven gerandomiseerde studie werd gevonden dat heroïneafhankelijke deelnemers die een geprotocolleerde CET-behandeling ondergingen, drie keer zo vaak een terugval naar heroïnegebruik rapporteerden als deelnemers die een placebo-psychotherapiebehandeling ondergingen. Naar aanleiding van deze onverwachte resultaten gaan wij in op de hierdoor voor de hand liggende vraag: heeft CET voor verslaafden ons eigenlijk wel iets te bieden?

Inleiding

Cue Exposure Therapie (CET) bij (ex-)drugverslaafden is een behandelmethode waarbij de cliënt wordt blootgesteld aan verschillende drugsgebruikgerelateerde stimuli die een onweerstaanbare drang (craving) oproepen om te gebruiken. Deze stimuli, ook wel 'cues' genoemd, zijn zo vaak gekoppeld geweest aan drugsgebruik (zoals het zien van andere gebruikers, de geur van heroïne, bepaalde muziek) dat ze als het ware 'voorspellers' voor drugsinname zijn geworden en hierdoor los van hun oorspronkelijke setting in staat zijn craving naar heroïne op te roepen. Dit wordt ook wel cue-activiteit genoemd.

Cue-activiteit kan bestaan uit subjectieve reacties (bijvoorbeeld craving) of fysiologische reacties (bijvoorbeeld verhoogde huidgeleiding, zweten, trillen) op drugsgerelateerde cues (Drummond, Tiffany Glautier, & Remington, 1995). Sommige onderzoeken hebben aangetoond dat cue-activiteit een voorspeller is voor terugval van ex-drugsverslaafden (Heather, Stallard, & Tebbut, 1991; Rohsenow et al., 1994). CET is erop gericht de cue-activiteit op drugscues op een systematische wijze te verminderen of uit te doven, zodat de kans op terugval afneemt. Wanneer men de cues herhaaldelijk aan de ex-verslaafde aanbiedt, in combinatie met responspreventie (het niet-gebruiken van de drug), zal volgens de theorie uitdoving plaatsvinden. De cliënt reageert dan niet langer met de gebruikelijke lichamelijke en geestelijke arousal op de stimuli. CET is een methode die meerdere malen met succes is toegepast bij onder

* DR. M.A.E. MARISSSEN is als psycholoog werkzaam bij PsyQ te Den Haag. E-mail: m.marissen@psyq.nl
DR. I.H.A. FRANKEN is als universitair docent werkzaam bij het Instituut voor Psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

andere angststoornissen en eetstoornissen (Carter & Bulik, 1994; Mineka, Mystkowski, Hladek, & Rodriguez, 1999).

Tot nu toe echter is niet wetenschappelijk aangetoond dat CET bij verslaafden ook daadwerkelijk effect heeft (Conklin & Tiffany, 2002). Uit een uitgebreide review over CET als behandeling voor verslaving bleek dat veel onderzoeken kampen met methodologische tekortkomingen zoals het ontbreken van controlegroepen en follow-upmetingen (Conklin & Tiffany, 2002). Ook was het in sommige onderzoeken moeilijk te bepalen wat nou precies de interventie was die onderzocht werd. Af en toe werd gekeken naar de 'zuivere basis' van CET (puur gericht op uitdoving van craving naar het middel), soms werd CET in combinatie met andere interventies toegepast, zoals onderzoeken naar CET met vaardigheidstraining (Rohsenow et al., 2001). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de gerandomiseerde studies naar het effect van CET bij verslaving, die tot nu toe verricht zijn. Hierbij hebben we alleen die studies meegenomen, die gebruikmaakten van een controlegroep.

Tabel 1 Effecten van gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van CET.

Jaar	Auteurs	N tot.	Interventietype	Follow-up	Zelfrapportage en/of fysiologische metingen	Effect op zelfgerapporteerde cue-reactiviteit	Effect op fysiologische cue-reactiviteit	Effect op terugval
Alcohol								
1993	Monti et al.	40	CET+	3 mnd.; 6 mnd.	Z + F	-	-	+
1994	Glautier & Drummond	35	CET	3 mnd.; 6 mnd.	Z + F	+	-	-
1995	McCusker & Brown	16	CET	Nee	Z + F	-	+	?
2001	Rohsenow et al.	129	CET++	6 mnd.; 12 mnd.	Z + F	-	-	-
2001	Monti et al.	165	CET++	3 mnd.; 6 mnd.; 12 mnd.	Z	+	?	+
Opiaten								
1993	Powell, Gray, & Bradley	21	CET	Nee	Z	+	?	?
1993	Dawe et al.	43	CET	6 weken; 6 mnd.	Z	-	?	-

CET+ = CET gecombineerd met specifieke vaardigheidstraining gericht op omgaan met craving
 CET++ = CET gecombineerd met specifieke vaardigheidstraining gericht op omgaan met craving en communicatievaardigheidstraining
 Z = Zelfrapportage van craving; F = Fysiologische reactiviteit

Deze potentieel zo veelbelovende therapie laat, behalve grote methodologische verschillen, opvallend magere resultaten zien, met name op het gebied van terugvalpreventie. Daarom hebben wij ervoor gekozen om een gerandomiseerde studie op te zetten, waarbij we methodologische en theoretische knelpunten uit vorige onderzoeken hebben getracht te vermijden en waarbij we alleen de zuivere basis van CET wilden onderzoeken.

Onze centrale vraagstelling luidde:

Kan door CET subjectieve en fysiologische cue-reactiviteit uitdoven en voorkomt dit vervolgens terugval in drugsgebruik?

Dit resulteerde in een gerandomiseerde studie naar het effect van CET, vergeleken met placebopsychotherapie bij een groep abstinente heroïneverslaafden (voor een uitgebreidere beschrijving zie Marissen, Franken, Blanken, Van den Brink, & Hendriks, 2005).

Onderzoek

127 Deelnemers deden mee, van wie er 65 werden toegewezen aan de experimentele conditie (Cue Exposure Therapie; CET) en 62 aan de controlegroep (placebopsychotherapie; PPT). De deelnemers bestonden voornamelijk uit mannen (89%), hadden een gemiddelde leeftijd van 33 jaar en een aanzienlijke verslavingscarrière (gemiddeld 9,2 jaar heroïnegebruik). Alle deelnemers hadden een detoxificatie ondergaan en waren ten minste twee weken abtinent van alle middelen. Zij waren allen opgenomen in een drugsvrije kliniek, waar zij werden behandeld voor heroïneafhankelijkheid.

Deelnemers toegewezen aan de experimentele conditie, ontvingen – verdeeld over drie weken – negen geprotocolleerde sessies CET met responspreventie. De behandeling bestond uit het aanbieden van drugsgelateerde stimuli, die zo veel mogelijk craving naar heroïne moesten oproepen. Deze cues werden, op basis van zelfrapportage, zo veel mogelijk toegespitst op het individu. Een aantal dezelfde cues had op veel deelnemers echter hetzelfde effect, zoals: het zien van aluminiumfolie, het ruiken van heroïne, videobeelden van gebruikersbuurten. Naast deze externe cues kwamen ook interne cues aan bod, zoals bepaalde aan craving gerelateerde gevoelens en gedachten. Deze werden geïnventariseerd en opgeroepen. De cues werden hiërarchisch aangeboden: eerst werd getracht redelijk ‘eenvoudige’ cues (zoals het scheuren van aluminiumfolie) uit te doven, daarna cues die meer craving oproepen (bijvoorbeeld het branden van de strook aluminiumfolie). In de negen sessies werden deelnemers blootgesteld aan zo veel mogelijk cues, totdat de reactiviteit op deze stimuli uitdoofde. De therapeut hield bij of de craving-reactie op een cue genoeg was uitgedoofd, alvorens werd overgegaan op de volgende cue. De deelnemer gaf een cijfer van 0 tot 10 aan zijn of haar craving en wanneer dit cijfer hoger was dan 2, werden er geen nieuwe cues toegevoegd maar werd meer tijd genomen om de reactiviteit uit te doven. Binnen de CET-sessies lukte het bij elke deelnemer om cue-activiteit uit te doven. Het tempo en aantal cues per deelnemer varieerden evenwel.

Na de sessies werd er zo goed als mogelijk voor gezorgd dat de deelnemers geen craving naar heroïne voelden, alvorens ze naar de afdeling terugkeerden. Dit werd gedaan door de laatste 10 minuten van de sessie te besteden aan bijvoorbeeld het bespreken van de positieve kanten van abstinentie of het afleiden van deelnemers door het bespreken van zogenaamde ‘drugsvrije’ onderwerpen. Na afloop werd standaard gevraagd of de craving inderdaad verdwenen was.

Deelnemers in de controlegroep kregen hetzelfde aantal geprotocolleerde sessies PPT. Deze therapie was bedoeld om te corrigeren voor individuele aandacht van een therapeut en kan daarom een controletherapie genoemd worden. De PPT was zo opgezet dat slechts oppervlakkig ingegaan werd op reeds bestaande onderdelen van het klinische programma waar deelnemers aan meededen tijdens hun verblijf in de residentiële setting. Voorbeelden zijn het doen van ontspanningsoefeningen en het bespreken van

iemands levensverhaal. Deze onderwerpen werden kort besproken, zodat er van deze interventie geen werkzame invloed verwacht werd – in ieder geval niet op iemands behoefte aan heroïne.

Voor en na de behandelingen vonden metingen plaats, waarbij subjectief ervaren craving naar heroïne (DDQ, VAS), fysiologische reactiviteit (huidgeleiding), self-efficacy (SELD), stemming (POMS) en selectieve aandacht voor heroïne cues gemeten werden. Vervolgens werden dezelfde metingen herhaald tijdens de follow-upmetingen, drie maanden na de interventies. De meer uitgewerkte details van deze studie zijn te vinden in *Cue Exposure Therapy for the treatment of heroin addiction* (Marissen, 2004). Hieronder zullen wij kort de belangrijkste resultaten uiteenzetten om vervolgens dieper in te gaan op mogelijke verklaringen van hetgeen we vonden.

De resultaten

Wij verwachtten dat abstinente verslaafden na het aanbieden van CET minder snel uit de klinische setting waar ze verbleven, zouden vertrekken en minder snel in heroïnegebruik zouden terugvallen dan deelnemers uit de controlegroep. Immers, de reactiviteit op gevoelige drugs cues zou zijn uitgedoofd door de therapie en er zou minder aanleiding zijn om in de oude gewoonten te vervallen. In tabel 2 zijn de cue-activiteit op neutrale cues en heroïne cues voor en na beide therapieën te zien.

Tabel 2 Cue-activiteit voor en na therapie. Tabel 2 is terug te vinden in het proefschrift van Marissen, 2005.

	Placebopsychotherapie (N = 62)				Cue Exposure Therapie (N = 65)			
	t°		t'		t°		t'	
	n	H	N	h	n	h	n	h
DDQ Desire (craving)	12.0 (6.7)	16.7 (10.2)	10.2 (6.1)	12.3 (9.4)	10.8 (5.8)	14.1 (8.6)	9.0 (4.2)	9.9 (5.8)
VAS (craving)	1.0 (1.6)	3.3 (2.7)	0.7 (1.2)	2.2 (2.7)	.7 (1.0)	2.9 (2.7)	0.5 (1.0)	1.6 (2.1)
POMS:								
- Woede	2.3 (4.2)	5.7 (5.9)	2.0 (3.5)	3.2 (5.7)	1.2 (2.2)	4.9 (6.0)	1.5 (2.5)	2.5 (3.9)
- Depressie	5.2 (6.5)	7.0 (7.1)	3.9 (5.5)	3.7 (5.6)	3.5 (4.5)	4.6 (6.0)	3.0 (3.6)	2.9 (4.5)
- Moeheid	3.5 (4.7)	4.5 (4.6)	4.3 (6.0)	4.2 (5.7)	2.7 (3.7)	2.6 (3.7)	3.0 (4.2)	2.7 (4.4)
- Kracht	9.0 (4.8)	6.3 (5.2)	8.6 (4.5)	7.1 (5.1)	7.7 (4.4)	6.6 (5.0)	8.5 (4.2)	7.5 (4.3)
- Spanning	5.0 (4.5)	8.0 (6.2)	3.0 (4.0)	4.2 (5.0)	4.2 (3.4)	6.8 (5.4)	2.6 (2.9)	3.1 (3.8)
- Huidgelei- dingsres- pons (SCR)	21.9 (13.3)	30.6 (12.5)	15.1 (10.8)	24.8 (11.8)	20.9 (12.6)	30.7 (13.1)	18.5 (13.3)	21.0 (11.9)

t° = voormeting; t' = nameting n = neutrale video; h = heroïne video

Het bleek dat:

- 1 Er in beide groepen tijdens de voor- en nameting significante toename in cue-activiteit op heroïne cues te zien was.
- 2 Deze cue-activiteit significant gedaald was tijdens de nameting, in beide groepen. Het enige significante verschil tussen condities was een afname in huidgeleidingsrespons op de heroïne cues in de CET-conditie ten opzichte van de PPT-conditie.

- 3 Er geen significante relatie aangetoond kon worden tussen cue-activiteit en drop-out- of terugvalpercentages.

Verrassend was dat deelnemers uit de CET-groep ten tijde van de follow-up significant vaker uit de klinische setting waren verdwenen (50,8% versus 22,6% in de controlegroep) en ook significant vaker heroïne gebruikten (40% versus 12,9% in de controlegroep).

Het omgekeerde van onze hypothese bleek dus het geval. Deze onverwachte keer van zaken bracht ons ertoe te zoeken naar mogelijke verklaringen voor de uitkomsten van ons onderzoek.

Verklaringen

Wat zijn mogelijke verklaringen voor het feit dat deze therapie, met zo'n sterke theoretische onderbouwing en succesvolle toepassing op andere gebieden zoals angststoornissen, tot zulke onverwachte averechtse effecten heeft geleid?

Hier volgt, retrospectief, een aantal plausibele verklaringen.

Verklaring 1: CET is niet in staat om cue-activiteit uit te doven

Uit ons onderzoek bleek dat er tussen de groepen geen verschil was in afname van cue-activiteit. Deelnemers uit beide groepen rapporteerden een afname in craving naar heroïne, onafhankelijk van de conditie waarin ze terechtgekomen waren. Dit impliceert dat wanneer men in CET-onderzoek geen gebruik maakt van controlegroepen, de afname in cue-activiteit ten onrechte aan de CET kan worden toegeschreven. Wellicht is er bij abstinente verslaafden sprake van een 'natuurlijke' afname van cue-activiteit, die toegeschreven kan worden aan de verstreken tijd of aan het feit dat patiënten die verblijven in een klinische setting, in een beschermde, prikkelarme omgeving verkeren die geen cue-activiteit uitlokt.

In de lijn der verwachtingen kwam uit het onderzoek naar voren dat aan het eind van de interventie deelnemers in de CET-conditie minder fysiologische activiteit vertoonden op cues dan mensen in de controlegroep. Deelnemers in de CET-groep reageerden met significant minder huidgeleidingsactiviteit op drugscues in vergelijking met de controlegroep. Echter, dit effect was van korte duur; ten tijde van de follow-upmeting bleek dit effect niet langer significant. Het lijkt erop dat extinctie gedeeltelijk heeft plaatsgevonden, wat pleit voor de theoretische basis van CET.

Aan de andere kant kunnen we ons afvragen of ons uitgangspunt om cue-activiteit bij abstinente heroïneverslaafden te kunnen uitdoven, niet erg naïef is? Als men kijkt naar de ernst en de duur van de verslaving – onze deelnemers hadden een verslavingscarrière van gemiddeld negen jaar – zou je geneigd zijn die vraag met 'ja' te beantwoorden. Stel dat een verslaafde in zijn gebruikerstijd het gebruikersritueel zo'n drie keer per dag uitvoert – in het bijzijn van de onvermijdelijke drugscues – dan zou dit uitkomen op ten minste 10.000 geconditioneerde associaties door de jaren heen (cues = gebruik). Intuïtief zou je denken dat negen sessies CET waarbij getracht wordt

nieuwe associaties aan te leggen (cues = geen gebruik), een beperkt effect zullen hebben. Rokers die lang geleden gestopt zijn met hun gewoonte, komen veelvuldig in aanraking met andere rokers en op plekken waar gerookt wordt. Zij hebben dus jarenlange 'natuurlijke' CET achter de rug. Toch is roken een zeer hardnekkige verslaving, waarbij mensen herhaaldelijk terugvallen.

Uit cue-activiteitstudies bij verslaafden komen verschillende bevindingen naar voren, waarbij soms positieve uitdovingsresultaten behaald worden (Powell, Gray, & Bradley, 1993) en soms geen effecten te zien zijn (Dawe et al., 1993). Verder onderzoek naar het effect van CET op cue-activiteit bij verslaving zal hier meer duidelijkheid in moeten scheppen.

Verklaring 2: Cue-activiteit is een slechte voorspeller van terugval

Zoals eerder genoemd is het effect van CET als behandelmethodete ter voorkoming van terugval bij verslaving tot op heden niet voldoende aangetoond (Conklin & Tiffany, 2002; Marissen et al., 2005). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cue-activiteit, inclusief de zelfgerapporteerde craving, slechts een matige voorspeller is voor het wel of niet terugvallen in middelengebruik. Ook over dit onderwerp zijn uit onderzoek tegenstrijdige bevindingen naar voren gekomen (Drummond, Cooper, & Glautier, 1990). Misschien is cue-activiteit niet het mechanisme waarop we ons moeten richten bij de behandeling van abstinente verslaafden?

Robinson, Berridge, & Kent (1993) en Robinson & Berridge (2001) stellen bijvoorbeeld dat een ander mechanisme verantwoordelijk is voor terugval in drugsgebruik. Zij stellen dat door herhaaldelijk drugsgebruik bepaalde hersengebieden 'hypersensitief' raken en dat dit niet de gebieden zijn die in verband staan met het bewust 'lekker vinden' van drugs (drug-liking). De hersengebieden die gesensitiseerd raken, zijn de gebieden die in verband staan met het 'willen/moeten hebben' van drugs, ofwel 'drug-wanting'. Ook stellen zij dat de sensitisatie van dit gebied ervoor kan zorgen dat zelfs wanneer een drugsgebruiker geen craving ervaart, deze wel doelgericht gedrag kan gaan vertonen om opnieuw drugs te gaan gebruiken (Robinson & Berridge, 2001; Robinson, Berridge, & Kent 1993). Als deze verklaring klopt, dan zijn andere dan de traditionele maten van cue-activiteit, bijvoorbeeld cognitieve parameters (zie bijvoorbeeld Wiers & Stacy, 2006), bruikbaar om terugval te voorspellen.

Verklaring 3: CET voor angststoornis kan niet gegeneraliseerd worden naar verslavingsprobleem

Inmiddels is CET een breed geaccepteerde behandelvorm van angststoornissen. Verscheidene studies hebben aangetoond dat deze interventie effectief is bij het uitdoven van angst voor specifieke stimuli en dat deze effecten langdurig kunnen aanhouden (Ito et al., 2001; Mineka et al., 1999). Hoe is het mogelijk dat door CET mensen met een jarenlange spinnenfobie in twee uur van hun angsten af zijn, terwijl bij verslaafden de effecten van uitdoving door CET maar zo moeizaam aan te tonen zijn (Conklin & Tiffany, 2002)?

Wellicht gaat het al mis bij de basisassumptie, namelijk dat de succesvolle behandeling van de ene stoornis naadloos toegepast kan worden op de andere stoornis. De therapeut confronteert de deelnemer met de geconditioneerde stimulus (de spin of de naald), dit veroorzaakt een geconditioneerde respons (de angst of de craving) en de therapeut voorkomt dat de deelnemer zijn of haar gebruikelijk respons uitvoert (vermijden of drugsinname). Een belangrijk verschil is dat bij verslaving met name klassieke conditioneringsprocessen een rol spelen, terwijl bij angststoornissen operante conditionering belangrijker lijkt. Verder, als men kijkt naar de aard van de geconditioneerde respons, is het voornaamste verschil dat deze respons bij angststoornissen aversief is (angst), geassocieerd met vermijding (neiging om te vermijden), terwijl deze bij verslaving appetetief is (craving) en geassocieerd wordt met toenadering (neiging om te gebruiken).

Misschien maakt dit kritieke verschil dat de effectiviteit van CET bij appetetief-georiënteerde stoornissen zo moeizaam aangetoond kan worden. Immers, we weten ook dat CET bij eetstoornissen slechts beperkte effecten heeft laten zien (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh, & Joyce, 1998; Carter & Bulik, 1994).

Verder redenerend vanuit bovenstaande basisassumptie zou door middel van CET ook craving naar lekker eten of seksueel gedrag uitgedoofd kunnen worden; dit lijkt tot dusver niet het geval. Wat zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat CET niet lijkt te werken bij stoornissen, waarvan de geconditioneerde responsen appetetief van aard zijn? Als je kijkt naar cognities behorend bij aversieve geconditioneerde reacties (zoals bij angst voor spinnen), dan valt op dat deze vaak irrationeel zijn. In de trant van: 'Als ik nu bij deze spin in de buurt kom, sterf ik van angst,' of: 'Als ik nu niet vijf keer controleer of de deur op slot zit, dan gebeurt er iets vreselijks met me.' Door het uitvoeren van responspreventie bij CET (door de spin op de arm te laten lopen of de deur slechts eenmaal te controleren) merkt de persoon in kwestie dat deze niet echt doodgaat van angst en dat er ook geen rampspoed wordt opgeroepen wanneer de deur slechts eenmalig wordt gecontroleerd. De irrationele cognitie wordt dus ontegenzeggelijk ontkracht.

Bij verslaving echter is de bijbehorende appetetieve cognitie bij de geconditioneerde respons anders van aard. Deze klopt met de werkelijkheid: 'Als ik nu heroïne gebruik, voel ik mij lekker ontspannen,' of: 'Als ik nu die spuit in mijn arm zet, ben ik even van mijn rotgevoel af.' Deze cognities worden niet ontkracht en blijven daarom in stand gehouden. Ook al wordt responspreventie meerdere malen toegepast, de verslaafde weet dat als hij de drug inneemt dit een plezierig effect geeft. Aangetoond is dat positieve verwachtingen over het effect van het middel een voorspeller kunnen zijn voor terugval in gebruik (Marlatt, 1996). De bijbehorende cognities bij verslaving zijn meestal reëel en blijven, ondanks CET, bestaan.

Verklaring 4: CET kan averechtse effecten teweegbrengen bij abstinente heroïneverslaafden in een residentiële setting

Alhoewel de bovenstaande verklaringen overduidelijk van theoretisch belang zijn, blijft het de vraag hoe het mogelijk is dat CET averechtse effecten teweeg kan brengen bij deze groep deelnemers? Heroïneafhankelijke patiënten na CET vielen eerder uit hun klinische behandeling en gebruikten vaker heroïne dan de deelnemers uit de

placebo-psychotherapiegroep. In aanvang verschilden de deelnemers uit beide groepen niet op relevante baselinevariabelen zoals leeftijd, gebruiksduur, manier van heroïne-inname, self-efficacy, sociale wenselijkheid of stemming. Beide groepen rapporteerden een significante afname in cue-activiteit op drugsgerelateerde stimuli. Dit was echter niet gerelateerd aan drop-out of terugvalpercentages. Een ander dan het veronderstelde mechanisme van cue-activiteit moet dus verantwoordelijk zijn voor het verschil in drop-out en terugval onder de deelnemers.

Mogelijk is het zo dat we deelnemers te vroeg aan een dergelijk intensieve en confronterende behandeling als CET hebben blootgesteld. Deelnemers waren over het algemeen niet langer dan twee weken opgenomen in een residentiele setting, voordat hun gevraagd werd deel te nemen aan het onderzoek. Om CET te laten slagen was het belangrijk zo veel mogelijk cue-activiteit bij deelnemers op te wekken. Je zou denken dat mensen die nog maar relatief kort van de middelen 'af' zijn, zich in een kwetsbare fase van hun behandeling bevinden en CET bij deze groep daarom te confronterend is. Wie weet hebben we zelfs onbedoeld een hersengebied getriggered dat, zoals in de eerder besproken theorie van Robinson, Berridge en Kent (1993) en Robinson en Berridge (2001), geassocieerd is met drug-wanting in plaats van drug-liking (zoals de oorspronkelijke bedoeling was). Dat zou uiteraard serieuze consequenties hebben voor het toepassen van CET als interventie voor verslaafden.

Een andere mogelijke verklaring is dat deelnemers aan CET een soort van reboundeffect hebben ervaren – een fenomeen dat goed bekend is onder mensen die op dieet zijn. Wanneer iemand zich langere tijd onthoudt van een bepaald geliefd voedsel, kan deze persoon uiteindelijk juist buitenproportioneel veel zin krijgen in dit 'verboden' voedsel. Iets wat (weer) kan leiden tot het overmatig eten ervan (Mann & Ward, 2001). Heroïne kan binnen dit onderzoek (en vaak ook binnen therapeutische gemeenschappen) gezien worden als 'de verboden vrucht', iets dat vanaf nu *nooit* meer gebruikt mag worden. Mogelijk zou deze focus in combinatie met de exposure-component kunnen leiden tot onbedoelde paradoxale effecten van de therapie.

Verder werd tijdens de therapie duidelijk dat de meeste deelnemers met een bepaalde vorm van weerstand reageerden op drugsgerelateerde stimuli. Over het algemeen was het zo dat wanneer de cues op tafel kwamen, de eerste reactie van deelnemers was om deze (conform de praktijk van CET bij angst) te vermijden. De therapeut hoort er bij CET dan ook extra op gespist te zijn deze weerstand te herkennen, te bespreken en te doorbreken. Wanneer deelnemers de cues probeerden te vermijden (door bijvoorbeeld uit het raam te gaan kijken, de cues ver van zich af te houden of door te proberen de therapeut af te leiden door van onderwerp te veranderen), drong de therapeut erop aan de aandacht weer te richten op de cues ('Pak de folie maar weer op, ruik eraan, blijf ernaar kijken'). Alles was erop gericht de weerstand tegen drugsgerelateerde stimuli te doorbreken. Nu achteraf vragen wij ons af of het niet zo zou kunnen zijn dat de 'natuurlijke' weerstand van deelnemers juist een gezonde overlevingsstrategie is om met hun craving om te gaan?

Daarnaast is er ook de mogelijkheid dat, ondanks alle 'voorzorgsmaatregelen', de controlebehandeling onbedoeld effectief was. Omdat er binnen de verslavingszorg weinig bekend is over de standaard terugvalpercentages is het echter lastig om deze verklaring nader te toetsen.

Tot slot: heeft CET bij verslaving ons wel iets te bieden?

Zoals eerder genoemd is de evidentie dat CET in staat is om drugsgerelateerde cue-reactiviteit uit te doven en terugval te voorkomen, maar zeer beperkt aangetoond. De huidige studie is het eerste gerandomiseerde onderzoek onder heroïneverslaafden met een groot aantal deelnemers, een controletherapie en een follow-upmeting die aantoont dat CET niet werkt en zelfs averechtse effecten teweeg kan brengen.

Aandachtspunten hierbij zijn dat dit geldt voor *deze* specifieke doelgroep in *deze* specifieke omstandigheden. Uit onderzoek onder alcoholisten blijkt dat wanneer CET toegepast wordt in combinatie met het aanleren van copingstrategieën om met craving om te gaan, betere resultaten worden verkregen (Monti et al., 1993; Monti et al., 2001). Het is in dit type onderzoek echter nog maar de vraag of positieve effecten verklaard kunnen worden door CET, de aangeleerde copingstrategieën of de combinatie van beide. Er zijn verscheidene suggesties ter verbetering van CET genoemd, bijvoorbeeld het uitvoeren van de interventie in de natuurlijke omgeving van de deelnemer of het gebruik maken van *reminder cards* waarbij mensen op kritieke momenten herinnerd worden aan het geleerde (Havermans & Jansen, 2001).

Kortom, veel suggesties zijn geopperd ten aanzien van verbetering van de therapie, terwijl er tot dusverre weinig concrete resultaten zijn geboekt. De huidige studie onderzocht CET bewust als basisinterventie zonder toevoeging van copingstrategieën of andere elementen van cognitieve gedragstherapie, juist om het *pure* effect van CET te kunnen meten.

De onverwachte averechtse effecten suggereren dat zolang we niet precies weten wat CET teweeg kan brengen, we zeer voorzichtig te werk moeten gaan met CET als therapeutische interventie bij verslaafden.

Terugkomend op de oorspronkelijke vraag: heeft CET bij verslaving ons nog iets te bieden? Mogelijk van niet.

Abstract

Despite Cue Exposure Therapy recently being mentioned as a potentially effective treatment for addiction, scientific results are not promising. In the randomized study discussed above it was found that heroin addicted subjects following a protocolized CET-treatment were three times more likely to relapse than subjects receiving a placebo-psychotherapy-treatment. Following these unexpected results we discuss the question whether Cue Exposure Therapy has anything to offer addicts at all?

Referenties

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V., & Joyce, P.R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 611-623.
- Carter, F.A., & Bulik, C.M. (1994). Exposure treatments for bulimia nervosa: Procedure, efficacy, and mechanisms. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 77-129.

- Conklin, C.A., & Tiffany, S.T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*, 97(2), 155-167.
- Dawe, S., Powell, J.H., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J., & Gray, J. (1993). Does post-withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial. *Addiction*, 88(9), 1233-1245.
- Drummond, D.C., Cooper, T., & Glautier, S.P. (1990). Conditioned learning in alcohol dependence: Implications for cue exposure treatment. *British Journal of Addiction*, 85(6), 725-743.
- Drummond, D.C., & Glautier, S.P. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 809-817.
- Drummond, D.C., Tiffany, S.T., Glautier, S., & Remington, B. (1995). *Addictive behaviour: Cue exposure theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Havermans, R., & Jansen, A. (2001). Waarom cue-exposure met responspreventie in de klinische setting niet effectief is. *De Psycholoog* (mei), 234-239.
- Heather, N., Stallard, A., & Tebbut, J. (1991). Importance of substance cues in relapse among heroin users: Comparisons of two methods of investigations. *Addictive Behaviors*, 16, 41-49.
- Ito, L.M., De Araujo, L.A., Tess, V.L.C., De Barros-Neto, T.P., Asbahr, F.R., & Marks, I. (2001). Self-exposure therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 178, 331-336.
- Mann, T., & Ward, A. (2001). Forbidden Fruit: Does thinking about a prohibited food leads to its consumption? *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 319-327.
- Marissen, M.A.E. (2004). Cue exposure therapy for the treatment of heroin addiction. *Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam*.
- Marissen, M.A.E., Franken, I.H.A., Blanken, P., Brink, W. van den, & Hendriks, V.M. (2005). Cue exposure therapy for opiate dependent clients. *Journal of Substance Use*, 10, 97-105.
- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (supplement), 37-49.
- McCusker, C.G., & Brown, K. (1995). Cue-exposure to alcohol-associated stimuli reduces autonomic reactivity, but not craving and anxiety, in dependent drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 30(3), 319-327.
- Mineka, S., Mystkowski, J.L., Hladek, D., & Rodriguez, B.I. (1999). The effects of changing contexts on return of fear following exposure therapy for spider fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 599-604.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Rubonis, A.V., Niaura, R.S., Sirota, A.D., Colby, S.M., Goddard, P., & Abrams, D.B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1011-1019.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Swift, R.M., Gulliver, S.B., Colby, S.M., Mueller, T.I., Brown, R.A., Gordon, A., Abrams, D.B., Niaura, R.S., & Asher, M.K. (2001). Naltrexone and Cue Exposure with coping and Communication Skills Training for alcoholics: Treatment process and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(11), 1634-1647.
- Powell, J., Gray, J., & Bradley, B.P. (1993). Subjective craving for opiates: Evaluation of a cue exposure protocol for use with detoxified opiate addicts. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 39-53.
- Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96, 103-114.
- Robinson, T.E., Berridge, & Kent C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247-291.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Rubonis, A.V., Gulliver, S.B., Colby, S.M., Binkhoff, J.A., & Abrams, D.B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96, 1161-1174.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Rubonis, A.V., Sirota, A.D., Niaura, R.S., Colby, S.M., Wunschel, S.M., & Abrams, D.B. (1994). Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 620-626.
- Wiers, R.W., & Stacy, A.W. (Eds.) (2006). *Handbook of implicit cognition and addiction*. Thousand Oaks: Sage Publications.