

# VAD-studiedag

over alcohol & andere drugs

vrijdag 27 oktober 2006

referatenbundel

Cannabis als risicofactor voor de  
ontwikkeling van schizofrenie

Residentieel geïntegreerde behandeling  
voor patiënten met een dubbeldiagnose

Partydrugs, een wereld apart?

Preventief werken met  
minder-verbale werkvormen

Gecontroleerde heroïneverstrekking

**VAD**

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw  
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel, [www.vad.be](http://www.vad.be)



## VOORWOORD

Welkom op onze studiedag!

De jaarlijkse organisatie van deze studiedag over alcohol & andere drugs is reeds jarenlang traditie binnen de VAD-werking. Het aangeboden krijgen van up-to-date informatie over zeer uiteenlopende aspecten die het werkterrein van preventie en hulpverlening inzake middelenproblematiek omvat én de ultieme gelegenheid om professionelen uit verschillende sectoren, begaan met dezelfde thematiek, van nabij te ontmoeten, zijn de twee belangrijkste troeven.

Ook het programma van dit jaar spreekt weer heel wat diverse actoren uit het werkveld aan. Anders dan de vorige jaren brengen we alles plenair. Onze specifieke doelstelling is u te informeren over innoverende theorieën, onderzoeken en projecten waarover u al hebt gehoord, maar waar u het fijne nog niet van weet.

We starten met het thema cannabis en het risico voor de ontwikkeling van schizofrenie. Cannabis lijkt immers niet zo onschuldig als men tot nu toe heeft gedacht. We dompelen u onder in de wereld van de neurobiologie en brengen u de laatste nieuwe inzichten over de beschadigingen die THC in de hersenen kan teweegbrengen tijdens de adolescentieperiode.

Vervolgens lichten we een tip van de sluier op en laten u kennis maken met een residentieel geïntegreerd behandelingsmodel voor patiënten met een dubbeldiagnose, hier specifiek toegepast op problematische middelengebruikers met een psychoseproblematiek, dat zowel de psychose als het middelenmisbruik gelijktijdig en op elkaar afgestemd behandelt.

De kersverse resultaten van een effectiviteitsonderzoek krijgt u er uiteraard bij!

Nadien duiken we het uitgaansleven in. De populariteit van XTC heeft ongetwijfeld met de effecten van het product te maken, maar er zijn nog andere ingrediënten die het succes verklaren. Voor de non-profit werker is het perspectief vanuit de marketingwereld misschien wel ongewoon, maar niettemin leerrijk en visieverruimend. We nemen u mee naar twee concrete projecten die pogen bij te dragen tot een gezond en veilig uitgaanscircuit.

Verder op de lijn van preventie presenteren wij u twee projecten die gebruik maken van minder-verbale werkvormen voor jongeren uit kwetsbare groepen die moeite hebben met 'praten' over drugs, situaties, gevoelens, ... en moeilijk bereikt worden met de eerder verbaal-cognitief georiënteerde preventieprogramma's. Een welkome bron van inspiratie.

We ronden de studiedag af met een controversieel thema, namelijk gecontroleerde heroïneverstrekking. Wij willen u alvast een objectief en genuanceerd beeld over deze interventie meegeven. Dit doen we aan de hand van een Europese literatuurstudie, experimentervaringen uit Nederland, reflecties van twee Vlaamse drughulpverleners en een paneldiscussie.

Veel luister- en leesplezier!

Het VAD-team



## PROGRAMMA

**Inge Vervotte**, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

### **Cannabis als risicofactor voor de ontwikkeling van schizofrenie**

Actueel epidemiologisch onderzoek toont aan dat cannabis een risicofactor is voor het ontstaan van schizofrenie bij adolescenten. Om meer zicht te krijgen op het verband tussen cannabisgebruik en schizofrenie verdiepten R. Niesink & M. Bossong zich in de recente wetenschappelijke literatuur. Door de ontwikkeling van de hersenen tijdens de adolescentie in kaart te brengen, kwamen ze tot een theorie die laat zien dat cannabisgebruik tijdens de adolescentie een rol kan spelen in de ontwikkeling van schizofrenie.

*Dr. Raymond J.M. Niesink*

### **Residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose**

Psychiatrische comorbiditeit maakt een behandeling complexer. De vaak bijkomende problemen die het samengaan van een psychiatrische problematiek met problematisch middelengebruik met zich meebrengt, maakt dat er op vele terreinen dient gewerkt te worden. En dit zonder de totaliteit van de persoon uit het oog te verliezen! Zijn geïntegreerde behandelingen voor deze doelgroep effectief en hoe groot is het verschil met een 'standaardbehandeling'? Tot nog toe is hierover weinig onderzoek uitgevoerd. De Universiteit Antwerpen startte in dit kader een effectiviteitsstudie die focust op de residentieel behandeling van dubbeldiagnosepatiënten met een ernstige persisterende stoornis van psychotische aard. De Vlaamse setting die als proefgroep fungeerde, geeft een beeld van de klinische implicaties van deze behandelvorm. De onderzoeksmedewerkster schetst de onderzoeksopzet en geeft de conclusies prijs.

*Kim Van Parys en Sophie Van Ham*

### **Partydrugs, een wereld apart?**

Het uitgaansleven kende de afgelopen twintig jaar een enorme evolutie. Uitgaan, als invulling van de vrije tijd, werd belangrijker en de zoektocht naar plezier werd een doel op zich. Onder andere door de commercialisering van de uitgaansmarkt verandert het aanbod van kleinschalige discotheken en plaatselijke evenementen naar wereldbepaalde clubs en massa-events met een totaalspektakel van muziek, dans, lichteffecten, show, ... Alcohol en druggebruik zijn eigen aan de uitgaanscultuur, maar hoe verklaren we het megasucces van uitgaansdrugs zoals XTC nu precies? En hoe kan men preventief op dit gebruik reageren?

*Peter Decuyper, Drs. Aukje Sannen en Catherine Van Huyck*

### **Preventief werken met minder-verbale werkvormen**

Preventie is vaak 'praten'. Er wordt gepraat over drugs, over situaties, over gevoelens, ... hoewel heel wat jongeren zich daar helemaal niet goed bij voelen. Jongeren uit kwetsbare groepen hebben het er dikwijls extra lastig mee. Het 'Machtig!'-project probeert hierop een antwoord te bieden. 'Machtig!' is een ervaringsgericht trainingsprogramma dat jongeren via een FERMe aanpak (Fysiek, Emotioneel, Rationeel en Motiverend) wil helpen meer 'macht' te krijgen over hun eigen gedrag, weerbaarder te worden in risicosituaties, in het bijzonder wat drugmisbruik betreft. Het project 'Hi(a)way' biedt een vormingsprogramma met bijhorende dvd, afgestemd op de leefwereld van jongeren met problematisch druggebruik in de leertijd.

*Christophe Kino, Ilse Lemahieu, Barbara Meganck en Marleen Soetens*

### **Gecontroleerde heroïneverstrekking**

De afgelopen tien jaar is er in Europa een toenemend aantal projecten opgezet rond gecontroleerde heroïneverstrekking. De belangrijkste doelstelling van deze experimenten was het evalueren van de effectiviteit en haalbaarheid van heroïne als substitutiemiddel. Welke conclusies kunnen uit deze experimenten getrokken worden? Ook in België woedt het debat over de zin of onzin van gecontroleerde heroïneverstrekking: tijd om ons een objectief en genuanceerd beeld over deze interventie te vormen. Aan bod komen eerst de Europese onderzoeksgegevens en de uitgebreide Nederlandse ervaring met gecontroleerde heroïneverstrekking. Nadien zorgen twee hulpverleners voor een reflectie vanuit Vlaamse hoek. De sessie wordt afgesloten met een paneldiscussie met de drie sprekers.

*Prof. dr. Wim van den Brink, Robrecht Keymeulen, Dr. Rita Verrando en Dr. Frieda Matthys*



## **BIJDRAGE SPREKERS**

*Deze referatenbundel is een neerslag van de inbreng van alle sprekers.*

*Neem contact op met de sprekers indien u vragen hebt of meer uitgebreide informatie wil.*

<b>I.</b>	<b>Cannabis als risicofactor voor de ontwikkeling van schizofrenie</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose</b>	<b>7</b>
2.1	Een residentiële en geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose	7
2.2	Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose	15
<b>III.</b>	<b>Partydrugs, een wereld apart?</b>	<b>21</b>
3.1	Het succes van XTC in de danscultuur verklaard. Een 'Lifetime Achievement Award' voor XTC!	21
3.2	Uitgaan en drugs. Preventie van riskant alcohol- en druggebruik in het uitgaanscircuit in Nederland	30
3.3	Modus Fiesta, een preventieproject in het uitgaansleven in Brussel en Wallonië	35
<b>IV.</b>	<b>Preventief werken met minder-verbale werkvormen</b>	<b>45</b>
4.1	Machtig!	45
4.2	Project Hi(a)way	48
<b>V.</b>	<b>Gecontroleerde heroïneverstrekking.</b>	<b>51</b>
5.1	Heroïne op medisch voorschrift: ervaringen in Nederland	51





# I. CANNABIS ALS RISICOFACITOR VOOR DE ONTWIKKELING VAN SCHIZOFRENIE

**Raymond Niesink** en **Matthijs Bossong**  
Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS)  
Trimbos instituut, Utrecht (NL)

## 1. Inleiding

Jongeren die tijdens hun adolescentie, zeg maar tussen de 12 en de 18 jaar, blowen lopen een groter risico om blijvend psychotische symptomen te ontwikkelen dan jongeren die in die leeftijdsfase geen cannabis gebruiken. Dat is gebleken uit epidemiologisch onderzoek waarin voor confounding factors is gecorrigeerd (van Os e. a., 2002; Arseneault e. a., 2002; Smit e. a., 2004). Nadere analyse van de data heeft ook aangetoond dat het gebruik van cannabis voorafgaat aan de ontwikkeling van de psychotische symptomen. Ook is er een positief verband tussen de mate waarin wordt gebruikt (hoe vaak, hoeveel) en de grootte van het risico: hoe vaker, hoe groter het risico (Henquet e. a., 2005). Wat uit de epidemiologische onderzoeken kan worden geconcludeerd is dat er een relatie (in de epidemiologie wordt de term associatie gebruikt) is tussen het gebruik van cannabis tijdens de adolescentie enerzijds en het voorkomen van psychotische symptomen in de volwassenheid anderzijds. Met epidemiologisch onderzoek kan echter geen causaal verband worden aangetoond. Daarvoor is het van belang om het onderliggend biologisch mechanisme te kennen.

De epidemiologische feiten tussen cannabisgebruik en het vergrote risico voor de ontwikkeling van psychosen was voor ons aanleiding om na te denken over een mogelijk biologisch mechanisme. Cannabis vergroot het risico op psychosen, maar hoe gaat dat neurobiologisch in z'n werk? In eerste instantie lijkt het onbegonnen werk om een neurobiologisch mechanisme te vinden voor een zo diffuus begrip als schizofrenie of psychose. De literatuur van de afgelopen decennia wordt overspoeld met theorieën over de neurobiologie van schizofrenie en/of psychosen. Eén van de problemen waarmee die literatuur nog steeds kampt is de definitie voor schizofrenie of psychose. Bij ons onderzoek zijn we min of meer uitgegaan van de bevindingen en ideeën van Van Os en zijn medewerkers. In geval van schizofrenie of psychose is niet zozeer sprake van het wel of niet hebben van een aandoening, maar is er een continuüm in het voorkomen van symptomen van gezonde naar zieke personen. Ook bij personen die door iedereen als gezond worden beschouwd, kunnen positieve symptomen voorkomen, zij het in mindere mate en vaak minder ernstig dan bij personen die in ernstige mate aan schizofrenie of psychosen lijden (van Os, 2003). In deze presentatie worden de begrippen schizofrenie en psychose door elkaar gebruikt.

Ons literatuuronderzoek hebben we vanuit een toxicologische invalshoek aangepakt, dat wil zeggen, we zijn uitgegaan van een stof die een blijvende structurele en/of functionele verandering veroorzaakt tijdens een kritieke periode. Dit leidt tot blijvende beschadiging van een weefsel of orgaan met als consequentie een blijvende verstoring van functies.

In het geval van de relatie tussen cannabis en schizofrenie zijn we bovendien uitgegaan van de vooronderstelling dat de psychoactieve stof in cannabis, THC, de stof is die leidt tot de beschadigingen. Beschadigingen in de hersenen tijdens een kritieke periode, de adolescentie, vormen dus de basis voor de functieveranderingen.

In wetenschappelijke kringen is men het erover eens dat er in geval van schizofrenie sprake is van nauwelijks waarneembare afwijkingen in de anatomie van de hersenen (Weinberger, 1995). Van de aard, het tijdstip in de ontwikkeling waarop die veranderingen zouden ontstaan en het verloop van de veranderingen is nauwelijks iets met zekerheid te zeggen (Harrison, 1999). De meest recente theorieën gaan ervan uit dat sprake is van een ontwikkelingsstoornis, waarbij een vroege beschadiging zorgt voor structurele schade die functioneel pas zichtbaar wordt in de late adolescentie of jong volwassenheid en die niet gepaard gaat met verdere anatomisch waarneembare

beschadigingen (Pantelis e. a., 2003). De verklaring van deze theorie van een verstoorde ontwikkeling is als volgt: een factor vóór, of direct na de geboorte, is de oorzaak van een beschadiging die optreedt door een verstoring van de ontwikkeling van de hersenen. Deze beschadigingen uit zich pas als het individu oud genoeg is om die functies te kunnen gebruiken, dus wanneer er een beroep wordt gedaan op die beschadigde hersenstructuren. Een aantal onderzoeken heeft aangetoond dat er bij kinderen die een verhoogde kans lopen op het ontwikkelen van schizofrenie, maar de aandoening nog niet hebben ontwikkeld, sprake is van subtiele premorbide symptomen. Ook zou bij die kinderen sprake zijn van nauwelijks waarneembare hersenafwijkingen (Pantelis e. a., 2003). Andere onderzoekers hebben aangetoond dat er rond de tijd dat de eerste psychotische verschijnselen zich voordoen, sprake is van waarneembare veranderingen in de hersenen.

Bij het selectief reviewen van de medisch biologische literatuur hebben we aandacht besteed aan de volgende aspecten:

1. De ontwikkeling van de hersenen tijdens de adolescentie. Welke gebieden ondergaan tijdens de adolescentie structurele veranderingen? In hoeverre zijn deze gebieden betrokken bij de etiologie van psychosen (schizofrenie)?
2. Welke celbiologische processen zijn betrokken bij de ontwikkeling van die hersengebieden?
3. In hoeverre kan THC ingrijpen op die processen?
4. Zouden door THC geïnduceerde veranderingen een logische verklaring kunnen vormen voor het ontstaan van blijvende hersenveranderingen die de basis zouden kunnen vormen voor psychosen of schizofrenie?

## **2. Hersenen, ontwikkeling en kritieke perioden**

Neuronen (zenuwcellen) vormen de basis van de neuronale circuits in de hersenen. Neuronen bestaan uit axonen en dendrieten. De dendrieten bevatten grote hoeveelheden uitsteeksels, spines. Deze dendritic spines kunnen nieuwe synapsen vormen met axonen en dendrieten van naburige zenuwcellen.

De hersenen reguleren motorische en sensorische functies. Daarvoor beschikken de hersenen over een groot aantal functionele gebieden en diverse systemen zoals neurotransmittersystemen. Het is niet zo dat voor één bepaalde functie, één bepaald gebied of één bepaald neurotransmittersysteem verantwoordelijk is. Veel gebieden en veel systemen spelen een rol bij het uitvoeren van een bepaalde functie. Wel is het zo dat voor een bepaalde functie bepaalde gebieden meer actief en meer betrokken zijn dan andere gebieden of systemen. Zo is de visuele cortex actief bij het waarnemen en verwerken van visuele stimuli, maar zijn ook andere systemen betrokken, zoals bijvoorbeeld de amygdala. Het dopaminerge mesocorticale systeem is bijvoorbeeld betrokken bij de toekenning van het belang aan een bepaalde stimulus. Welke informatie is belangrijk en welke informatie is minder belangrijk? In hoeverre moet bepaalde informatie worden meegenomen in de afweging voor een uiteindelijke respons van het organisme? Eén bepaalde hypothese over psychosen stelt dat in geval van schizofrenie dit systeem overgeactiveerd is. Bij de verwerking van stimuli zou teveel belang gehecht worden aan bepaalde extern of intern gegenereerde stimuli (Kapur et al, 2005). Ook zou het kunnen zijn dat het systeem opgeslagen informatie meeneemt in de beslissing over een uiteindelijke respons, terwijl die informatie voor de betreffende respons niet van belang is. Antipsychotica zouden ervoor zorgen dat de activiteit van dit onderdeel van de informatieverwerking wordt geremd.

Het integreren van de stimuli die worden aangeboden en het betrekken van informatie die door de hersenen elders in een eerder stadium is opgeslagen vindt, plaats in de prefrontale cortex. De definitieve ontwikkeling van de prefrontale cortex vindt voor een belangrijk deel plaats tijdens de adolescentie.

Al vroeg in de ontwikkeling tekenen zich in de cortex van zoogdieren, waaronder de mens, gebieden af die zich specialiseren in bepaalde onderdelen van de informatieverwerking (Götz en Sommer, 2005). Deels vinden die processen al voor de geboorte plaats, deels direct na de geboorte. Bij de

geboorte bevat de cortex reeds vele functionele corticale domeinen. Hoewel dergelijke domeinen al functioneel zijn, ondergaan ze na de geboorte nog allerlei veranderingen. Die veranderingen bestaan eruit dat het oorspronkelijk aangelegde netwerk wordt verfijnd. Bepaalde verbindingen worden verstevigd, bepaalde verbindingen en uitlopers verdwijnen. Het blijkt dat bij dit proces, en met name voor de sensorisch corticale gebieden is dit in dierexperimenteel onderzoek aangetoond, prikkels vanuit de omgeving een belangrijke rol spelen. Neurochemisch spelen de excitatoire neurotransmitter glutamaat en de glutamaterge NMDA-receptor hierbij een belangrijke rol. We nemen als voorbeeld de visuele cortex. Wanneer in de kritieke periode, dat is de periode waarin visuele prikkels van buiten veranderingen in de visuele cortex induceren, de ogen worden afgeplakt, dan vindt er geen specialisatie van die visuele cortex plaats. Ook het toedienen van een NMDA-antagonist tijdens de kritieke periode voorkomt de structurele en daarmee functionele verandering van de visuele cortex. Inmiddels is aangetoond dat dit principe voor een groot aantal corticale gebieden geldt.

Het bestaan van kritieke periodes is al meer dan een eeuw bekend. Wanneer een zich ontwikkelend embryo aan bepaalde chemicaliën wordt blootgesteld die bepaalde afwijkingen tot gevolg hebben, zullen die afwijkingen het sterkst zijn in weefsels die op het moment van blootstelling het hardst groeiden. Een kritieke periode moet niet worden verward met plasticiteit in z'n algemeenheid. Het onderscheid wordt met name gemaakt op grond van de mate waarin sprake is van irreversibele veranderingen in de structuur. Dit kan betrekking hebben op de motiliteit van de uitlopers van dendrieten (spines) tot de complete herstructurering van een bepaald netwerk. Een kritieke periode kan daarom het best worden gedefinieerd in systemen waarin de structurele veranderingen na een bepaalde leeftijdsfase niet meer ongedaan gemaakt kunnen worden (Hensch, 2004). Inmiddels is voor een groot aantal corticale gebieden een kritieke periode vastgesteld.

Wanneer je een verstoring van de ontwikkeling van de hersenen wil onderzoeken, moet je weten hoe de normale ontwikkeling verloopt. Anatomisch en functioneel gezien verloopt de ontwikkeling van de menselijke hersenen niet lineair. Dat wil zeggen dat sommige hersengebieden zich min of meer gelijktijdig ontwikkelen, terwijl andere dat juist na elkaar doen. In een longitudinaal onderzoek waarbij proefpersonen vanaf hun 4de tot 21ste jaar gevolgd werden, onderzocht men de ontwikkeling van de verschillende corticale gebieden. Het bleek dat de gebieden waarin de meer geavanceerde functies zijn gelokaliseerd, zoals de associatieve cortex, zich pas ontwikkelen nadat gebieden waarin evolutionair primitievere functies zijn gelokaliseerd, zoals de visuele en somatosensorische corticale gebieden, zich hebben uitontwikkeld (Gogtay et al, 2004). Hetzelfde geldt voor de fylogenetisch nieuwere hersengebieden ten opzichte van de fylogenetisch oudere.

### **3. Adolescentie en ontwikkeling van de hersenen**

Tot voor enkele jaren dacht men nog dat de hersenen zich voornamelijk vóór, of kort na de geboorte, ontwikkelden. Rond het zesde levensjaar zou de ontwikkeling van de hersenen zijn voltooid. Inderdaad is het zo dat al heel vroeg in de ontwikkeling duidelijk is welke corticale gebieden welke functies gaan uitvoeren. Het neuronale netwerk voor die functies wordt al in een vroeg stadium aangelegd. En de meeste van die corticale gebieden zijn al kort na de geboorte functioneel.

Uit een groot longitudinaal onderzoek onder 145 Amerikaanse jongeren tussen 4 en 21 jaar blijkt echter dat de grijze hersenmassa doorgroeit tot na de adolescentie (Giedd e. a., 1999). De groeipeken verschillen voor de verschillende corticale gebieden. De piek in massa ligt voor de frontale cortex rond de 11, 12 jaar, maar voor de temporale kwab ligt de piek pas rond de 16, 17 jaar. Pas na deze groeipek begint in feite de verdere ontwikkeling. De afname in volume na de piek is hoogstwaarschijnlijk een gevolg van reorganisatie en herstructurering, die de efficiëntie juist verhogen. Eén van de hersengebieden die zich het laatst ontwikkelen is de dorsolaterale prefrontale cortex (Gogtay et al, 2004). Het volwassen patroon wordt daar pas bereikt na het twintigste levensjaar. Dit gebied is met name van belang voor de controle over impulsen.

Eerder was al aangetoond dat de grijze massa in diverse hersengebieden vóór de puberteit in omvang toeneemt, terwijl deze na de puberteit tijdens de rest van de adolescentie weer afneemt

(Sowell et. Al., 2001; Jernigan e. a., 1991). Uit de resultaten van post mortem onderzoek bleek dat dit vermoedelijk was toe te schrijven aan de verhoogde afname van neuronale synapsen in de betreffende gebieden (Huttenlocher, 1994; Bourgeois e. a., 1994).

De auteurs van het longitudinale onderzoek wijzen er op dat de gebieden die het meest in verband gebracht worden met de meest voorkomende vorm van schizofrenie (adult-onset schizophrenia) de gebieden zijn die pas tijdens de adolescentie tot ontwikkeling komen (Gogtay e. a., 2004). Ze veronderstellen dan ook dat verstoringen tijdens de ontwikkeling van deze gebieden mede ten grondslag zouden kunnen liggen aan deze vorm van schizofrenie.

Klinische, farmacologische en post mortem studies hebben laten zien dat in patiënten met schizofrenie vaak sprake is van een veranderde functie van GABA-erge en glutamaterge neurotransmittersysteem. Deze veranderingen lijken het meest prominent in de dorsolaterale prefrontale cortex. De prefrontale cortex is een hersengebied waarvan we aannemen dat het betrokken is bij hogere hersenfuncties, zoals bijvoorbeeld strategie en planning, sociaal gedrag en waardering van omgevingsprikkels. Studies waarin de relatie tussen prefrontale activiteit en testprestatie onderzocht werd, geven aan dat deze twee onderling samenhangen. Er is herhaaldelijk gevonden dat bij patiënten met schizofrenie de prefrontale cortex tijdens het uitvoeren van een taak ondergeactiveerd is.

Behalve onderzoek naar de structurele veranderingen tijdens de adolescentie is er de afgelopen jaren ook onderzoek gedaan naar het verschil in gebruik van bepaalde hersengebieden tussen adolescenten en volwassenen. Adolescenten blijken bij het verwerken van emotionele beelden (in dit soort onderzoek wordt vaak gebruik gemaakt van foto's van gezichten die een bepaalde emotie uitdrukken, bijvoorbeeld angst) andere hersengebieden te gebruiken dan volwassenen. Hoe jonger de proefpersoon, hoe minder een beroep wordt gedaan op de frontale cortex en des te meer op de amygdala. Het lijkt er op dat volwassenen door meer gebruik te maken van corticale gebieden waaronder de prefrontale cortex bij de verwerking een groot beroep doen op reeds eerder opgeslagen informatie, terwijl adolescenten veel meer reactief of impulsief reageren (Monk e. a. 2003).

#### **4. Glutamaat, endogene cannabinoïden en THC**

Zoals eerder beschreven is de neurotransmitter glutamaat nauw betrokken bij de ontwikkeling van neuronale netwerken. Het blijkt dat de afgifte van de neurotransmitter glutamaat release en activering van de postsynaptische NMDA-receptor bepalend zijn voor de hoeveelheid synapsen die uiteindelijk worden gevormd. Enerzijds door het verstevigen van bestaande verbindingen, anderzijds door het 'opruimen' van synaptische verbindingen die ten tijde van een kritieke periode niet worden gebruikt.

Op haar beurt wordt de afgifte van glutamaat ook gereguleerd. Eén van de belangrijkste reguleringsmechanismen voor de afgifte van glutamaat is het endogene cannabinoïd systeem. Op veel plaatsen in het centraal zenuwstelsel, maar vooral tijdens de ontwikkeling, komen bepaalde cannabinoïdreceptoren, de CB1-receptoren, voor. Veel van die receptoren zijn presynaptisch gelokaliseerd op glutamaterge neuronen. Een interactie van het endogene cannabinoïd anandamide met die presynaptische CB1-receptor leidt tot vermindering van de afgifte van glutamaat door het presynaptisch neuron (Schlicker en Kathmann, 2001; Pertwee en Ross, 2002). Anandamide zelf wordt afgegeven door het postsynaptisch neuron. Daarbij is sprake van een terugkoppelingsmechanisme; een hoge afgifte van glutamaat leidt tot een afgifte van anandamide wat op haar beurt dus weer leidt tot vermindering van de glutamaat release (Gerdeman e. a., 2002; Sjöstrom e. a., 2003; Marsicano e. a., 2002). Onder normale fysiologische omstandigheden bestaat er een bepaald evenwicht tussen de afgifte van glutamaat en die van anandamide.

Behalve dat het endogene anandamide een interactie kan aangaan met de CB1-receptor, kan het psychoactieve bestanddeel THC uit cannabis dat ook. Herhaalde interactie van THC met de CB1-receptor leidt echter zeer snel tot een hoge tolerantie. Dat wil zeggen dat veel meer van de stof (bijvoorbeeld anandamide) nodig is om eenzelfde effect (het tegengaan van de glutamaat release) te bereiken. De tolerantie bestaat uit een downregulatie van de CB1-receptor en een ont koppeling van de CB1-receptor van zijn second messenger systeem (Martin, 2005). Door deze tolerantie wordt ook het mechanisme waarmee anandamide de release van glutamaat reguleert verstoord. Verstoring van de glutamaat release in corticale gebieden, met name tijdens hun kritieke ontwikkelingsperiode, zal leiden tot het verkeerd aanleggen van neuronale circuits. De niet volgroeide of (gedeeltelijk) verkeerd aangelegde neuronale circuits zullen op hun beurt leiden tot inadequate verwerking van informatie.

De kritieke periode voor de prefrontale cortex bestrijkt een groot deel van de adolescentie. Wanneer tijdens deze kritieke periode THC uit cannabis het endogene cannabinoïdsysteem verstoort en daarmee de regulering van de glutamaat release, zullen neuronale circuits in met name de prefrontale cortex zich niet op de juiste manier kunnen ontwikkelen. Stoornissen in het neuronale circuit van de prefrontale cortex worden in verband gebracht met psychotische symptomen.

In dierexperimenteel onderzoek is inderdaad aangetoond dat blokkade van het endogene cannabinoïdsysteem tijdens kritieke periodes inderdaad leidt tot functionele stoornissen in volwassen dieren. Blokkade tijdens niet kritieke periodes leidt niet tot dergelijke functionele stoornissen (Schneider en Koch, 2003).

## 5. Kort samengevat

- Afwijkingen in de prefrontale cortex worden in verband gebracht met de etiologie van schizofrenie
- De prefrontale cortex ondergaat belangrijke structurele wijzigingen gedurende de adolescentie
- Glutamaat is in belangrijke mate betrokken bij de veranderingen die plaatsvinden in de prefrontale cortex tijdens de adolescentie (de kritieke periode)
- Verstoring van het glutamaterge systeem tijdens de kritieke periode voor de ontwikkeling van de prefrontale cortex zal leiden tot structurele veranderingen in de prefrontale cortex
- Verstoring van het endogene cannabinoïdsysteem tijdens de kritieke periode zal via verstoring van de glutamaat release leiden tot veranderingen in de structuur van de prefrontale cortex
- THC is in staat de fysiologie van de CB1-receptor en daarmee de functie van het endogene cannabinoïdsysteem te beïnvloeden

## 6. Referenties

1. Arseneault,L., Cannon,M., Poulton,R., Murray,R., Caspi,A., Moffitt,T.E., 2002. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 325, 1212-1213.
2. Bourgeois,J.P., Goldman-Rakic,P.S., Rakic,P., 1994. Synaptogenesis in the prefrontal cortex of rhesus monkeys  
1. *Cereb.Cortex* 4, 78-96.
3. Gerdeman,G., Lovinger,D.M., 2001. CB1 cannabinoid receptor inhibits synaptic release of glutamate in rat dorsolateral striatum  
2. *J.Neurophysiol.* 85, 468-471.
4. Giedd,J.N., Blumenthal,J., Jeffries,N.O., Castellanos,F.X., Liu,H., Zijdenbos,A., Paus,T., Evans,A.C., Rapoport,J.L., 1999. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat.Neurosci.* 2, 861-863.
5. Gogtay,N., Giedd,J.N., Lusk,L., Hayashi,K.M., Greenstein,D., Vaituzis,A.C., Nugent,T.F., III, Herman,D.H., Clasen,L.S., Toga,A.W., Rapoport,J.L., Thompson,P.M., 2004. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc.Natl.Acad.Sci.U.S.A* 101, 8174-8179.
6. Gotz,M., Sommer,L., 2005. Cortical development: the art of generating cell diversity. *Development* 132, 3327-3332.
7. Harrison,P.J., 1999. The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation. *Brain* 122 ( Pt 4), 593-624.

8. Henquet,C., Krabbendam,L., Spauwen,J., Kaplan,C., Lieb,R., Wittchen,H.U., Van,O.J., 2005. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people  
4. *BMJ* 330, 11.
9. Hensch,T.K., 2004. Critical period regulation  
5. *Annu.Rev.Neurosci.* 27, 549-579.
10. Huttenlocher,P.R., 1984. Synapse elimination and plasticity in developing human cerebral cortex.  
*Am.J.Ment.Defic.* 88, 488-496.
11. Jernigan,T.L., Trauner,D.A., Hesselink,J.R., Tallal,P.A., 1991. Maturation of human cerebrum observed in vivo during adolescence. *Brain* 114 ( Pt 5), 2037-2049.
12. Kapur,S., 2003. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am.J.Psychiatry* 160, 13-23.
13. Martin,B.R., 2005. Role of lipids and lipid signaling in the development of cannabinoid tolerance. *Life Sci.* 77, 1543-1558.
14. Monk,C.S., McClure,E.B., Nelson,E.E., Zarahn,E., Bilder,R.M., Leibenluft,E., Charney,D.S., Ernst,M., Pine,D.S., 2003. Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions  
1. *Neuroimage.* 20, 420-428.
15. Pantelis,C., Yucel,M., Wood,S.J., McGorry,P.D., Velakoulis,D., 2003. Early and late neurodevelopmental disturbances in schizophrenia and their functional consequences. *Aust.N.Z.J.Psychiatry* 37, 399-406.
16. Pertwee,R.G., Ross,R.A., 2002. Cannabinoid receptors and their ligands. *Prostaglandins Leukot.Essent.Fatty Acids* 66, 101-121.
17. Schlicker,E., Kathmann,M., 2001. Modulation of transmitter release via presynaptic cannabinoid receptors. *Trends Pharmacol.Sci.* 22, 565-572.
18. Schneider,M., Koch,M., 2003. Chronic pubertal, but not adult chronic cannabinoid treatment impairs sensorimotor gating, recognition memory, and the performance in a progressive ratio task in adult rats  
12. *Neuropsychopharmacology* 28, 1760-1769.
19. Smit,F., Bolier,L., Cuijpers,P., 2004. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction* 99, 425-430.
20. Sowell,E.R., Thompson,P.M., Tessner,K.D., Toga,A.W., 2001. Mapping continued brain growth and gray matter density reduction in dorsal frontal cortex: Inverse relationships during postadolescent brain maturation. *J.Neurosci.* 21, 8819-8829.
21. Van,O.J., Bak,M., Hanssen,M., Bijl,R.V., de,G.R., Verdoux,H., 2002. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am.J.Epidemiol.* 156, 319-327.
22. Weinberger,D.R., 1995. From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet* 346, 552-557.

## II. RESIDENTIEEL GEÏNTEGREERDE BEHANDELING VOOR PATIËNTEN MET EEN DUBBELDIAGNOSE

### 2.1 EEN RESIDENTIËLE EN GEÏNTEGREERDE BEHANDELING VOOR PATIËNTEN MET EEN DUBBELDIAGNOSE

**Kim Van Parys**  
Psychologe  
Psychiatrisch Centrum, Sleidinge

#### 1. Inleiding

*Goede morgen, vooreerst dank ik de organisatoren omdat mij de kans geboden werd om op deze VAD-studiedag iets over onze werking te komen vertellen. Maar evenzeer dank ik ook jullie luisteraars omdat jullie interesse hebben voor het werk met deze moeilijke doelgroep.*

Hoe resumeer je een behandelmethodiek in een lezing van een 30-tal minuten zonder in te boeten aan volledigheid enerzijds en zonder te vervallen in een opsomming anderzijds. Dat was de opdracht waarvoor we ons geplaatst zagen. Ik zeg 'we' omdat ik slechts de spreekbuis ben van een heel team dat dit werk mogelijk maakt en deze visie ondersteunt. In samenspraak kwamen we tot de conclusie dat binnen deze beperkte tijd het beste beeld kon gegeven worden door de kern van onze behandelmethodiek te duiden met een aantal casusfragmenten.

#### 2. Doelgroep

*Bart is een jongeman van twintig. Hij werd geïnterneerd nadat hij zijn oom met een hamer te lijf ging en daarbij ernstig toetakelde. Deze uitval was een afrekening voor het ernstig misbruik door deze oom in Barts kindertijd.*

*Onder invloed van speed en opgezweept door auditieve hallucinaties die zijn leven tot een hel maken, hoopte hij via deze daad een kentering teweeg te brengen. Zijn act leidde daarentegen tot een internering en hij bracht 8 maanden in de gevangenis door alvorens hij op onze afdeling terecht kwam.*

Tijdens het eerste gesprek zit hij incingedoken alsof hij slaag verwacht en zijn ogen zitten verscholen achter de klep van zijn pet. De antwoorden die hij geeft, zijn uitermate kort. Hij maakt een ontzettend angstige indruk, ondanks zijn stoere uiterlijk: tientallen piercings, opvallende tatoeages, geheel gekleed in zwart.

De beschrijving van Bart geeft een beeld van de patiënten die op onze afdeling verblijven. Het is een groep van jonge mensen, meestal mannen, die lijden aan een primaire psychose (d.w.z. voorafgaand aan de verslaving en dus niet ten gevolge van hun drugverslaving) én een ernstige drugverslaving hebben. Doorgaans is bij opname hun hele leven een puinhoop: ze hebben hun school niet afgemaakt, hebben geen werk, hun relaties met familie en vrienden zijn ernstig verstoord of verbroken, ze hebben schulden, velen van hen zijn in contact geweest met justitie, ...

### 3. Vertrekpunt voor de geïntegreerde behandeling: visie op dubbele diagnose

De kern van een geïntegreerde behandeling is het gelijktijdig en op elkaar afgestemd behandelen van de psychopathologie (hier de psychose) én het middelenmisbruik.

De centrale vraag daarbij is de functie van de 'toxicomanie' binnen de psychotische structuur. Het antwoord op deze vraag bepaalt in belangrijke mate de wijze waarop het behandelende team ermee kan of moet omgaan.

We onderscheiden een dubbele functie:

1. Het is bekend dat sommige drugs de uitlokkende factor van een psychose kunnen zijn, de zogenaamde secundaire psychose. Maar ook bij patiënten met een primaire psychose zullen vele drugs de psychotische symptomen versterken (bvb. speed doet de paranoia toenemen). Desalniettemin zullen primair psychotische patiënten met hun druggebruik een poging doen om het omgekeerde te bewerkstelligen. Met behulp van drugs pogen ze om hun positieve symptomen (hallucinaties, ...) en/of negatieve symptomen (initiatiefverlies, affectvervlakking) teniet te doen. Hun druggebruik is voor hen een poging tot automedicatie<sup>1</sup>. Bovendien hebben drugs voor hen als voordeel op neuroleptica dat de patiënten, zolang de verslaving niet overheerst, de indruk krijgen de zaak zelf in handen te hebben<sup>2</sup>. Aldus kunnen de drugs een tijdlang een stabiliserend effect hebben.

2. Er is evenwel meer: vooral bij een jongere populatie is de identificatie met het 'toxicomaan zijn' draaglijker dan de diagnose 'psychotisch zijn'<sup>3</sup>. De acceptabelere identiteit van 'gebruiker' biedt de mogelijkheid deel uit te maken van een bestaande subcultuur. Psychotici die gebruiken hebben doorgaans ook meer en betere sociale contacten dan niet-gebruikende psychotici. Het 'gebruiken' kan aldus een ultieme poging inhouden om zich in de wereld te verankeren, om toch één of andere vorm van aansluiting te vinden, of te behouden, die hun positie leefbaar maakt.

Iedereen weet dat de behandeling van de toxicomanie slechts succesvol is naarmate men ook de onderliggende pathologie behandelt, in dit geval de psychose. Immers, als wij hen louter als toxicomanen beschouwen, leidt dit automatisch tot uitsluiting. Tevens moet voldoende belang gehecht worden aan het statuut van het druggebruik zelf, in de psychose functioneert dit immers als een mogelijkheid tot identificatie, niet alleen voor het subject om 'zichzelf' te kunnen zijn, maar ook voor zijn sociale relaties, om groep te kunnen vormen. Om deze impasse te overstijgen vormt de identificatie met 'de gebruiker', als basis voor een sociale band, één van de vertrekpunten voor de geïntegreerde behandeling. In onze werking wordt bijgevolg vertrokken vanuit deze groepsvorming, dit organiseren rond en identificeren met het gebruik. Daarbij is deze groepsvorming uiteraard geen einddoel maar slechts een vertrekpunt. Van daaruit kan immers een vraag om 'erkenning van eigenheid', een hulpvraag ontstaan die aanvankelijk afwezig was. Ons antwoord op die vraag dient bijgevolg ook te verschillen van subject tot subject en plaats te bieden tot differentiatie. Zo worden we verplicht een kliniek van het particuliere te zijn in plaats van een unificerende instelling rond een therapeutisch ideaal. Dit therapeutisch ideaal, de zogenaamde "genezing", leidt trouwens vrij vlug tot grote ontgoochelingen (bij patiënt en personeel).

---

<sup>1</sup> Dom G., (1999), Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samen gaan. Uitgeverij EPO vzw., Berchem.

<sup>2</sup> De Ridder P., Rozenberg A. (2000), *Dire combien ne dit jamias comment et pourquoi!* Intervention à la XVIII Journé de Reims. L'Evaluation et Toxicomanie, 10 mars 2000.

<sup>3</sup> Bryssinck D. (2003), *Psychose en toxicomanie*. (Laureaat van de Frans Hoornaert prijs 2003) In Handboek voor milieutherapie, theorie en praktijk. Deel II, Van Gorcum & Comp., Assen/Maastricht.



## 4. Behandelmodel met twee pijlers

De afdeling voor dubbeldiagnoseproblematiek is een aparte unit waarbij zowel externe steun als externe structuur een belangrijke bijdrage bieden tot de persoonlijkheidsgroei en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jonge psychoticus met ernstige problemen op het vlak van middelenmisbruik. De vormgeving van deze dragende context is geïnspireerd door de milieutherapeutische theorie<sup>4,5</sup>, hierbinnen kozen wij voor het sociaaltherapeutische model. Binnen deze milieutherapeutische context is er een sterk geïndividualiseerde benadering, waarbij elke patiënt in zijn eigenheid wordt gerespecteerd. Beide pijlers staan niet los van elkaar, maar haken aaneen in een particulier parcours. De behandeling verloopt gefaseerd en er is een integratie van verschillende behandelingsmodellen, zoals het psychodynamische, het systeemtherapeutische, het cognitieve en het rehabilitatiemodel. De afdeling zelf, in haar structuur, stelt zich therapeutisch op en dit kan slechts door te stellen dat niet alleen het team, maar ook de patiënten zelf medeverantwoordelijk zijn voor hun behandeling en de afdelings sfeer<sup>6</sup>.

### 4.1 Eerste pijler: de milieutherapeutische context

De afdeling als milieu wordt beschouwd als een essentieel element in de therapie. Kernbegrippen zijn hier de asielfunctie, de afdelingsregels, de groepsdynamiek en het therapieprogramma.

#### *De asielaire functie*

De erkenning van de uitsluiting van deze mensen uit elke vorm van samenleving is cruciaal: eerst uit de maatschappij als geheel, en vervolgens uit allerlei instellingen of afdelingen. Deze 'verwelkoming' of onze asielfunctie biedt hen een ankerpunt en dit aanvaarden van hun verschil betekent al een eerste vorm van behandeling. We stellen dat het 'bizarre' of 'asociale' gedrag, evenals het druggebruik juist antwoorden zijn op deze uitsluiting. Als we deze symptomen niet als dusdanig zien, lopen we het risico hen opnieuw te 'laten vallen' – een zoveelste herhaling in hun leven. De patiënt heeft recht op een plaats waar hij kan verblijven. In de beleving van de patiënt is het een toevluchtsoord. Het is een plaats waar bescherming geboden wordt, niet uitsluitend voor de bedreigende buitenwereld, maar evenzeer voor de innerlijke destructieve krachten die de psychische wereld van de patiënt dreigen te vernietigen<sup>7</sup>.

#### *De afdelingsregels*

Een tweede uitgangspunt is het scheppen van de noodzakelijke voorwaarden binnenshuis. Regels zijn belangrijk omdat ze het gemeenschapsleven garanderen, meer bepaald de vrede. Het zijn de minimale condities waaronder mensen kunnen samenleven. Dat vormt meteen ook de zin van de regels. Binnen een gemeenschap moet men trachten te garanderen dat elkeen er kan leven, dat er tussen mensen een optimaal evenwicht is tussen afstand en nabijheid. Regels regelen de afstand tussen mensen.

De afdelingsregels zijn teruggebracht tot enkele minimale krijtlijnen met maximale verantwoordelijkheden. Naar analogie met het klimaat van de sociale gelijkheid in het sociaaltherapeutisch model werden de verboden in rechten getransformeerd.

#### *De groepsdynamiek*

Opvallend in de groep is de afwezigheid van een identificeerbare leider. Bovendien valt de groepswerking stil, de weinige keren dat er zich een leidersfiguur installeert. De groep is als het ware 'vaderloos' en vertoont dan ook meer gelijkenis met een *peer group* waarin de verticale banden met de

<sup>4</sup> Bion W.R., (1961), *Experiences in Groups*. Tavistock Publications Limited.

<sup>5</sup> Janzing C., Lansen J., (1985), *Milieutherapie. Het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting*. Van Gorcum & Comp., Assen/Maastricht.

<sup>6</sup> Bryssinck D. (2003), *Psychose en toxicomanie*. (Laureaat van de Frans Hoornaert prijs 2003) In Handboek voor milieutherapie, theorie en praktijk. Deel II, Van Gorcum & Comp., Assen/Maastricht.

<sup>7</sup> Naar : Van Bouwel, L. (2003), *Van een projectiescherm naar een mentale ruimte: residentiële psychotherapie met jonge psychotische patiënten*. In: Spreken en gesproken worden: psychoanalyse en psychosen, 119-144.

leider vervangen zijn door onderlinge horizontale gelijkheid. In eerste instantie lijkt deze groepsvorming een logisch gevolg van het klinisch gegeven dat bij het merendeel van deze mensen, in hun particuliere geschiedenis, de vader niet alleen figuurlijk maar ook vaak letterlijk afwezig was: onbekend of op een kritisch moment 'met de noorderzon verdwenen'. Overigens blijkt dat ook sociologisch de identificaties in onze samenleving niet meer alleen van bovenuit gebeuren, maar meer en meer ook onderling, *tussen* gelijken<sup>8</sup>. De bewonersgroep lijkt in elk geval te functioneren als een *clan*, die zelf zijn grenzen bepaalt en op deze wijze de psychose reguleert. De clan ontwikkelt regels om het druggebruik in te dijken en hanteerbaar te maken. Doordat het team de patiënten meer betreft bij de werking door het delegeren van macht en beslissingsbevoegdheden, kan ook meer zelfstandigheid, meer gerichtheid op persoonlijke problemen, meer tolerantie voor woede en agressie en minder stafcontrole gebeuren.

#### *Therapieprogramma*

Het globale programma omvat verplichte groepsmomenten, niet verplichte activiteiten en noodzakelijke huishoudelijke taken met verschillende verantwoordelijkheid, waarin heel wat ten tonele verschijnt wat direct kan aangegrepen worden als hulpmiddel om tot spreken te komen. Sommige activiteiten zijn realiteitsgericht (koken, onderhoud, taken) en dienen tot het opnemen van een verantwoordelijkheid op de afdeling. Andere activiteiten (crea, muziek, dans, sport) trachten betekenis te geven aan het ondraaglijke van de psychose en sluiten aan bij de leefwereld van deze jongeren. Het betreft in deze fase activiteiten die mogelijkheden bieden om hun eigen specifieke problematiek te bewerken, eerder dan vaardigheden aan te leren.

#### *Projectwerking*

Begin april '03 startte de afdeling met projectwerking. De belangrijkste aanleiding hiertoe was dat de meeste patiënten aangaven dat het therapieprogramma bestaande uit uitsluitend traditioneel georganiseerde creatieve, muzikale en bewegingstherapie voor hen slechts kortdurend aantrekkelijk was, met een duidelijke behandelbaarheid tot gevolg. Vandaar dat werd gezocht naar een mogelijkheid om dit aanbod uit te breiden. Projectwerking bood hiertoe een uitweg. Ook de tijdelijkheid van het project, de samenwerking met personen van buiten de psychiatrie en de locaties buiten de instelling zorgen voor extra impulsen.

## **4.2 Tweede pijler: de op het individu gerichte methodiek van behandeling**

Iedere patiënt volgt ook een eigen parcours en wordt daarin individueel gesteund. Er is een op het individu gerichte methodiek van behandeling uitgeschreven, die gefaseerd is en ondermeer gebaseerd is op het valkuilmodel van Appelo<sup>9</sup> en de veranderingscirkel van Prochaska en Di Clemente<sup>10</sup>. Cruciaal daarbij is dat de gekozen interventies aansluiten bij de fase waarin de patiënt zich bevindt.

Binnen de fasering nemen de zogenaamde *orgelpunten* een centrale plaats in. Analoog met zijn plaats in een muziekstuk, neemt deze term ook tijdens de behandeling de plaats van rustpunt in. Deze maandelijkse samenkomsten vormen een scandering van de tijdsdimensie in de behandeling. Het orgelpunt is een maandelijkse samenkomst van de patiënt en de teamleden die hem het meest intens volgen - waaronder de referent, met als objectief even stil te staan bij het verloop van de behandeling.

---

<sup>8</sup> Moos, R. (1975), *Evaluating treatment environments*. John Wiley, New York.

<sup>9</sup> Er kan gesteld worden dat het valkuilmodel van M. Appelo een globale samenvatting vormt van "the state of the art" op het gebied van rehabilitatie van patiënten met schizofrenie (Appelo, 1997).

<sup>10</sup> Het gebruik van motiverende interviews blijkt uit onderzoek evidence-based (Van Gageldonk A., Richter H., Ketelaars T en van Laar M., 2005). Daarnaast maakt ook Minkoff (2001) bij het uitlijnen van de richtlijnen voor een geïntegreerde behandeling, gebruik van het transtheoretische veranderingsmodel van Prochaska en Di Clemente.

Het systeem van *referenten* is gegroeid vanuit de eigenheid van toxicomane psychotici. Om een paranoïde overdracht uit de weg te gaan, werd geopteerd voor een systeem van referenten. Zo spreekt de patiënt niet enkel met de psycholoog, maar minimaal ook steeds met een tweede vertrouwenspersoon. Vandaar dat elke patiënt, van bij het begin van zijn opname, een referent krijgt toegewezen, die het parcours van de betreffende patiënt van nabij opvolgt. Het is een langzaam opgebouwde vertrouwensrelatie die progressief therapeutisch wordt en kan leiden tot de laterale uitbouw van een netwerk van relaties.

Het behandelmodel bestaat uit vier fasen. De duur van de fasen is verschillend, naargelang de noden van de patiënt, maar er wordt naar gestreefd om de behandeling na een periode van maximaal zes maanden af te ronden.

In de eerste fase, de **kennismakingsfase**, staan de begrippen lichamelijke ontwenning, stabilisatie van acute psychische symptomen en/of lichamelijke problemen, motiverende gespreksvoering (niveau: precontemplatie) en het contact maken centraal. Het belang van contact maken is nauwelijks te overschatten. Bij patiënten met een dubbele diagnose bemoeilijken of verhinderen de psychotische belevingen (het horen van stemmen, de achterdocht, ...) het aangaan van een sociale band met de ander. Daarenboven maakt het gebruik de ander als persoon overbodig: om genot te verkrijgen is enkel het product noodzakelijk<sup>11</sup>. Er is geen verhouding tot de anderen maar een relatie tot het product, en de contacten die reteren zijn in functie van dit gebruik. Vanuit de psychotische beleving moet het product hen bovendien beschermen tegen de anderen. Vandaar dat zonder een relatie tot een andere of tot anderen geen enkele methodiek of techniek een langdurig effect zal bewerkstelligen.

*Tijdens de eerste twee weken trachten verschillende teamleden met Bart een gesprek aan te knopen, maar telkens duikt hij weg. Ook in de groep verstopt hij zich en maakt hij zich onzichtbaar. De vrije momenten brengt hij door op zijn kamer, luisterend naar loeiharde death metal.*

*Na 2 weken volgt een eerste uitgebreide bespreking op de teamvergadering en daaruit blijkt massaal hoeveel angst het spreken hem bezorgt. Aldus wordt besloten het over een andere boeg te gooien. De muziektherapeut had zijn interesse voor de drums opgemerkt, en er wordt beslist dat er naast de muziektherapie in groep, ook twee drumsessies per week samen met de psycholoog doorgaan. Ook 's avonds kan hij telkens een half uurtje gaan drummen. Het team neemt een voorzichtige, aftastende houding aan in de hoop om op een niet-intrusieve manier contact te krijgen met de emotionele wereld van Bart. Deze aanpak maakt dat we hem heel langzaam en beetje per beetje zien ontspannen. De pet blijft steeds vaker achterwege, we zien hem glimlachen wanneer er in de groep een grap wordt gemaakt, hij komt hulp vragen bij praktische euvels, ...*

Vervolgens wordt overgegaan naar de tweede fase, de **behandelingsfase**, gericht op het psychologisch overzicht, de cognitieve zelfcontrole, de medicamenteuze oppuntstelling en de motiverende gespreksvoering (niveau: contemplatie/actieve verandering). Psychologisch overzicht impliceert o.a. een uitgebreide diagnostiek, een grondige anamnese met ruimte voor rouw en actief verder werken aan het herstel van de relaties met de omgeving. Ook hervalpreventie neemt in deze fase een centrale plaats in.

Ik licht dit toe met drie klinische fragmenten.

*Bart begint met mondjesmaat te spreken tijdens vluchtige contacten. Hij heeft het, met enige trots, over wreedheden die hij heeft begaan en over het afgrijzen dat dit gedrag bij zijn omgeving teweegbracht. Tijdens een gesprek met hem en zijn moeder brengt zij aan dat Bart reeds vroeg een zorgenkind was. Hoewel normaal begaafd, maakten zijn ondermaatse prestaties voor rekenen dat BLO werd geadviseerd. Zijn moeder koos ervoor om hem met dagelijkse bijlessen bij te werken zodat hij gewoon onderwijs kon blijven volgen. Tegelijkertijd consulteerden ze verschillende artsen in de zoektocht naar*

<sup>11</sup> Loose, R., The importance of the problem of dual diagnosis, Studiedag "to be or not to be (stoned)", Sleidinge (2003).

*een verklaring voor Barts rekenstoornis. Zijn vader, beroepsmilitair, meende dat een gedisciplineerde aanpak soelaas zou bieden en legde hem een Spartaans regime op.*

*Desalniettemin verbeterden zijn prestaties nauwelijks en werd hij op school mikpunt van spot. Bart raakte ervan overtuigd dat hij erg dom was. Tot zijn twaalfde was hij een underdog, maar met de overstap naar een andere school begint hij zich eerst op school, en later ook elders steeds meer te gedragen als een hooligan.*

*De hypothese dat hij zich zo gedroeg, niet omwille van zijn slecht karakter, maar als ultieme poging om respect af te dwingen van zijn omgeving, brengt bij hem een schok van herkenning teweeg. Dit brengt bij hem een ander spreken op gang en hij komt tot de conclusie dat ook zijn speedgebruik aldus te begrijpen valt. Immers, telkens hij speed gebruikt voelt hij zich erg intelligent en verdwijnen de vernederende stemmen.*

*Bart vindt geen aansluiting in de groep. Zijn medebewoners ervaren hem als een "asociale" die geen moeite doet om een gesprek aan te knopen en zich steeds terugtrekt op zijn kamer. Bart formuleert een verlangen naar vriendschap, maar zegt dat hij in de groep geen maten kan maken. Tijdens de verplichte groeps gesprekken houdt Bart het nooit langer dan 15 minuten uit. Daarna verdwijnt hij met een smoesje (toilet) naar zijn kamer. Wanneer dit een paar keer is voorgevallen, komt er protest van sommige medebewoners. Bart wordt teruggehaald en zijn "verdwijnen" wordt bevraagd. Hijzelf slaagt er niet in om een verklaring te formuleren, maar een medebewoner interpreteert dit weglopen als angst voor wat hem overvalt. Wanneer deze bewoner vraagt of hij stemmen hoort, zien we Bart verbijsterd en perplex staan. Wanneer ook anderen getuigen over analoge belevingen en hun positieve ervaringen met neuroleptica, zal ook Bart spontaan en consequent zijn medicatie nemen, wat vroeger slechts moeizaam gebeurde. Zo zien we ook Barts interesse opduiken wanneer er wordt gesproken over de paranoia opwekkende en agressie uitlokkende effecten van speed. Met vallen en opstaan raakt ook Bart hiervan overtuigd en wordt hij steeds meer voorvechter van een drugvrije omgeving.*

*Ook tijdens de individuele gesprekken wordt duidelijk in welke mate zijn zogenaamd asociaal gedrag te maken heeft met de stemmen die Bart hoort: hij hoort alles en iedereen in zijn omgeving beledigingen uitspreken aan zijn adres. Als hij de living binnenstapt, wordt hij overrompeld door de stemmen van medebewoners die hem vernederen en bedreigen, waardoor hij meteen rechtsomkeer maakt, richting kamer. Tijdens verschillende gesprekken wordt het probleem geïnventariseerd en ontrafeld, waarbij de activerende gebeurtenis, zijnde de stemmen, onderscheiden wordt van de overtuiging dat het horen van stemmen een soort gedachten lezen is, de gedachte dat iedereen hem dom vindt en de gevoelens van bedreiging en angst die dit bij hem teweegbrengt. In de therapie wordt de nadruk gelegd op het feit dat het probleem (geen vriendschap kunnen sluiten omdat hij zich bedreigd voelt) niet van de activerende gebeurtenis, de stemmen, afhankelijk is, maar van de interpretatie van die gebeurtenis (overtuigingen en gedachten). Het wijzigen van de overtuigingen verandert eveneens de emoties en de gedragingen die eruit voortvloeien. Als Bart niet meer gelooft dat iedereen hem dom vindt en hem iets wil aandoen, zal het mogelijk worden om in de groep potentiële kameraden te zien.*

We zien hier hoe de milieutherapeutische context (o.a de groepsdynamiek, de veiligheid door de regels, het aanbod van activiteiten) en de individuele behandeling (o.a gesprekstherapie, cognitieve begeleiding) in elkaar haken tot een particulier parcours.

Naderhand wordt de **ontslagfase** bereikt. Vanaf dan wordt hoofdzakelijk gewerkt rond praktische doelstellingen met de referent in de rol van klinisch casemanager (daarover straks meer).

*Bart bloeit verder open en hij besluit deel te nemen aan het kasteelproject, een afdelingsproject waarbij een week naar de Ardennen wordt getrokken. Het is duidelijk dat hij met volle teugen geniet van de activiteiten in de natuur en 's avonds, aan het kampvuur, spreekt hij voor het eerst over zijn toekomstdromen: hij hoopt ooit aan de slag te kunnen als garagist. Tijdens het eerstvolgende orgelpunt, worden deze door de referent opnieuw aangehaald en wordt nagegaan hoe hij deze kan realiseren. Er wordt beslist dat hij als eerste concrete stap zijn theoretisch rijbewijs wil behalen.*

De laatste of de **nabehandelingsfase** geeft de mogelijkheid om een cliënt gedurende zes maanden na het ontslag te blijven opvolgen. In sommige cases is dit beperkt tot ondersteuning (bvb in begeleid wonen of een andere voorziening in het kader van vervolgzorg of van herval). In andere gevallen (bvb kamer-wonen met weinig mogelijkheid tot dagbesteding) kan dit oplopen tot intensieve, regelmatige contacten ter plaatse. In deze laatste fase is de nadruk gelegd op de vaardigheden van de patiënt, zijn functioneren, het verderzetten van de individuele psychotherapie en medicamenteuze behandeling (compliance).

## **5. Zorgmodel met twee pijlers**

Gezien de bijzondere kwetsbaarheid van patiënten met een dubbele diagnose is zorgcontinuïteit een vereiste. Dit betekent echter geenszins dat de zorg langdurig intramuraal moet verleend worden (behandelingsmodel), maar dat er daarentegen dient gestreefd te worden naar een noodzakelijk continueren van de zorgverlening door het bieden van een samenhangende probleemaanpak en continue zorg (zorgmodel). Om aan deze noodzakelijkheid tegemoet te komen werd voor deze groep van dubbeldiagnosepatiënten enerzijds een zorgtraject georganiseerd, en wordt anderzijds (het belang van de therapeutische band indachtig) vanuit de behandelafdeling gekozen voor het model van klinisch casemanagement.

### **5.1 Een pragmatisch en patiëntgericht zorgtraject**

Voor de ontwikkeling van dit zorgtraject werden in een eerste fase de zorgvragen van patiënten met een dubbele diagnose geanalyseerd. Op basis daarvan werd een achttal zorgfuncties (modules) onderscheiden: indicatiestelling, crisisopvang, geïntegreerde behandeling voor DDpatiënten, geïntegreerde behandeling voor de ruimere doelgroep DDpatiënten (d.w.z. voor patiënten met een middelenverslaving én een psychiatrische problematiek die geen psychose is, zoals bvb een persoonlijkheidsstoornis), ambulante begeleiding, ambulante behandeling, Beschut Wonen en casemanagement.

In de tweede fase konden de zorgenheden (zoals psychiatrische ziekenhuizen, centra voor beschut en begeleid wonen, Medisch Sociale Centra, Centra voor dagbesteding, ...) die deze modules aanbieden aan de doelgroep, zich engageren deel te nemen aan het zorgtraject. Meerdere zorgenheden kunnen dezelfde module binnen het zorgtraject aanbieden, eventueel met andere engagementen. Bovendien werd afgesproken dat elke zorgenheid als aanmeldingspunt functioneert en doorverwijst op basis van de aangepaste engagementen.

Dankzij dit netwerk kunnen patiënten met een dubbele diagnose met elke hulpvraag terecht voor aangepaste hulpverlening. Het zorgtraject is een aanbod voor de ganse Vlaamse regio. Het is dan ook de bedoeling dat andere voorzieningen hier als partner aan participeren.

Teneinde wegwijs te raken in het netwerk van het zorgtraject dubbele diagnose, werd een website ([www.dubbeldiagnose.be](http://www.dubbeldiagnose.be)) ontwikkeld. Deze is in de eerste plaats gericht naar verwijzers, maar ook patiënten of hun naasten kunnen erop terecht op zoek naar het meest gepaste antwoord op hun hulpvraag.

Het functioneren van het netwerk is het belangrijkste agendapunt op de bijeenkomsten van de stuurgroep dubbele diagnose, die in het kader van dit project is opgericht (o.a. is de indiening van een therapeutisch project om de coördinatie te faciliteren een actueel thema).

### **5.2 De referent als casemanager: van geïntegreerde behandeling naar geïntegreerde zorg**

De referent (en elk teamlid) past zich aan het evolutiestadium van de patiënt aan en heeft in de eerste fasen van de behandeling veeleer een therapeutische rol. De psychotische ontreddeering vraagt een voorzichtige houding in de poging om contact te maken. In een latere fase zal de referent de patiënt op een creatieve manier aanspreken om zich te richten naar en te investeren in een wereld buiten zichzelf om uiteindelijk autonomie te stimuleren. Bij het naderende ontslag moet de referent openstaan voor separatieangsten en rouwprocessen. Wanneer in de derde en vierde fase samen met de cliënt praktische doelen worden geformuleerd, zal de referent steeds vaker de taak van

casemanager op zich nemen. De acties van de referent als klinisch casemanager worden steeds besproken en ondersteund vanuit het team van de unit.

Het casemanagement dat vanuit de afdeling wordt georganiseerd, biedt de mogelijkheid tot begeleiding tot 6 maand na het ontslag. Deze mogelijkheid heeft als uitgangspunt dat de tijdens de opname opgebouwde therapeutische band een belangrijke meerwaarde biedt om de patiënt ook na zijn ontslag in zorg te houden. De intensiteit van de nabehandeling varieert met de noden van de patiënt, de positieve evolutie laat meestal toe dat de frequentie van de contacten gedurende die 6 maanden vermindert en/of dat een ander team –dat bijvoorbeeld meer gespecialiseerd is- de begeleiding overneemt. Het komt gelukkig ook voor dat de patiënt zelf beslist om met de begeleiding als externe continuïteit te breken, omdat hij zichzelf een continuïteit heeft toegeëigend<sup>12</sup>.

*Na enkele maanden opname neemt Bart het besluit dat hij begeleid wil gaan wonen. Samen met zijn referent zoekt hij naar een studio in Gent en worden er afspraken gemaakt met psychiatrische thuiszorg. Op de dag van de verhuis zitten Bart, de referent en de begeleider van thuiszorg samen, en wordt er afgesproken dat deze samenkomsten maandelijks zullen plaatsvinden en dat Bart voorlopig 3 dagen in de week op dagtherapie komt.*

*Vanaf de derde week verloopt de dagtherapie niet correct: Bart belt geregeld af. Maar op het eerste evaluatiegesprek blijkt dat het in zijn studio daarentegen wel goed loopt. Bart maakt duidelijk dat hij de dagtherapie wil beëindigen, hij vindt zichzelf immers geen psychiatrische patiënt meer. Hij gaat wel akkoord om bij zijn referent (waarmee hij een positieve overdracht heeft) maandelijks op gesprek te komen. Er wordt contact opgenomen met het MSOC van Gent, waar hij elke veertien dagen zijn onderhoudsdosis neuroleptica krijgt. Samen met de referent wordt gezocht naar een alternatieve daginvulling en hij start -zijn passie voor auto's indachtig- een opleiding tot carrossier. Op die manier bewerkt Bart zijn eigen geschiedenis, zodat de risico's om terug overspoeld te worden door angst, verminderen. Met het uitblutsen van de auto's worden ook zijn eigen opgelopen blutsen minder zichtbaar. Het blijven kwetsbare plekken, maar hij kan zijn weg verder zetten.*

## **6. Besluit**

Het spreekt voor zich dat de weg die elke patiënt bewandelt geen rechte lijn is, maar een uniek en grillig pad dat met veel vallen en opstaan begaan wordt. De overdrachtsrelatie, de therapeutische band, is de voorwaarde voor de slaagkansen van elke methodiek. Als concept dient de therapeutische mislukking, net zoals het therapeutisch succes, in het bijzonder bij deze doelgroep eerder te wijken voor een manier van denken die de notie van vallen en opstaan incalculeert, en waarbij het hoofddoel erin bestaat de therapeutische band in stand te houden<sup>13</sup>. Dit instandhouden van de therapeutische band met het oog op zorgcontinuïteit viseert ultiem een continuïteit van een andere orde, m.n. een verinnerlijkte continuïteit, een continuïteit van het ik.

Onze ervaring wees uit dat een 'geïntegreerde' behandeling, namelijk een behandeling die gelijktijdig gericht is op de psychose én de verslaving en het wederzijds effect, werkzamer is dan 'sequentiële' programma's. Dit vereist dat elk teamlid getraind is in beide problematieken, als procesbewaker kan fungeren in de groep en in staat is een langdurige, individuele therapeutische relatie op te bouwen. Zo is abstinentie gewenst, maar soms pas mogelijk op lange termijn én met respect voor het eigen parcours. Vandaar de noodzaak tot pragmatische flexibiliteit, hanteren van harmreductionprincipes en werken met realistische behandelingsdoelen<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Parizot, S., *Wat is het ideaalmodel van een zorgcircuit voor de langetermijnbehandeling van schizofrene patiënten? Het psychiatrisch sectormodel met het psychiatrische ziekenhuis als middelpunt*.in: Schizofrene stoornissen (Het juryrapport Belgische consensusconferentie over de behandeling van schizofrenie). Gent: Academia Press en VVGG

<sup>13</sup> Flamant, R., *De analytische act als liefdesact*

<sup>14</sup> Bryssinck D. (2003), *Psychose en toxicomanie*. (Laureaat van de Frans Hoornaert prijs 2003) In Handboek voor milieutherapie, theorie en praktijk. Deel II, Van Gorcum & Comp., Assen/Maastricht.

## 2.2 ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE RESIDENTIEEL GEÏNTEGREERDE BEHANDELING VOOR PATIËNTEN MET EEN DUBBELDIAGNOSE

Sophie Van Ham

Bernard Sabbe; m.m.v. Bieke De Wilde

UA/Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)

### 1. Situering

Het onderzoek 'Effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbeldiagnose' kadert binnen de beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg (Aelvoet & Vandenbroucke, 2001) en de beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek (2001). In de beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg wordt gesteld dat er nood is aan specifieke aandacht voor de crisisopvang en de behandeling van dubbeldiagnosepatiënten. In de beleidsnota van de federale regering wordt gesteld dat experimenten met dubbeldiagnosepatiënten ondersteund en geëvalueerd moeten worden. Dit onderzoek gebeurde in opdracht van de 'Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid'.

De Cel Psychiatrische Zorgverlening<sup>15</sup> deed in haar omzendbrief een oproep tot voorstellen. De psychiatrische centra werden opgeroepen om een voorstel in te dienen over de residentieel geïntegreerde behandeling van dubbeldiagnosepatiënten (patiënten waarbij zowel sprake is van een psychotische stoornis als een middelengebonden stoornis).

Er werden twee afdelingen geselecteerd: de dubbeldiagnose-afdeling van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge en de dubbeldiagnose-afdeling van het Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège. Deze afdelingen ontvingen bijkomende subsidies zodat er voor een betere omkadering kon gezorgd worden. Er werden 17 voltijdse equivalenten terbeschikkinggesteld in plaats van 10.

Op 1/9/2002 werd gestart met een haalbaarheidsonderzoek voor het onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling bij dubbeldiagnosepatiënten in België. Dit project werd beëindigd in juli 2003. In augustus 2003 werd hieropvolgend gestart met het evaluatieonderzoek en werden de eerste testbatterijen afgenomen bij de dubbeldiagnosepatiënten van de verschillende instellingen. Het evaluatieonderzoek werd in oktober 2004 afgerond. In november 2004 werd een verlenging van het onderzoek gestart. De laatste afnamen gebeurden in november 2005.

---

<sup>15</sup> De Cel Psychiatrische Zorgverlening viel onder de bevoegdheid van het Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, dat op 15 oktober 2002 gesplitst werd in de federale overheidsdienst (FOD) Sociale zekerheid en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

## 2. Onderzoeksmethode

Een schematisch overzicht van het aantal patiënten dat geïncludeerd werd in het onderzoek, wordt gegeven in tabel 1.

**Tabel 1: Aantal patiënten in de experimentele groep en de controlegroep per afname**

	Begin behandeling	3 maanden na begin behandeling	6 maanden na begin behandeling	1 jaar na begin behandeling
Residentieel geïntegreerde behandeling	46	34	32	22
Standaardbehandeling	29	19	6	4

Het psychisch functioneren, het middelengebruik, de veranderingsbereidheid, het algemeen functioneren en de levenskwaliteit worden onderzocht aan de hand van vragenlijsten en interviews. In welke mate de patiënten trouw zijn aan de behandeling, wordt nagegaan aan de hand van de behandelingsduur en de reden van ontslag.

Volgende testbatterij werd afgenomen: de 'Positive and Negative Syndrome Scale' (PANSS) (psychisch functioneren), de 'Brief Psychiatric Rating Scale' (BPRS) (psychisch functioneren), de 'European Addiction Severity Index' (Europ-ASI) (middelengebruik), de 'Alcohol Use Scale' (AUS) (middelengebruik), de 'Drug Use Scale' (DUS) (middelengebruik), de 'Readiness to Change Questionnaire' (RCQ) (veranderingsbereidheid), de 'Global Assessment of Functioning' (GAF) (globaal functioneren), de 'Clinical Global Impressions' (CGI) (globaal functioneren), de 'Schizophrenia Quality of Life Scale' (SQLS) (levenskwaliteit) en de 'Manchester Short Assessment of Quality of Life' (MANSA) (levenskwaliteit).

De patiënten werden getest bij het begin van de behandeling, 3 maanden na het begin van de behandeling, 6 maanden na het begin van de behandeling en 12 maanden na het begin van de behandeling. De CGI wordt enkel bij de derde en de vierde afname afgenomen.

De resultaten van de patiënten opgenomen in de experimentele centra ('Psychiatrisch centrum Sleidinge' en 'Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège', afdeling Dédale), worden vergeleken met de resultaten van de patiënten uit de controlecentra ('Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist' te Zelzate, 'Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège', afdeling Cadran en 'Psychiatrisch Centrum Sancta Maria' te Sint-Truiden). In deze controlecentra worden de patiënten op een minder geïntegreerde wijze behandeld. Aan de hand van procesevaluaties werd nagegaan welke behandeling (residentieel geïntegreerde behandeling of standaardbehandeling) er in de centra werd aangeboden. Er is hier sprake van een semi-experimenteel onderzoek.

In dit onderzoek wordt getracht een antwoord te formuleren op de volgende **vragen**:

1. Worden dubbeldiagnosepatiënten effectief behandeld indien zij een residentieel geïntegreerde behandeling volgen?
2. Is er een verschil in effectiviteit tussen residentieel geïntegreerde behandelingen en residentiële standaardbehandelingen?



Om deze vragen te kunnen beantwoorden, werd een aantal **hypotheses** geformuleerd.

1. De eerste hypothese stelt dat indien dubbeldiagnose patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis op een geïntegreerde wijze behandeld worden, zij effectief behandeld worden. Deze hypothese werd opgesplitst in vier deelhypothese:
  - 1A het psychisch functioneren van de patiënten verbetert.
  - 1B het middelengebruik kent een gunstige evolutie.
  - 1C de levenskwaliteit van de patiënten neemt toe.
  - 1D het algemeen functioneren van de patiënten verbetert.
  
2. De tweede hypothese stelt dat residentieel geïntegreerde behandelingen effectiever zijn dan residentieel niet-geïntegreerde behandelingen. Deze hypothese werd opgesplitst in vijf deelhypothese:
  - 2A de proefpatiënten zijn significant meer geëngageerd dan de controlepatiënten.
  - 2B de afname in psychotische symptomen is significant groter bij de patiënten die residentieel geïntegreerd behandeld worden dan bij de patiënten die residentieel niet-geïntegreerd behandeld worden.
  - 2C de verandering in middelengebruik is significant groter bij de patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgen dan bij de patiënten die een residentieel niet-geïntegreerde behandeling volgen.
  - 2D de verandering in levenskwaliteit is significant groter bij de patiënten die een geïntegreerde behandeling volgen dan bij de patiënten die een niet-geïntegreerde behandeling volgen.
  - 2E het algemeen functioneren van de patiënten kent een significant gunstiger evolutie bij de patiënten in de proefgroep dan bij de patiënten in de controlegroep.

### **3. Onderzoeksresultaten**

#### **3.1 Effectiviteit residentieel geïntegreerde behandeling**

De analyses werden uitgevoerd op 18 patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgden en gedurende één jaar gevolgd werden. Uit de PANSS en de BPRS kan geconcludeerd worden dat het psychisch functioneren verbetert tijdens de tweede afname ten opzichte van de eerste afname, en dat deze verbetering behouden blijft gedurende de termijn van het onderzoek. Er is bij 12 van de 18 patiënten van de experimentele groep, waarbij vier metingen gebeurden, sprake van remissie volgens de criteria van Leucht e.a. (2005). Dit houdt in dat er sprake is van verbetering van minimum 25% op de totaalscore van de PANSS. Volgens de criteria van Andreasen e.a. (2005) is er bij vier patiënten sprake van volledige remissie. Bij dubbeldiagnosepatiënten wordt stabiele remissie echter ontwikkeld over langere periodes met een cumulatief percentage van ongeveer 10 tot 15% per jaar (Drake & Mueser, 2000). Dit wijst erop dat de resultaten van dit onderzoek zeker positief zijn.

In tegenstelling tot ander onderzoek (Moggi e.a., 1999a; Moggi e.a., 2002; Ries e.a., 2000) vonden wij een verbetering van de negatieve symptomen. Deze tegenstrijdige resultaten kunnen verklaard worden door een verschil in behandelingsduur (korte versus langdurige behandeling), een verschil in de aangeboden behandeling (verschillende mate van geïntegreerd zijn) of door een verschil in de voorgeschreven medicatie (atypische antipsychotica versus klassieke antipsychotica).

Er kan tevens een verbetering worden vastgesteld op het middelengebruik drie maanden na het begin van de behandeling ten opzichte van het begin van de behandeling. Deze verbetering blijft behouden tot één jaar na het begin van de behandeling (Europ-ASI). Eén jaar na het begin van de behandeling is er volgens de Europ-ASI ernstscore sprake van een klein probleem waarvoor behandeling waarschijnlijk niet noodzakelijk is. Dit wijst erop dat de behandelingsdoelen in verband met het middelengebruik bereikt zijn.

Meer specifiek kan gesteld worden dat er een verbetering optreedt in het cannabisgebruik. Deze verbetering ten opzichte van het begin van de behandeling doet zich voor zes maanden na het begin van de behandeling en blijft behouden tot één jaar na het begin van de behandeling. Dit werd vastgesteld aan de hand van de 'Drug Use Scale' (DUS). Bij het begin van de behandeling werd bij 13 van de 18 onderzochte patiënten een problematisch gebruik van cannabis vastgesteld ( $DUS_{cannabis} \geq 3$ ), wat erop wijst dat dit een belangrijke bevinding is, daar het middel door de meeste patiënten gebruikt wordt. Dit is een zeer positief resultaat, gezien de causale relatie tussen cannabis en psychose zoals gesteld door Addington (2005), Hall e.a. (2004), Smit e.a. (2004) (zie § 1.1.3.2.). Het gebruik van cannabis verhoogt het risico op psychotische symptomen. Omdat het gebruik van cannabis vermindert, kan mogelijk gesteld worden dat daarmee de kans op herval ook afneemt.

In tegenstelling tot wat we verwachten, kan geen verbetering in het alcoholgebruik worden vastgesteld. Uit de Europ-ASI ernstscores voor alcohol bij het begin van de behandeling blijkt echter dat er bij de problematische gebruikers van alcohol (score AUS >3) sprake is van een klein probleem, waarvoor behandeling waarschijnlijk niet noodzakelijk is. Er is bij het begin van de behandeling geen behandeling nodig voor alcoholproblemen. Bij 13 van de 18 patiënten (72,22%) was er na één jaar sprake van remissie volgens de criteria die Xie e.a. (2005) gebruikten in hun onderzoek (score <3 AUS en DUS). Dit percentage is hoger dan het percentage dat Xie e.a. (2005) terugvonden. Zij vonden dat 33% van de patiënten na 12 maanden volledig remissie vertoonden voor middelengebruik.

Er kan geen effect worden vastgesteld op de veranderingsbereidheid. De meeste patiënten bevonden zich bij het begin van de behandeling reeds in de actiefase. Bij de RCQ is dit het hoogste stadium van veranderingsbereidheid, zodat een verbetering in veranderingsbereidheid dan ook weinig waarschijnlijk is, aangezien er een plafondeffect optreedt. Dit instrument bleek bijgevolg niet geschikt om de verandering in veranderingsbereidheid vast te stellen.

De **levenskwaliteit** verbetert zes maanden na het begin van de behandeling en deze verbetering blijft behouden tot één jaar na het begin van de behandeling. De tevredenheid over het leven, de financiële situatie, de personen waarmee de patiënten samen leven, de gezondheid en de geestelijke gezondheid verbeteren ook ten gevolge van de residentieel geïntegreerde behandeling. Deze verbeteringen hangen samen met de verbetering van het psychisch functioneren en het middelengebruik. Wanneer het psychisch functioneren en het middelengebruik verbeteren, heeft dit ook een positief effect op de levenskwaliteit. De gemiddelde behandelingsduur bedraagt 155,15 dagen (sd: 106,94). Zes maanden na het begin van de behandeling zijn de meeste patiënten dus met ontslag, zodat de levenskwaliteit verbetert.

Volgens de GAF-score treedt er ook een verbetering op in het **algemeen functioneren** drie maanden na het begin van de behandeling. Deze verbetering blijft ook behouden tot één jaar na het begin van de behandeling. Wanneer het middelengebruik en het psychisch functioneren verbeteren, verbetert ook het globaal functioneren. De CGI geeft aan dat de globale verbetering gescoord kan worden tussen een sterke verbetering en een minimale verbetering. De effectiviteitsindex wordt gescoord tussen een duidelijk therapeutisch effect waarbij de nevenwerkingen het effect tenietdoen en een matig therapeutisch effect zonder nevenwerkingen. In tegenstelling tot deze verbetering in algemeen functioneren, kan er op het gebied van **tewerkstelling, burgerlijke stand en opleidingsniveau** geen verbetering worden vastgesteld. Bij de interpretatie dient echter rekening gehouden te worden met de ernst van de problematiek. Dit proces heeft tijd nodig en impliceert vaak herval op de weg naar herstel.

### 3.2 Vergelijking residentieel geïntegreerde behandeling en standaardbehandeling

De vergelijking tussen de residentieel geïntegreerde behandeling en de residentiële standaardbehandeling werd uitgevoerd op de gegevens 3 maanden na het begin van de behandeling. De patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgen, blijven **langer** in behandeling dan de patiënten die een standaardbehandeling kregen. Bij de geïntegreerde behandeling is er ook vaker sprake van **succesvol ontslag** en de patiënten gaan minder vaak tegen medisch advies op ontslag. Volgens Brunette e.a. (2001) heeft de geïntegreerde behandeling meer effect wanneer ze op lange termijn wordt toegepast. Ook Donald e.a. (2005) stellen dat de hogere mate van deelname aan de behandeling een waardevolle uitkomst is.

Op het vlak van het **psychisch functioneren** kan geen superieur effect worden vastgesteld van de geïntegreerde behandeling drie maanden na het begin van de behandeling. Hoewel er op het globaal psychisch functioneren geen effecten kunnen worden vastgesteld, kan er wat betreft de angst en depressie en de teruggetrokkenheid een superieur effect van de residentieel geïntegreerde behandeling worden vastgesteld.

Uit de Europ-ASI kan afgeleid worden dat de geïntegreerde behandeling een gunstiger effect heeft op het **middelengebruik** dan de niet-geïntegreerde behandeling. Dit effect wordt niet teruggevonden op de DUS. Er kan geen effect van de residentieel geïntegreerde behandeling worden teruggevonden op het alcoholgebruik. In de onderzochte populatie is er echter eerder sprake van problematisch gebruik van middelen dan van een problematisch gebruik van alcohol.

Op het gebied van de veranderingsbereidheid kan geen superieur effect voor de geïntegreerde behandeling worden vastgesteld. Er is hier ook sprake van een plafondeffect.

De globale **levenskwaliteit** neemt meer toe bij de patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgden dan bij de patiënten die standaard behandeld werden. Ook het psychosociaal functioneren en de symptomen en nevenwerkingen verbeteren sterker. De tevredenheid over de relatie met de familie neemt daarentegen meer toe bij de patiënten die niet-geïntegreerd behandeld werden. Dit effect kan verklaard worden door het feit dat de controlecentra ook aandacht besteden aan de relatie met familie.

Er kan geen superieur effect worden vastgesteld van de geïntegreerde behandeling voor het **algemeen functioneren**.

Er kan gesteld worden dat de residentieel geïntegreerde behandeling, vergeleken met de residentiële standaardbehandeling, minstens even goede tot betere resultaten boekt voor de patiënten. De vergelijking van de twee verschillende soorten behandelingen kan slechts op korte termijn bekeken worden. Het aantal patiënten tijdens de derde en de vierde afname is immers te laag om een vergelijkende analyse te kunnen uitvoeren tussen de residentieel geïntegreerde behandeling en de residentiële standaardbehandeling. Er kon dus enkel een vergelijking worden gemaakt drie maanden na het begin van de behandeling. Drie maanden na het begin van de behandeling zijn de meeste patiënten nog in behandeling, zodat niet alle behandelingsdoelen bereikt zijn en de verbetering op andere levensterreinen nog niet kan optreden. Zeker bij dubbeldiagnosepatiënten, waarbij herval en verbetering een langdurig proces zijn, is het noodzakelijk om de verschillende behandelingen te vergelijken op **langere termijn** om de verschillen in behoud en verdere verbetering na behandeling te evalueren.

#### 4. Bedenkingen

Wat de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling betreft, kan besloten worden dat de residentieel geïntegreerde behandeling op lange termijn een effectieve behandeling blijkt te zijn. De duidelijkste superieure effecten van de residentieel geïntegreerde behandeling ten opzichte van de residentieële standaardbehandeling worden drie maanden na het begin van de behandeling vastgesteld op de behandelingsduur, de drop-out uit behandeling en de levenskwaliteit. Op de overige gebieden worden minder duidelijke effecten teruggevonden. Er kan gesteld worden dat de residentieel geïntegreerde behandeling, vergeleken met de residentieële standaardbehandeling, minstens even goede tot betere resultaten boekt voor de patiënten.

Er kunnen enkele bedenkingen gemaakt worden bij het onderzoek.

De *eerste bedenking* is dat het onderzoek gebaseerd is op zelfrapportage zodat er geen objectieve gegevens zoals urinecontrole voorhanden zijn. Een *tweede bedenking* is dat de gegevens wat betreft de medicatie ontbreken. *Ten derde* bezitten alle behandelingen een bepaalde mate van geïntegreerdheid. De standaardbehandelingen werken zeker minder geïntegreerd, maar mogelijk is er ook in deze centra een lichte mate van geïntegreerdheid aanwezig.

De resultaten teruggevonden in de wetenschappelijke literatuur betreffende de effectiviteit en mogelijke superioriteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen ten opzichte van de standaardbehandeling zijn tegenstrijdig en inconsistent (Blankertz & Cnaan, 1994; DiNitto e.a., 2002; Drake e.a., 1997; Drake e.a., 2004, Herman e.a., 2000; Ley e.a., 2000; Moggi e.a., 1999b; Mowbray e.a., 1999). Daarnaast zijn er veel methodologische beperkingen bij het onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling (vb. kleine en/of heterogene steekproeven, hoge drop-out, verschillende outcome variabelen, problematische operationalisering van de begrippen 'dubbeldiagnose' en 'geïntegreerde behandeling', ...) (Drake e.a., 1998; Drake e.a., 2004; Ley e.a., 2000; Mowbray e.a., 1999; Mueser e.a., 1997). Dit onderzoek trachtte aan deze tekortkomingen tegemoet te komen. De meeste onderzoekspopulaties zijn heterogeen, waarbij verschillende soorten dubbeldiagnosepatiënten onderzocht worden. In dit onderzoek wordt een homogene onderzoekspopulatie van dubbeldiagnosepatiënten onderzocht. Andere voordelen van het onderhavig onderzoek zijn: de uitgebreide diagnostiek voorafgaand aan de inclusie/exclusie van de deelnemers, de degelijke procesanalyse wat betreft de aard van de behandeling, het longitudinaal karakter van het onderzoek, ... Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen werd voornamelijk uitgevoerd in Zwitserland en de Verenigde Staten. De organisatie van de zorgsectoren in deze landen is echter verschillend van de organisatie van de zorgsectoren in België. Dit onderzoek uitgevoerd in de Belgische context trachtte een gepast antwoord te bieden op de vraag naar de (superieure) effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling in de Belgische context. Er is echter nood aan een verlenging van het onderzoek om ook uitspraken te kunnen doen over de superieure effecten van de residentieel geïntegreerde behandeling op lange termijn (6 maanden en 1 jaar na het begin van de behandeling).

### III. PARTYDRUGS, EEN WERELD APART?

#### 3.1 HET SUCCES VAN XTC IN DE DANSULTUUR VERKLAARD. EEN 'LIFETIME ACHIEVEMENT AWARD' VOOR XTC!

**Peter Decuyper**

Freelance marketing- en communicatieconsultant

Ex-organisator I Love Techno

Ex-uitbater Fuse club

##### 1. Inleiding

Als er een marketingprijs zou bestaan voor de categorie 'meest succesvol illegaal recreatief roesmiddel', dan zou XTC wellicht de laatste twintig jaar steevast de laureaat zijn geweest. Volgens een klassiek marketingmodel moet een product zich op een relevante manier van concurrerende producten onderscheiden, wil het succesvol op de consumentenmarkt gelanceerd worden (Boer, 2004). Het product 'XTC' onderscheidt zich op vele vlakken van concurrerende roesmiddelen, zoals cocaïne, amfetamine, LSD of marihuana, en precies die relevante differentiatie verklaart het succes van MDMA-tabletten in de hedendaagse danscultuur.

In deze bijdrage analyseren wij het profiel van XTC voor wat betreft de vier klassieke ingrediënten van de marketingmix of de zogenaamde 4 P's (product, prijs, promotie en plaats) en suggereren wij een antwoord op de vraag hoe het succes van XTC in én de impact van het middel op de danscultuur kan worden verklaard. Voor een goed begrip: onze bijdrage is gebaseerd op literatuur én op talloze gesprekken van de auteurs met MDMA-gebruikers in het kader van evenementen en wetenschappelijk onderzoek. De citaten zijn fictief en geconstrueerd door de auteurs.

##### 2. Het succes van XTC binnen de danscultuur: 'relevante differentiatie'

In 2003-2004 werd bij de jaarlijkse bevraging van leerlingen door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD, Brussel) een *lifetime* prevalentie van XTC van 5,9% vastgesteld bij de 17- en 18-jarigen (Kinable et al., 2004; Sleiman, 2004). In de jaren negentig was XTC zichtbaar aanwezig op de ontmoetingsplaatsen bij uitstek van de danscultuur: de (mega)-discotheken en de dance-events. Ecstasygebruikers vallen er -veel meer dan cocaïne- of speedgebruikers- op door hun gedrag: dansend en zwetend, met zwarte pupillen, of net andersom: volledig uitgeteld in een zetel van de club, met de ogen toe, genietend van de net iets te heftige XTC-rush. Uit een onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven in Vlaanderen in 2003 bleek dat bijna 20 procent -dus één op vijf- van de bezoekers van dansevenementen regelmatig of occasioneel XTC gebruikten (Van Havere, 2005). Het lijkt dus geen twijfel dat XTC één van de meest succesvolle, recreatieve roesmiddelen in de danscultuur is.

Het succes van XTC kan uiteraard worden geduid aan de hand van de typische effecten van het product. Ter Bogt et al. (2002) omschreven de MDMA-high als 'dancstasy'. Ten eerste is MDMA een 'entactogene' of 'empathogene' drug: het middel wekt gevoelens op van gezelligheid, vriendelijkheid, solidariteit en openheid naar anderen. Het product brengt mensen in een knuffelstemming, en alles (de muziek, de lichten en de omgeving) lijkt mooier en aangenamer dan voorheen. XTC versterkt ook de stemming op een positieve manier: gebruikers rapporteren gevoelens van euforie en vrolijkheid. Ten slotte heeft MDMA ook een stimulerend effect: gebruikers voelen er zich uitzonderlijk dynamisch en energiek door (Adelaars, 1991; Beck & Rosenbaum, 1994). De opwindende muziek, die onder invloed van XTC nóg beter klinkt, doet de rest (Ter Bogt et al., 2002). Dat deze unieke effecten van het product zelf sterk gewaardeerd worden door gebruikers, niet in het minst in de setting van een feest, is één verklaring voor de populariteit ervan. Maar in deze bijdrage gaan we in op andere ingrediënten voor het succes van XTC.

Net zoals bij legale commerciële producten kan een aantal redenen voor het succes van een (weliswaar illegaal) product als XTC gezocht worden in de specifieke marketing ervan (Boer, 2004). Opdat een product succesvol wordt, moet het volgens de marketingwetten minstens op één van de vier niveaus van de zgn. *marketingmix* -zijnde product, promotie, prijs en plaats- relevant gedifferentieerd zijn van andere producten op de markt. Er moet een verschil zijn dat er toe doet. Een product is relevant goedkoper (prijs), of het ziet er een stuk mooier of beter uit (product), of het ligt net aan de kassa bij het tankstation (plaats), of het is het best gekend bij de consumenten, bijvoorbeeld door de overvloedige reclame (promotie). Wij kiezen voor Toyota, voor Heineken, voor Pampers omdat wij verwachten dat deze producten het beste, of op zijn minst beter zullen voldoen aan onze behoeften en wensen. Ook op de markt van de recreatieve roesmiddelen gelden deze marketingaxioma's. XTC ondervindt concurrentie van andere roesmiddelen, zoals cocaïne, GHB, speed en marihuana, en de producenten van elk product hebben er alle belang bij om een 'relevant gedifferentieerd' product te kunnen aanbieden. XTC, zo zullen we in de volgende paragrafen argumenteren, overtreft zijn mogelijke concurrenten op diverse vlakken: het is een gebruiksvriendelijk product, wordt sluw gepromoot, en is op de ontmoetingsplaatsen van de danscultuur steeds aan redelijke prijzen te vinden.

Vooraf dient nog opgemerkt dat we in deze bijdrage niet uitgebreid ingaan op de schadelijkheid van het product. MDMA kán op korte termijn bijvoorbeeld aanleiding geven tot misselijkheid, verwijde pupillen, een droge mond, rusteloosheid en hartkloppingen. Op langere termijn suggereren verschillende studies de neurotoxiciteit van het product (Pennings et al., 2004; McCann & Ricaurte, 2001; Reneman et al., 2000), maar het onderzoek daaromtrent kent ernstige methodologische beperkingen. Over de causaliteit tussen XTC-gebruik en potentiële neurotoxiciteit, het (ir)reversibele karakter van de schade, en de gevolgen ervan voor het functioneren van de mens blijft controverse bestaan (De Win et al., 2005). Deze bijdrage gaat echter niet in op het al dan niet schadelijke karakter van het product, maar vertrekt van de vaststelling dat mensen nu eenmaal (mogelijks) schadelijke producten innemen. Wat volgens zogenaamd 'objectieve' criteria als ongezond gedrag kan worden bestempeld, heeft ontegensprekelijk belangrijke, andere betekenissen voor het subject. In hetgeen volgt, gaan we in op mogelijke effecten van de specifieke wijze waarop XTC 'gemarketed' wordt.

### 3. Het product: de gebruiksvriendelijkheid van de pil

In de jaren '70 en '80 is het recreatieve gebruik van illegale roesmiddelen in discotheken eerder beperkt. Wie marihuana rookt in een discotheek verraadt zich makkelijk door de specifieke geur, en bovendien lijkt de typische *cannabishigh* niet te rijmen met opzweepende dansmuziek. Een cocaïne- of speedgebruiker moet om ongestoord een lijntje te kunnen snuiven telkens opnieuw naar het toilet, een plaats die door portiers nauwlettend in het oog wordt gehouden. Een LSD-trip kan dan wel gemakkelijk en onopvallend ingenomen worden, maar het effect van dit product is eerder moeilijk in te schatten en in een drukke discotheek kan de LSD-ervaring behoorlijk uit de hand lopen. Kortom, het recreatieve gebruik van illegale middelen in de context van een discotheek was toentertijd een behoorlijk onpraktische en risicovolle praktijk, die slechts door een relatief kleine groep die hard werd volgehouden. Dat verandert grondig wanneer er eind de jaren tachtig een drug in pilvorm in het nachtleven verschijnt. In 1984 wordt in het hippe vakantieoord Ibiza melding gemaakt van XTC-gebruik in de vele exotische disco's die het eiland rijk is (Decorte, 2005). Via de scènes van de Engelse steden Manchester en London en die van Amsterdam verspreidt de faam van het middel zich over West-Europa, en in 1988 doken de eerste XTC-tabletten op in het Belgische en Nederlandse nachtleven (Ter Bogt et al., 2002).

De relevante differentiatie van een roesmiddel in de vorm van een pil ten opzichte van roesmiddelen in poedervorm of als rookwaar is evident: zulk een roesmiddel is in meer dan één opzicht zeer **gebruiksvriendelijk** (*usability*). Het is voor de dealer een gebruiksvriendelijk product, want makkelijk verhandelbaar. In een pakje sigaretten smokkelt een dealer makkelijk 50 pilletjes in de discotheek binnen. En ook onder de gebruikers onderling is het product makkelijk verhandelbaar.

Een pilletje doorgeven is niet moeilijk. Bovendien is het product ook qua inname gebruiksvriendelijk: je slikt het even snel en probleemloos als een pepermuntje.

Een roesmiddel in de vorm van een pil is overigens ook gebruiksvriendelijk in twee andere betekenissen. Het product is *doseerbaar*, waardoor de gebruiker behoorlijk goed het effect en de duur ervan kan inschatten, en het pilletje is makkelijk *deelbaar*. Veel XTC-tabletten hebben trouwens een breuklijn die gemeenschappelijk gebruik bevordert. Een pervers gevolg van deze 'usability'-eigenschappen is het aanzienlijke drempelverlagende effect naar potentiële nieuwe gebruikers toe. Een occasionele of regelmatige gebruiker weet uit ervaring niet alleen welk effect een kwartje pil met een Calvin Klein- of MacDonald-logo zal genereren, maar hij/zij weet ook hoe lang dit effect ongeveer zal duren. Met die kennis kunnen zulke gebruikers niet-gebruikers makkelijker overtuigen om het ook eens te proberen: *'Kijk, ik neem een halve pil, dus jij kan toch gerust eens een kwartje proberen, of neem anders een achtste van een pilletje. Hier, neem enkele kruimeltjes. Dat kan toch geen kwaad zeker?'*

Bij het delen van cocaïne en speed duiken vaak problemen op -er is altijd wel een 'vriend' die op het toilet vlug de helft van het dure cocaïnepoeder in een eigen pakketje giet- maar bij XTC is precies het delen van de ervaring een belangrijk onderdeel van het gebruiksroutine (Van de Wijngaart et al., 1997). Eén pilletje voor twee of zelfs voor vier vrienden. Samen in de discotheek genieten van het opkomende effect en samen met de vrienden uit de bol gaan. De pilvorm van het product heeft ongetwijfeld de introductie van nieuwe gebruikers door vriend(inn)en niet bemoeilijkt, wel integendeel.

Naast de materiële gebruiksvriendelijkheid werkt de pilvorm van het XTC-product ook psychologisch gezien drempelverlagend. Reeds van kindsbeen af worden wij als consumenten in onze maatschappij geleerd dat het 'nemen van een pilletje ons beter zal maken en/of ons goed zal doen voelen'. We worden via advertenties dagelijks bestookt met soortgelijke boodschappen van de farmaceutische industrie. Er is ons als consument nooit geleerd dat het snuiven van poedertjes ons beter zal maken. De psychologische drempel om een XTC-pilletje ter grootte van het vertrouwde aspirientje door te slikken is bijgevolg behoorlijk laag. Terzijde dient opgemerkt dat de volkse wijsheid (of mythe) dat een slecht makend medicijn wel het krachtigste of meest efficiënte geneesmiddel moet zijn (we denken bijvoorbeeld aan levertraan), ook onder XTC-gebruikers is gecultiveerd. 'Hoe slechter de pil smaakt, des te beter ze zal werken'.

Op basis van het voorgaande kan men enigszins argumenteren dat ook amfetamine ('speed- of pepillen') en sommige *smart drugs* in pilvorm worden aangeboden, en dus even succesvol zouden moeten zijn. Maar de marketing van het product MDMA is ook op andere vlakken 'relevant gedifferentieerd'.

#### **4. De promotie rond XTC: een constante 'design' vernieuwing**

Een product moet niet alleen gebruiksvriendelijk zijn, maar de potentiële gebruiker moet natuurlijk ook kennis krijgen van het bestaan van het product, bijvoorbeeld door één of ander promotionele actie. Een producent van XTC kan natuurlijk moeilijk affiches met zijn verdelers of dealers meegeven om zijn product te laten aanprijzen. Maar dat is ook niet nodig, want er valt onder gebruikers over dit product altijd weer iets nieuws te vertellen, doordat het 'design' van de pillen bij de productie voortdurend wordt vernieuwd. Design slaat hier niet zozeer op de synthetische samenstelling, maar wel op de verpakking, de vorm, kleur en het 'label' van de pillen (zie afb. 1).

### Afbeelding 1: de 'design' vernieuwing van XTC



Volkswagen, Mercedes, Calvin Klein, Nike, Playboy, Mitsubishi, MacDonald, Coco Channel, allemaal passeerden ze als pilletjeslogo de revue. Deze constante vernieuwing maakt XTC tot een perfect product voor opiniemakers, trendsetters of zgn. 'early adopters' (Rogers, 2003) in de danssubcultuur, die net leven bij de gratie van het 'kunnen voortvertellen van het nieuwe'.<sup>16</sup>

*'Och, neem jij nog van die groene Calvin Kleintjes? Die trekken nergens op, nu zijn er roze Calvin Kleintjes uit. Neem daar eens een halfje van, en drink er een vodka Red Bull op. Man, je zal de planeten niet kunnen tellen waar je op terecht komt. En weet je wat ook niet slecht is? Die Playboykes. Maar neem niet meer dan een kwartje hé. Nogal diep als je 't mij vraagt. Ik weet wel waar je ze vinden kan, roep me maar.'*

Meer nog dan vorm en kleur kunnen we het labelen van de XTC-pil (niet zonder enig cynisme) een 'geniale' marketingzet noemen. Een gebruiker neemt geen MDMA, maar een 'Mercedesje', of een 'Coco Channel', of een 'MacDonaldtje'. Over poeders zoals cocaïne of amfetamine valt weinig te vertellen of te vergelijken, behalve dat het behoorlijk zuiver is of net versneden met allerlei troep. Er komt niet elke week een nieuw soort cocaïne of speed op de markt. Enkel de zuiverheid varieert. XTC daarentegen vernieuwt zichzelf voortdurend, waardoor het zichzelf in de discotheek (een oord dat zichzelf voortdurend wenst te vernieuwen) vanzelf weet te verkopen. Nogmaals: daarmee is niet gezegd dat het gebruik van bepaalde logo's, vormen of kleuren zou samenhangen met de zuiverheid of samenstelling van de MDMA-pillen. Net zoals bij andere illegale middelen (zoals cocaïne) varieert de *objectieve* kwaliteit van het product constant, maar precies door de constante vernieuwing van het design van de XTC-pillen heeft de gebruiker het *subjectieve* gevoel van kwaliteit.

### 5. De prijs van XTC: een overaanbod en dumpingprijzen

Toen XTC in 1988 in België opdook, kostte een pil nog tussen de 30 en 40 euro. Aanvankelijk werd XTC bijna uitsluitend gebruikt door mensen die voordien al één of andere drug namen. XTC was een alternatief voor cocaïne, waarbij het prijskaartje niet meteen een relevante differentiatie was.

XTC was gewoonweg iets nieuws, waard om geprobeerd te worden. Omdat de winstmarges voor de eerste XTC-producenten echter zo hoog lagen, voelden er zich snel meer mensen geroepen om XTC te produceren. Het gevolg laat zich raden. In overeenstemming met de eenvoudige economische wet van vraag en aanbod zakte de prijs van XTC. In 1989 schommelde de prijs van XTC rond de 20 à 25 euro, en nog een jaar later kostte een pil ongeveer 15 euro.

Bovendien begonnen handelaars kortingen aan te bieden: koop 50 pilletjes en je krijgt ze voor 8 euro in plaats van 15 euro. Dat systeem van kortingen voor grotere hoeveelheden zorgde ervoor dat vrienden kleine 'dealers' werden. Terwijl de cocaïnedealer iemand was waar de gebruiker eigenlijk geen uitstaans mee had, behalve voor de levering van het product, wordt de ecstasyleverancier de

<sup>16</sup> Volgens het 'diffusion-of-innovations'-model van Rogers (2003) zijn de 'innovators' de eerste 2,5% van de individuen in een systeem die een innoverend idee opnemen, en de 'early adopters' de volgende 13,5% van de individuen die de innovatie accepteren. Daarna volgen de 'vroege meerderheid' (34%), de 'late meerderheid' (34%) en de 'achterblijvers' (16%).



vriend die net 20 pilletjes op de kop heeft weten te tikken. Hij wordt de gelegenheidsdealer van het weekend. Voor hem (of haar) is het mooi meegenomen dat hij (1) zijn vrienden uit de nood helpt, (2) zelf gratis drugs heeft en (3) hier nog wat zakgeld aan overhoudt. En volgende week zal iemand anders wel iets op de kop weten te tikken, op café of via een oudere broer of zus. Samen met de eerder beschreven eigenschappen van deelbaarheid en doseerbaarheid, zorgt dit fenomeen van 'vriendjesdealen' voor een drempelverlagend effect, méér dan bij andere illegale roesmiddelen. Vrienden hebben ecstasy, ze kennen het product, ze verdelen het product en ze hebben er financieel belang bij dat je ook slikt.

Vanaf 1991 was het hek trouwens volledig van de dam: de prijs zakte tot onder de 10 euro per pilletje. De gemiddelde prijs zakte tot ongeveer 5 € per stuk in 2004, of zelfs lager als de gebruiker grotere hoeveelheden kocht (Sleiman, 2005) Soms werden er zelfs pilletjes voor 4 of 5 euro aangeboden. Het volstond dat de 'opinion leaders' van een club de groene Calvin Klein-pil afkeurden, en het nieuws begonnen rond te strooien dat dat type van pillen heel slecht was, om de dealer ertoe aan te zetten zijn afgekeurde pillen aan dumpingprijzen zo vlug mogelijk van de hand te doen. Erger nog: er werden meer en meer gratis pillen aangeboden. Om de zoveel weken kwam er wel een nieuwe pil die zich van een plek op de XTC-markt moest verzekeren. En als er al een overaanbod is, kan een producent een nieuw product het beste in de markt plaatsen door gratis staaltjes uit te delen. *Sampling* heet zo iets in het marketingjargon. Sommige dealers gaven gratis pilletjes aan de trendsetters of *opinieiders* in de hoop dat zij hun product aanprijzen op de overvolle markt. De opinieider, soms zelf ook in de verkoop betrokken, deelde op zijn beurt kwartjes uit en bevestigde hierbij zijn reputatie van trendsetter. Op die manier werd de markt met goedkope XTC overspoeld. Ook de prijs van cocaïne daalde over de jaren heen van 100 euro naar 50 euro, maar de prijsdaling van XTC was veel spectaculairder, en zorgde ervoor dat ook op het prijsniveau een relevante differentiatie ontstond ten opzichte van zijn belangrijkste concurrent, cocaïne.

## **6. De plaats van het gebruik van XTC: stretch in de tijd, de ruimte en de inhoud**

In de jaren negentig heeft de *dance scene* zich razendsnel ontwikkeld. Van een cultuur die zich oorspronkelijk beperkte tot discotheken, evolueerde ze tot een belangrijk deel van de brede jongerencultuur. Er ontstonden megadiscotheken, mega-evenementen ('I love Techno', 'Dance Valley', ...) en straatparades waar (honderd)duizenden bezoekers op afkwamen. Er ontstond een dj-cultuur en een elektronische muziekscène (Underworld, Prodigy, Daft Punk, ...) die de reguliere rockmuziek op slag verouderd deed lijken. Uitgaan is een totaalbeleving geworden, en de ontmoetingsplaatsen van de danscultuur veranderden danig in tijd, ruimte en inhoud. Eenvoudig gezegd komt het erop neer dat de plaatsen (1) langer open blijven, dat ze (2) groter worden en dat ze (3) een inhoudelijke aanpassing krijgen.

Hoewel er geen materieel bewijs is voor een oorzakelijk verband valt wel op dat deze veranderingen aan de ontmoetingsplaatsen op zijn minst gelijkenissen vertonen met bepaalde typische effecten van het product XTC en dus ook met de behoeften van de gebruikers (Decorte, 2005).

In tabel 1 worden de effecten van het product gekoppeld aan belangrijke evoluties binnen de danscultuur.

**Tabel 1: De effecten van XTC gekoppeld aan het aanbod in de danscultuur**

Effecten xtc-gebruik	aangepast aanbod stimuli in clubs
1. Empatogeen en stimulerend	Tijd: clubs blijven veel langer open. Soms tot 24 uur aan één stuk door.
2. Psychedelische effecten van inzicht, perceptie	Ruimte: clubs worden groter, ontstaan van megadiscotheken en mega-events. Inhoud: stimuli gericht op totaalbeleving, ontstaan van dj-cultuur
3. Seksuele excitatie	sexy dansers-danseressen travestieten derkrooms

... ook voor de niet-xtc gebruikers een meerwaarde...

### 6.1 Het empatogene en stimulerende effect: stretch in de tijd

De ecstasygebruiker voelt betrokkenheid of empathie tot de anderen. Hij legt gemakkelijker contacten en door de stimulerende effecten van MDMA voelt hij zich alert, wakker. *‘Waarom zou ik naar huis gaan? Ik blijf toch beter waar ik nu rondhang. Ik voel de sfeer, en mijn vrienden zijn hier ook nog allemaal. Ik neem nog een kwartje en we zien wel. Straks neemt trouwens mijn favoriete dj nog de draaitafels over. Hopelijk speelt hij Joey Beltram’s ‘Energy Flash’ met die zachte stem die alsmaar ‘ectasyyy’ ‘ectasyyyy’ zegt. Man, die plaat neemt me telkens weer mee naar een ander zonnestelsel.’*

Clubgangers werden clubhangers. En het lijkt alsof de clubs zich aan de ecstasygebruikers aanpasten. Op korte tijd bleven clubs opeens open tot 8, 9 of zelfs 12 uur 's middags! In België bleef de beruchte megadiscotheek Boccaccio in Gent open van zondagavond 23 uur tot dinsdagmorgen 5 uur. En er waren mensen die er van het begin tot het einde bleven hangen. Sommige bezoekers hadden trouwens een soort gezamenlijk weekend-parcours, waarbij ze van de vrijdagavond tot de dinsdagmorgen op pad gingen, in colonne van discotheek naar discotheek.

### 6.2 Psychedelische effecten van inzicht, perceptie: stretch in ruimte en inhoud

Vanaf het begin van de jaren '90 deed er zich ook een merkbare inhoudelijke aanpassing voor binnen het clubleven. Clubs werden groter en gericht op een totaalbeleving. Er ontstonden megadiscotheken met waanzinnige lichtshows en bewegende dansvloeren, die volop accorderen met de psychedelische effecten van XTC op inzicht en perceptie. Enorme videowalls met tunnelprojecties zogen de XTC-gebruiker mee in zijn roes. Er kwamen standjes met speciale effectbrilletjes en aangepaste muziek. De stimuli in de clubs werden dus heel uitgesproken en zorgden bij de XTC-gebruiker voor een extra dimensie bij het uitgaan. Inhoudelijk deed ook het fenomeen van de rijkelijk betaalde 'guest-dj' zijn intrede: speciaal vanuit Detroit, Chicago of Londen overgevlogen om twee uurtjes te draaien en de lange uren in de club betekenis te helpen geven.

De ruimtelijke uitbreiding beperkte zich ook niet tot de discotheek zelf. De danscultuur brak naar buiten en zocht andere, grotere plaatsen op. Evenementen van 30.000 mensen her en der in Europa waren geen uitzondering meer. Het succesvolle Nederlandse openluchtfestival *Dance Valley* is een schoolvoorbeeld voor de ontwikkelingen in tijd, ruimte en inhoud van de plaats van het dansgebeuren. Dit dag(!)festival start om 11h00 's morgens en eindigt rond 23h00. Dit openluchtfestival gaat door in Spaarnewoude bij Amsterdam, en trok op zijn hoogtepunt meer dan 80.000 bezoekers. De randanimatie is er op zich even belangrijk als de muzikale invulling. De bezoekers komen voor het inhoudelijke totaalpakket, en niet enkel voor de dj's. Het Dance Valley-fenomeen illustreert perfect de *stretching* in tijd, ruimte en inhoud waardoor beter aan de noden van

de XTC-gebruiker wordt tegemoet gekomen. Let wel, wij behoeden er ons voor te beweren dat dit door de promotoren van dergelijke evenementen bewust zou zijn gebeurd.

### 6.3 Seksuele excitatie: de erotisering van de danscultuur

Ook aan een ander, weliswaar secundair effect van XTC, m.n. een vorm van seksuele excitatie bij de gebruiker, wordt binnen de danscultuur tegemoet gekomen. In de jaren negentig heeft zich immers duidelijk een erotisering van het nachtleven en de danscultuur voltrokken<sup>17</sup>. Er verschijnen sexy dansers en danseressen die ingehuurd worden door de clubs. Travestieten, die openlijk flirten met de seksuele codes, krijgen een prominente plaats in de clubscène en in grote homoclubs worden *dark rooms* ingericht, waar de bezoeker binnen gaat met de expliciete bedoeling om seksueel contact te hebben. De flyers en affiches van clubs staan bol van de erotische toespelingen, en de kledij van de bezoekers wordt alsmaar sexyer. In de befaamde club Manumission op het vakantie-eiland Ibiza bedreven de promotoren, een koppel, in het midden van de jaren negentig wekelijks de liefde op een podium. Eerst voor 500 bezoekers en later wekelijks voor 5000 bezoekers.

De gedaanteveranderingen qua ruimte, tijdsbeleving en inhoud van de ontmoetingsplaatsen van de hedendaagse danscultuur accorderen in ieder geval met de behoeften van XTC-gebruikers. Clubs en evenementen zijn absoluut 'relevante' plaatsen geworden voor het gebruik van XTC. Sommigen (waaronder sommige politiekorpsen) wijzen de promotoren en clubeigenaars met de vinger voor die evolutie. Zij zouden bewust oorden des verderfs hebben gecreëerd waar bezoekers enkel en alleen nog onder invloed van XTC plezier kunnen maken. Dergelijke eenzijdige beweringen behoeven ongetwijfeld nuancering. De danscultuur heeft zich net kunnen ontwikkelen omdat deze aanpassingen in tijd, ruimte en inhoud evengoed door de niet XTC-gebruiker gesmaakt kunnen worden. Ook niet-gebruikers vinden het leuk dat de club langer openblijft, dat zij grote massa-evenementen kunnen bijwonen, en kunnen genieten van sexy danseressen of dansers. Dance-music in de ruime betekenis van het woord (lounge, drum'n'bass, electro, techno, trance, minimal, r&b) maakt deel uit van de jongerencultuur zondermeer en is verre van exclusief voor de XTC-cultuur (Ter Bogt et al., 2002). Eén op vijf bezoekers van dergelijke evenementen gebruikt occasioneel of regelmatig XTC. Vier op vijf clubbezoekers (80 %) gebruikt *niet* (Van Havere, 2005).

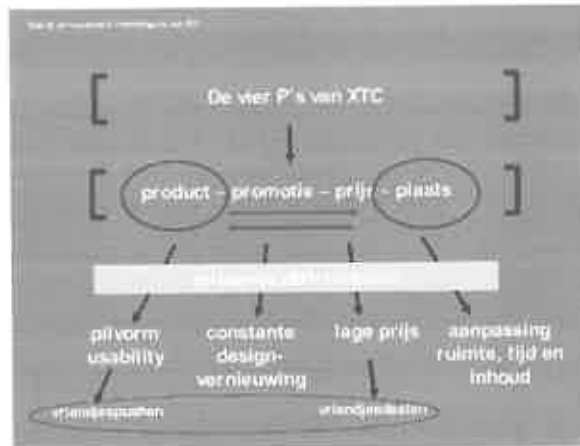
## 7. Conclusie

Uit het voorgaande moge duidelijk geworden zijn dat XTC een opmerkelijk commercieel product is (zie tabel 2), dat zich qua marketing op diverse vlakken duidelijk onderscheidt van andere illegale roesmiddelen. De pilvorm is als marketingzet 'geniaal' en maakt het product bijzonder gebruiksvriendelijk ('usability'). Door de constante vernieuwing van het design van de pillen, ontstaat er een voortdurende mond- aan mondreclame. Het overaanbod van begin de jaren '90 heeft voor een fikse prijsdaling gezorgd, waardoor XTC voor de gebruiker interessanter wordt in vergelijking met de grote concurrent cocaïne. En gaandeweg hebben de plaatsen waar XTC doorgaans wordt geconsumeerd een verregaande gedaanteverwisseling ondergaan die wonderwel accordeert met de effecten van het product zelf. Samen met enkele materiële en psychologische drempelverlagende mechanismen biedt deze marketingmix een aannemelijke verklaring voor het succes van XTC in de hedendaagse danscultuur.

---

<sup>17</sup> Het spreekt voor zich dat er voor die erotisering, net als voor de overige veranderingen binnen de danscultuur, ook andere maatschappelijke oorzaken kunnen worden geduid. Het is geenszins onze bedoeling om het gebruik van XTC als oorzaak van deze evoluties te brandmerken.

**Tabel 2: De succesvolle marketingmix van XTC**



Hoe ziet de toekomst voor XTC er dan uit? Heeft XTC wel een gezonde 'brandvalue' of merksterkte? Het wereldvermaarde communicatieadviesbureau Young & Rubicam heeft een interessant instrument ontwikkeld om de sterkte van een product te meten: de 'BrandAsset™ valuator'. Aan de hand van vier eenvoudige parameters kan men met dit instrument het groeipotentieel en de statuur van een 'brand' of merk bepalen (Kotler, 2003). De twee parameters 'differentiatie' en 'relevantie' bepalen de vitaliteit van een product. Deze twee parameters werden hoger reeds besproken, maar het dient opgemerkt dat XTC nog steeds, door zijn constante vernieuwing, hoog blijft scoren qua relevante differentiatie bij de doelgroep. Bovendien vernieuwt ook het publiek zich telkens opnieuw. De danscultuur, ingebed in het uitgaansleven, richt zich nu eenmaal op jongeren tussen 15 en 26 jaar. Tegen dat een gemiddelde gebruiker XTC beu wordt, is hij/zij al uit het nachtleven gestapt om de gewone dagdagelijkse verantwoordelijkheden op te nemen (een gezin stichten, een huis bouwen, een vaste betrekking, ...) (Van de Wijngaart et al., 1997; Ter Bogt et al., 2002). Ook op de twee andere parameters die de merksterkte helpen bepalen, m.n. 'waardering' en 'vertrouwdheid', scoort XTC intussen heel hoog. De typische (entactogene en stimulerende) effecten van XTC sluiten goed aan op de setting van de dance-cultuur, en worden net daarom gewaardeerd (Ter Bogt et al., 2002). Het product bestaat al 20 jaar binnen de danscultuur, maakt er deel van uit en straalt een zekere vertrouwdheid en gedegenheid uit naar de gebruiker toe.

XTC is relevant, het is gedifferentieerd, het straalt vertrouwen uit en kent een hoge waardering (Boer, 2004)! De 'brandvalue' of de merkwaarde van XTC ligt dus uitermate hoog en het product zal niet zomaar van de markt weg te krijgen zijn. Temeer omdat er momenteel nog niet echt een concurrent in zicht is. Er is geen gelijkaardig of 'me too'-product te vinden op de markt dat zich in zijn marketingmix kan meten met XTC. In trendy milieus is GHB momenteel aan een opgang bezig, maar dit product bezit niet dezelfde voordelen. Het is niet zo gebruiksvriendelijk en het design stelt erg weinig voor, waardoor de mond-aan-mondreclame minder krachtig werkt. Het product is bovendien minder makkelijk te doseren en gebruikers kunnen het effect minder goed inschatten. Een en ander doet vermoeden dat GHB na een korte poos van populariteit, weer een zaak van een handvol die hard gebruikers zal worden.

Mogelijks zullen andere maatschappelijke trends toch voor een terugval van het XTC-gebruik zorgen. Als het -om welke reden dan ook- onder het uitgaande volkje weer hipper wordt om op een cleane, of op zijn minst schijnbaar meer gecontroleerde wijze uit de bol te gaan, zou het product XTC aan populariteit kunnen inboeten, en bijvoorbeeld alsnog worden ingehaald door een ander roesmiddel. Het lijkt erop dat cocaïne bijvoorbeeld de laatste jaren weer erg in trek is geraakt. Terug even cynisch: zullen we de marketeers van XTC dan nu maar een Lifetime Achievement Award uitreiken voor hun 'geniale' strategie?

## 8. Literatuur

1. Adelaars, A. (1991). *Ecstasy: de opkomst van een bewustzijnsveranderend middel*. Amsterdam: In de Knipscheer.
2. Beck, J. en Rosenbaum, M. (1994). *Pursuit of Ecstasy: The MDMA Experience*. New York: State University of New York Press.
3. Boer, R. (2004). *Brand Design*, Tweede Editie. Benelux: Pearson Prentice Hall.
4. Decorte, T. (2005). *Ecstasy in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs*, Leuven: Acco.
5. De Win, M., Jager, G., Vervaeke, H., Schilt, T., Reneman, L., Booij, J., Verhulst, F., De Heeten, G., Ramsey, N., Korf, D. en Van den Brink, W. (2005), The Netherlands XTC toxicity (NeXT) study: objectives and methods of a study investigating causality, course, and clinical relevance, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(4): 167-185.
6. De Win, M., Schilt, T., Reneman, L., Vervaeke, H., Jager, G., Dijkink, S., Booij, J. en van den Brink, W. (2006), Ecstasy use and self-reported depression, impulsivity, and sensation seeking: a prospective cohort study, *J. Psychopharmacol.*, 20(2), 226-235.
7. Godin, S. (2003). *Purple Cow*, London: Pinguin Books.
8. Kinable, H. (2004). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2003-2004*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
9. Kotler, P. (2003). *Principes van Marketing*, Derde editie. Amsterdam: Pearson.
10. McCann, U.D. en Ricaurte, G.A. (2001), Caveat emptor: editors beware, *Neuropsychopharmacology*, 24: 333-336.
11. Pennings, E.J.M., Eilering, J.B.G. en De Wolf, F.A. (2004), *Langetermijneffecten van XTC*. Rapport Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.
12. Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations*, Fifth edition. New York: Free Press.
13. Reneman, L., Habraken, J.B., Majoie, C.B., Booij, J. en Den Heeten, G.J. (2000), MDMA ('ecstasy') and its association with cerebrovascular accidents: preliminary findings. *Am. J. Neuroradiol.*, 21: 1001-1007.
14. Reneman, L., de Win, M., van den Brink, W., Booij, J. en den Heeten, G. (2006), Neuroimaging findings with MDMA/ecstasy: technical aspects, conceptual issues and future prospects, *J. Psychopharmacol.*, 20(2), 164-175.
15. Sleiman, S. (Ed.) (2004), *Belgian national report on drugs 2004*. Brussel: Unit of Epidemiology/Drugs Programme, Scientific Institute of Public Health.
16. Sleiman, S. (Ed.) (2005), *Belgian national report on drugs 2005*. Brussel: Unit of Epidemiology/Drugs Programme, Scientific Institute of Public Health.
17. Ter Bogt, T., Engels, R., Hibbel, B., Van Wel, F. en Verhagen, S. (2002), "Dancestasy": dance and MDMA use in Dutch youth culture, *Contemporary Drug Problems*, vol. 29, 157-181.
18. Van de Wijngaert, G., Braam, R., de Bruin, D., Fris, M., Maalsté, N. en Verbraeck, H. (1997), *Ecstasy in het uitgaanscircuit*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
19. Van Havere, T. (2005), Onderzoek naar trends qua druggebruik in het uitgangensleven, 79-90. in: Decorte, T. (red.), *Ecstasy in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs*. Leuven: Acco.
20. Van Riel, C. (2003). *Identiteit en imago*, Derde druk. Schoonhoven, Academic Service.

### Auteurs

#### **Peter Decuypere**

Marketingdeskundige en filosoof. Hij was gedurende 20 jaar actief binnen het dance-milieu als discotheekeigenaar en promotor van trendy dansevenementen in België. Momenteel is hij freelance creatief marketingconsulent.

#### **Tom Decorte**

Docent criminologie en directeur van het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) aan de Universiteit Gent (Faculteit Rechtsgeleerdheid)

### Contactgegevens

Peter Decuypere  
Schriekbos 88  
2980 Zoersel  
GSM: 0475 71.09.13  
E-mail: peter@omerta.be

Tom Decorte  
Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD)  
Universiteitsstraat 4  
B-9000 Gent  
E-mail: tom.decorte@ugent.be

### **3.2 UITGAAN EN DRUGS. PREVENTIE VAN RISKANT ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK IN HET UITGAANSCIRCUIT IN NEDERLAND**

**Drs. Aukje Sannen**  
Wetenschappelijk medewerkster  
Project Uitgaan en Drugs  
Trimbos-instituut, Utrecht (NL)

#### **1. Inleiding**

Dansen, vrienden ontmoeten, helemaal uit je dak gaan ... Voor veel jongeren is een avondje stappen het leukste dat er is. Uitgaan heeft voor jongeren een belangrijke sociale functie. Een bruisend nachtleven kan echter ook minder leuke kanten hebben. Zeker als er sprake is van riskant alcohol- en/of druggebruik. Riskant middelengebruik leidt niet alleen tot gezondheidsrisico's, het kan ook allerlei andere ernstige gevolgen hebben. Denk maar aan verkeersongevallen en gewelddelicten waarbij alcohol in het spel is.

Het Trimbos-instituut ontwikkelde het project *Uitgaan en Drugs*. *Uitgaan en Drugs* is gestart in februari 2005. Doel is het voorkomen van riskant alcohol- en druggebruik in het uitgaanscircuit.

Het project is ontwikkeld mede op verzoek en in samenwerking met de regionale instellingen voor verslavingszorg (IVZ) en GGD-en (gemeentelijke gezondheidsdienst met taken op het gebied van gezondheidsbevordering en openbare gezondheidszorg).

Deze instellingen merkten dat er op lokaal/regionaal niveau allerlei initiatieven waren om geweld en overlast in het uitgaansleven tegen te gaan en dat daarbij nauwelijks aandacht was voor de rol van alcohol- en druggebruik. Bovendien lag de focus vooral op overlastbestrijding en niet op gezondheid en veiligheid. Misschien was het daarom dat IVZ en GGD aanvankelijk niet betrokken waren bij die lokale projecten in het uitgaanscircuit. Het leek vooral een zaak van gemeentelijke overheden in samenwerking met politie en horeca.

De IVZ en GGD-en wilden dat graag veranderen en samen met Trimbos-instituut werd gewerkt aan het verzamelen van kennis en het ontwikkelen van handvatten, hulpmiddelen en ondersteuning om op een zo effectief mogelijke manier bij te kunnen dragen aan een gezond en veilig uitgaanscircuit.

In deze bijdrage staan de belangrijkste feiten over het gebruik van alcohol en drugs in het uitgaanscircuit op een rij, evenals informatie over preventie van riskant middelengebruik in het algemeen en het project *Uitgaan en Drugs* in het bijzonder.

#### **2. Gebruik van alcohol en drugs onder jongeren**

In de belevingswereld van jongeren zijn alcohol en drugs niet weg te denken. Dat geldt zeker voor jongeren die regelmatig uitgaan. Ze drinken alcohol, sommigen gebruiken drugs, of ze zien in hun omgeving leeftijdsgenoten die dat doen.

- Onder jongeren is alcohol verreweg het meest gebruikte genotsmiddel: bijna 80% heeft recent alcohol gebruikt. Illegale middelen worden veel minder gebruikt, maar relatief vaker door jongeren.
- Veel van het middelengebruik vindt plaats in het uitgaanscircuit. In vrijwel alle uitgaansgelegenheden is alcohol het meest gebruikte middel. Illegale middelen zoals XTC worden met name gebruikt op grote dance-feesten en in bepaalde delen van het club- en partycircuit.
- Binge-drinken (het in korte tijd innemen van een grote hoeveelheid alcohol) komt onder jongeren veel voor. Dit begint vaak al bij het indrinken thuis of bij vrienden, en zet zich dan voort in café of disco.
- Jongeren gebruiken tijdens het uitgaan steeds vaker meerdere middelen tegelijkertijd. Vaak wordt het gebruik van alcohol gecombineerd met een drug, zoals cannabis of XTC.

- De middelen die worden gebruikt, zijn constant aan verandering onderhevig. Zo is XTC de afgelopen jaren populairder geworden in het mainstream dance-circuit. Een ander voorbeeld is de opkomst van de mixdrankjes, vooral onder jonge uitgaanders.

### 3. Risico's en problemen door alcohol- en druggebruik

Het gebruik van alcohol en/of drugs in het uitgaansleven kan leiden tot individuele gezondheidsrisico's maar ook tot maatschappelijke problemen.

- Agressie en geweld in het uitgaanscircuit hangen vaak samen met middelengebruik. Bijna driekwart van de daders zegt onder invloed te zijn geweest van alcohol en/of drugs.
- Jongeren die alcohol en drugs gebruiken, lopen extra gezondheidsrisico's. Zo kan overmatig alcoholgebruik leiden tot een acute alcoholvergiftiging. Het gebruik van XTC kan hersenschade tot gevolg hebben. In tabel 2 een overzicht van risico's van uitgaansdrugs.
- Onveilige seks onder invloed van alcohol en drugs komt vaak voor. De ontremmende of lustopwekkende effecten van sommige middelen spelen hierbij waarschijnlijk een rol.
- Onder invloed achter het stuur stappen -meestal van alcohol of een combinatie van alcohol en cannabis- is een belangrijke oorzaak van ongelukken in het verkeer. Ook wordt steeds duidelijker dat XTC de rijvaardigheid beïnvloedt.
- Het gebruik van alcohol en drugs leidt tot allerlei directe en indirecte vormen van maatschappelijke overlast. Denk daarbij aan de georganiseerde criminaliteit, maar ook aan de kleine criminaliteit rond het dealen en koerieren. Daarnaast kan middelengebruik andere negatieve gevolgen hebben, zoals ziekteverzuim en lagere schoolprestaties.

### 4. Beleidskader voor alcohol- en drugpreventie in het uitgaansleven

De Nederlandse overheid voert een ontmoedigingsbeleid ten aanzien van drugs. Daarnaast is er beleid gericht op het voorkomen en beperken van de risico's van druggebruik, zowel voor de gebruiker zelf als voor diens directe omgeving en de samenleving. Ten aanzien van alcohol wordt een matigingsbeleid gevoerd. Globaal ziet het beleidskader voor preventieactiviteiten in het uitgaanscircuit er als volgt uit:

#### *Wetgeving*

- De Opiumwet stelt het gebruik van drugs niet strafbaar, maar bezit, handel, verkoop en productie van drugs wel.
- De Drank- en Horecawet is gericht op een verantwoorde verstrekking van alcohol. Op basis van deze wet is het bijvoorbeeld verboden zwak alcoholhoudende drank te schenken aan jongeren onder de 16 jaar, en sterke drank aan jongeren onder de 18 jaar.

#### *Nota's landelijke overheid*

- De Alcoholnota (2001-2003) is gericht op matiging van het alcoholgebruik en het beperken van alcoholgerelateerde problemen.
- De nota Langer gezond leven (2003) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschrijft preventiebeleid op het terrein van de volksgezondheid. De nota pleit voor werken met gestandaardiseerde interventies en beïnvloeding van omgevingsfactoren. In deze nota is alcoholpreventie één van de prioriteiten. Deze prioriteit blijft gehandhaafd in de nieuwe preventienota Kiezen voor gezond leven die in het najaar van 2006 verschijnt en die de speerpunten voor de komende 4 jaar vastlegt.
- De nota Samenspannen tegen XTC (2001) beschrijft specifiek preventiebeleid ten aanzien van XTC en andere uitgaansdrugs. Hierbij wordt aandacht besteed aan het werken met gestandaardiseerde interventies, het geven van voorlichting en het inschakelen van intermediairen.

### *Gemeentelijk beleid*

- *Uitgaan en Drugs* sluit aan bij diverse gemeentelijke beleidsterreinen: horecabeleid, jeugdbeleid, lokaal gezondheidsbeleid. Gemeenten die specifiek inzetten op alcoholmatigingsbeleid of veilig uitgaan kunnen eveneens hun voordeel doen met *Uitgaan en Drugs*.
- De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (gewijzigde versie, 2003) geeft de gemeente de regie ten aanzien van preventiebeleid. Een gemeente is verplicht iedere vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen die gebaseerd is op de lokale gezondheidssituatie.
- Gemeenten kunnen in de APV (Algemene Plaatselijke Verordening) een vergunningenstelsel voor horecagelegenheden opnemen. In een dergelijke horeca-exploatievergunning kunnen eisen aan de horeca worden gesteld die tot doel hebben overlast tegen te gaan, bijvoorbeeld over openingsuren.
- De Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan (2003) bevat instrumenten voor samenwerking tussen alle partijen die te maken hebben met veiligheid in uitgaanscentra. De KVVU biedt de samenwerkende partijen onder meer concrete handvatten om afspraken in het kader van een (bestaand) convenant Veilig Uitgaan te borgen.

## **5. Pleidooi voor een integrale preventieaanpak**

De effectiviteit van preventie wordt vergroot wanneer er sprake is van een integrale aanpak. Hierbij gaat het om een aanpak van een probleem op meerdere fronten tegelijk op basis van een goede probleemanalyse. Het werken aan een uitgaansomgeving die uitnodigt tot gezond gedrag, is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Bij een integrale aanpak van riskant middelengebruik in het uitgaanscircuit werken allerlei partijen nauw samen, zoals de horeca, gemeente, politie, instelling voor verslavingszorg, GGD en niet te vergeten: de jongeren zelf. De volgende interventies en maatregelen passen in zo'n integrale aanpak:

- Optimaliseren van omgevingsfactoren die bijdragen aan het verminderen van risico's, bijvoorbeeld door middel van (gratis) drinkwater, goede ventilatie en klimaatbeheersing. Ook chill out ruimtes, beschikbaarheid van condooms en het verzorgen van goed openbaar vervoer dragen hieraan bij.
- Deskundigheidsbevordering van horecapersoneel, bijvoorbeeld in de vorm van een schenktraining of EHBO-cursus.
- Huisregels van een horecagelegenheid waarin duidelijke normen worden opgenomen wat betreft alcohol en drugs, zodat voor iedereen duidelijk is wat wel en niet wordt getolereerd. Daarbij is het natuurlijk van belang dat het personeel toeziet op naleving van deze huisregels. Door middel van deurbeleid kunnen drugs zoveel mogelijk buiten de deur worden gehouden.
- Een testservice uitgaansdrugs waar jongeren informatie krijgen over de dosering en aanwezigheid van mogelijk schadelijke stoffen in bijvoorbeeld XTC-pillen. Op basis hiervan kunnen jongeren besluiten hun gebruik te verminderen of aan te passen.
- Informatie over drugs en veilig uitgaan verspreiden op plekken waar het gebruik van drugs en alcohol voorkomt.

## **6. *Uitgaan en Drugs*: een integrale preventie-aanpak**

*Uitgaan en drugs* biedt hulpmiddelen. Een aantal van de eerdergenoemde interventies is opgenomen in het project *Uitgaan en Drugs* van het Trimbos-instituut.

Ook zijn het bevorderen van lokale samenwerking, probleemanalyse, deskundigheidsbevordering, en voorlichting onderdelen van het project. Naast de gestandaardiseerde interventies van *Uitgaan en Drugs* kunnen ook regionaal ontwikkelde interventies worden ingezet of interventies van het NIGZ op het gebied van alcoholpreventie. De invoering van *Uitgaan en Drugs* loopt via de regionale Instelling voor Verslavingszorg en/of GGD die hierbij ondersteund worden door het Trimbos-instituut.



### *Interventies en hulpmiddelen Uitgaan en Drugs*

- *Scanner Uitgaan en Drugs.* Een instrument om een goede analyse te maken van de problemen rond alcohol- en druggebruik in het uitgaanscircuit en van de mogelijke oplossingen daarvoor.
- *Buitenstaander of bondgenoot -Tips voor samenwerken in het uitgaanscircuit.* Een handreiking voor instellingen voor verslavingszorg en GGD-en die contacten willen leggen (of verbeteren) met de belangrijkste spelers in en rond het uitgaanscircuit.
- *Eerste Hulp Bij Drank- en drugincidenten in het uitgaanscircuit (EHB Du).* Een cursus die in samenwerking met Educare Groningen wordt gegeven aan preventieprofessionals van regionale instellingen. Zij worden getraind om voorlichting of een korte cursus te geven aan personeel van horecagelegenheden of security-personeel.
- *Cursus Barcode – omgaan met alcohol en drugs in de horeca.* Een modulaire cursus voor horecapersoneel, zodat zij een bijdrage kunnen leveren aan een gezonde en veilige omgeving. Deze cursus is vanaf november 2006 beschikbaar.
- *Voorlichting Uitgaanders.* Infocards wijzen uitgaanders op de website [www.uitgaanendrugs.nl](http://www.uitgaanendrugs.nl). De informatie over middelen die hier te vinden is, staat ook in folders die op maat worden verspreid onder uitgaanders. Doel is kennis over te dragen waarmee riskant middelengebruik kan worden beperkt. Voor IVZ en GGD is er een handleiding.

## **7. Cursus Barcode – omgaan met alcohol en drugs in de horeca**

Vanaf november 2006 is de cursus Barcode beschikbaar als interventie binnen *Uitgaan en Drugs*.

### *Doel*

Personeelsleden van uitgaansgelegenheden voor jongeren zijn bereid en in staat een bijdrage te leveren aan het voorkomen van riskant gebruik van alcohol en drugs en het beperken van eventuele negatieve gevolgen voor de gebruiker en zijn omgeving.

### *Doelgroep*

De doelgroep van de cursus is horecapersoneel. Tot deze doelgroep behoren o.a. barmannen en -vrouwen, de toiletjuffrouw, portiers en de horecaondernemer zelf.

De cursus is geschikt voor personeel van clubs, discotheken en poppodia maar ook voor danscafés, themacafés (skihut!) en andere cafés waar jongeren en jongvolwassenen (18-26 jaar) komen.

### *Opzet van de cursus*

Uitgangspunt van de cursus is dat uitgaan en werken in het uitgaanscircuit leuk is en dat dit vooral zo moet blijven. De cursus is niet bedoeld om het uitgaanscircuit te problematiseren of om horecaondernemers de verantwoordelijkheid voor lastige maatschappelijke kwesties in de schoenen te schuiven. Insteek is dat jongeren alcohol en drugs gebruiken, dat daaraan risico's zijn verbonden, dat het uitgaanscircuit een plaats is waar jongeren die alcohol en drugs gebruiken te vinden zijn en dat onder andere in het uitgaanscircuit maatregelen genomen kunnen worden om de risico's te beperken en problemen te voorkomen.

### *Inhoud*

In de cursus staan niet de effecten en risico's van uitgaansdrugs centraal, maar het voorkomen van gezondheids- en veiligheidsproblemen door alcohol- en druggebruik.

De deelnemers krijgen wel informatie over de genotsmiddelen die in het uitgaanscircuit populair zijn, maar dit is niet het belangrijkste onderdeel van de training. Veel belangrijker is dat zij leren welke gezondheids- en veiligheidsrisico's de middelen met zich meebrengen, niet alleen voor de individuele gebruiker maar ook voor de onderneming, de bezoekers en voor het personeel. Daarnaast kijken de personeelsleden tijdens de cursus naar hun eigen rol: wat kunnen zij doen om risico's te voorkomen of te beperken? Waarop moeten ze letten om problemen te signaleren? En hoe kunnen zij handelen in situaties waarin de veiligheid of gezondheid van bezoekers in het gedrang komt?

Theorie wordt afgewisseld met praktijk en de cursisten kunnen hun eigen ervaringen inbrengen.

Na afloop van de cursus krijgt de horecaonderneming een zogenaamd 'barboek'. In het barboek staan feitelijke informatie over drugs en wet- en regelgeving, eerstehulptips en is er ruimte voor de eigen huisregels, gedragscodes, overdracht en belangrijke telefoonnummers. Het is de bedoeling dat het boek een plek krijgt achter de bar.

#### *Programma*

De cursus kent een basisblok van ruim 1,5 uur en twee keuzeblokken van elk een uur. Inclusief pauze duurt de cursus 4 uur. Het basisblok bestaat uit de volgende onderdelen: Kennismaking en inleiding op de cursus; Beroepshouding, wetgeving, bedrijfsbeleid en de verschillende rollen van horecapersoneel; Drugs, alcohol en veilig uitgaan.

Daarna worden in overleg met de ondernemer twee of meer keuzeblokken toegevoegd. Deze duren 50 tot 60 minuten per stuk. Er zijn vier keuzeblokken: Druggebruik; Dealen; Minderjarigen en alcohol; Overmatig alcoholgebruik.

#### *Train-de-trainer*

Bij de cursus Barcode hoort een train-de-trainerbijeenkomst van één dag. In deze bijeenkomst krijgen preventieprofessionals van IVZ en GGD-en achtergrondinformatie, theorie en vaardigheden aangereikt om de cursus te implementeren in het uitgaanscircuit. Onderwerpen die behandeld worden, zijn de werving van horecaondernemers, beroepshouding, signaleren in het uitgaanscircuit, het bespreken met de ondernemer van bedrijfsbeleid en -cultuur en veilig uitgaan. Ook wordt geoefend met de opdrachten, discussiemomenten en rollenspellen die in de cursus aan bod komen.

## **8. Meer informatie**

Voor meer informatie over het project *Uitgaan en Drugs*: Trimbos-instituut (Utrecht, Nederland), secretariaat Middelengebruik Jongeren: [www.uitgaanendrugs.nl/steunpunt](http://www.uitgaanendrugs.nl/steunpunt), tel: 030 297 11 33/37, [uitgaanendrugs@trimbos.nl](mailto:uitgaanendrugs@trimbos.nl).

## **9. Literatuur (selectie)**

1. Abraham, M.D., Kaal, H.L. & Cohen, P.D.A. (2002). Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001. Amsterdam: CEDRO.
2. Bellis, M.A., Hughes, K. & Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use. From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addictive Behaviors*, 27, 1025-1035.
3. Bieleman, B., Maarsingh, H., Meijer, G. & Ten Den, C. (1998). Aangeschoten wild: onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan. Groningen: Intraval.
4. CBS (2003). Jeugd 2003, cijfers en feiten. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
5. KPMG (2002). Dance in Nederland: De betekenis en impact van dance op de Nederlandse economie en maatschappij: een verkenning. Amstelveen: KPMG Special Services.
6. Pijlman, F.T.A., Krul, J. & Niesink, R.J.M. (2003). Uitgaan en veiligheid : feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. RIVM (2002). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: Rijksinstituut voor gezondheid en milieu.
8. Stichting Adviesburo Drugs (1997). Disco & drugs: een analyse van de relatie tussen uitgaan en drugs. Amsterdam: Stichting Adviesburo Drugs.
9. Trimbos-instituut (2005). Nationale Drugsmonitor, jaarbericht 2005. Utrecht Trimbos-instituut.

De tekst voor de referatenbundel is een bewerking van

- Factsheet *Preventie van riskant alcohol- en druggebruik in het uitgaanscircuit -de feiten-*, een uitgave van het project *Uitgaan en Drugs*, Trimbos-instituut, 2005.
- Hoofdstuk 1 uit de concepthandleiding van de cursus Barcode.

### 3.3 MODUS FIESTA, EEN PREVENTIEPROJECT IN HET UITGAANSLEVEN IN BRUSSEL EN WALLONIË

**Catherine Van Huyck**  
Coördinatrice Modus Fiesta  
Modus Vivendi, Brussel

#### « Modus Fiesta »

Project van Modus Vivendi vzw



---

---

---

---

---

---

---

#### Modus Vivendi

Modus Vivendi vzw werd in 1993 opgericht.

- Doel : risico's verminderen in verband met druggebruik (AIDS, hepatitis, bad trip, overdosissen, ...).
- Volksgezondheid
- Welzijn

---

---

---

---

---

---

---

#### De verschillende projecten die door Modus Fiesta werden ontwikkeld

##### In Brussel

- «Drogues risquer moins»: een informatieproject (brochures en condooms) in het uitgaansleven.
- Onthaal en oriëntatiecentrum voor gebruikers van nieuwe synthetische drugs in Brussel.
- Een welzijnscharter in het Brusselse uitgaansleven.

---

---

---

---

---

---

---

**De verschillende projecten die door  
Modus Fiesta werden ontwikkeld**

**In de Franse gemeenschap**

- Testing
- Een mobiel team

---

---

---

---

---

---

---

---

**1. Het mobiele team**

**Afhankelijk van de kenmerken van de plaats en  
het publiek:**

- brochures en flyers informatief;
- verdeling van materiaal (condooms, glijmiddel, water, snuifkits, spuitenuil, enz.);
- peer support;
- « Relax Zone »;
- onderhandelingen met organisatoren, politieke en gerechtelijke autoriteiten;
- tablettenanalyse;
- opleiding van gebruikers (=« jobstudenten»);
- ontwikkeling van een netwerk van partners;
- verzamelen en analyseren van informatie over uitgaanders en hun druggebruik.

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Testing**

- Project van volksgezondheid
- Nooit als enige maatregel
- Monitor van illegale drugs
- Contactmiddel

**Gebruikte methode**

- Combinatie van een sneltest « Marquis » en labo-analyse

---

---

---

---

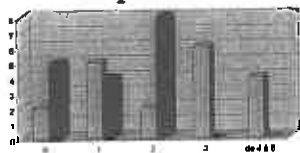
---

---

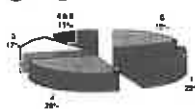
---

---

**Link tussen zelfgerapporteerd ziektebeeld en productsamenstelling**



**Aantal gemengde producten**



---

---

---

---

---

---

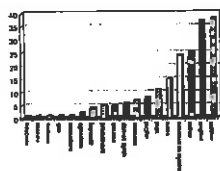
---

---

**De producten**  
**Veronderstelde aard van de producten**



**Verskillende substanties die worden gevonden**



---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Inlooplokaal**

- Deelname van het publiek (interactief)
- Schadevermindering en reïntegratie ?

---

---

---

---

---

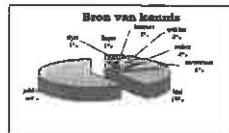
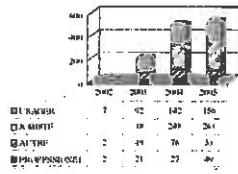
---

---

---

## Frequentie van bezoek

Préquantation Modus Floets 2002-2006



Dank u!

...en sorry voor mijn slecht Nederlands!

## 1. Préambule

Modus Vivendi est une asbl créée en 1993.

Elle vise à mettre en œuvre, au bénéfice des usagers et avec leur participation, toute action et toute réflexion qui visent la réduction des risques liés à l'usage de drogues (sida, hépatites, overdoses ...). Modus Vivendi promeut une réduction des risques d'abord dans le domaine de la santé mais aussi dans le champ social, y incluant les risques qui découlent des discours tenus sur les drogues et sur les usagers de drogues. Depuis 2002, le projet Modus Fiesta a vu le jour.

- L'usage de produits psychotropes comporte des risques qu'il est possible de réduire. Ces risques sont fonction du ou des produit(s) réellement consommé(s), de leurs mélanges, du mode de consommation mais aussi du contexte de consommation. Bien que les modes d'usages évoluent régulièrement et rapidement, une partie importante des consommations de drogues se fait encore dans le cadre des milieux festifs. Ce contexte particulier engendre ou majore de nombreux risques en lien avec la consommation.
- Au sein de Modus Fiesta, les projets suivants sont développés:
  - **Drogues risquer moins**: un projet de diffusion d'information (brochures) et de préservatifs mis en place par des professionnels et des usagers et ex-usagers de drogues formés par nos soins dans les événements festifs de proximité à Bruxelles.
  - **Un lieu d'accueil et d'orientation au centre de Bruxelles** où les usagers de nouvelles drogues de synthèse ont accès à des informations sur les produits et les usages, du matériel et des adresses utiles.
  - **Une Equipe mobile** (depuis 1996): un projet d'intervention dans des grands événements festifs dans lesquels des professionnels et des usagers et ex-usagers de drogues formés à la réduction des risques conseillent, informent et distribuent du matériel (brochures, préservatifs, kit d'injection et de sniff, eau potable ...) et accueillent les usagers en «bad trip».
  - **Une coordination des actions d'analyse de pilules** incluses dans les actions de réduction des risques que se soit en milieu festif ou dans des lieux fixes sur l'ensemble de la Communauté française (Projet en chantier, débuté en juin 2002 et actuellement en fin de phase pilote).

Je vais ici axer ma présentation sur les projets suivants: l'équipe mobile de réduction des risques en milieu festif, le projet «testing» et le lieu d'accueil.

## 2. Equipe mobile de réduction des risques en milieu festif

**En fonction des caractéristiques du lieu et du public attendu, les activités suivantes sont mises en place:**

- distribution de brochures et de flyers informatifs;
- distribution de matériel (préservatifs, lubrifiants, eau, kits de sniff, matériel stérile d'injection, etc.);
- permanences et stands tenus par des professionnels et de jobistes (ex-)usagers de drogues (écouter, répondre aux questions, effectuer des références vers les centres spécialisés; recherche et accompagner les personnes en bad trip, etc.);
- création et organisation de dispositifs ludiques (projets participatifs avec notre public, visibilité de notre action, sensibilisation, etc.);
- sensibilisation et information des organisateurs d'événements et des autorités politiques et judiciaires;
- l'analyse de comprimés;
- formation de professionnels et d'usagers "jobistes";
- développement d'un réseau de partenaires;
- recueil et analyse d'informations sur les publics, les produits et les usages;

- ❖ mise en place de relax zone afin d'accueillir les personnes se sentant mal suite à la prise de psychotropes.

### 3. Le projet Testing

Les projets de réduction des risques incluant l'analyse de pilules sont des projets de santé publique dont l'objectif général est de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'usage de nouvelles drogues de synthèse. L'analyse de comprimés est une activité parmi d'autres dans l'éventail des actions mises en place pour répondre aux besoins des usagers. **Elle n'est jamais réalisée de manière isolée** mais toujours à l'intérieur d'un dispositif plus large d'accueil, d'information et d'orientation des usagers.

Outre le fait qu'elle encourage les usagers à exercer un certain contrôle sur leur consommation, cette action permet de collecter de manière fiable des informations tant sur les produits que sur les pratiques des usagers, informations qui nous permettent de répondre adéquatement à leurs préoccupations en collant au plus près de leurs réalités. Une mise en commun des informations ainsi collectées permet également à nos partenaires d'adapter leurs actions et d'être au courant des produits et des pratiques de consommation.

Dans un premier temps, l'analyse de pilules s'avère un **outil remarquable pour approcher et entrer en relation avec un public** particulièrement rétif à tout contact et à toute information.

Il permet d'entamer un dialogue en confiance entre l'usager et le professionnel qui est l'occasion:

- de rappeler de manière générale les risques liés aux produits, aux modes d'usage et que toute consommation comporte des risques et de rappeler le caractère illégal de cette consommation;
- d'informer de manière plus concrète des risques en partant des résultats de l'analyse du comprimé apporté par l'usager;
- d'encourager les usagers à développer un esprit critique, de la lucidité et une attitude réfléchie face à leur consommation;
- pour l'usager, de (se) poser des questions sur sa consommation et d'exprimer ses éventuels problèmes et demandes d'aide.

#### *Méthode employée*

Le système choisi se base sur le couplage du test marquis et de l'analyse en laboratoire et la constitution d'une base de données sur les pilules en circulation. Cette méthode développée et éprouvée par le Trimbos Institute nous semble le meilleur rapport coût-efficacité. D'autres méthodes, comme le laboratoire ambulatoire sont utilisées dans certains pays. Leur prix d'achat élevé et la présence nécessaire d'un chimiste les rendent trop onéreuses.

#### *Pertinence de la méthode*

**Le testing est un bon outil d'approche du public des consommateurs.** Ce public est méfiant par rapport aux structures spécialisées et ne se sent pas concerné par l'existence de tels services, car les usagers ont peur d'y rencontrer un jugement sur leur consommation d'une part et ne s'estiment pas «toxs» d'autre part. Ils sont très en demande par rapport au testing et viennent donc en nombre lorsqu'ils peuvent faire tester leurs pilules. Il s'agit d'une occasion de leur donner des conseils de réduction des risques sur leurs consommations. Ce qui nous donne l'occasion de prévenir les hyperthermies, la surconsommation et les problèmes liés aux mélanges. Ainsi que de les avertir des dangers liés à la conduite automobile en état d'ivresse. Cela nous permet également de donner des informations correctes sur les produits. Les moments du testing et du retour des résultats sont surtout des moments de discussion.

Les nouvelles substances telles que PMA, lorsqu'elles sont consommées comme si c'était de l'XTC, sont plus dangereuses que la MDMA. Les faits (4 décès en 2 mois en Belgique) l'attestent. De même lorsque des pilules ont de très forte concentration de MDMA, il est important d'en avertir les consommateurs pour qu'ils les consomment de manière différente.



**Le testing a des incidences sur la consommation.** Chek-it<sup>18</sup> a constaté que lorsque le résultat du testing montrait la présence d'une substance dangereuse comme le PMA ou la 4MTA, deux tiers des personnes ne consommait pas la pilule incriminée. Lorsqu'ils demandaient aux personnes qui fréquentaient leur stand pourquoi elles y venaient, les réponses étaient les suivantes:

Il s'agit d'une approche qui les accepte tels qu'ils sont, qui est non moralisatrice.

Les informations données lors du testing sont correctes et gratuites.

Il y a un espace pour parler et se relaxer.

Chek-it a constaté que le public adapte sa consommation en fonction des informations qu'on lui donne.

**Le testing est un bon outil de récolte d'informations** sur le public et ses usages ainsi que sur les produits en circulation. En 6 ans, le Trimbos a pu lancer 10 campagnes d'alerte précoce par rapport à de nouvelles pilules particulièrement dangereuses.

**Le testing a une valeur pédagogique indéniable.** Dans tout apprentissage, on constate que les notions sont mieux intégrées lorsqu'elles sont "vues", lorsque la personne y est confrontée. Il en est de même pour la réduction des risques. Cela a beaucoup plus d'impact de parler des risques liés à la consommation d'un produit à quelqu'un en partant du contenu réel de ce produit plutôt qu'en s'appuyant sur une image fantasmagorique de celui-ci. Dans le premier cas, on parle des risques réels pour sa santé, dans le deuxième, nous restons prisonniers d'une inconnue qui alimente toute une symbolique. La complexité des mélanges à l'intérieur d'une même pilule, l'impossibilité d'établir clairement les effets de tels mélanges peuvent être abordés de manière beaucoup plus concrète et parlante pour l'utilisateur. Il nous est arrivé de dire à quelqu'un : "Voilà les résultats du laboratoire sont arrivés. Regarde, il y a trop de substances différentes pour que nous puissions te dire quoi que ce soit sur les effets de ceux-ci. L'addition de deux substances peut soit induire les effets des deux, les annuler ou encore produire des effets tertiaires...alors, quand il y a 15 substances différentes, nous sommes dans l'incapacité de te donner la moindre indication quant aux effets et risques de tels mélanges".

Cela a beaucoup plus d'impact qu'un discours généraliste sur les produits. De même, le test marquis est l'occasion de dire au consommateur que même s'il y a de la MDMA dans sa pilule, nous ne pouvons pas lui en donner la concentration, ni lui indiquer si une autre substance potentiellement dangereuse ne s'y trouve pas. Cela nous permet alors de souligner le fait qu'il n'existe pas de risque zéro (même avec le testing!) et que la consommation de substances illicites comporte toujours un risque en soi. Le testing est avant tout un espace de discussion autour d'un produit, le fait que ce produit soit là présent et analysé en termes de contenu ne fait que donner plus de poids à ce qui en est dit. De même, il est plus présent de parler des différences de concentration au sein d'une même sorte de pilule (les "baccardi vertes", par exemple) achetées au même endroit, en montrant directement les résultats de l'analyse de ces pilules. La complexité des effets "retards" de certains produits peut également être plus facilement abordée.

L'utilisateur, lorsqu'il se présente à un stand de testing, sait qu'on le considère comme quelqu'un de responsable. Nous le présumons capable de tenir compte des indications qui lui seront données sur le produit qu'il envisage de consommer. Il s'agit ici de travailler dans une optique de promotion de la santé dans laquelle l'estime qu'une personne a d'elle-même est un facteur primordial.

**Le testing offre la possibilité de lancer une campagne d'Early Warning sur les lieux mêmes de consommation.** L'alerte rapide déclenchée au début de l'été 2000 sur l'initiative du Point Focal belge et de l'OEDT a montré l'intérêt de disposer d'une équipe de prévention sur les lieux de consommation, ainsi que la nécessité d'une coopération étroite entre le niveau local, le Point Focal belge, l'OEDT et son réseau européen d'alerte et d'information.

---

<sup>18</sup> Association pratiquant le testing en Autriche et chargée par l'OEDT d'établir un inventaire des pratiques de testing et de leur efficacité

## **4. Un lieu d'accueil pour usagers de drogues liés au milieu festif**

Lors des permanences les usagers peuvent discuter de leur consommation, qu'elle soit ou non problématique, avec des professionnels et des usagers et ex-usagers de drogues formés par nos soins (depuis décembre 2002). Ce projet inclut notamment l'analyse de pilules. Je parlerais ici de deux aspects de l'accueil qui nous tiennent à cœur: la participation du public et le projet de co-permanence.

### **4.1 Participation du public**

Les permanences sont tenues par un professionnel et un jobiste, usager de drogues:

- La présence du jobiste permet des visites plus informelles de la part de ses amis et connaissances, lesquels sont dès lors délivrés de l'obligation de s'adresser directement au professionnel avec une question précise. Ce qui ne les empêche pas de le faire par la suite, lorsqu'ils se sentent plus à l'aise.
- Une grande partie des personnes qui se rendent pour la première fois à l'accueil arrivent avec la demande de «devenir jobiste». Cette demande «toute faite» sert bien souvent de prétexte pour sonder le lieu et y amener par la suite des questions plus personnelles.
- Des usagers profitent de leur statut de jobiste pour venir travailler à Modus Fiesta et être en contact avec des professionnels à qui ils peuvent adresser leurs doutes et leurs questions.

Les jobistes constituent également un lien indispensable entre Modus Fiesta et son public:

- Par leur appartenance aux divers milieux festifs, les jobistes sont à même de nous renseigner sur les soirées intéressantes mais également d'évaluer la pertinence de nos actions et leur qualité. Lors des séances de débriefing organisées après chaque action, ils nous font des suggestions en vue d'améliorer celles-ci. Cette évaluation bilatérale (jobistes/organisateur) nous permet de corriger sans cesse nos interventions. Il est en effet très difficile d'établir des critères objectifs et fixes d'évaluation d'une action dans un milieu aussi changeant et mouvant que la scène festive bruxelloise.
- En vue de coller au mieux à la réalité des usagers de drogues.

Le statut de jobiste est donc complexe et multiple mais essentiel dans le fonctionnement de l'accueil.

### **4.2 Lieu de réduction des risques ou de réinsertion? Le projet de Co-permanences: réseau avec le Projet Lama, Infor-Drogues et Enaden**

L'accueil est au départ un lieu d'information et de réduction des risques. Cependant, nous avons constaté que certains usagers, qui traversent une période difficile, ne nous adressent aucune demande d'aide directe mais se mettent brusquement et sans raison apparente à fréquenter la permanence de manière répétée. Ce constat nous confronte à la difficulté de faire émerger une demande d'aide, quelle qu'elle soit. Nous pensons que le côté informel de la permanence et le fait que tout est organisé pour que l'on puisse s'y rendre sans demande particulière, favorise une émergence progressive de la demande et donc une formulation plus tardive. Un certain temps semble en effet nécessaire à l'établissement d'un lien de confiance avec le public, peu habitué ou réticent aux structures d'accueil et de prise en charge.

Lorsqu'elles sont clairement formulées, les demandes du public qui fréquente Modus Fiesta sont de différents ordres: demandes médicales, sociales, psychologiques, etc.

Par ailleurs, une partie des usagers de drogues dites 'festives' qui constitue le public de Modus Fiesta rencontre des problèmes liés à leur consommation. Certains consommateurs se plaignent d'un usage de type compulsif, non maîtrisé et source de problèmes somatiques, psychiques et sociaux. Le but de Modus Fiesta n'est pas de prendre ces populations en charge mais de les relayer vers les secteurs spécialisés (psycho-médico-social, toxicomanies, etc.). Le travail durant les

permanences nous a permis de constater combien il est difficile de mettre en œuvre ces relais: les usagers et les institutions spécialisées qui pourraient les prendre en charge doivent encore s'ajuster pour trouver un terrain de rencontre adapté.

Afin de proposer des solutions, Modus Fiesta s'est associé au Centre Médical Enaden, au Projet Lama et à Infor-Drogues pour mettre en place un réseau qui dépasse le cadre du simple renvoi de l'un à l'autre de consommateurs en demande et étudie plutôt la possibilité de travailler en étroite collaboration à travers l'organisation de co-permanences et d'intervisions.

Très concrètement, il a fallu inventer un mode de travail commun autour des permanences organisées à Modus Fiesta, c'est un travail passionnant et toujours en cours.

## **5. Conclusions**

Il est important de lier le travail effectué en milieu festif à des points d'ancrage destiné au même public mais «hors festif» ceci afin de tenir compte de l'ensemble de la complexité de cette problématique. A savoir que même si la plupart des jeunes usagers de stimulants commencent à consommer en milieu festif, une partie de ceux-ci vont sortir de ce cadre. Ils ne se retrouvent pas dans les structures classiques mais vivent pourtant une dégradation de leur qualité de vie et de leur intégration sociale assez importante. Il s'agit d'un public jeune, en début d'un parcours qui pourrait mener à la désinsertion et qui doit donc attirer notre attention et mobiliser nos ressources. La prévention participation dans ces lieux est un élément essentiel d'affiliation sociale et de construction d'une identité positive au sein d'une tribu urbaine.



## IV. PREVENTIEF WERKEN MET MINDER-VERBALE WERKVORMEN

### 4.1 MACHTIG!

Christophe Kino  
Preventiewerker  
CAT-Infopunt, Gent

#### 1. Inleiding

Preventie lijkt vooral 'praten'. Er wordt gepraat over drugs, over situaties, soms over gevoelens ... hoewel heel wat jongeren zich daar helemaal niet goed bij voelen. Jongeren uit kwetsbare doelgroepen hebben het hier dikwijls nog moeilijker mee.

Het 'Machtig!'-project probeert hier een antwoord op te bieden. 'Machtig!' is een ervaringsgericht trainingsprogramma dat beoogt jongeren via een FERMe aanpak (Fysiek, Emotioneel, Rationeel en Motiverend) meer 'macht' te geven over hun eigen gedrag en weerbaarder te worden in risicosituaties, in het bijzonder wat drugmisbruik betreft.

We hanteren een sociale invulling van het begrip weerbaarheid: "De echte sleutel van weerbaarheid is het resultaat van een ingewikkeld proces waardoor iemand *zelfvertrouwen* en *zelfachting* ontwikkelt. Die eigenschap zorgt ervoor dat de jongere zijn eigen gevoelswereld begrijpt, zich bewust is van zijn mogelijkheden en beperkingen, zekerheid uitstraalt, (ook in stresssituaties) gepast reageert, spontaan opkomt voor zichzelf ... en voor anderen." Deboutte en Depuydt (1999).

Het programma is gegroeid uit de combinatie van twee benaderingen. Enerzijds de workshop Voelwijzer, waarmee binnen het CAT-Infopunt reeds geruime tijd werd gewerkt en anderzijds een psycho-fysieke training gebaseerd op het Nederlandse "Rots & Water"-programma.

#### 2. Doelgroep

Het programma is in de eerste plaats gericht op jongeren van 14 tot 18 jaar die zich in settings bevinden met een relatief hoger risico op drugmisbruik. Concreet gaat het over jongeren uit het deeltijds onderwijs en deeltijdse vorming, bijzonder onderwijs, time-out projecten, beroeps- en (in mindere mate) technisch onderwijs. Deze jongeren worden momenteel bijzonder moeilijk bereikt met de bestaande, eerder verbaal-cognitief georiënteerde preventieprogramma's. Intermediaire doelgroep zijn de leerkrachten, opvoeders en begeleiders zélf die met deze jongeren werken. Zij nemen actief deel aan het programma, waardoor zij in staat zijn de aangeleerde principes door te zetten in het dagdagelijkse omgaan met de jongeren.

#### 3. Voelwijzer: de eerste stap

Uitgangspunt van Voelwijzer is dat het gedrag dat jongeren in verband met drugs stellen zelden bewust of weloverwogen is. In risicosituaties zijn (vaak onbewuste) emotionele factoren determinant. Daarnaast hebben adolescenten -en dan vooral jongens- het ook bijzonder moeilijk om na te denken, laat staan te praten over hun eigen gevoelens. Ze kunnen achteraf vaak geen, of enkel een generationaliseerde betekenis geven aan het gestelde gedrag. Voorlichting die jongeren wil helpen zich hiervan bewust te worden, vereist meer dan informatieoverdracht of discussie. Ze moet proberen een brug te slaan tussen verstand en gevoel. Tijdens de anderhalf uur durende Voelwijzer-workshop worden voorlichting en psycho-educatie daarom bewust gecombineerd met emotionele, perifere (in communicatiewetenschap zo genoemd) overtuigingsstrategieën.

De workshop stimuleert de leerlingen om met verwonderde ogen te kijken naar menselijk gedrag, denken en voelen. Met confronterende en verrassende videofragmenten en concrete voorbeelden uit hun leefwereld worden psychologische mechanismen geïllustreerd. Gaandeweg wordt hen duidelijk dat ze zich vaak veel minder bewust en rationeel gedragen dan ze graag willen geloven.

Vanuit de vraag hoe je een vriend met een drugprobleem kan helpen, hebben we het over zaken als groepsdruk, beïnvloeding, keuzesituaties, zelfbedrog, kritisch denken, toekomstdromen. Drugmisbruik wordt geproblematiseerd in een ontwikkelingsperspectief, dit steeds vanuit de leefwereld van de jongeren.

De bedoeling van Voelwijzer is daarnaast een inhoudelijke en motiverende brug te vormen tussen het concreet 'drugpreventief' werken in de klas (informatieverstrekking over drugs, werken rond attitudes, waarden en normen, ...) en een ruimere aanpak die werkt rond persoonlijke en sociale vaardigheden. Voor het ASO en TSO konden we voor dit vervolgproces leerkrachten ondersteunen via het aanbieden van de in het CAT-Infopunt ontwikkelde brochure 'Maat in de Shit' en een bijhorende lesmap voor leerkrachten. Voor een aantal jongeren uit BSO en DO is deze aanpak echter te hoog gegrepen. Vandaar drong zich de zoektocht op naar een alternatief aanbod.

#### **4. Rots & Water**

Deze bracht ons bij het Nederlandse Rots & Waterprogramma. Dit is een weerbaarheidsprogramma dat zich in de eerste plaats op jongens richt. Het vertrekt van de moeilijkheden die jongens hebben met het verwoorden van gedachten, gevoelens en emoties, terwijl ze zelfkennis opdoen door bewegen, doen, onderzoeken. Het programma speelt hierop in met een psycho-fysieke didactiek. Fysieke oefeningen en ervaringen vormen hierbij de basis om mentale en sociale vaardigheden aan te leren. Daarbij vormen oefeningen uit traditionele vechtsporten een motiverende rode draad. Via het oefenen van concentratie- en ontspanningstechnieken leren de jongeren zich niet alleen beheersen. Ze leren ook aandacht hebben voor de lichaamssignalen waarmee emoties zich manifesteren en kunnen zo groeien naar een groter emotioneel bewustzijn. De bouwstenen van het programma zijn zelfbeheersing, zelfvertrouwen en zelfreflectie. Hierop bouwend kan gewerkt worden rond veiligheid, assertiviteit, sociale vaardigheden, zingeving en solidariteit.

#### **5. De synthese: Machtig!**

De Voelwijzer-workshop en het Rots & Waterprogramma werden samengesmolten in een proefprogramma waarmee we in januari 2005 gingen experimenteren. Dankzij financiële steun vanuit de stad Gent kon een freelance co-trainer ingeschakeld worden, ondermeer An Schelpe van het CAT-Preventiehuis. De evaluaties van deze try-outs waren onverhoopt positief, al werd het al snel duidelijk dat voor 'moeilijker' doelgroepen als jongeren uit het deeltijds onderwijs en time out-projecten een aanpassing van een aantal oefeningen en een vertaling van de concepten nodig was. Het huidige modelprogramma bevat 6 sessies van anderhalf uur. Een summier overzicht van de thema's die per les kunnen worden behandeld:

1. Voelwijzer
  - ⇒ (zie hoger)
2. Afspraken en bouwstenen
  - ⇒ Afspraken, respect, samenwerken
  - ⇒ Actief ontspannen, concentratie/focus, zelfvertrouwen
  - ⇒ Lichaamstaal
3. Controle, confrontatie en communicatie
  - ⇒ impuls vs. zelfcontrole
  - ⇒ onderhandelen: harde vs. zachte opstelling in conflicten
  - ⇒ parallel tussen fysieke en verbale communicatie
  - ⇒ vertrouwen
  - ⇒ vriendschap

4. Groepsdruk, functioneren in groep
  - ⇒ groepsdruk
  - ⇒ verbondenheid
  - ⇒ eigen opstelling als individu in de groep
5. Grenzen, intuïtie
  - ⇒ eigen grenzen ervaren en aangeven
  - ⇒ empathie – rekening houden met grenzen van anderen
  - ⇒ samenwerken
  - ⇒ aandacht voor gevoel
6. Mentale kracht
  - ⇒ doelen stellen, doelgericht en planmatig handelen
  - ⇒ zingeving
  - ⇒ zelfvertrouwen en zelfmotivering

## 6. Enkele evaluatiegegevens

In 2005 namen reeds 153 jongeren deel aan het project. Zij rapporteren na afloop van het project wat ze hebben geleerd:

- Rustiger blijven in moeilijke situaties: 98%
- Hoe ik me kan ontspannen: 87%
- Meer bewust van omgang met anderen: 78%
- Meer bewust van eigen grenzen: 66%
- Eigen grenzen duidelijker aangeven aan de ander: 74%
- Meer zelfvertrouwen: 78%
- Doelen stellen en bereiken: 83%
- Beter kunnen concentreren: 87%

## 7. Praktisch

- Scholen uit het Gentse kunnen het programma gratis aanvragen.
- Hoewel het programma ook nuttig is voor ASO en TSO wordt gezien de beperkte mankracht voorrang gegeven aan BSO, BuSO, DO of Time-Out-projecten.
- De school zorgt zelf voor een geschikte accommodatie en zorgt voor minimum één begeleider per groep, die actief deelneemt aan het programma.
- De lessen gaan in de regel wekelijks door.
- Verantwoordelijke voor het project is Christophe Kino, preventiewerker van het CAT-Infopunt.



## 4.2 PROJECT HI(A)WAY

**Ilse Lemahieu**  
Regionale drugpreventiewerkster  
GGZ Waas en Dender/Delta, Sint-Niklaas

**Barbara Meganck**  
Maatschappelijk werkster  
Vrij CLB Waas en Dender, vestiging Beveren

**Marleen Soetens**  
Maatschappelijk werkster  
CLB Waasland van het gemeenschapsonderwijs, Sint-Niklaas

“Voor jongeren in de leertijd bestaan er geen aangepaste drugpreventieprojecten”

“Jongeren in het deeltijds onderwijs vallen overal uit de boot”

“...”

Deze en andere opmerkingen kwamen ons regelmatig aan de oren. Als regionale preventiewerkers waren wij reeds van dit probleem doordrongen: helaas is het zo gekende “watervalstelsel” vaak een feit, en zijn veel jongeren in de leertijd gespeend van succeservaringen op het gebied van onderwijs en vorming, wat hun motivatie natuurlijk ook fnuikt. Bovendien heeft de leertijd een bijzonder statuut binnen ons onderwijslandschap: de leertijd is een bevoegdheid van het Vlaams Ministerie van Economie en Middenstand, en dus niet van het Ministerie van Onderwijs. Het verschil met jongeren in deeltijds onderwijs is ook, dat jongeren in de leertijd contractueel gebonden zijn om tijdens hun opleiding te werken bij een patroon of werkgever: zij gaan vier dagen per week werken, en volgen één dag per week les.

Toen onze lokale Syntra-vestiging opmerkte dat er amper aangepaste drugpreventiepakketten en vormen voorhanden zijn voor de deeltijdse onderwijssystemen, aarzelden wij niet om (samen met het vrij CLB Waas & Dender en het gemeenschapsCLB Waasland) de handen in elkaar te slaan om een aangepaste vorming uit te werken. De directeur van de leertijd, Wim Van Stappen, trok enthousiast mee aan de kar: hij zorgde voor een locatie en hielp de regionale preventiewerkers bij het verwerven van financiële steun.

Zo schoten wij in april 2004 uit de startblokken, met een massa ideeën en mogelijke pistes in gedachten. Na enkele keren samenzitten, besloten wij een project uit te werken waarop de jongeren van de leertijd, die begeleiding nodig bleken te hebben (naar aanleiding van signalen die wijzen op risicovol middelengebruik), vrijwillig of na doorverwijzing (door lesgevers, leertijdverantwoordelijken, CLB-medewerkers, ...) konden intekenen. Onze hoofddoelstelling werd “een bewustwordingsproces op gang brengen rond omgaan met risicogedrag”, en wij wensten bijzondere aandacht te besteden aan thema's zoals uitgaan, veilig vrijen en relaties, middelengebruik, groepsdruk, werk, familie en vrije tijd. Ook wilden wij rekening houden met andere -voor ons minstens even cruciale-aandachtspunten: niet-stigmatiserend werken, toewerken naar meer gevoel van eigenwaarde bij de jongeren door hen kleine successen te laten beleven, rekening houden met hun mening en opmerkingen, ... Zo trachtten wij een project te creëren dat verder reikt dan de grenzen van het Syntra Midden-Vlaanderen campus Sint-Niklaas, dat een meerwaarde biedt binnen het preventielandschap van Vlaanderen.

Tevens wilden wij de leer- en leefmogelijkheden van de jongeren verhogen of minstens behouden, neutrale en juiste informatie verstrekken over drugs, hen een balans doen opmaken van de eigen situatie, en een gedragsverandering op gang brengen bij de deelnemers. Ambitieuze doelstellingen, die we concretiseerden in een kennismakingsdag, vier sessies van telkens twee lessen en een terugkomdag.



In juni 2004 brachten wij de leerkrachten van de leertijd op de hoogte van onze plannen, in september werd onze vraag naar sponsoring door Rotary Sint-Gillis Waas positief beantwoord; in oktober kenden ook de ouders en de patroons van de jongeren in de leertijd onze plannen, en in november tenslotte werkten wij een folder uit voor de cursisten zélf, om hen in te lichten over het project. Gedurende deze hele periode bleven wij sleutelen aan de inhoudelijke uitwerking van ons project, dat nog steeds naamloos door het leven ging.

In februari 2005 was het zo ver: we gingen van start met een groep jongeren, die door de school toegeleid waren naar het project. We startten met een kennismakingsdag, waarin we de jongeren de kans wilden geven om aan elkaar te wennen, om ons wat beter te leren kennen, om hun en onze verwachtingen van het programma af te stemmen, en om groepsafspraken vast te leggen. Als lunch voorzagen we een maaltijd die de jongeren zelf moesten bereiden. In de namiddag gingen we over tot cameragewinning. De dag werd, zowel voor ons als voor hen, een waar succes.

Vervolgens volgden de vier sessies elkaar wekelijks op. In de eerste sessie gingen we actief op zoek naar vrijetijdsbesteding, de tweede sessie deed ons meer inzicht verwerven in drugs en druggebruik, vervolgens wisselden we van gedachten (en rollen) over relaties en identiteit, en tot slot praatten we over familie. De jongeren werkten goed mee, leken zich ook wel te kunnen vinden in het aanbod, en maakten elk op hun eigen tempo een proces door. Eén van de gasten doopte het project: "Hi(a)way".

Tijdens de laatste sessie namen we ook uitgebreid de tijd om het geheel te evalueren. Dit gebeurde zowel schriftelijk als mondeling. Uit de evaluaties bleek dat de jongeren enthousiast waren over ons aanbod, maar wel opmerkten dat de sessie rond drugs beter zou worden herwerkt. Zelf plaatsten wij ook een aantal kritische kanttekeningen bij de hele vorming. Zo merkten wij bijvoorbeeld dat het absoluut noodzakelijk is om als begeleider vertrouwd te zijn met motiverende gespreksvoering. Ook een professionele houding qua afstand en nabijheid is een absolute must bij het werken met deze jongeren.

Om het geheel af te sluiten, werd een filmdag georganiseerd. Op de kennismakingsdag legden we de deelnemers uit dat wij samen met hen wensten toe te werken naar een concreet doel, namelijk: het maken van een DVD die alle sessies kort zou belichten. Als rode draad doorheen de sessies kregen zij toen één grote opdracht mee, namelijk: "denk er eens over na hoe je dit thema in beeld zou willen brengen". De filmdag werd hiervoor in het leven geroepen. Onder leiding van de CLB-medewerkers, en onder het toezicht van onze regisseur-cineast Frédéric Vercammen, maakten 'onze' enthousiaste gasten een spetterende film. De film geeft weer hoe zij het leven zien, en hoe hun gebruik daarin past.

De eerste ronde zat er vervolgens op en we mochten terecht tevreden zijn met het resultaat: pijnpunten kwamen doorheen de sessies bloot te liggen, en sterktes werden in de kijker gezet. Materiaal in overvloed dus om het project verder op punt te stellen!

In het schooljaar 2005-2006 gaf VTS III, een school deeltijds onderwijs uit Sint-Niklaas, aan ook geïnteresseerd te zijn in het project. Inhoudelijk werd hier en daar iets bijgevoegd, en dat resulteerde opnieuw in een klapper van formaat. Ook hier verwacht men ons volgend jaar terug.

De werkgroep blijft samenkomen, om bij te sturen, op maat te werken, en een nieuwe rode draad te vinden die minstens even motiverend en origineel is als de DVD-opdracht. Een moeilijke opgave, waar we graag onze tanden in zetten. Weldra hopen we u te mogen informeren over het afgewerkte product dat Hi(a)way dan zal zijn.



## V. GECONTROLEERDE HEROÏNEVERSTREKKING

### 5.1 HEROÏNE OP MEDISCH VOORSCHRIFT: ERVARINGEN IN NEDERLAND

**Prof. dr. Wim van den Brink**  
Hoogleraar Verslavingszorg  
Academisch Medisch Centrum  
Universiteit, Amsterdam

Verslaving aan heroïne wordt steeds vaker gezien als een ziekte met in veel gevallen een chronisch intermitterend beloop met veel morbiditeit en een sterk verhoogde mortaliteit (O'Brien & McLellan, 1996).

Behandeling gericht op stabiele abstinentie via residentiële behandeling of opname in een therapeutische gemeenschap, eventueel ondersteund met een opiaatantagonist (naltrexon) als onderhoudsbehandeling is slechts in een zeer beperkt aantal gevallen effectief. In het algemeen wordt daarom een langdurige onderhoudsbehandeling met een volledige of partiële opiaatantagonist (methadone of buprenorfine) gezien als de behandeling van eerste keus (Van den Brink & Haasen, 2006; Fiellin & O'Connor, 2002). Ondanks de goede resultaten die met een dergelijke behandeling in veel gevallen gerealiseerd kunnen worden, blijken toch niet alle verslaafden aan heroïne goed op deze behandeling te reageren. In Nederland bleek ongeveer 50% van alle verslaafden aan heroïne deel te nemen aan een methadone-onderhoudsprogramma, terwijl slechts 1 op 3 daar echt baat bij bleek te hebben. Van de resterende 2/3 bleek globaal 1/3 weinig of geen illegale drugs meer te gebruiken, maar functioneerde nog steeds marginaal, terwijl 1/3 ondanks het gebruik van methadone nog steeds veel illegale drugs gebruikte en in veel gevallen ernstig crimineel was (Van den Brink e.a., 1999).

In navolging van Zwitserland (Rehm e.a., 2001; Perneger e.a., 1998) is daarom in 1996 begonnen met een experiment voor patiënten die ondanks deelname aan een methadoneprogramma en ondanks adequate doseringen in dat methadoneprogramma, nog steeds (bijna) dagelijks illegale heroïne gebruikten en er slecht aan toe waren in termen van lichamelijk, psychisch en/of sociaal functioneren. In een gerandomiseerde studie werd bij een deel van de patiënten de behandeling met methadone (minimaal 60 mg/dag) voortgezet en kreeg een ander deel een aanbod om in aanvulling op de methadone dagelijks (7 dagen/week) 3 keer per dag heroïne te gebruiken op een speciaal daartoe ingerichte polikliniek. Het aanbod aan psychosociale ondersteuning was voor beide groepen gelijk. Na 12 maanden bleek de groep die aanvullend heroïne had gekregen veel minder illegale heroïne te gebruiken, veel minder crimineel te zijn, iets minder cocaïne te gebruiken en beter te functioneren in lichamelijk en psychisch opzicht (Van den Brink e.a., 2003). Bovendien werd in een aanvullende studie vastgesteld dat heroïne op medisch voorschrift niet alleen effectief maar ook kosteneffectief was (Dijkgraaf e.a., 2005). In vervolgonderzoek is duidelijk geworden dat ook buiten het experiment (in een routinematige behandeling met heroïne op medisch voorschrift) goede resultaten worden bereikt en dat de behaalde effecten na 12 maanden ook na 2, 3 en 4 jaar bij degenen die in behandeling blijven stabiliseren of nog iets verder verbeteren. Ondertussen zijn ook in gerandomiseerde studies in Spanje (Marche e.a., 2006) en Duitsland (Haasen e.a., 2005) positieve resultaten bereikt met heroïne op medisch voorschrift. Op dit moment worden tenslotte vergelijkbare experimenten uitgevoerd in Engeland en Canada.

In de presentatie voor de VAD geef ik een overzicht van de situatie in Nederland ten tijde van de start van het experiment en van de opzet en de bevindingen van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Daarna sta ik stil bij de huidige situatie in Nederland en de rest van Europa. Ik sluit de presentatie af met een korte beschrijving van vervolgonderzoek dat zich via contingentmanagement richt op vermindering van het cocaïnegebruik van patiënten in behandeling met heroïne op medisch voorschrift.



## Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials

Wim van den Brink, Vincent M Hendriks, Peter Blanken, Maarten W J Koeter, Barbara J van Zwieten, Jan M van Ree

### Abstract

**Objective** To determine whether supervised medical prescription of heroin can successfully treat addicts who do not sufficiently benefit from methadone maintenance treatment.

**Design** Two open label randomised controlled trials. **Setting** Methadone maintenance programmes in six cities in the Netherlands.

**Participants** 549 heroin addicts.

**Interventions** Inhalable heroin (n = 375) or injectable heroin (n = 174) prescribed over 12 months. Heroin (maximum 1000 mg per day) plus methadone (maximum 150 mg per day) compared with methadone alone (maximum 150 mg per day). Psychosocial treatment was offered throughout.

**Main outcome measures** Dichotomous, multidomain response index, including validated indicators of physical health, mental status, and social functioning.

**Results** Adherence was excellent with 12 month outcome data available for 94% of the randomised participants. With intention to treat analysis, 12 month treatment with heroin plus methadone was significantly more effective than treatment with methadone alone in the trial of inhalable heroin (response rate 49.7% v 26.9%; difference 22.8%, 95% confidence interval 11.0% to 34.6%) and in the trial of injectable heroin (55.5% v 31.2%; difference 24.3%, 9.6% to 39.0%). Discontinuation of the coprescribed heroin resulted in a rapid deterioration in 82% (94/115) of those who responded to the coprescribed heroin. The incidence of serious adverse events was similar across treatment conditions.

**Conclusions** Supervised coprescription of heroin is feasible, more effective, and probably as safe as methadone alone in reducing the many physical, mental, and social problems of treatment resistant heroin addicts.

### Introduction

An estimated 25 000 heroin addicts live in the Netherlands (population 16 000 000 inhabitants).<sup>1</sup> Most users (75-90%) inhale heroin ("chasing the dragon").<sup>2</sup> About three quarters of these addicts are served by a comprehensive treatment system, including various kinds of abstinence oriented treatment facilities and a wide range of facilities focusing on stabilisation or

minimisation of harm.<sup>1</sup> However, 5000-8000 people on methadone maintenance treatment regularly use illegal heroin, have serious physical and mental health problems, and live in socially marginalised conditions, characterised by illegal activities and a lack of social contacts outside the drug scene.<sup>3-5</sup>

A large cohort study in Switzerland ascertained the feasibility, safety, and efficacy of medical prescription of injectable heroin to 1969 addicts. There were considerable improvements in physical and mental health, various aspects of social integration, and illegal drug use in 237 patients who completed 18 months of heroin treatment.<sup>6</sup> Although this study indicated that heroin assisted substitution treatment is feasible, the effectiveness of treatment was difficult to judge because no (random) controls were available, before and after comparisons were restricted to those who completed treatment, and participants were obliged to take part in mandatory psychosocial counselling and care.<sup>7-9</sup> In a small randomised controlled trial (n = 51) in which intravenous heroin was compared with some standard treatment, functioning of the participants in the heroin group was significantly better after six months.<sup>10</sup> However, these positive effects could have been the result of the additional, and mandatory, psychosocial interventions in the group allocated to heroin.

We examined the effectiveness of medically coprescribed heroine in two open label randomised controlled trials among heroin addicts who had responded insufficiently to methadone maintenance treatment.

### Methods

#### Design

Five hundred and forty nine participants took part in two separate open label, multicentre (n = 6), randomised controlled (inhaling n = 375; injecting n = 174) and five treatment groups: three in the inhaling trial (A = control group: 12 months of methadone alone; B = experimental group: 12 months of methadone plus heroin; C = comparison group: six months of methadone alone followed by six months of methadone plus heroin) and two in the injecting trial (group A and group B) (fig 1). At the end of the 12 months participants in the control groups were offered six months of medically prescribed methadone plus heroin. In all cases the medically prescribed heroin was discontinued for at least two

See also p 321

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH), Stratum, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht, Netherlands

Wim van den Brink professor

Peter Blanken researcher

Amsterdam Institute for Addiction Research, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, Netherlands

Maarten W J Koeter assistant professor

Parnassia Addiction Research Centre, PO Box 2505 AA The Hague, Netherlands

Vincent M Hendriks senior researcher

Netherlands Medicines Evaluation Board, Kalvermarkt 53, The Hague, Netherlands

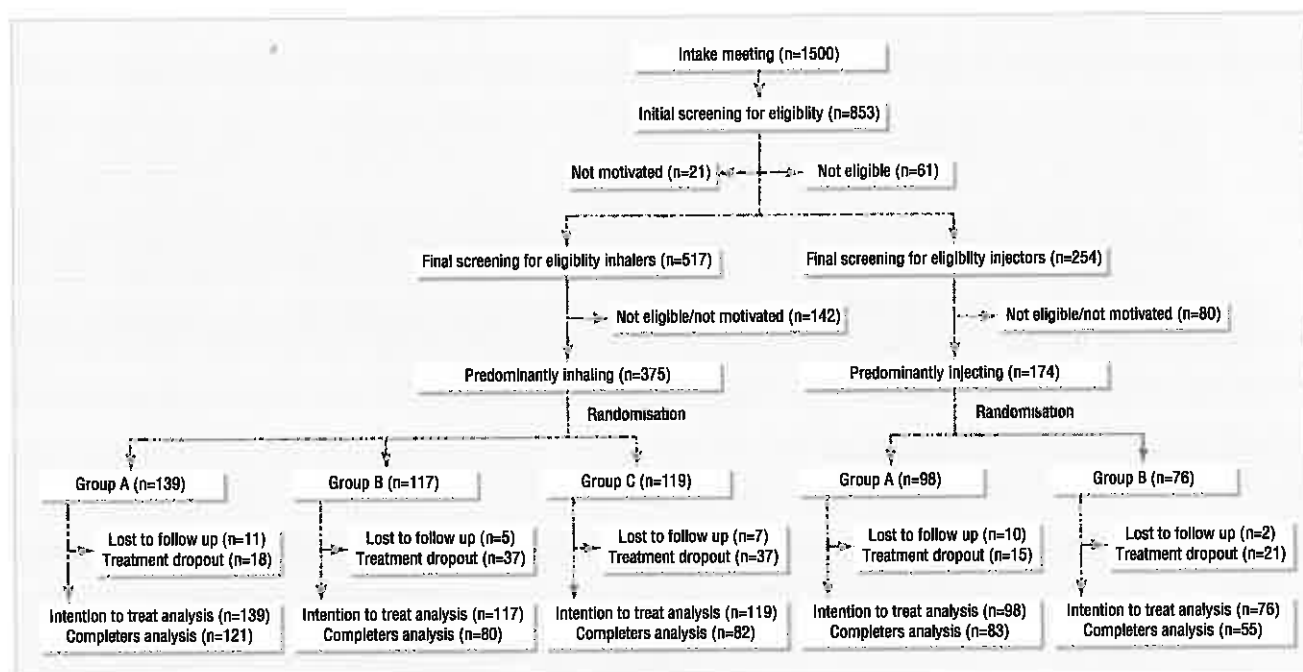
Barbara J van Zwieten delegate to CPMP

Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, Utrecht University, Utrecht, Netherlands

Jan M van Ree professor

Correspondence to: W van den Brink [w.vandenbrink@amc.uva.nl](mailto:w.vandenbrink@amc.uva.nl)

[bmj.com](http://bmj.com) 2005;327:310



**Fig 1** Progress of participants through stages of trials (A=control group—methadone only; B=experimental group—methadone plus heroin; C=comparison group—methadone alone then methadone plus heroin)

months after the end of the experimental treatment period. All patients had full access to standard medical and psychosocial services.

An independent monitoring organisation centrally carried out randomisation separately for the two trials and the six cities and prestratified for sex and ethnicity. Because different attrition rates were expected in the different treatment conditions, participants within each block were randomised to the treatment conditions with a predetermined ratio of 135:115:125 for the control (A), experimental (B), and comparison (C) groups.

#### Participants and treatments

Included participants had regularly attended methadone maintenance programmes during the previous six months, were at least 25 years old, and met diagnostic criteria for heroin dependence during the past five years according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV).<sup>11</sup> They had all used at least 50 mg (inhaling trial) or 60 mg (injecting trial) methadone a day for an uninterrupted period of at least four weeks in the previous five years; used illicit heroin daily or nearly every day; had poor physical or mental health or poor social functioning; and had not voluntarily abstained from heroin for longer than two months in the previous year. None of the women who took part were pregnant or breast feeding.

Participants were recruited from existing methadone maintenance programmes in six cities between 15 July 1998 and 1 October 2000. They were allocated to either the inhaling or the injecting trial depending on how they usually used the drug. Participants in the control groups were reallocated to their methadone programme of origin and received standard methadone maintenance treatment. Those in the experimental and comparison groups (group B for 12 months and group C for the last six months) were allowed to visit the newly established treatment units seven days a

week, three times a day. Methadone was delivered once a day. Participants were allowed to use a maximum of 400 mg heroin each visit and a maximum of 1000 mg a day. They were not allowed to take any home. An aqueous solution of heroin hydrochloride was used in the injecting trial and a 3:1 mixture of heroin base and caffeine in the inhaling trial. Caffeine was added to increase the bioavailability of heroin to 35–45%.<sup>12 15</sup>

#### Assessments

Independent research assistants assessed participants before the trial and then every two months. They assessed diagnosis and baseline characteristics using the composite international diagnostic interview (CIDI) and the European version of the addiction severity index (EuropASI).<sup>14–16</sup>

To be eligible for the study, participants had to be resistant to treatment as indicated by continued illegal use of opiates and poor physical functioning, mental health, and social integration. We defined poor physical functioning as score  $\geq 8$  on the health symptoms scale of the Maudsley addiction profile (MAP-HSS),<sup>17</sup> poor mental health as score  $\geq 4.1$  in men and  $\geq 6.0$  in women on the symptom checklist (SCL-90),<sup>18–20</sup> and poor social integration as being involved in criminal activities for at least six days during the past month or at least six days without at least 30 minutes' personal contact a day with a non-using person. We validated self reported data on illicit cocaine against urinalysis (overall agreement 86%;  $\kappa = 0.66$ , 95% confidence interval 0.58 to 0.75). Self reported data on charges by the police showed good agreement with data from the police register (overall agreement 90%;  $\kappa = 0.62$ , 0.43 to 0.82).

We used a prespecified dichotomous, multidomain outcome index as the primary outcome parameter. Patients were considered as responders if they showed at least 40% improvement in at least one of the three domains of inclusion (physical, mental, social) at the

end of the treatment compared with baseline; if this improvement was not at the expense of a serious ( $\geq 40\%$ ) deterioration in functioning in any of the other outcome domains; and if the improvement was not accompanied by a substantial ( $\geq 20\%$ ) increase in use of cocaine or amphetamines.

Additional outcome parameters were completion of treatment and sustained response. We defined completion of treatment as the percentage of patients still in the intended treatment at the end of the trial. Sustained responders were participants who became a responder before the 12 month assessment and remained responders during the course of the trial. The effect of discontinuation was described in terms of the percentage of completers and responders who showed substantial deterioration ( $\geq 20\%$  of baseline score) two months after discontinuation on at least one of the outcome domains on which they responded at 12 months.

The treating physician continuously documented all clinically significant adverse events and all serious and unexpected adverse events in the medical file and in the case record form at each assessment.<sup>21</sup>

### Statistical analysis

To test the primary hypothesis we performed an intention to treat analysis separately for each trial and included all patients who were notified about the result of the randomisation. The magnitude of the difference between treatment conditions was calculated as a difference in the percentage of responders (RD). In addition, for the primary outcome variable we have provided an estimate of the number of people who would need to be treated to produce one additional responder (NNT = 1/RD). We used a multiple imputation procedure to estimate missing data for the 12 month assessment (Solas version 3.2; predictive model based method with five imputed datasets). Other analyses were performed with the same procedure. A clinically relevant effect was predefined as a percentage of responders of 20% or more. Based on two tailed testing with  $\alpha = 0.05$  and  $\beta = 0.20$  we estimated that we needed 108 participants per condition. Statistical analyses were performed with SAS version 8.0 (SAS Institute, Cary, NC).

**Table 1** Baseline characteristics of 549 heroin addicts who participated in study, according to prescribed treatment

	Inhaling			Injecting	
	A* (n=139)	B† (n=117)	C‡ (n=119)	A* (n=98)	B† (n=76)
Age (years)	39.6	40.0	39.1	38.0	39.2
Male (%)	79.1	78.6	81.5	81.8	82.9
Ethnic Dutch (%)	82.7	80.2	80.5	94.9	96.1
Employed (%)	6.5	5.2	12.1	8.2	8.1
Stable housing (%)	90.6	89.7	86.4	84.7	77.6
Regular drug use (years):					
Heroin	16.7	16.9	16.4	15.4	16.6
Methadone	12.4	12.9	11.9	11.7	12.6
Cocaine	8.0	9.3	7.8	10.1	9.6
Amphetamines	1.5	1.4	1.8	3.0	3.1
Drug use in past month (days):					
Heroin	25.9	25.9	25.5	25.9	25.2
Methadone	28.7	28.9	29.1	29.1	29.1
Cocaine	15.2	15.2	13.4	18.0	15.5
Amphetamines	0.1	0.1	0.7	1.2	0.9
Previous drug free treatment (%)	59.4	54.7	58.8	67.0	65.8
Ever overdosed (%)	30.9	28.2	29.4	49.0	47.4
Additional need for addiction treatment (%)§	66.9	65.8	72.9	63.3	57.9
Physical health:					
Mean MAP-HSS	11.6	10.6	11.8	11.1	12.1
HIV positive (%)	9.9	3.9	5.6	13.3	13.3
Somatic medication (%)	28.8	21.4	24.4	22.5	19.7
Additional need for somatic treatment (%)§	29.2	24.8	36.4	39.8	35.5
Mental health:					
Mean SCL-90	70.7	68.4	79.4	72.7	76.3
Ever attempted suicide (%)	17.3	25.6	28.9	40.2	35.5
Psychiatric medication (%)	33.1	32.5	38.7	35.7	34.7
Any current DSM-IV diagnosis (%)	27.7	28.2	36.1	34.0	31.6
Additional need for psychiatric treatment (%)§	26.6	26.5	31.9	32.7	39.6
Social functioning:					
Illegal activities in past month (days)	11.2	11.4	8.4	11.5	12.9
Contact with non-users in past month (days)	16.3	15.8	14.1	13.7	12.1
Median No of charges for theft	10.0	6.0	8.0	10.0	15.0
Median time incarcerated (months)	12.0	12.0	10.0	19.0	13.0

MAP-HSS=Maudsley addiction profile-health symptoms score<sup>17</sup>; SCL-90=symptom checklist-90 item version<sup>18-20</sup>; DSM-IV=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition.

\*12 months of methadone alone.

†12 months of methadone plus heroin.

‡6 months of methadone alone, followed by 6 months of methadone plus heroin.

§Based on ASI severity rating  $\geq 5$ .

## Results

Table 1 shows details of the participants recruited. There were no significant differences between the groups.

Twelve month follow up data were available for 93-94% of the randomised participants (fig 1). Completion rates were high in all treatment groups, but somewhat higher in the group allocated to methadone alone than in the group allocated to heroin plus methadone (table 2). However, 7% (13) of the intention to treat population in the experimental condition never started the heroin treatment, and 6% (11) were expelled from heroin treatment because of (repeated) violation of the house rules. On average, participants who completed treatment visited the heroin dispensing units 2.1 times a day, used 260 mg heroin a visit, and used 548 mg a day. The mean dose of methadone ranged from 67 mg a day in the inhaling protocol to 71 mg a day in the injecting protocol in the control groups and from 57 mg to 60 mg a day in the experimental and comparison groups.

The experimental treatment with 12 months of methadone plus heroin was significantly more effective than 12 months of methadone alone, both in the inhaling trial (difference = 22.8%, 95% confidence interval 11.0% to 34.6%; number needed to treat = 4.4, 2.9 to 9.1) and in the injecting trial (difference = 24.3%, 9.6% to 39.0%; number needed to treat = 4.1, 2.6 to 10.4) (table 2). Treatment centre and the interaction between centre and condition were not significantly related to outcome. Similar effects were observed for the participants treated for six months (data not presented).

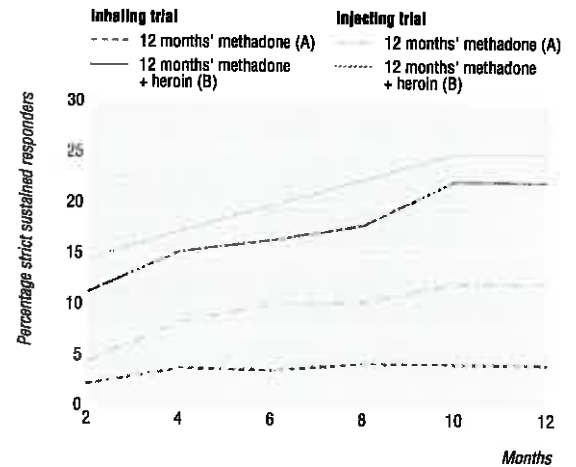


Fig 2 Sustained response to treatment during 12 months of trials of prescribed heroin (inhaling and injecting)

Results for those who completed the study were similar to those from the intention to treat analysis (table 2). Sustained response rates were of course lower than simple response rates, but the difference between the treatment conditions remained significant (table 2). The difference in the rate of sustained response increased during the course of the study (fig 2).

Treatment responders showed clinically relevant improvements in all outcome domains. These changes were absent in non-responders, with the exception of a reduction in illegal activities in the participants who received heroin in addition to methadone

Table 2 Selected outcome measures in heroin addicts according to prescribed treatment. Figures are numbers (percentage) of participants

	Inhaling			Injecting		
	A* (n=139)	B† (n=117)	Difference‡ (95% CI)	A* (n=98)	B† (n=76)	Difference (B-A) (95% CI)
Completed 12 months' treatment (%)	121 (87)	80 (68)	18.7 (8.8 to 28.6)	83 (85)	55 (72)	12.3 (0.2 to 24.5)
Response at 12 months' (%):						
ITT/MI	37 (27)	58 (50)	22.8 (11.0 to 34.6)	31 (31)	42 (56)	24.3 (9.6 to 39.0)
CA/MI	34 (28)	41 (51)	23.5 (9.8 to 37.2)	32 (39)	32 (58)	19.4 (2.5 to 36.3)
Sustained response at 12 months (%) (ITT/MI)	6 (4)	26 (22)	17.9 (9.7 to 26.1)	11 (12)	19 (25)	13.1 (1.5 to 24.7)

ITT=intention to treat (all patients who were notified about result of randomisation); MI=multiple imputation for missing values; CA=completers' analysis.

\*12 months of methadone alone.

†12 months of methadone plus heroin.

Table 3 Mean changes in status in participants allocated to methadone plus heroin who deteriorated in the two months after discontinuation of heroin treatment

	Inhaling (n=34)			Injecting (n=27)		
	Baseline	Month 12	Month 14	Baseline	Month 12	Month 14
MAP-HSS (score range 0-40)	10.9	5.4	13.0	12.0	4.3	13.2
SCL-90 (score range 0-360)	70.0	22.3	75.6	74.2	30.6	62.1
Days of illegal activities (range 0-30 days)*	11.1	0.4	15.7	13.5	0.3	16.0
Days with no personal contact (range 0-30 days)*	15.2	11.2	21.2	17.3	11.9	19.5
Days of cocaine use (range 0-30 days)*	11.5	8.6	11.3	12.6	8.1	12.8
Days in controlled environment (range 0-30 days)†	—	0	0.1	—	0.1	0.1

MAP-HSS=Maudsley addiction profile-health symptoms score; SCL-90=symptom checklist-90 item version.

\*Days in past month without at least 30 minutes' personal contact per day with people not using heroin.

†No baseline data presented because participants who spent >7 days in controlled environment excluded from baseline assessment.



**Table 4** Serious adverse events in intention to treat population during 12 month study period

	Inhaling (n=375)			Subtotal	Injecting (n=174)			Total (n=549)
	A (n=139)	B (n=117)	C (n=119)		A (n=98)	B (n=76)	Subtotal	
No of events	14	14	12	40	7	11	18	58
No (%) with ≥1 event	11 (7.9)	14 (12.0)	11 (9.2)	36 (9.6)	7 (7.1)	9 (11.8)	16 (9.2)	52 (9.5)
Possibly related to heroin use	NA	5	1	6	NA	4	4	10
Probably/definitely related to heroin use	NA	2	0	2	NA	0	0	2

NA=not applicable as heroin not prescribed in control group.

Many (82%, 94) of the treatment responders in the experimental group deteriorated substantially in the two months after the planned discontinuation of the coprescribed heroin. Two months after discontinuation the mean scores on the constituent scales of the multi-domain outcome index had returned to the scores seen just before the start of the intervention (table 3).

Table 4 shows that the incidence of serious adverse events (almost 10% of the intention to treat population) was similar in all groups. Only two events were probably or definitely related to the study medication: one serious (but not fatal) heroin overdose and one non-fatal car crash in someone using heroin and cocaine. There were three deaths (one in group A, one in group B, and one in group C (in the first phase before heroin was prescribed)), one of which was probably related to the coprescribed heroin.

## Discussion

In our two trials supervised medical coprescription of heroin to treatment resistant heroin addicts was more effective than and probably just as safe as methadone alone. We saw considerable improvements in physical and mental condition and social functioning and few serious adverse events. The observed positive effects were not dependent on the route of administration of the coprescribed heroin. Our results also indicate that medical coprescription of heroin should be long lasting to obtain stable positive outcomes. However, depending which response criterion we used, 45-88% of the participants did not respond to the medical coprescription of heroin, and additional interventions must be developed and implemented.

Our findings generally agree with those from the small randomised controlled trial of Perneger et al<sup>10</sup> and those from the large uncontrolled study of Rehm et al.<sup>6</sup> The most important advantage of our study is that the observed effects of the coprescription of heroin could not be attributed to a difference in the offer of psychosocial treatment between the experimental and the control groups.

## Limitations

There were, however, some methodological limitations. Given the nature of the medication under study we could not use a double blind design.<sup>22</sup> We also exclusively used self reported outcome data. However, research has shown that self reported data collected by researchers is generally truthful, reliable, and valid in this kind of population, provided that confidentiality is ensured and that no sanctions are connected to the content of the answers.<sup>23</sup> Our study met these criteria. In addition, the self reported data on police charges and use of cocaine corresponded well with data from

## What is already known on this topic

Methadone maintenance is used to treat heroin addicts, though a substantial number do not experience any benefit

A few restricted studies have shown that the medical prescription of heroin in combination with mandatory psychosocial treatments may be feasible

## What this study adds

Supervised medical prescription of a combination of methadone plus heroin is feasible, safe, and effective with clinically relevant improvements in physical health, mental status, and social functioning (including substantial reductions in criminal behaviours)

the police register and from urinalysis. Finally, there was a difference in settings between the treatment groups. Methadone prescription and dispensing took place in existing treatment locations with existing treatment staff, whereas the combined prescription of methadone and heroin took place in newly established locations with specially recruited staff members. Despite these limitations, however, we consider that our study provides strong evidence of the efficacy of prescribed heroin for addicts who are resistant to other forms of treatment.

We thank Ineke Huijsman for her coordinating activities during the trials. The Netherlands Medicines Evaluation Board was not involved in the study.

**Contributors:** All authors were responsible for analysis and interpretation, revising the manuscript, and final approval of the paper. WvdB and VMH were also responsible for concept and design and the first draft. B|vZ and JMvR were also responsible for concept and design. WvdB is guarantor.

**Funding:** The study was commissioned and financially supported by the Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sports. The guarantor accepts full responsibility for the conduct of the study, had access to the data, and controlled the decision to publish.

**Competing interests:** None declared.

**Ethical approval:** The study was approved by the Central Committee on Medical Ethics (KEMO) and conducted according to ICH/EU Good Clinical Practice guidelines.<sup>21</sup> All participants provided written informed consent.

- 1 Van den Brink W, Hendriks VM, Van Ree J. Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands. *J Drug Issues* 1999;29:587-608.
- 2 Nationale Drug Monitor (NDM). *Jaarbericht NDM 2001*. Utrecht: Bureau NDM, 2001.
- 3 Driessen FMHM. *Methadonverstrekking in Nederland*. Utrecht: Bureau Driessen, 1990.
- 4 Driessen FMHM. *Methadoncliënten in Nederland*. Utrecht: Bureau Driessen, 1992.

- 5 Driessen FMHM, Völker BGM, Kregting J, Van der Lelij B. *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar*. Utrecht: Bureau Driessen, 1999.
- 6 Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gunzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001;358:1417-20.
- 7 Farrel M, Hall W. The Swiss heroin trials: testing alternative approaches. *BMJ* 1998;316:639.
- 8 Wodak A. Prescribing heroin: nothing else to fear but fear itself? Illicit drug policy based on punitive measures has failed, and it is time to seek a health care approach. *Med J Austr* 1998;168:590-1.
- 9 Ali R, Auriacombe M, Casas M, Cottler L, Farrel M, Kleiber D, et al. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. *Sucht* 1999;45:160-70.
- 10 Perneger TV, Giner F, Del Rio M, Mino A. Randomized trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998;317:13-8.
- 11 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 12 Huizer H. Analytical studies on illicit heroin. V. Efficacy of volatilization during heroin smoking. *Pharmaceutisch Weekblad* 1987;9:203-11.
- 13 Hendriks VM, Van den Brink W, Blanken P, Bosman I, Van Ree JM. Heroin self-administration by means of 'chasing the dragon': pharmacodynamics and bio-availability of inhaled heroin. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001;11:241-52.
- 14 Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res* 1995;1:208-10.
- 15 McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, McGahan F, O'Brien CP. *Guide to the addiction severity index: background, administration, and field testing results*. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse, 1985.
- 16 Robins LN, Wing J, Wittchen HU. The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
- 17 Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrel M, Lehmann P, et al. The Maudsley addiction profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 1998;93:1857-67.
- 18 Derogatis LR. *SCL-90-R: administration, scoring and procedures. Manual II*. Towson MD: Clinical Psychometric Research, 1983.
- 19 Hendriks VM. Psychiatric disorders in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM-III diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:158-65.
- 20 Franken IHA, Hendriks VM. Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients. *Am J Addict* 2001;10:30-9.
- 21 ICH Steering Committee. *International conference on harmonisation of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use: statistical principles for clinical trials: note for guidance on statistical principles for clinical trials*. London: European Agency for Evaluation of Medicinal Products, Human Medicines Evaluation Unit, 1998 (CPMH/ICG/33/95).
- 22 Bammer G, Dobler-Mikola A, Fleming PM, Strang J, Uchtenhagen A. Prescription heroin to dependent users: integrating science and politics. *Science* 1999;284:1277-8.
- 23 Rounsaville BJ. Rationale and guidelines for using comparable measures to evaluate substance abusers: an overview. In: Rounsaville BJ, Tims FM, Horton AM, Sowder BJ, eds. *Diagnostic source book on drug abuse research and treatment*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1993:1-10.  
(Accepted 23 May 2003)