



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

Weerwoord op het commentaar van Jansen en Havermans

Marlies Marissen en Ingmar Franken*

Samenvatting

Marlies Marissen en Ingmar Franken reageren op het kritische commentaar van Anita Jansen en Remco Havermans op hun artikel 'Heeft Cue Exposure Therapie verslaafden eigenlijk wel iets te bieden?'¹ Marissen en Franken geven aanvullende informatie, waaruit blijkt dat hun twijfel aan de waarde van Cue Exposure Therapie gerechtvaardigd is.

Inleiding

Wij danken de auteurs Jansen en Havermans voor hun kritische bijdrage naar aanleiding van ons artikel over mogelijke averechtse effecten bij een studie naar Cue Exposure met Respons Preventie (CERP) onder heroïneverslaafden. Wij hebben begrip voor hun enigszins emotioneel getinte verbazing dat Cue Exposure Therapie (CET) niet zo goed werkt als iedereen hoopte. Het is nooit onze intentie geweest om klompen te doen breken en we zullen trachten een zo helder mogelijke toelichting te geven op de vragen die zij stellen naar aanleiding van deze studie.

Een 'eerlijke' rationale

Jansen en Havermans stellen dat onze rationale van het onderzoek geweest zou zijn om een behandeling te toetsen waarvan wij dachten dat deze toch 'weinig zoden aan de dijk zou zetten'. Apart om te horen dat zij voor ons invullen wat de rationale is geweest voor het opzetten van een dergelijke studie. Wij hebben reeds in 1999 een ongecontroleerde studie gepresenteerd naar de effecten van CET, waarvan de resultaten hoopvol waren (Franken, De Haan, Van der Meer, Haffmans, & Hendriks, 1999). Deze studie is niet in onze tabel opgenomen, aangezien daarin slechts studies vermeld staan die gebruikmaakten van een controlegroep. Naar aanleiding van deze hoopvolle pilot studie hebben we de huidige, gecontroleerde, studie opgezet.

Na gedegen literatuuronderzoek naar CERP-onderzoeken waren de weinig eenduidige resultaten voor ons de belangrijkste reden voor het opzetten van onze studie. Waarom zulke magere resultaten, terwijl de theoretische basis van CERP zo veelbelovend lijkt voor een nieuwe effectieve behandeling voor verslaafden? Juist omdat er op de voorgaande studies een en ander is aan te merken, kozen wij voor een gerandomiseerde opzet waarbij de interventie vergeleken werd met controletherapie: een behandeling

* 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.

waarvan weinig meer verwacht werd dan het controleren voor het aandachtseffect. Kortom, hoop, geloof en goede wil waren wel degelijk aanwezig.

Abstinentie als uitkomstmaat

Jansen en Havermans liepen vervolgens onze tabel na en stuitten op drie minnetjes te veel in de kolom van het effect dat de besproken studies op terugval aantoonde. Echter, wij hebben de effectgroottes van Conklin en Tiffany (2002) niet letterlijk gekopieerd en voor waar aangenomen, maar 'abstinentie' als maat genomen voor het effect van CERP. Dit is ons inziens de meest relevante uitkomstmaat bij een Cue Exposure-behandeling. De studie van Drummond en Glautier (1994) had bijvoorbeeld als uitkomstmaat of mensen in de tijd later (meer dan tien eenheden per dag) zouden drinken dan de controlegroep en in totaal minder eenheden gedronken hadden.

Jansen en Havermans concluderen ook dat als abstinentie de maat was geweest, er geen verschil tussen de beide groepen aangetoond kon worden. Dit geldt ook voor de studie van Rohsenow et al. (2001).

Als laatste onterechte minnetje moet de studie van Dawe et al. uit 1993 bedoeld worden. In deze studie wordt, net als in de huidige studie, een afname in cue-activiteit in beide groepen gevonden, onafhankelijk van interventie. Verder waren er op geen van de twee follow-upmomenten verschillen te zien in drugsgebruik (en dus terugval) onder de deelnemers. Voor een discussie hoe Jansen en Havermans zelf het ontbrekende effect trachten te verklaren en de klinische relevantie van CERP in twijfel trekken, verwijzen wij naar Dawe et al. (1993).

Als abstinentie de uitkomstmaat is, valt ook de studie van Niaura et al. (1999) onder rokers af, net als de studies van Dawe, Rees, Mattick, Sithartan en Heather (2002) en Sithartan, Sithartan, Hough en Kavanagh (1997). Wat naar onze mening overblijft zijn, zoals eerder in het artikel genoemd, opvallend magere resultaten met name op het gebied van terugvalpreventie.

Waarom onderzoek naar de zuivere basis van CERP?

Waarom hebben we gekozen voor een studie die de 'zuivere' vorm van CERP onderzoekt? Die keuze is gebaseerd op het feit dat menig CERP-studie niet kan aantonen wat nou precies het effect van CERP is en wat het effect van andere therapieën is (zoals *coping*-strategieën). Wil je een interventie uitbreiden, dan zul je redelijkerwijs toch eerst de werkzaamheid van de basis ervan dienen te onderzoeken, iets wat tot nu toe onvoldoende is gedaan. Het gunstige effect op terugval zou in gecombineerde CERP-studies eerder te danken kunnen zijn aan het succesvol toepassen van *coping*-strategieën dan aan effect van uitdoving door CERP.

Er was wel degelijk cue-activiteit

Jansen en Havermans vragen zichzelf vervolgens terecht af of er überhaupt sprake was van cue-activiteit onder de deelnemers. Immers, als er geen cue-activiteit is,

valt deze ook niet uit te doven. In Engelstalige publicaties (Marissen et al., in druk; Marissen, academisch proefschrift, 2004) staat beschreven dat zowel op subjectieve als fysiologische maten deelnemers in beide groepen een significante toename van cue-activiteit als reactie op drugscues vertoonden tijdens de voormeting. Als er een statistisch significante toename van activiteit te meten is, zou er ook een afname te meten moeten zijn. Dit was ook zo, alleen was die voor beide groepen hetzelfde. Dit toont dus aan dat, in tegenstelling tot onze hypothesen, cue-activiteit onafhankelijk van de interventie verminderde.

De manipulatiecheck

Vervolgens noemen Jansen en Havermans het ontbreken van een manipulatiecheck tijdens de sessies. In deze moeten we hen gelijk geven: het manipulatie-effect zou in de toekomst beter gedocumenteerd kunnen worden. Tijdens de sessies werd regelmatig aan deelnemers gevraagd hoe hoog hun trek in heroïne op dat moment was. Als de trek lager was dan 2 (op een schaal van 0 tot 10), werd een nieuwe cue toegevoegd aan de CERP en werd de trek zo hoog mogelijk opgewekt (gemiddeld tot een score van 8). Opnieuw werd er net zolang gewacht tot de trek minder werd dan 2, vervolgens kwam dan de volgende cue aan bod.

Wij zijn in het begin van het onderzoek gestart met het registreren van de trek tijdens de sessies. Dit bleek echter praktisch onhaalbaar; enerzijds door het grote aantal registraties per sessie (zo eenmaal per twee minuten een check, wat neerkomt op ongeveer 30 meetmomenten per sessie, vermenigvuldigd met negen sessies maakt 270 registraties per deelnemer), anderzijds door het toepassen van een zo waarheidsgetrouw mogelijke situatie tijdens de exposure. In een rollenspel bedoeld om trek op te roepen, bijvoorbeeld bij het naspelen van een ruzie tussen een deelnemer en zijn partner (gespeeld door de therapeut), zou het onrealistisch over kunnen komen als de therapeut om de twee minuten de trek van de deelnemer zou vragen en noteren. De cues die gebruikt werden bij de voor- en nametingen bestonden uit gestandaardiseerde cues (een video van een gebruiker die zijn heroïne innam en beschreef wat dit met hem deed), die niet bij iedereen hetzelfde effect hadden. Bij één deelnemer hebben wij geconcludeerd dat ook de individueel toegespitste cues geen effect op cue-activiteit hadden. Bij hem zijn we gestopt met de CERP, na een aantal sessies tevergeefs geprobeerd te hebben zijn trek op te wekken. Maar, zoals Jansen en Havermans terecht zeggen, wij hebben de klinische indruk dat het bij de overige deelnemers goed lukte om cue-activiteit tijdens de sessies op te wekken.

Geen significante verschillen in experimentele conditie en controleconditie

Verder vragen Jansen en Havermans zich af of die negen uren CERP echt zo'n diepe indruk gemaakt kunnen hebben, 'want de relatieve bijdrage van deze negen sessies van een uur aan het langdurige verblijf in de kliniek is vrijwel verwaarloosbaar.' Het lijkt er bijzonder genoeg op dat aan het effect van hetzelfde aantal sessies placebo-controletherapie niet getwijfeld wordt. Ze vragen zich tevens af of de groepen nog in allerlei andere opzichten dan alleen de specifieke sessies van elkaar verschillen kunnen hebben bij aanvang. Het is de vraag of je je dit moet afvragen, als er sprake is

van een gerandomiseerde studieopzet. Wij zijn dit echter, om uiterst zorgvuldig te werk te gaan, wel nagegaan en vonden geen significante verschillen in baselinekenmerken tussen de beide groepen bij aanvang van de studie. Voor een uitgebreidere beschrijving van resultaten zie Marissen (2004).

Hoog drop-outpercentage

Jansen en Havermans stellen vervolgens dat wij een abnormaal hoog drop-outpercentage hebben van 50%. Zij vergelijken ons percentage met andere buitenlandse studies. De selectie van studies lijkt erg selectief, te meer daar zij andere studies met vergelijkbare drop-outpercentages niet vermelden, zoals nota bene een studie van de auteurs zelf naar de effecten van CET (Havermans, 2005), waarin zij in de CET-groep een drop-outpercentage van 45% rapporteren. Het feit dat buitenlandse studies lagere drop-outpercentages hebben, heeft vaak te maken met het feit dat ze allerlei additionele strategieën toepassen om mensen in de studie te behouden.

Placeboth therapie ‘duizelingwekkend’ effectief?

Noemenswaardiger nog is de suggestie van Jansen en Havermans dat onze placeboth therapie in het *Guinness Book of Records* mag. Alhoewel wij vereerd zijn, denken wij dat deze lof aan onze succesvolle placeboth therapie niet geheel terecht is. Natuurlijk bestaat er een kans dat onze placeboth therapie buiten verwachting goed gewerkt heeft, maar deze is ons inziens niet erg waarschijnlijk aangezien de therapie uit niet heel veel meer bestond dan het geven van wat aandacht. Nogmaals, de PPT was zo opgezet dat oppervlakkig ingegaan werd op reeds bestaande onderdelen van het klinische programma dat mensen volgden. Het aanhoren van iemands levensverhaal en het bespreken van kaartjes waarop verschillende emoties gedrukt stonden, zouden niet tot de – volgens Jansen en Havermans – ‘duizelingwekkende’ resultaten moeten leiden zoals wij die gevonden hebben. Van de specifieke groep deelnemers uit de therapeutische gemeenschap waren voorafgaand aan de studie geen exacte terugvalcijfers bekend. De opzet van de huidige studie was dan ook niet het vergelijken van terugvalgegevens, maar het vergelijken van een mogelijk effectieve experimentele interventie met een placebo-interventie.

De enige conclusie die we trekken is dat CERP het slechter doet dan een behandeling die als placebo diende. Als persoonlijke aandacht voor de emotionele belevingswereld van een ex-heroïnegebruiker zulke enorme effecten teweeg kan brengen gaat er toch iets ernstig mis binnen de verslavingszorg. Het is te veel eer om te denken dat deze placebo-interventie trek in heroïne heeft doen uitdoven en vervolgens terugval in heroïnegebruik heeft doen voorkomen. Als dit soort ‘placeboth therapieën’ zo goed werken als Jansen en Havermans suggereren, kan de *theory-driven* psychotherapie voor verslaafden in de prullenbak. Een dergelijk negatief scenario zouden wij een te pessimistisch perspectief voor de verslavingszorg vinden.

Abstract

Marissen and Franken respond to the critical reply Jansen and Havermans wrote on their article 'Does Cue Exposure Therapy (CET) have anything to offer addicts at all?' The authors provide additional information that justifies their doubts about the usefulness of Cue Exposure Therapy for treating addictive behaviours.

Noot

- 1 Het commentaar van Jansen en Havermans kunt u lezen in het voorgaande artikel.

Referenties

- 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.
- Dawe, S., Rees, V., Mattick, R., Sithartan, T., & Heather, N. (2002). Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1045-1050.
- 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.
- Franken, I.H.A., Haan, H.A. de, Meer, C.W. van der, Haffmans, P.J.M., & Hendriks, V.M (1999). Cue reactivity and the effects of cue exposure in post-treatment drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(1), 81-85.
- Havermans, R.C. (2005). *Excessive appetite: The Pavlovian nature of human appetitive behaviour*. Maastricht: Academisch Proefschrift, Universiteit van Maastricht.
- Marissen, M.A.E. (2004). *Cue exposure therapy for the treatment of heroin addiction*. Amsterdam: Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Marissen, M.A.E., Franken, I.H.A., Blanken, P., Brink, W. van den, & Hendriks, V.M. (in druk). Cue Exposure Treatment for the treatment of opiate addiction: Results of a randomised controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Niaura, R., Abrams, D., Shadel, W., Rohsenow, D., Monti, P., & Sirota, A (1999). Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: a controlled clinical trial. *Addiction*, 94(5), 685-695.
- 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.
- Sithartan, T., Sithartan, G., Hough, M.J., & Kavanagh, D.J. (1997). Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 878-882.