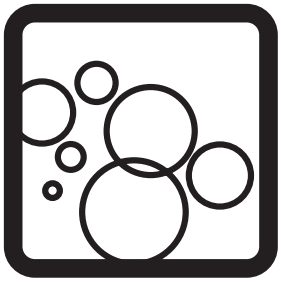
SolutionS Center: een evidence-based behandeling voor verslaving?

Resultaten van een literatuurstudie



Anke Snoek
Agnes van der Poel
Dike van de Mheen

IVO
SOLUTIONS CENTER

SolutionS Center: een evidence-based behandeling voor verslaving? Resultaten van een literatuurstudie
Anke Snoek, Agnes van der Poel & Dike van de Mheen

April 2008

IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
T 010 425 33 66
secretariaat@ivo.nl

ISBN 978-90-74234-78-8

Ontwerp en druk: Basement Grafische Producties, Den Haag

Inhoudsopgave

1 SolutionS **6**

2 Vraagstelling en methode **10**

3 De 12-stappenbenadering **13**
3.1 Begripsbepaling 14
3.2 Algemene effectiviteit 16
3.3 Kritiek 17
3.4 Matching 18
3.5 Effectieve bestanddelen 20
3.6 Spiritualiteit 22

4 Cognitieve gedragstherapie **26**
4.1 Begripsbepaling 26
4.2 Algemene effectiviteit 27
4.3 Enkele interventies uitgelicht 28
4.4 Effectieve bestanddelen 29
4.5 Matching 29
4.6 Beperkingen 30

5 Het betrekken van significante anderen bij de behandeling **34**
5.1 Begripsbepaling 34
5.2 Algemene effectiviteit 34
5.3 Matching 36

6 24 uurs beschikbaarheid van een counsellor **38**

7 Nazorg **40**
7.1 Begripsbepaling 40
7.2 Algemene effectiviteit 41
7.3 Enkele interventies en hun matchingseffecten uitgelicht 41
7.4 Combinatie zelfhulpgroepen en professionele nazorg 45

8 De setting van de behandeling **48**
8.1 Wellness 48
8.2 Wachtlijst 50
8.3 Eigen financiële bijdrage 51

9 Gecombineerde effectiviteit **54**
9.1 Het Minnesota Model 54
9.2 Het Matrix Model 56
9.3 Cognitieve gedragstherapie en de 12-stappenbenadering 57
9.4 Cognitieve gedragstherapie en spiritualiteit 57
9.5 Het bio-psycho-sociale model en holisme 58
9.6 Aanpak van SolutionS en de Stages of change 58

10 Conclusie en discussie **60**
10.1 Methodologische overwegingen: beperking van evidence-based onderzoek 60
10.2 Beantwoorden van de onderzoeksvragen: de effectiviteit van de behandeling van SolutionS 61
10.3 Conclusie 65

Literatuurlijst **66**

Bijlage
Bijlage 1 Literatuurstudie 80
Bijlage 2 Literatuuroverzicht reviews 84
Bijlage 3 De 12-stappen 87

hoofdstuk 1

SolutionS

Hoofdstuk 1

SolutionS

Inleiding

Dit onderzoek is geïnitieerd door verslavingskliniek SolutionS met als doel de door hun ontwikkelde behandelmethode voor de nieuwe kliniek SolutionS Center wetenschappelijk te toetsen. Het behandelmodel is in de loop der jaren ontwikkeld uit een zoektocht naar optimale beschikbare en toegepaste therapievormen. SolutionS is er van overtuigd dat de integrale behandeling die zij biedt van hoogwaardige kwaliteit is, met noemenswaardige resultaten. Om hun resultaten inzichtelijk te maken hebben zij onderzoeksbureau IVO opdracht gegeven tot twee wetenschappelijke onderzoeken: een literatuurstudie en een effectstudie. Dit rapport geeft de resultaten weer van de literatuurstudie naar de behandelmethode van SolutionS Center met de vraagstelling: in hoeverre zijn de verschillende onderdelen van de behandeling die SolutionS heeft ontwikkeld evidence-based? Hoofdstuk 2 en verder gaat nader in op de onderzoeksopzet en resultaten.
In dit hoofdstuk wordt een korte historie van SolutionS geschetst alsmede de uitgangspunten en visie voor de totstandkoming van de nieuwe kliniek SolutionS Center.

Historie

SolutionS is een particuliere zorgverlener binnen de Nederlandse verslavingszorg die een integrale behandeling biedt van doserings- c.q. verslavingsproblemen op het gebied van: alcohol, drugs, medicijnen, gokken, seks, nicotine en eetstoornissen. Don Schothorst is de oprichter en grondlegger van SolutionS Addiction Treatment Consultants die in 2003 begonnen is met de eerste privé-verlavingskliniek. Schothorst, bekend uit de reclamewereld en ervaringsdeskundige, kickte zelf af in een privé-kliniek in Engeland. Hij constateerde dat de Nederlandse verslavingszorg vooral gericht is op de lagere klassen, terwijl er juist onder hogere sociale klasse en in toenemende mate ook bij hoog opgeleide vrouwen een groei van dosering- en verslavingsproblemen te constateren valt. Deze doelgroep voelt zich vaak niet thuis in de reguliere verslavingszorg. SolutionS biedt particuliere verslavingszorg aan voornamelijk deze groep. SolutionS tracht niet alleen zorg te bieden voor deze specifieke doelgroep, maar wil ook een cultuurverandering teweeg brengen over verslaving in het algemeen en de behandeling in het bijzonder.

Het hoofdkantoor van SolutionS Addiction Treatment Consultants is gevestigd in Barneveld. SolutionS werkt samen met diverse partnerklinieken (zowel particulier als toegelaten) in Engeland, Duitsland, Portugal, de USA en Zuid-Afrika. In 2006 bood SolutionS Addiction Treatment Consultants hulp aan ongeveer 600 cliënten.

In 2008 werd een Nederlandse kliniek in Voorthuizen geopend, SolutionS Center, zijnde een eigen kliniek als toegelaten GGZ-instelling gebaseerd op private beginselen. Deze kliniek is opgericht omdat er een groeiende doelgroep bleek voor wie in Nederland geen gepaste zorg is, en voor wie de klinieken in het buitenland niet toegankelijk zijn wegens taal- of financieringsproblemen.

De behandeling van SolutionS Center is ontwikkeld aan de hand van ervaringen opgedaan in de partnerklinieken in het buitenland en poliklinieken in Nederland. De behandeling onderscheidt zich van de reguliere zorg door een integrale op maat gesneden behandeling, zonder wachtlijsten, met nazorg en in een omgeving waar veel aandacht is voor wellness en lichamelijk welbevinden. Inchecken in één van de klinieken is mogelijk binnen 24 uur na de kennismaking. De behandeling bestaat uit drie fasen. De eerste fase omvat een intensief basisprogramma van 28 dagen. Vervolgens wordt in twee fasen de terugkeer naar de thuissituatie voorbereid. Onder therapeutische begeleiding leert de cliënt weer om te gaan met zijn vrijheid, verantwoordelijkheid, werk of studieactiviteiten. Hierna volgt een intensief nazorgtraject om terugval te voorkomen. Voor familieleden is, afgesteld op hun wensen, een parallel traject beschikbaar.

SolutionS Center hanteert een holistische benadering, verslaving is een ziekte die zowel het lichaam, de geest als de ziel raakt. Herstel wordt op al deze gebieden ingezet. De behandeling bestaat uit een driehoek die een traditionele behandeling, lichaamsgericht werken en spiritualiteit combineert. Vandaar dat het behandelteam van SolutionS Center multidisciplinair is en bestaat onder andere uit: verpleegkundigen, massagetherapeuten, fitnesstrainers, psychologen, psychiaters, (spiritueel) counsellors, dramatherapeuten en meditatietherapeuten.

De behandeling van SolutionS Center heeft als doel (langdurige) abstinentie. Samenvattend heeft de behandeling (onder meer) de volgende kenmerken:

- De doelgroep bestaat uit personen (jong en oud) uit de hogere sociale klasse van Nederland en België met een verslavingsprobleem.
- Geen wachttijden, geen wachtlijst. Na het eerste telefoongesprek kan het intakegesprek binnen 24 uur plaatsvinden, het behandeltraject kan kort daarna van start gaan. Inchecken in een kliniek is mogelijk binnen 24 uur na kennismaking.
- In de kliniek ligt veel nadruk op de privacy van cliënten, wegens de publieke status van cliënten. Totale discretie is vanzelfsprekend.
- Cliënten krijgen een counsellor die ze 24 uur per dag kunnen bereiken. Counsellors ondersteunen de cliënt tijdens en na de behandeling.
- Cliënten betalen mee aan de behandeling. SolutionS Center gaat er van uit dat door deze eigen bijdrage cliënten zich committeren aan de behandeling. Hierdoor ontstaat een selectie op motivatie.

- De behandeling, zowel klinisch als ambulant, is gebaseerd op een combinatie van de 12-stappenbenadering en cognitieve gedragstherapie zoals die toegepast wordt binnen het Minnesota Model (klinisch) en het Matrix Model (ambulant).
- In de kliniek is veel aandacht voor wellness, voor een helende omgeving en een lichaamsgerichte benadering.
- Nazorg is een verplicht onderdeel van het behandeltraject.
- De omgeving van de cliënt (familie en naastbetrokkenen) wordt nauw betrokken worden bij de behandeling en de nazorg.

hoofdstuk 2

Methode

Hoofdstuk 2

Vraagstelling en methode

Vraagstelling

De doelstelling van het literatuuronderzoek is de wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van SolutionS Center (verder te noemen SolutionS). De onderzoeksvragen zijn de volgende:

1. **Welke effecten hebben de onderdelen van de behandeling van SolutionS** onafhankelijk van elkaar op (langdurige) abstinentie van alcohol/drugs?
2. Welke effecten hebben de gecombineerde onderdelen **van de behandeling van SolutionS op (langdurige) abstinentie van alcohol/drugs?**

De acht onderdelen van de behandeling van SolutionS waar het onderzoek zich op richt zijn:

- 12-stappenbenadering
- cognitieve gedragstherapie
- significante anderen betrekken bij de behandeling
- 24 uurs beschikbaarheid van een counsellor
- nazorg

- wellness
- geen wachtlijst
- eigen financiële bijdrage

De eerste vijf aspecten maken deel uit van de behandeling volgens het Minnesota Model, en zullen in aparte hoofdstukken besproken worden. De laatste drie aspecten zijn een lokale aanvulling op het Minnesota Model door SolutionS en zullen in één hoofdstuk besproken worden, samengevat onder de titel ‘setting van behandeling’.

Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt een internationale literatuurstudie uitgevoerd, aangevuld met een telefonische ronde langs relevante organisaties en onderzoekers in Nederland.

Voor de telefonische ronde benaderden wij 21 relevante sleutelfiguren (in Nederland) telefonisch met de vraag naar de meest recente stand van zaken op hun vakgebied. Deze sleutelfiguren waren onderzoekers bij bijvoorbeeld universiteiten en verslavingszorginstellingen, maar ook onderzoekers bij bijvoorbeeld het Informatie- en Ontwikkelcentrum voor Zelfhulp en Verslaving en de Stichting Welbevinden en Interieur in Zorginstellingen. Zij droegen verschillende referenties en zoektips aan die verwerkt zijn in de literatuurstudie.

De methode van de literatuurstudie is gebaseerd op de methodes ontwikkeld door het CBO en Resultaten Scoren. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is er op gericht om het evidence-based werken in de gezondheidszorg te bevorderen, Resultaten Scoren heeft dezelfde functie voor de verslavingszorg. Zowel in de EBRO-handleiding van het CBO (2006) als het Masterprotocol van Resultaten Scoren (Jansen en Snoek, 2007) neemt de literatuurstudie een belangrijke plaats in. Voor een uitgebreide beschrijving van de literatuurstudie zie bijlage 1.

De telefonische interviews en het literatuuronderzoek leverden de volgende resultaten op. Er zijn drie recente Engelstalige handboeken gevonden over bewezen effectieve methoden in de verslavingszorg, twee over de behandeling van zowel alcohol- als drugsafhankelijkheid (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2006 (hierna afgekort als APA); Berglund, Johnsson en Thelander, 2003), en een voor alcohol (Hester en Miller, 2003). Er zijn drie recente Nederlandse reviews gevonden, een over alcoholbehandeling (Van den Brink et al., 2007/concept), een over drugsbehandeling (Van Gageldonk, Ketelaar en Van Laar, 2006), en een over beide (Emmelkamp en Vedel, 2007). Verder zijn er specifiek bij de verschillende interventies Engelstalige en Nederlandse reviews gevonden over bewezen effectieve behandelingen in de verslavingszorg. In Nederland heeft Resultaten Scoren reviews uitgevoerd naar de 12-stappenbenadering (Geelen, 2003), cognitieve gedragstherapie (Rietdijk, 2000) en nazorg (Verster, 2005, 2003). Er zijn twee Nederlandse reviews gevonden over de invloed van omgevingsfactoren op herstel (Dijkstra, Pieterse en Pruyn, 2006; Van den Berg, 2005). De gevonden buitenlandse reviews zijn vermeld in bijlage 2.
Ondanks de verscheidenheid aan studies, die allen verschillende methoden, uitkomstvariabelen en doel van studie hebben, is er voldoende bewijs gevonden om uitspraken te doen over de effectiviteit van de behandeling van SolutionS.

Leeswijzer

In de hoofdstukken 3 tot en met 8 wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoordt die de effectiviteit van de verschillende behandelonderdelen onderzoekt. Per behandelonderdeel zal eerst een begripsbepaling gegeven worden van de desbetreffende interventie. Vervolgens wordt gekeken naar de effectiviteit van de interventie in het algemeen en van specifieke toepassingen van de interventie. Eventuele kritiek op de interventie wordt besproken, evenals de werkzame bestanddelen en mogelijke matchingseffecten.
In hoofdstuk 9 zal gekeken worden naar de tweede onderzoeksvraag: de gecombineerde effectiviteit van verschillende behandelonderdelen. Hoofdstuk 10 bevat de conclusie en discussie.

hoofdstuk 3

de stappen

De 12-stappenbenadering

Hoofdstuk 3

De 12-stappenbenadering

3.1 Begripsbepaling

Een begripsbepaling is van belang omdat er verschillende interventies zijn die de 12-stappenbenadering gebruiken: zelfhulpgroepen, Minnesota Model, Twelve Step Facilitation Therapy, Matrix Model. De term 12-stappenbenadering wordt meestal globaal gebruikt zonder onderscheid te maken in deze interventies.

12-stappenbenadering

De 12-stappenbenadering is ontwikkeld door de zelfhulpgroepen van de Alcoholics Anonymous (AA) als methodiek voor het bereiken van abstinentie bij alcoholproblemen. Alcoholics Anonymous werd in 1935 opgericht in New York door Bill Wilson en Bob Smith. Deze twee mannen merkten tijdens een openhartig gesprek over de ellende van hun alcoholverslaving, dat het delen van hun ervaringen hen hielp om abstinent te blijven. Vanuit deze ervaring richtten zij zelfhulpgroepen op. In deze groepen proberen deelnemers met eenzelfde verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, gokken) deze problematiek zonder professionele begeleiding in de groep de baas te worden. Later werden soortgelijke groepen opgericht voor familieleden van verslaafden (Geelen, 2003).
Beide oprichters hadden een christelijke achtergrond, zij zagen binnen zelfhulpgroepen een belangrijke rol weggelegd voor bepaalde beginselen uit het geloof, zonder zich te willen binden aan een godsdienst. In 1939 schrijft Wilson het boek Alcoholics Anonymous waarin hij 12 stappen tot abstinentie beschrijft, die hij gedeeltelijk ontleent aan de Christelijke Oxford Group (McGee, 2000), en gedeeltelijk afleidt uit zijn ervaringen opgedaan in zelfhulpgroepen. De 12-stappenbenadering bestaat, zoals de naam al aangeeft, uit 12 stappen. Voor een uitgebreide beschrijving van de 12-stappen, zie bijlage 3. Deze stappen kunnen in verschillende fasen ingedeeld worden. In de eerste fase (stap 1-3) erkent de verslaafde dat hij machteloos staat tegenover zijn verslaving en hulp nodig heeft van buiten af. Vervolgens (stap 4-6) maakt de verslaafde de balans op van zijn leven: hoe heeft de verslaving hem en de mensen om hem heen geschaad? In de derde fase (stap 7-9) probeert de verslaafde deze schade zo veel mogelijk te herstellen. De laatste fase (10-12) gaat om een levenslange bestendiging van de nieuwe levensstijl via zelfonderzoek, meditatie en hulp bieden aan

andere verslaafden. Fase 1 omvat de beslissing, in fase 2 en 3 gaat de verslaafde over tot actie, in fase 4 staat het behouden van de verandering centraal (Corveleyn en Van Limbergen, 2001). Er zijn ook werkboeken die het herstelproces via de 12 stappen ondersteunen door middel van schrijfopdrachten (Carnes, 1993).

De visie op verslaving achter de 12-stappenbenadering is dat verslaving een chronische, progressieve ziekte is, waarbij alleen totale abstinentie naar herstel leidt. Deze ziekte tast mensen aan in fysiek, mentaal, emotioneel, sociaal en spiritueel opzicht en vraagt daarom om een holistische, multidisciplinaire aanpak. Hiermee verzet de 12-stappenbenadering zich tegen een exclusief medische benadering (Corveleyn en Van Limbergen, 2001). Veel mensen associëren verslaving met gebrek aan wilskracht. Door de nadruk te leggen op het ziekteaspect van verslaving wordt deze stigmatisering verbroken, zowel voor de verslaafde als voor zijn naasten. Hoewel er een aantal wetenschapsfilosofische bezwaren aan kleven (Jansen, 2007), is de opvatting dat verslaving een hersenziekte is het heersende paradigma in de huidige Nederlandse verslavingszorg (De Jong, 2006; Leshner, 1997).

Interventies volgens de 12-stappenbenadering

Er zijn diverse klinische varianten op de 12-stappenbenadering zoals die ontwikkeld is door de AA. De belangrijkste hiervan zijn het Minnesota Model, het Matrix Model en de Twelve Step Facilitation Therapy (TSF). Dit zijn geprofessionaliseerde toepassingen van de 12-stappenbenadering.

Het Minnesota Model is in 1950 ontwikkeld in de Hazeldenkliniek in Minnesota, vanuit het verlangen naar een meer multidimensionale behandeling van verslaving (Anderson, McGovern en DuPont, 1999). Naast de belangrijke rol van nazorg en het betrekken van significante anderen bij de behandeling, is het unieke van het Minnesota Model dat het cognitieve gedragstherapie gegeven door professionals, combineert met de 12-stappenbenadering begeleid door ervaringsdeskundigen. De methodiek combineert hiermee een gedragstherapeutische en de ervaringsgerichte benadering. Sindsdien is het Minnesota Model uitgegroeid tot een internationaal model: in de USA en het Verenigd Koninkrijk is het de meest gebruikte klinische behandeling voor verslaafden. Ook in Scandinavië en andere Europese landen heeft het Minnesota Model navolging gekregen, bijvoorbeeld in Ierland, Frankrijk, Zwitserland en Zweden (Corveleyn en Van Limbergen, 2001). Ook in Nederland is het Minnesota Model bezig met een opmars.
Hoewel het Minnesota Model geïnspireerd is op de AA, wat betreft de overname van ten eerste de visie op verslaving (en het behandeldoel abstinentie) en ten tweede de 12-stappenbenadering, is het belangrijkste verschil dat de AA een zelfhulpgroep is, en dat in het behandelteam van het Minessota Model naast ervaringsdeskundigen ook professionele hulpverleners werkzaam zijn. Het Minnesota Model bevat dus de 12-stappenbenadering als onderdeel van de behandeling en zelfhulpgroepen als nazorg, maar hun methodiek is omvattender (het bevat ook cognitieve gedragstherapie en individuele begeleiding), en wordt uitgevoerd door professionele hulpverleners (Corveleyn en Van Limbergen, 2001).

Een tweede variant is de Twelve Step Facilitation Therapy (TSF), een voorbereidende behandeling op het 12-stappenprogramma, een lichte versie van het Minnesota Model, die cliënten voorbereidt en motiveert voor deelname aan zelfhulpgroepen. Deze programma's brengen een bepaald denk- en gedragpatroon over, ook als mensen later niet aan een zelfhulpgroep deelnemen (Geelen, 2003).

Een derde variant, het Matrix Model, is in tegenstelling tot het Minnesota Model en de TSF ontwikkeld voor out-patient treatment, een poliklinische deeltijd behandeling van 16 weken. Deze variant bestaat uit zes componenten: individuele en gezamenlijke sessies, groepen voor het leren van eerste fase herstel vaardigheden (early recovery skills), groepen om terugval te voorkomen, familie educatie groepen, sociale support groepen. Eventueel kan gebruik gemaakt worden van urinetesten (Obert, Rawson, McCann en Ling, 2005).

3.2 Algemene effectiviteit

Verschillende reviews en handboeken die een review bieden van evidence-based behandeling van drugs- en alcoholproblemen stellen dat er evidentie is voor de effectiviteit van de 12-stappenbenadering, met name voor het bereiken van abstinentie, hetgeen ook het doel is van deze interventie. Dit geldt zowel voor Amerikaanse (Berglund et al., 2003; APA, 2006) als voor Nederlandse handboeken (Emmelkamp en Vedel, 2007). Berglund et al. (2003) concluderen dat 12-stappen programma's effectiever zijn dan een standaard behandeling. Ze vertonen een vergelijkbare effectiviteit met specifieke behandelingen (wat betreft mate en frequentie van middelengebruik), maar scoren iets beter op abstinentie.

Toonaangevende studies uitgelicht

Het meest geciteerde onderzoek betreffende de effectiviteit van het 12-stappenprogramma, is uitgevoerd door de Project Match Research Group (1997, 1998a, 1998b). In dit gecontroleerde, gerandomiseerde onderzoek werden 1.726 personen met alcoholproblemen toegewezen aan drie condities: een behandelprogramma volgens de 12-stappenbenadering, motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie. Na een follow-up periode van drie jaar blijken deze drie methodes qua effectiviteit vergelijkbaar (wat betreft mate en frequentie van middelengebruik), behalve wat abstinentie betreft, daarbij leidt de 12-stappenbenadering tot een hoger percentage abstinente deelnemers (36% tegenover 25% bij cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering).

Wat drugsgebruik betreft, is de studie van Crits-Christopher et al. (1999) toonaangevend. In deze Radomized Controlled Trial (RCT-studie) werden 487 cliënten willekeurig toegewezen aan vier interventies: alleen drugscounselinggroepen (DCG), DCG gecombineerd met individuele 12-stappentherapie, DCG gecombineerd met individuele cognitieve gedragstherapie, of DCG gecombineerd met individuele emotionele-steuntherapie. Na de followup van een jaar, blijkt de combinatie van individuele 12-stappentherapie en drugscounselinggroepen het meest effectief: 38% van deze cliënten was in de periode tussen 9 en 12 maanden na de behandeling abstinent, tegen 27% van de cliënten die alleen DCG kreeg, 18% van de cliënten die DCG gecombineerd met emotionele-steuntherapie kreeg, en 23% van de cliënten die DCG gecombineerd met individuele cognitieve gedragstherapie kreeg.

Een niet-gecontroleerde, maar grote case-mix studie, waarbij cliënten in statistisch en klinisch homogene groepen zijn ingedeeld, is uitgevoerd door Ouimette (Ouimette, Finney en Moos, 1997; Moos, Finney, Ouimette en Suchinsky, 1999). In dit onderzoek werd de effectiviteit vergeleken van cognitieve gedragstherapie en 12-stappenprogramma's onder 3.018 veteranen uit 15 behandelinstellingen. Beide programma's

blijken effectief, zij het dat meer cliënten van het 12-stappenprogramma na een jaar abstinent waren (25% versus 18%).

Davis, Campbell, Tax en Lieber (2002) vergeleken door middel van een RCT-studie een standaard behandeling bestaande uit individuele en groepstherapie gebaseerd op AA-principes met een minimale behandeling die bestaat uit het wekelijks bekijken van educatieve video's betreffende alcoholverslaving (n=49). Na een half jaar blijkt 36% van de cliënten behandeld volgens de AA principes abstinent, versus 19% van de cliënten met een minimale behandeling.

3.3 Kritiek

Toch zijn er ambivalenties rondom de 12-stappenbenadering. In een aantal reviews (Tonigan, Toscova en Miller, 1996, Kownacki en Shadish, 1999) wordt kritiek geleverd op de methodologische kwaliteit van onderzoeken naar 12-stappenprogramma's (met name de AA). Ferri, Amato en Davoli (2006) concluderen in hun review dat er meer studie nodig is naar 12-stappenprogramma's, vooral meer gecontroleerde onderzoeken (RCT's) zouden bijdragen aan de evidentie. Er is volgens hen een gebrek aan 'experimental evidence'.
In Nederland wordt deze conclusie overgenomen door de achtergrondstudie van de Nationale Drugs Monitor, die de effectiviteit van interventies in de verslavingszorg beschrijft: 'Het is mogelijk dat deelname aan zelfhulpprogramma's het druggebruik vermindert of stopt, maar we weten het nog niet' (Van Gageldonk, Ketelaars en Van Laar, 2006).

Een probleem bij het uitvoeren van RCT's naar de effectiviteit van 12-stappenprogramma's is dat het willekeurig toewijzen van mensen aan 12-stappenprogramma's het karakter van 12-stappen interventies beïnvloedt, die gebaseerd is op vrijwillige deelname. Hierdoor kan de effectiviteit van de interventie afnemen (Humphreys en Rappaport, 1994). Ten tweede is de 12-stappenbenadering altijd onderdeel van een bredere methodiek: het krijgt vorm in verschillende behandelprogramma's zoals zelfhulpgroepen (bijvoorbeeld AA) of (poli)klinische vormen (Minnesota Model, Matrix Model). RCT-studies worden uitgevoerd voor een behandelvorm in zijn geheel en niet voor de 12-stappenbenadering op zich. Hierdoor is het moeilijk een evaluatie van de 12-stappenbenadering op zich uit te voeren.

Ook in Nederlandse studies is er terughoudendheid. Ten eerste zijn de uitkomstmaten in Nederland eerder gericht op gecontroleerd gebruik dan op abstinentie. Verschillende malen wijst Geelen (2003; Geelen, Gottmer, Schreurs en Thijs, 2004) erop dat abstinentie een te nauwe effectmaat is. Ten tweede is er terughoudendheid wat betreft de spirituele connotatie van de 12-stappenbenadering. Zo plaatst de Multidisciplinaire richtlijn **Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) de volgende kanttekening: 'De twaalfstappenbenadering is deels gebaseerd op zelfovertuiging in van de AA afgeleide principes. Als zodanig is het niet voor iedereen aantrekkelijk.'

Opvallend is dat veel reviewers (zowel Amerikaanse als Nederlandse) naar dezelfde bronnen verwijzen en toch tot andere conclusies komen. De resultaten van het onderzoek van de Project Match Research

Group, dat de 12-stappenbenadering even effectief is als cognitieve gedragstherapie en motivationele gespreksvoering, lenen zich voor conclusies waarbij het glas half-vol of half-leeg kan zijn. Zo wordt in de Multidisciplinaire richtlijn **Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) 'even-effectief' vertaald naar 'niet-effectiever-dan'. Ook de conclusie van Ferri et al. (2006) toont een bepaalde ambivalentie: 'Hoewel een kleine studie vermeldt dat AA beter scoort op abstinentie dan andere behandelingen, is er geen sluitende evidentie dat AA patiënten kan helpen om abstinentie te bereiken, evenmin is er sluitende evidentie dat dit niet zo is'.

Om bovengenoemde ambivalenties te ondervangen zal deze review verder ingaan op de volgende punten:
- voor wie werkt de 12-stappenbenadering? Matching van behandeling met doelgroep, het nut van een gevarieerd aanbod in de verslavingszorg;
- effectieve bestanddelen van de 12-stappenbenadering;
- De rol van spiritualiteit.

3.4 Matching

De Project Match Research Group (1997, 1998a, 1998b) gaat er van uit dat geen enkele behandeling effectief is voor alle cliënten. Daarom is een belangrijk doel van hun onderzoek het 'matchen' van cliënten aan behandelingen aan de hand van kenmerken van bepaalde cliëntgroepen. Het onderzoek levert drie matches op.
- Cliënten met een grote weerstand tegen therapie en een vijandige houding, hebben het meest baat bij Motivationele (Enhancement) Therapie.
- Cliënten die ambulant werden behandeld en minder bijkomende psychopathologie hebben, hebben meer baat bij 12-stappenprogramma's dan bij cognitieve gedragstherapie.
- De 12-stappenbenadering is effectiever bij de nazorg van cliënten met een hoog niveau van alcoholafhankelijkheid, terwijl cliënten met een lager niveau van alcoholafhankelijkheid meer baat hadden bij cognitieve gedragstherapie.

Longabaugh, Wirtz, Zweben en Stout (1998) vonden de volgende matchingseffecten: voor cliënten met een netwerk dat drinken stimuleerde is de 12-stappenbenadering het meest effectief: meer dagen abstinent (83%) dan bij cognitieve gedragstherapie (66%). Bij cliënten met een netwerk dat drankgebruik niet stimuleerde zijn beide interventies even effectief.

Volgens Emmelkamp en Vedel (2007) lijken (hoewel de meningen verdeeld zijn) de onderzoeksresultaten er op te wijzen dat voor mensen met veel psychische problematiek cognitieve gedragstherapie effectiever is dan 12-stappenbenadering. Penn en Brooks (2000) stellen dat bij mensen met een dubbele diagnose cognitieve gedragstherapie effectiever is voor de psychiatrische problemen en de 12-stappenbenadering iets effectiever is voor de problemen met middelengebruik.

Maude-Griffin et al. (1998) vergeleken de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en 12-stappenvoorbereidingstherapie op abstinentie bij crackgebruikers (n=128) Een gedeelte van de onderzoeksgroep was dakloos. Er vond alleen een follow-up op korte termijn (12 weken). Bij de follow-up blijkt cognitieve gedragstherapie effectiever wat abstinentie betreft bij crackgebruikers. Cognitieve gedragstherapie blijkt ook effectiever voor mensen die goed abstract kunnen redeneren, terwijl de 12-stappen voorbereidingstherapie beter werkt bij mensen die minder goed abstract kunnen redeneren en affectiever zijn ingesteld.

Is abstinentie als behandeldoel voor bepaalde cliënten effectiever dan voor andere? Humphreys, Moos en Finney (1995) onderzochten of een op abstinentie gerichte benadering voor bepaalde cliëntengroepen beter zou zijn dan voor andere groepen. Zij gingen na welke verschillen er zijn tussen (a) cliënten die na drie jaar gematigd blijken te drinken, (b) cliënten die stabiel abstinent zijn en (c) cliënten die nog steeds problematisch drinken (n=135). Zij concluderen dat de op abstinentie gerichte benadering het meest geschikt is voor cliënten die meer alcohol gebruiken, meer afhankelijkheidssymptomen hebben, meer alcoholgerelateerde problemen hebben, evenals een laag zelfvertrouwen en een laag vertrouwen in het kunnen weerstaan van alcohol.

De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) komt tot een soortgelijke conclusie: 'In het algemeen wordt aangenomen dat bij ernstiger afhankelijkheid eerder moet worden gestreefd naar abstinentie en dat bij lichtere afhankelijkheid verminderd drinken als behandeldoel kan worden nagestreefd. Gecontroleerd drinken als behandeldoel heeft meer succes bij drinkers met een kortere afhankelijkheidsduur en minder ernstige problemen in de zin van co-morbiditeit, ernst en duur van de verslaving'.

Verder zijn er verschillende onderzoeken die bekeken of 12-stappenbenaderingen effectiever zijn voor religieuze of spirituele cliënten. Deze onderzoeken worden verderop in dit hoofdstuk besproken.

In **Key ingredients to effective addictions treatment** wijst Waltman (1995) er op dat hoewel elke behandeling effectief zou moeten zijn voor alle cliënten, de effectiviteit ook afhangt van persoonlijke kenmerken van de cliënt en het daarom goed is een gevarieerd aanbod te hebben in de verslavingszorg. Cliënten matchen aan de behandeling kan alleen als er verschillende behandelingen en behandelaars voorhanden zijn. Corveleyn en Van Limbergen (2001) concluderen dat de 12-stappenbenadering 'een waardevolle aanvulling betekent op het huidige behandelingsaanbod in de verslavingszorg'. Dit zou de conclusie van de Multidisciplinaire richtlijn **Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) dat de 12-stappenbenadering niet effectiever is dan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie en daarom niet aanbevolen wordt voor een klinische behandeling, nuanceren.
Het argument dat een gevarieerd aanbod in de verslavingszorg de effectiviteit vergroot, is misschien ook de reden waarom de 12-stappenbenadering als TSF en AA vrij laag scoren in de alcohol review van Hester en Miller (2003). Zoals hun ondertitel al suggereert zijn zij op zoek naar **effective alternatives**. In Amerika zijn interventies volgens de 12-stappenbenadering eerder regel dan alternatief, vandaar dat de review meer nadruk legt op relatief nieuwe methodes als kortdurende interventies en motiverende gespreksvoering.

3.5 Effectieve bestanddelen

Wat zijn de effectieve bestanddelen van de 12-stappenbenadering? In zijn review **Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders** onderzoekt Moos (2007) in hoeverre kernelementen uit vier toonaangevende theorieën over het behandelen van verslavingsstoornissen terug te vinden zijn in vier bewezen effectieve psychosociale behandelingen voor verslavingsproblemen. Deze kernelementen ziet Moos als op theorie gebaseerde actieve ingrediënten. Moos bespreekt de volgende theorieën:

- **Social control theory** richt zich op de binding met familie, vrienden, opleiding, werk, religie en andere aspecten die individuen motiveren om zich verantwoord te gedragen. De effectieve bestanddelen zijn dan binding en cohesie, ondersteuning, structuur, doelgerichtheid.
- **Behavioral economics** of **behavioral choice theory** focust zich op de keuze uit belonende activiteiten die vanuit de omgeving worden aangeboden. De effectieve bestanddelen van deze theorie zijn het belonen van abstinentie en het plannen van belonende activiteiten die middelengebruik kunnen vervangen.
- Volgens de **social learning theory** is middelengebruik aangeleerd door sociale rolmodellen en de normen en waarden die zij uitstralen. De effectieve bestanddelen zijn het aanbieden van op abstinentie-gerichte normen en rolmodellen.
- Ten slotte richt **stress and coping theory** zich op de mate van stressvolle omstandigheden in iemands leven, en het vermogen daar mee om te gaan. De effectieve bestanddelen van deze theorie zijn het werken aan zelfbeheersing (efficacy) en copingsstrategieën.

Vanuit de kernelementen van deze toonaangevende theorieën bekijkt Moos vier bewezen effectieve psychosociale behandelingen: motivationele therapieën, 12-stappenbenaderingen, cognitieve gedragstherapie, en contingency management gecombineerd met de community reinforcement approach. De bedoeling van Moos is niet om deze behandelingen te vergelijken, maar om een theoretische onderbouwing van deze behandelingen te geven.
Wat de 12-stappenbenadering betreft, concludeert Moos dat inzichten en effectieve bestanddelen uit alle vier de theorieën terug te vinden zijn in de behandeling. Hetzelfde concludeert hij overigens ook voor de andere drie behandelingen. Aspecten uit de sociale controle theorie zijn in de 12-stappenbenadering terug te vinden in het aanbieden van ondersteuning, structuur en doelgerichtheid, door cliënten te helpen om toe te geven dat ze een probleem hebben met middelengebruik en hen dit aspect op te laten nemen in hun identiteit. Vervolgens wordt het belang van abstinentie als behandeldoel onderstreept en worden cliënten geholpen de 12 stappen te doorlopen. Ook richten 12-stappenbenaderingen zich sterk op de waarde van goede binding met familie, vrienden, werk en religie, als een manier om cliënten te motiveren zich te engageren met meer verantwoord gedrag. Verder biedt de 12-stappenbenadering, in overeenstemming met inzichten uit de 'gedragskeuze theorie', activiteiten zonder alcohol of middelen en het helpen van anderen met het overwinnen van hun verslaving. Invloeden uit de 'sociale leertheorie' zijn terug te vinden in het bieden van abstinente rolmodellen en het identificeren met andere mensen die in de herstelfase verkeren. Ten slotte voorziet de 12-stappenbenadering ook in het aanleren van effectieve copingsstrategieën. Overigens, de analyse van Moos beschrijft de theoretische verantwoording van elementen in de 12-stappen-benadering. In hoeverre deze elementen ook daadwerkelijk effectief zijn, zal nader onderzocht moeten worden.

Emmelkamp en Vedel (2007) noemen de volgende therapeutische elementen die in de 12-stappenbenadering zijn terug te vinden: verbetering van sociale steun door het bijwonen van groepen, strategieën om met afhankelijkheid om te gaan en het bevorderen van de ontwikkeling van spiritualiteit. Verder zien zij een sterke verwantschap tussen de 12-stappenbenadering en cognitieve gedragstherapie, beide ondersteunen het ontwikkelen van gedrags- en cognitieve veranderingsprocessen. Ook worden actieve copingsvaardig-heden gestimuleerd. Dit zouden actieve ingrediënten van de 12-stappenbenadering kunnen zijn.
In hoofdstuk 9 wordt nader ingegaan op de gedrags- en cognitieve veranderingsprocessen in de 12-stappen-benadering.

Corveleyn en Van Limbergen (2001) beschrijven verschillende therapeutische mechanismen volgens welke de 12-stappenbenadering werkt. Zij onderscheiden de volgende zes elementen.
Ten eerste vullen twee therapeutische benaderingen elkaar sterk aan in de 12-stappenbenadering, namelijk de gedragstherapeutische en de ervaringsgerichte benadering. Hoewel meestal nadruk wordt gelegd op de verschillen tussen beide benaderingen (bijvoorbeeld de nadruk op interne ontstaansfactoren versus omgevingsfactoren, de nadruk op abstinentie of gecontroleerd middelengebruik) zijn zij in de 12-stappen-benadering sterk complementair. Ervaringsprocessen omvatten bewustwording, intense opluchting, herevaluering van zichzelf en de omgeving, en sociale bevrijding. De gedragsmatige processen bevatten stimuluscontrole, contraconditionering, wijziging in de bekrachtigers, opbouw van steunende relaties en zelfbevrijding. Beide modellen delen de eis van een grondige gedragsverandering, identificatie van risico-situaties, aanpak van disfunctionele cognities, onderkenning van negatief affect en het belang van een sociaal netwerk dat abstinentie bekrachtigt.
Ten tweede wordt het veranderingsproces dat een herstellende (ex)verslaafde ondergaat sterk gestructureerd waardoor verandering vergemakkelijkt wordt. Deze veranderingsstappen fungeren als copingsstrategie en lopen van precontemplatie (hitting the bottom, confrontatie) naar contemplatie (besef van machteloosheid, nood aan hulp van buitenaf, inventarisatie), preparatie (lid worden van een groep waar een concreet plan wordt aangeboden), actie (regelmatige deelname, veranderingen in levensstijl aanbrengen) en behoud van de bereikte veranderingen.
Ten derde zien Corveleyn en Van Limbergen, evenals ook Moos (2008) en Emmelkamp en Vedel (2007) aspecten van cognitieve herstructurering terug in de 12-stappenbenadering. Slogans bieden een adequate buffer tegen oude denkpatronen.
Ten vierde bevat de 12-stappenbenadering onderdelen van de attributietheorie. Deze veronderstelt geen persoonlijke verantwoordelijkheid bij het ontstaan van de verslavingsproblematiek, maar wel bij het herstelproces. Hierdoor neemt het zelfverantwoordelijkheidsgevoel van cliënten toe. Ook Bateson (1971) herkende dit mechanisme in de 12-stappenbenadering: doordat de verslaafde toegeeft dat hij machteloos is (stap 1 en 2 van de 12 stappen), raakt hij ervan overtuigd dat verandering noodzakelijk is, en dit is de eerste stap in die verandering.
Ten vijfde vertoont de 12-stappenbenadering overeenkomsten met de theory of planned behaviour (Ajzen en Fishbein, 1980), die zich richt op de motivatie voor gebruik of engagement voor behandeling. Drie soorten overtuigingen zijn hierbij belangrijk: normatieve, gedrags- en controleovertuigingen. Welke overtuigingen heeft de cliënt over de mening van significante anderen over zijn eigen gedrag, de consequenties van eigen gedragingen en de kansen of hulpmiddelen en vaardigheden die de cliënt heeft om controle uit

te oefenen op zijn eigen gedrag? Na deelname aan de 12-stappenbenadering is een positieve evolutie merkbaar in deze overtuigingen, dit leidt ertoe dat de kans op positieve gedragsveranderingen in hoge mate versterkt wordt.
Ten zesde is de zingevingsproblematiek een specifiek en verrijkend aspect van de 12-stappenbenadering. Corveleyn en Limbergen situeren dit aspect in de psychologische traditie van Maslow en Jung. De 12-stappenbandering ontwikkelt het zelfgevoel door een identiteit te verlenen ('ik ben een verslaafde'). Verder bieden de stappen de kans een nieuw gevoel van integriteit te verwerven, dit door de mogelijkheid schade te herstellen en altruïstische daden te stellen.

Hopson en Beaird-Spiller (1995) schetsen vier ervaringsdomeinen waar een herstellende (ex)verslaafde mee worstelt en waar de 12-stappenbenadering in ondersteunt. Deze ervaringen zijn:

- Intense gevoelens die niet uitgedrukt kunnen worden en die leiden tot een affectieve kortsluiting (Wurmser, 1978). In de 12-stappenbenadering worden verslaafden geholpen door te luisteren naar verhalen van andere leden om door middel van taal tot zelfexpressie te komen. Hopson en Beaird-Spiller baseren zich op Beck (1976) die stelt dat slogans en self-talk (waar de 12-stappenbenadering gebruik van maakt) helpen om overweldigende emoties te kanaliseren.
- Een verstoord tijdsperspectief. Slogans bieden temporisatie ('one day at a time'). Door middel van de reconstructie van het levensverhaal wordt een gevoel van continuïteit verworven.
- Gevoel van een tekort aan zelfredzaamheid of zelfregulatie. Dit wordt door de 12-stappenbenadering doorbroken door hulp van buiten af te vragen en accepteren. Paradoxaal genoeg versterkt dit juist het gevoel van zelfredzaamheid.
- Gevoelens van schuld en schaamte. Hopson en Beaird-Spiller wijzen op het belang om schaamtevolle gebeurtenissen te verwerken. De 12-stappenbenadering biedt een steunende en veilige structuur om dit te doen.

3.6 Spiritualiteit

Een algemene aanname is dat cliënten met een spirituele oriëntatie op het leven meer baat hebben bij 12-stappenbenaderingen dan cliënten zonder spirituele gerichtheid (APA 2006, Van den Brink et al., 2007). In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag wat spiritualiteit is, daarna wordt gekeken naar evidentie voor de aanname dat een spirituele benadering alleen voor spirituele cliënten zou werken en naar de vraag of spiritualiteit een effectief bestanddeel is van verslavingszorg, ook in de Nederlandse context.

In een descriptieve studie van 265 gepubliceerde boeken en tijdschriften, onderzocht Cook (2004) hoe onderzoekers die schrijven over verslaving en spiritualiteit het begrip spiritualiteit definiëren. Zijn conclusie is dat spiritualiteit, zoals het begrepen wordt in het verslavingsveld, slecht gedefinieerd is. Een bepaalde weerstand tegen spirituele benaderingen in de verslavingszorg, kan voortkomen uit de vaagheid die rond dit begrip heerst. Cook onderscheidt een aantal conceptuele componenten in definities van spiritualiteit. Meest genoemd zijn 'verbondenheid' en 'transcendentie'. 'Innerlijke kern/kracht/ziel' en 'betekenis/doel' worden daarna het meest gebruikt, hoewel drie tot vier keer minder vaak. Andere

componenten zijn: het unieke van mens-zijn, authenticiteit/waarheid, waarden, het niet-materiele, het niet-gebonden zijn aan een religie, heelheid, zelfkennis/zelfverwerkelijking, creativiteit, bewustzijn/bewustwording. Belangrijk is om de begrippen spiritualiteit en religie, die vaak met elkaar geassocieerd worden, te scheiden. Corveleyn en Van Limbergen (2001) omschrijven de spirituele dimensie van de 12-stappenbenadering als zingeving, zoals dit onder andere door Maslow ontwikkeld is. In die zin voegt de 12-stappenbenadering een existentiële dimensie toe aan de verslavingsproblematiek, en geen religieuze of sektarische benadering. Zij stellen dat de toevoeging van deze dimensies – de existentiële dimensie van het bestaan (confrontatie met kwetsbaarheden en beperkingen) en de zingevingsthematiek – zeer verrijkend is voor de verslavingszorg.

Hoewel in een aantal literatuuronderzoeken (APA 2006, Van den Brink et al., 2007) geconcludeerd wordt dat een spirituele benadering vooral effectief is voor spirituele cliënten, is er ook een aantal RCT-onderzoeken die dit tegenspreken of nuanceren. Tonigan, Miller en Schermer (2002) concluderen dat geloof in God niet uitmaakt voor de effectiviteit van 12-stappengroepen, maar dat niet-gelovige cliënten een hogere drempel hebben om deel te nemen aan deze groepen. De onderzoekers vragen erkenning voor deze drempel.
In een studie genaamd **Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups?** komen Winzelberg en Humphreys (1999) gedeeltelijk tot dezelfde conclusie. In een multisite-studie onder 3.018 mannelijke oorlogsveteranen gingen zij na of deelname aan AA effectiever is voor godsdienstige cliënten dan voor niet godsdienstige. Zij verwerpen deze hypothese. Vervolgens keken zij naar de bereidheid van niet-religieuze cliënten om deel te nemen aan 12-stappengroepen. Van belang voor de bereidheid om deel te nemen aan 12-stappengroepen blijkt de doorverwijzing door een hulpverlener, niet de religieuze oriëntatie van de cliënt. Belangrijk om op te merken is dat deze onderzoeken geen onderscheid maken tussen religie en spiritualiteit. Zij richten zich voornamelijk op religie.

Zemore (2007) vond middels een RCT-studie bewijs voor de aanname dat spiritualiteit een effectief bestanddeel is in de behandeling van verslaafden. Hij onderzocht de stelling dat spirituele inzichten bijdragen aan de effectiviteit van 12-stappengroepen wat betreft het herstel van mensen met middelenafhankelijkheid. Er werd gekeken naar de religieuze achtergrond van deelnemers (n=733) en of ze al dan niet een spirituele bewustwording (awakening) hadden ervaren tijdens hun deelname aan 12-stappengroepen. Bij de follow-up van een jaar blijkt de hypothese bevestigd: intensievere deelname aan 12-stappengroepen hangt samen met een grotere kans op totale abstinentie, en deze relatie is gedeeltelijk te verklaren door een toename van spirituele inzichten. Een literatuurstudie van Geppert, Bogenschutz en Miller (2007) ondersteunt deze conclusie.

De vraag rest of spiritualiteit ook een effectief bestanddeel is in de Nederlandse verslavingszorg. In een prospectief cohortonderzoek (n=182) onderzochten Tjaden, Koeter, Van den Brink en Vertommen (2005) de behandelresultaten van verslavingszorginstellingen met een bijzondere signatuur (zoals christelijke instellingen, antroposofische instellingen en instellingen met een cultuursensitief behandelaanbod). Zij komen tot de conclusie dat instellingen met een bijzondere signatuur mogelijk beter in staat zijn cliënten voor een langere tijd in behandeling te houden dan reguliere instellingen. Een deel van dat verschil wordt waarschijnlijk verklaard door selectie, mogelijk andere verklaringen zijn verschillen in patiëntgerichtheid,

programmacohesie en programmastructuur, continuïteit van zorg en het versterken van de gezonde en positieve kanten van patiënten. Tjaden et al. (2005) zeggen met name iets over drop-out: deze zal minder zijn als de signatuur van de behandeling aansluit bij die van de cliënt.
Uit een onderzoek van het Amsterdams Patiënten en Consumenten Platform (Borsjes, Van Eerd, Sisselaar, Verhaar en Vink, 2001) blijkt dat cliënten van GGZ-instellingen groot belang hechten aan de integratie van hun levensbeschouwelijk verhaal in de behandeling. Ook Schippers en Roemer (2007) concluderen dat in het levensbeschouwelijk domein iets van waarde is voor de verslavingszorg.

hoofdstuk 4

Cognitieve gedragstherapie

Hoofdstuk 4

Cognitieve gedragstherapie

4.1 Begripsbepaling

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een verzamelnaam voor een aantal interventies die cognitieve en gedragstherapeutische interventies combineren. Cognitieve therapie is een behandelvorm die er vanuit gaat dat stoornissen ontstaan doordat mensen bepaalde opvattingen over gebeurtenissen hebben die nauw samenhangen met sterke emoties en disfunctioneel gedrag. Gedragstherapie gaat ervan uit dat ongewenst gedrag vaak een aangeleerde, niet-werkende manier is om met problemen om te gaan en dat ander gedrag aangeleerd kan worden dat effectiever is om met problemen om te gaan. De grondleggers van cognitieve gedragstherapie zijn Beck en Ellis (Beck, Wrights, Newman en Liese, 1993; Ellis, McInerney, DiGiuseppe en Yeager, 1988; Beck, 1976; Ellis, 1962). CGT voor behandeling van problemen met middelengebruik is gebaseerd op de leertheorie van middelengebruik en is erop gericht om de positieve verwachtingen die mensen ten opzichte van middelengebruik hebben af te laten nemen en copingvaardigheden en self-efficacy te versterken (Moos, 2007).

Cognitieve gedragstherapie binnen de verslavingszorg omvat onder andere de volgende interventies: zelfcontroletraining, sociale vaardigheidstraining, terugvalpreventie, cue exposure, contingentie management, gedragstherapeutische relatietherapie, zelf-help materialen, community reinforcement approach (Rietdijk 2000, Van den Brink et al., 2007/concept).
Rietdijk (2002) stelt dat de CGT voor alcohol-, drugs- en gokverslaafden voornamelijk bestaat uit een integratie van zelfcontrole, terugvalpreventie en sociale vaardigheidstraining. CGT bestaande uit cue exposure en contingentietraining wordt voornamelijk toegepast bij cocaïneverslaafden. In Nederland is op basis van inzichten uit de cognitieve gedragstherapie een leefstijltraining voor verslaafden ontwikkeld (De Wildt, 2006).
Het doel van cognitieve gedragstherapie is om anders en effectiever om te gaan met negatieve ervaringen. Cognitieve gedragstherapie gericht op verslaving heeft dus als doel niet per se abstinentie maar vaak ook matiging of gecontroleerd gebruik.

4.2 Algemene effectiviteit

De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept), stelt dat cognitieve gedragstherapie met motiverende gespreksvoering behoort tot de psychosociale interventies met de grootste effectiviteit voor de behandeling van alcohol problemen.
Berglund et al. (2003) concluderen dat cognitieve gedragstherapie effectiever is dan een standaard behandeling (zoals algemene counseling of relaxatietraining) voor zowel alcohol als drugsproblemen.
Rietdijk (2002) concludeert dat er voldoende evidentie bestaat voor de effectiviteit van CGT, zowel bij de behandeling van alcohol- als drugsverslaving. Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van CGT is gedaan onder alcoholverslaafden. Onder cocaïneverslaafden is in enige mate onderzoek gedaan. Over de effectiviteit van CGT bij heroïne-, marihuana- en gokverslaafden is nauwelijks onderzoek gedaan.

De APA (2006) resumeert de effectiviteit van CGT per middel. Wat alcohol betreft noemen zij CGT, motivationele therapie en 12-stappenbenadering als de meest effectieve interventies. Voor cocaïneverslaafden is CGT met name effectief in vergelijking met minder intensieve behandelingen. Met name ernstigere verslaafden met veel co-morbiditeit zijn gebaat bij CGT. CGT is vooral effectief bij opiaatverslaafden met ernstige depressieve klachten of andere psychiatrische problemen. Hetzelfde geldt voor rokers: rokers met meer depressieve of psychiatrische klachten, en rokers die daarnaast ook een middelenafhankelijkheid hebben, zijn meer gebaat bij CGT, hoewel de lange termijn effecten nog niet bewezen zijn. Voor de behandeling van marihuana problemen vond de APA geen effectiviteit.

Van Gageldonk et al. (2006) bespreken de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie naar middel, er wordt echter niet gekeken naar abstinentie, maar naar matiging van middelengebruik. Voor amfetamine en cocaïne zien zij enkele aanwijzingen voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Voor opiaten werd niet ingegaan op CGT-interventies. Voor cannabis zien zij vooral effectiviteit op korte termijn (6 tot 12 maanden), bij volwassenen. De effectiviteit bij adolescenten is nog niet bewezen. De auteurs verwijzen wel naar een toen nog niet verschenen review naar de effectiviteit van CGT op cannabisverslaving (Denis, Lavie, Fatséas en Auriacombe, 2006). Zij vonden zes RCT's van in totaal 1.297 personen. De lage abstinentiecijfers leiden tot de conclusie dat marihuana-afhankelijkheid niet makkelijk te behandelen is met psychosociale interventies. Uitgebreide individuele CGT blijkt effectiever dan korte individuele motivationele therapie. Contingentie management lijkt de effectiviteit van CGT en motivationele therapie te versterken.

Moos (2007) stelt dat cognitieve gedragstherapie qua effectiviteit vergelijkbaar is met motivationeel interviewen en 12-stappenprogramma's. Cognitieve gedragstherapie waarbij ook partners en familie van verslaafden betrokken zijn effectiever, in vergelijking met niet-familiegerichte modaliteiten, wat betreft betrokkenheid bij de behandeling van verslaafden en het behouden van abstinentie.

Voor de effectiviteit van GCT wordt, net als bij de 12-stappenbenadering, regelmatig verwezen naar het onderzoek van de Project Match Research Group (1997, 1998a/b, zie hoofdstuk 3). Uit deze grote RCT-studie blijkt dat CGT, 12-stappenbenadering en motivationele gespreksvoering even effectief zijn. Daarnaast werden verschillende matchingseffecten onderzocht (deze worden besproken in paragraaf 5).

4.3 Enkele interventies uitgelicht

Cognitieve gedragstherapie omvat meerdere interventies. De reviewers zijn niet altijd eenduidig in welke interventies zij beschrijven en aanbevelen.
Volgens Rietdijk (2000) bestaat binnen de CGT-interventies de sterkste evidentie voor de effectiviteit van sociale vaardigheidstraining, maar ook **Behavior Contracting** blijkt effectief te zijn.
De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) ziet met name effectiviteit voor de volgende cognitief gedragstherapeutische interventies:

- Sociale vaardigheidstraining als onderdeel van een meeromvattende behandeling. De aanbeveling luidt dat elke cognitieve gedragstherapeutische interventie elementen van sociale vaardigheidstraining dient te bevatten. Sociale vaardigheidstraining is niet voldoende als nazorg.
- Zelfcontroletraining vormt een onderdeel van de meeste effectieve interventies. De effectiviteit is groter bij mensen met minder ernstige alcoholproblemen en een kortere duur daarvan. Effecten zijn aangetoond voor de korte termijn, maar ook op de lange duur van 2 tot 8 jaar. De aanbeveling luidt dat elke cognitieve gedragstherapeutische interventie elementen van zelfcontroletraining dient te bevatten.
- Cue exposure is alleen effectief als onderdeel van sociale vaardigheidstraining in het omgaan met alcohol. De aanbeveling luidt dat cue-exposure behandeling geen deel dient uit te maken van een cognitieve gedragstherapeutische interventie, eventueel wel van de sociale vaardigheidstraining.
- Zelf-helpmaterialen zijn effectief, de aanbeveling luidt dat deze ruim beschikbaar gesteld dienen te worden.

De effectiviteit van de Community Reinforcement Approach (CRA) en gedragstherapeutische relatietherapie wordt besproken in hoofdstuk 5 ‘Het betrekken van significante anderen’. De effectiviteit van terugvalpreventie wordt besproken in hoofdstuk 7 ‘Nazorg’.

Een variant van cognitieve gedragstherapie is schemagerichte therapie, een integratieve cognitieve gedragstherapie, ontwikkeld door Young, Klosko en Weishaar (2005). Deze behandelvorm gaat er van uit dat zogeheten schema’s ten grondslag liggen aan hardnekkige disfunctionele denk- en gedragspatronen. Deze schema’s zijn ontwikkeld in de kindertijd en houden zichzelf in stand door weerstand te bieden aan verandering. Bij schemagerichte therapie worden deze schema’s onderkend en doorbroken.
Ball (1998) geeft een overzicht van theoretische assumpties over de effectiviteit van schemagerichte therapie gecombineerd met terugvalpreventie (Dual Focus Schema Therapy, DFST), gericht op verslaafden met een persoonlijkheidsstoornis. Ball stelt dat verslaving en persoonlijkheidsstoornissen vaak samengaan en dat onbehandelde persoonlijkheidsstoornissen de uitkomst van verslavingbehandeling negatief in de weg kunnen staan. Ball (2007) voerde ook een RCT-studie uit naar de effectiviteit van DFST in vergelijking met Twelve Step Facilitation Therapy (TSF), bij opiaatverslaafden met een persoonlijkheidsstoornis. Bij DFST blijkt dat de frequentie van middelengebruik in het eerste half jaar sneller afnam en dat er een betere band was tussen therapeut en cliënt. TSF blijkt effectiever voor de afname van dysforische stoornissen.

4.4 Effectieve bestanddelen

In zijn review **Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders** onderzoekt Moos (2007) in hoeverre kernelementen uit toonaangevende theorieën over verslavingsstoornissen terug te vinden zijn in bewezen effectieve psychosociale behandelingen, zoals de 12-stappenbenadering (zie hoofdstuk 3) en cognitieve gedragstherapie. Moos concludeert dat inzichten uit alle vier de theorieën terug te vinden zijn in de cognitieve gedragstherapie. Aspecten uit de sociale controle theorie zijn vooral terug te vinden in cognitieve gedragstherapie waarbij partners en familie betrokken worden, deze zijn dan ook effectiever dan niet-familiemodaliteiten (Moos 2007). Verder is cognitieve gedragstherapie, in overeenstemming met inzichten uit de ‘gedragskeuze theorie’, gericht op het plannen van plezierige, abstinentievrije activiteiten. Invloeden uit de ‘sociale leertheorie’ zijn terug te vinden in het terugdringen van positieve verwachtingen van middelengebruik. Ten slotte is cognitieve gedragstherapie gericht op het versterken van coping en omgaan met stress: abstinentie self-efficacy en algemeen zelfvertrouwen wordt versterkt, copingsvaardigheden worden aangeleerd.
De APA (2006) ziet met name effectiviteit voor het trainen van sociale vaardigheden, gericht op leervermogen en het vormen en behouden van interpersoonlijke relaties, assertiviteit en het weigeren van alcohol.
Rietdijk (2000) concludeert dat bij behandeling van cocaïneverslaafden met CGT voornamelijk de intensiteit van de interventie de bepalende factor lijkt te zijn voor de effectiviteit ervan.

4.5 Matching

Mattson et al. (1994) voerden een review uit naar empirische studies die aan alcohol verslaafde cliënten ‘matchen’ aan een behandeling. Zij stellen een aantal voorlopige conclusies (zie ook Rietdijk 2000):

- Gestructureerde vaardigheidstraining is vooral effectief voor alcoholisten met meer psychosociale problemen en een negatievere prognose (zogenaamde type B alcoholisten), en alcoholisten met veel psychiatrische en sociopathische problemen (Morgenstern, Kahler en Epstein, 1998).
- Cliënten met alcoholafhankelijkheid en antisociale persoonlijkheidsstoornissen zijn meer gebaat bij uitgebreide cognitieve gedragstherapie dan bij therapie gericht op het verbeteren van relaties.
- Cliënten die specifieke risicosituaties kunnen identificeren (in vergelijking met cliënten die in mindere mate drinken in reactie op bepaalde stimuli) hebben het meest baat bij een specifieke training in het omgaan met risicosituaties.
- Gedragsgeoriënteerde communicatievaardigheidstraining is het meest effectief bij lager opgeleide cliënten en cliënten met een hoge mate van angst voorafgaand aan de behandeling.
- Cliënten met een heftige angst voorafgaand aan de behandeling hebben meer baat bij CGT in de vorm van sociale vaardigheidstraining dan bij mood management training.
- Oudere alcoholisten hebben meer baat bij cognitieve gedragstherapie dan bij relatietherapie. Bij jongere alcoholisten zijn beide therapievormen even effectief.

Rietdijk (2000) noemt in haar review naar de effectiviteit van CGT de volgende matchingseffecten die gevonden zijn in RCT-studies:

- CGT is met name effectief bij cliënten met veel craving en bij externaliserende cliënten (cliënten die de oorzaken van problemen buiten zichzelf zien).
- Bij mensen met een mild drankprobleem is cue exposure effectiever dan standaard cognitieve gedragstherapie.
- In een studie van Maude-Griffin et al. (1998) blijkt voor crackverslaafden CGT (48 sessies) effectiever dan de 12-stappenbenadering. Depressie in de voorgeschiedenis van crackverslaafden versterkt het behandeleffect.
- Als verslaafden weinig motivatie tot verandering hebben, lijkt motivationele gespreksvoering het meest effectief.

Van Gageldonk et al. (2006) stellen dat zowel beloning van gewenst gedrag als cognitieve gedragstherapie het gebruik van cocaïneverslaafden mindert. Beloning van gewenst gedrag werkt beter, het combineren van beide interventies voegt niets toe (Rawson et al. 2006).

Over het algemeen wordt bij cliënten met een co-morbide psychiatrische stoornis gevonden dat cognitieve gedragstherapie effectiever is dan de 12-stappenbenadering (Emmelkamp en Vedel, 2007).

De APA Guidelines (2006) stelt dat voor alcoholverslaafden copingvaardigheden gericht op het oplossen van problemen effectiever zijn dan copingvaardigheden gericht op het vermijden van risicovolle situaties. In vergelijking met interactionele therapie (waar interactie binnen de therapeutische relatie en de zelfbeleving van de cliënt centraal staan) is coping skills training effectiever voor sociopaten en mensen met veel psychopathologie. Mensen zonder deze problemen hebben meer baat bij interactionele therapie.

4.6 Beperkingen

Emmelkamp en Vedel (2007) wijzen erop dat middelengebruik kan leiden tot beschadigingen in de corticale en subcorticale hersendelen en daarmee samenhangende beperkingen in cognitieve domeinen. Deze cognitieve schade beïnvloedt het leren en verwerven van nieuwe copingsstrategieën negatief. Het leerdomein in de hersenen is aangetast waardoor cognitieve gedragstherapie, die gericht is op het aanleren van nieuwe copingsstrategieën, minder effectief kan zijn.

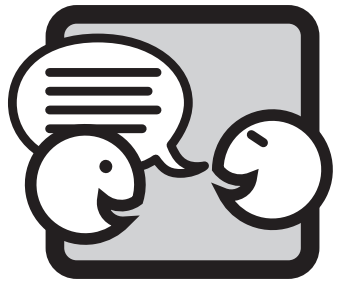
De APA (2006) citeert een studie van Cooney, Kadden, LItt en Getter (1991) waarin matchingseffecten werden onderzocht. Er werden 96 alcoholisten toegewezen aan een van de volgende nazorgprogramma's: coping skills of interactionele therapie. In tegenstelling tot de vooraf opgestelde hypothese, blijken cliënten met een cognitief defect meer baat te hebben bij interactionele therapie dan bij coping skills training. Cliënten zonder cognitief defect hebben juist meer baat bij coping skills training.

In een kleine gecontroleerde klinische studie (n=18) keken Aharonovich, Nunes en Hasin (2003) naar het cognitief functioneren van cocaïneverslaafden bij het begin van een cognitief gedragstherapeutsiche behandeling. Zij vergeleken het cognitief functioneren van dropouts en degenen die de behandeling wel afmaakten. De conclusie is dat degenen die de behandeling afmaakten, betere cognitieve capaciteiten hebben aan het begin van de behandeling dan cliënten die de behandeling niet afmaakten. Dit is een bevestiging van het idee dat bij selectie van behandeling gekeken moet worden naar de cognitieve vaardigheden van de cliënt als matchingscriterium.

hoofdstuk 5

anderen

Het betrekken van significante anderen bij de behandeling



Hoofdstuk 5

Het betrekken van significante anderen bij de behandeling

5.1 Begripsbepaling

Verslavingsproblematiek heeft invloed op de omgeving van de verslaafde. Gezinsleden en andere belangrijke personen uit de omgeving van de verslaafde kunnen op een disfunctionele manier betrokken raken bij de verslaving. De AA gaat ervan uit dat verslaving een familieziekte is (Corveleyn en Van Limbergen, 2003). Ook gaan alcoholafhankelijkheid en -misbruik vaak gepaard met geweld in de partnerrelaties en ander huiselijke geweld (Van den Brink et al., 2007/concept).
Moos (2008) wijst erop dat het van belang is dat actieve ingrediënten van de behandeling verbonden zijn met actieve ingrediënten van de omgeving. Familie, vrienden en collega's kunnen de actieve ingrediënten van de behandeling ondersteunen of niet, daarom is het van belang significante anderen te betrekken bij de behandeling.
Dit kan op verschillende manieren (Berglund et al., 2003), afhankelijk van de problematiek en de wensen van cliënten en de significante anderen zelf. Zo kan er gekozen worden voor: minimale betrokkenheid van de partner in de behandeling, betrokkenheid van de partner gericht op middelenproblematiek, betrokkenheid van de partner gericht op middelenproblematiek en relationele problemen en interventies enkel gericht op de partner.

5.2 Algemene effectiviteit

Galanter (1993) stelt dat het betrekken van de context bij de behandeling van de verslaving effectief is en betere resultaten oplevert dan een louter individuele benadering van de verslaafde. Een van de voordelen van het betrekken van de omgeving bij de behandeling is dat ontkenning sneller doorbroken wordt. Berglund et al. (2003) concluderen dat zowel relatietherapie, het betrekken van significante anderen in de

behandeling, als interventies die **alleen** gericht zijn op de significante ander, een positief effect hebben op het veranderen van het middelengebruik van de cliënt.

In een meta-analyse van 36 studies tonen O'Farrell en Fals-Stewart (2002) en Fals-Stewart, O'Farrell en Birchler (2004) aan dat behandelingen waar partners bij betrokken zijn een groter effect hebben (in vergelijking met wachtlijstcontrolecondities) op zowel alcoholgebruik, het in behandeling blijven, als verbeteringen van de partnerrelatie (Van den Brink et al., 2007/concept). Ook Moos (2007) stelt dat partner- en familiecounseling betere uitkomsten hebben op de behandeling van verslaafden dan interventies die niet ook gericht zijn op significante anderen. De effecten betreffen: meer kans dat de verslaafde zich engageert met de behandeling en abstinent blijft, minder verslavings-gerelateerde problemen, beter functioneren van de relatie en het gezin. De APA (2006) merkt op dat bij cliënten die getrouwd zijn of een gezin hebben, deze relaties een belangrijk onderdeel zijn van de (post)behandeling omgeving. Als dusdanig moeten zij betrokken worden bij de behandeling. Zij vinden significant bewijs dat deelname aan de zelfhulpgroep Al-Anon (een zelfhulpgroep voor naasten van verslaafden) een positief effect heeft op de behandeling van de verslaafde.
Van Gageldonk et al. (2006) vonden effectiviteit, ook in Nederlands verband, voor Multi Dimensional Family Therapy (MDFT) voor adolescenten die aan cannabis verslaafd zijn, vooral wat betreft het verminderen van probleemgedrag. Voor cocaïnegebruikers zien zij vooral effectiviteit voor de Community Reinforcement Approach indien deze gecombineerd wordt met beloning van gewenst gedrag. Ook zien zij positieve effecten van gedragstherapeutische relatietherapie voor volwassenen.

De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) ziet effectiviteit voor de Community Reinforcement Approach (CRA). Deze behandeling gaat er van uit dat alcoholafhankelijkheid in stand wordt gehouden door allerlei bekrachtigers die gekoppeld zijn aan het gebruik, terwijl alternatieve bekrachtigers die niet aan gebruik gekoppeld zijn, nagenoeg ontbreken. CRA probeert daarom alternatieve bekrachtigers te ontwikkelen: werk, ontspannende activiteiten, gezins- of familiebanden en ook worden significante anderen bij de behandeling betrokken. Roozen et al. (2004) voerden een systematische review (11 studies) uit naar de effectiviteit van CRA in de behandeling van middelenafhankelijkheid. Zij komen tot de conclusie dat de CRA meer effect heeft dan standaardbehandeling. Ook Berglund et al. (2003) ondersteunen deze conclusie. Er zijn aanwijzingen dat een van de CRA afgeleide vorm van benadering van gezin en omgeving van de patiënt de bereidheid om in behandeling te gaan vergroot (Van den Brink et al., 2007/concept). De richtlijn beveelt CRA vooral aan bij ernstig verslaafden die niet sterk gemotiveerd zijn, maar die nog wel een (potentieel) steunende sociale omgeving hebben.

Contingentie management is vaak ingebed in de CRA. Deze methode beloont afgesproken positief gedrag, meestal het behouden van abstinentie. Emmelkamp en Vedel (2007) concluderen dat er aanzienlijke evidentie is voor de effectiviteit van deze behandeling bij druggebruikers. De bekrachtiging van positief gedrag kan rechtstreeks gericht zijn op abstinentie, maar kan ook gericht zijn op het bekrachtigen van activiteiten die niet verenigbaar zijn met middelengebruik. Ook is er bewijs dat contingentie management gericht op deelname aan familieactiviteiten leidt tot het langer in behandeling blijven, meer weken abstinentie en minder familieconflicten bij cocaïnegebruikers (Lewis en Petry 2005).

In de review van Hester en Miller (2003) wordt geconcludeerd dat relatietherapie vooral effectief is wat betreft het terugdringen van alcoholgebruik als zij gedragstherapeutisch gericht is.

Het betrekken van naasten in de behandeling heeft een belangrijke indirecte rol bij het behouden van abstinentie: het heeft een positief effect op de therapietrouw en is een vorm van beloning van positief gedrag. Emmelkamp en Vedel (2007) wijzen erop dat significante anderen vaak een belangrijke rol spelen bij het in behandeling krijgen van patiënten (APA, 2006).

5.3 Matching

Het betrekken van familie bij de behandeling lijkt effectief, maar in welke vorm dat moet gebeuren, zal verschillen per cliënt (Berglund et al. 2003). Vooral gedragstherapeutische partnerrelatietherapie is niet in alle gevallen even geschikt. **Korte** aandacht voor relatieverbetering lijkt wel wenselijk binnen de behandeling, ongeacht de ernst van de problemen. Uitgebreide partnerrelatietherapie is het effectiefst voor cliënten die zeer betrokken zijn in een niet-steunende relatie, of minder betrokken zijn in een zeer steunende relatie (Emmelkamp en Vedel, 2007). Deze auteurs stellen dat doorverwijzing naar gedrags-therapeutische partnerrelatietherapie samen moet hangen met de ernst van de relatieproblemen. De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) beveelt gedragstherapeutische partnerrelatietherapie (boven cognitieve gedragstherapie) alleen aan in geval van relatieproblemen of huiselijk geweld.

hoofdstuk 6

24 uurs beschikbaarheid van een counsellor

Hoofdstuk 6

24 uurs beschikbaarheid van een counsellor

Er zijn geen studies gevonden over de effectiviteit van de 24-uurs beschikbaarheid van een counsellor in de verslavingszorg. Wel zijn er studies gevonden naar de effectiviteit van telefonische hulp bij verslaving, vaak in de vorm van nazorg.
Zo bevelen Emmelkamp en Vedel (2003) wekelijkse telefoongesprekken sterk aan als vorm van nazorg. Het gaat hier om een nazorginterventie, bestaande uit wekelijkse telefoontjes van een kwartier tussen een cliënt en diens therapeut, waarin diens specifieke doelen voor de komende week worden besproken. Deze interventie blijkt even effectief als nazorg in de vorm van de 12-stappenbenadering of terugvalpreventie. Bij een follow-up na twee jaar blijken meer cliënten die telefonische nazorg hebben gekregen abstinent dan degenen die nazorg in de vorm van de 12-stappenbenadering hadden gevolgd.
Ook Van Gageldonk et al. (2006) komen tot de conclusie dat er aanwijzingen zijn dat telefonische hulp het druggebruik kan beperken. Na intensieve ambulante behandeling blijkt wekelijks telefonische hulp met korte groepscounseling in de eerste maand na behandeling even effectief als intensieve face-to-face interventies. Cliënten met een laag risico op terugval blijven na telefonische interventie langer abstinent dan na counseling. Voor cliënten met een hoog risico en zowel alcohol- als cocaïneverslaving, geldt het omgekeerde.

Hoewel de 24 uurs beschikbaarheid van telefonische zorg/consultatie in de verslavingszorg niet specifiek onderzocht is, is dit wel een ingrediënt van dialectische gedragstherapie, een behandeling voor suïcidale cliënten met borderline. In zijn totaal is deze behandeling effectief (APA, 2001).

hoofdstuk 7

Nazorg

Hoofdstuk 7

Nazorg

7.1 Begripsbepaling

McKay (2001a) definieert nazorg (aftercare, posttreatment) als een behandeling met een lagere intensiteit (bijvoorbeeld ambulant), die aangeboden wordt na een initiële fase van een behandeling met een hoge intensiteit (bijvoorbeeld een klinische of residentiële behandeling). De term nazorg wordt toegepast op allerlei voortgaande zorgactiviteiten die volgen op verschillende klinische en ambulante interventies (Verster, 2005). De meeste adolescenten vallen terug op hun middelengebruik drie maanden na ontslag uit de kliniek. Een jaar later is meer dan driekwart teruggevallen. Het hoge percentage van terugval onder cliënten met problematisch middelengebruik, vooral in de eerste drie maanden na de behandeling, suggereert de noodzaak om de nodige aandacht te besteden aan nazorg (Emmelkamp en Vedel, 2007). Verster (2005) beschrijft twee verschillende doelen van nazorg. Het eerste is het aanleren van nieuwe vaardigheden die de overgang van het leven in de kliniek naar het gewone leven versterken. Het tweede is erop gericht om de effecten van de behandeling te handhaven. Het voorkomen van terugval is een belangrijk onderdeel van nazorg.

Een bezwaar tegen de term nazorg is dat het een bepaalde eindigheid van zorg en een duidelijk afgebakend herstelproces suggereert. Verschillende auteurs pleiten voor een vervangende term voor nazorg. Dit omdat verslaving gezien wordt als een chronische ziekte die gekenmerkt wordt door terugval (Verster, 2005). De meeste cliënten ondergaan drie tot vier behandelingen over een gemiddelde van acht jaar, voordat ze een stabiele toestand van abstinentie bereiken (Emmelkamp en Vedel 2007). McKay (McKay, Franklin, Patapis en Lynch, 2006; McKay, 2006; 2001a; 2001b) noemt de termen **continuing care** of **stepdown care**. De Nederlandse ervaringsdeskundige Da Lima (2008) pleit ervoor de term nazorg te vervangen voor continue zorg.

Nazorg is een verzamelterm voor verschillende interventies, onder andere: gedragstherapie, psychosociale behandeling, zelfhulpgroepen gebaseerd op de 12-stappenbenadering, telefonische nazorg, individuele counseling, groepscounseling, Behavioural Marital Therapy, Cognitive Behavioural Approach, Aversion Therapy, Social Cognitive Counseling (Verster, 2005; Emmelkamp en Vedel 2007).

7.2 Algemene effectiviteit

Nazorg is het succesvolst na een afgeronde behandeling (Emmelkamp en Vedel, 2007, Verster 2003, 2005). Verster (2005) concludeert dat nazorg in het algemeen een positieve invloed heeft op het handhaven van de winst die is opgedaan tijdens de primaire klinische behandeling. Het positieve effect van nazorg is met name groot bij verslavingsproblemen van alcohol en polidruggebruik, maar wordt ook beschreven bij verslaving aan tabak, cocaïne en opiaten. Er is meer onderzoek nodig naar de effectieve componenten van nazorg. Wel kan geconcludeerd worden dat vorm en setting van de interventies niet veel lijkt uit te maken, maar dat vooral interventies die langer in tijd doorgaan (in vergelijking met interventies die korter duren) effectiever lijken, en dat een verhoogde frequentie ook betere resultaten geeft wat betreft abstinentie en drinkgedrag.[1]

McKay (2005) concludeert dat het over een langere tijd behouden van therapeutisch contact met cliënten met alcohol- en drugsverslaving betere lange termijn uitkomsten genereert dan wanneer dat contact niet onderhouden wordt. Ook de richtlijn van de APA (2006) stelt dat het deelnemen aan nazorgactiviteiten van cliënten met alcoholmisbruik een belangrijke voorspeller is van positieve resultaten.

Emmelkamp en Vedel (2007) wijzen erop dat verslaafde cliënten met angst- en depressieve stoornissen een hogere terugvalpercentages hebben (40% voor de cliënten zonder pathologie, 69% voor cliënten met angst en 77% voor cliënten met zowel angst en depressie). Depressie zonder comorbide angststoornis heeft wellicht minder invloed op terugval. In de nazorg moet er goed op gelet worden dat eventuele angststoornissen en depressies die na de behandeling blijven voortbestaan passend behandeld worden.

7.3 Enkele interventies en hun matchingseffecten uitgelicht

Na de conclusie dat nazorg effectief is, volgt natuurlijk de vraag welke nazorg interventies het meest effectief zijn. Verschillende soorten nazorg blijken grotendeels identieke effecten te hebben, zonder dat het soort nazorg veel uit lijkt te maken (Verster, 2005). Emmelkamp en Vedel (2007) noemen drie effectieve nazorg interventies: boostersessies, 'recovery management checkups' en wekelijkse telefoongesprekken. De APA (2006) stelt dat er evidentie is voor het inzetten van de volgende interventies in het nazorgprogramma: zelfhulpgroepen gebaseerd op de 12-stappenbenadering, motivationeel interviewen, cognitieve gedragstherapie, copingvaardigheid training, relatie-gedragstherapie en 'insight-oriented' interactionele groepstherapie. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op 12-stappenprogramma's, terugvalpreventie en familieprogramma's.

[1] Het doel van nazorg is onder andere het bestendigen van de winst die behaald is tijdens de behandeling en het voorkomen van terugval. Als de behandeling gericht is op abstinentie, is de nazorg erop gericht deze abstinentie te bestendigen.

12-stappenprogramma's als nazorg

Cliënten kunnen op verschillende manieren gebruik maken van 12-stappenprogramma's. Ten eerste in de vorm van een geprofessionaliseerde behandeling zoals het Minnesota Model of een niet-geprofessionaliseerde behandeling zoals de zelfhulpgroepen. Ten tweede kunnen zelfhulpgroepen deel uitmaken van nazorg op een behandeling die al dan niet volgens de 12-stappenbenadering is ingericht. Deelname aan de groepen kan al tijdens de behandeling starten en daarna voortgezet worden, of pas starten nadat de behandeling is afgelopen.

Verschillende auteurs (McKay, 2005; Verster, 2005) pleiten voor interventies die (ex)verslaafden stimuleren de nazorgactiviteiten langer te volgen. Hierbij kan gedacht worden aan interventies met een lage intensiteit en een langdurig karakter, zoals bijvoorbeeld de zelfhulpgroepen volgens de 12-stappenbenadering. Zelfhulpgroepen zijn een bron voor langdurige steun bij het herstel en bij behoud van herstel. Zij vormen een permanent hulpaanbod, waar professionele hulp vaak eindig is. De module **Nazorg na deeltijd en klinische behandeling** (De Wildt, 2005) concludeert aan de hand van de literatuurstudie van Verster dat deelname aan zelfhulpgroepen de effectiviteit van behandeling en nazorg versterkt, en dat de cliënt daarom daartoe gestimuleerd moet worden.

Omdat er vrijwel geen RCT's zijn verricht naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen als de AA, omdat de deelnemers aan AA-groepen anoniem willen blijven, buigt Geelen (2003) zich in zijn review over prospectieve cohort-studies met voor- en nametingen en statistische controle op verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers. Zijn conclusie is dat deelname aan AA volgens vrijwel alle studies positieve effecten oplevert, zowel op abstinentie als op de hoeveelheid drankgebruik als op problemen ten gevolge van het drinken. Er is voldoende bewijs voor de effectiviteit van zelfhulpgroepen (Geelen, 2003; Geelen et al., 2004). Ook in de review van Hester en Miller (2003) komt men tot deze conclusie: er zijn weinig gecontroleerde studies naar de AA, maar de studies die er zijn, suggereren positieve uitkomsten voor deelname aan AA. Deelname aan AA blijkt in Amerika populair, de meeste groepen bestaan tien jaar of langer en het aantal deelnemers is stabiel of stijgend. Deze kiemkracht en langlevendheid zou een indicatie kunnen zijn voor de effectiviteit van de AA.
In de **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) wordt geconcludeerd dat deelname aan de AA mogelijk een grotere kans geeft op het behouden van abstinentie, maar dat het niet mogelijk is vast te stellen of dit een kwestie is van zelfselectie of van causaal werkelijk effect. Ook verschillende auteurs (Emrick, Tonigan, Montgomery, en Little, 1993; Tonigan et al., 1996) die kritisch zijn over deelname aan 12-stappengroepen als behandelinterventie, zien wel bewijs voor de effectiviteit van deelname aan 12-stappengroepen als nazorg bij het behouden van abstinentie.

Moos (2008) onderzocht in een review de mogelijk effectieve bestanddelen van zelfhulpgroepen. Hij bekijkt de zelfhulpgroepen met een 12-stappenbenadering vanuit de effectieve ingrediënten van de sociale controle theorie, de sociale leertheorie, de behavioral choice theorie en stress en coping theorieën (zie hoofdstuk 3). Theoretisch zijn zelfhulpgroepen effectief omdat ze ondersteuning, doelgerichtheid en structuur bieden. In zelfhulpgroepen ontstaan interpersonele relaties, cohesie en ondersteuning. De doelgerichtheid en structuur zijn terug te vinden in de 12-stappen die persoonlijke groei, verantwoordelijkheid,

zelfontdekking en spiritualiteit stimuleren. Des te sterker deze drie elementen terug te vinden zijn in de zelfhulpgroep, des te effectiever is deze groep. Een ander theoretisch effectief ingrediënt van zelfhulpgroepen is dat zij normen en rolmodellen bieden die op abstinentie gericht zijn. Mensen die deelnemen aan zelfhulpgroepen melden dat zij meer vrienden hebben die abstinentie en herstel ondersteunen, en daardoor een grotere kans hebben om abstinent te blijven, zelfs als zij een aantal zware drinkers in hun netwerk hebben. Een derde theoretisch effectief bestanddeel van zelfhulpgroepen is de deelname aan andersoortige, belonende activiteiten (engagement in rewarding activity). Mensen die meer betrokken zijn bij zelfhulpgroepen en meer activiteiten ondernemen gerelateerd aan de groepen – diensten verrichten, sponsor worden (dat wil zeggen het ondersteunen van nieuwe groepsleden) – hebben een grotere kans abstinentie te bereiken en behouden. Vooral mensen die sponsor worden voor andere (ex)verslaafden, hebben een grote kans om abstinentie te behouden. Na een follow-up van 10 jaar blijkt 91% van de individuen die sponsor waren voor andere AA-leden abstinent te zijn.
Ten slotte zijn zelfhulpgroepen effectief omdat ze helpen bij het ontwikkelen van self-efficacy en coping-vaardigheden. In zelfhulpgroepen worden praktische adviezen uitgewisseld hoe omgegaan kan worden met craving, terugvalgevaarlijke situaties en hoe men middelen kan afslaan.

Wat matchingseffecten betreft, kan het volgende geconcludeerd worden. Zelfhulpgroepen zijn effectiever naar mate ze beter aansluiten bij de karakteristieken van de cliënt: leeftijd, sekse, culturele en maatschappelijke status (APA, 2006). Zo voelen jongeren zich vaak niet thuis in groepen waar veel volwassenen zitten (Emmelkamp en Vedel, 2007). Vaak is er keuze uit verschillende zelfhulpgroepmogelijkheden zodat er gezocht kan worden naar een groep die aansluit bij de voorkeuren en eigenschappen van de cliënt (Emmelkamp en Vedel, 2007).
Er is enig bewijs dat de volgende cliënten in hogere mate geschikt zijn voor zelfhulpgroepen: cliënten die hardnekkigere drankproblemen hebben, eerder affectief dan cognitief zijn, gericht zijn op het doel en de zin van hun leven, betere interpersonele vaardigheden hebben, en een grote behoefte hebben om ergens bij te horen (APA, 2006).
Kelly, Myers en Brown (2000) onderzochten de effectiviteit van zelfhulpgroepen bij adolescenten (14 – 18 jaar; n=99). De auteurs onderzochten onder andere de mechanismen via welke de zelfhulpgroepen werken. Het bijwonen van de groepsbijeenkomsten versterkte de motivatie voor abstinentie.
Emmelkamp en Vedel (2007) stellen dat zelfhulpgroepen effectiever zijn als de doelen en filosofie van de zelfhulpgroep (bijvoorbeeld abstinentie) beter aansluiten bij de doelen van de cliënt. De nazorg moet aansluiten bij de behandeling. Cliënten die dankzij de 12-stappenmethode verbeteren zijn geneigd AA-bijeenkomsten bij te wonen om hun verbetering vast te houden. Emmelkamp en Vedel (2007) raden dan ook aan om de oriëntatie op zelfhulpgroepen en het laten bijwonen ervan vóór de afronding van de ambulante behandeling of ontslag uit de kliniek te laten plaatsvinden. Ook Geelen et al. (2004) pleiten voor aansluiting tussen behandelaanbod en zelfhulpgroepen. Deze aansluiting is het beste als deelname aan zelfhulpgroepen en een 12-stappenbenadering al geïntegreerd zijn in het behandelaanbod.
Uit onderzoek van Ouimette, Moos en Finney (1998) blijkt dat cliënten die een professionele behandeling volgens het 12-stappenprogramma kregen of een combinatie van 12-stappen en cognitieve gedragstherapie, na de behandeling significant vaker (in frequentie) naar zelfhulpgroepen gaan en een grotere betrokkenheid bij die groepen hebben in vergelijking met cliënten die alleen een CGT hadden gevolgd. Ook was het

effect van de zelfhulpgroepen voor de eerste twee groepen groter dan voor de CGT-groep. Humphreys, Huebsch, Finney en Moos (1999) vonden ook aanwijzingen voor een causaal verband: behandeling volgens het 12-stappenprogramma leidt tot hogere betrokkenheid in zelfhulpgroepen en dit laatste leidt weer tot behoud van abstinentie (Geelen 2003).

Terugvalpreventie (relapse prevention)

Het terugvalpreventie model is ontwikkeld door Marlatt en Gordon (1985) en richt zich op de onderliggende cognitieve, gedragsmatige en affectieve mechanismen bij een terugval. Deze methode is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes. De interventie bestaat uit een combinatiebehandeling waarbij hoog risico situaties voor terugval geïdentificeerd worden, en koppelt cognitieve technieken aan diverse gedragsmatige interventies als sociale vaardigheidstraining, coping vaardigheden en gedragsoefeningen.
De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) stelt dat deze methode bewezen effectief is. Tevens wijzen de auteurs van de richtlijn erop dat de Nederlandse vertaling, 'terugvalpreventie', soms niet naar Relapse Prevention van Marlatt en Gordon verwijst, maar een verzamelnaam is voor alle behandelingen met als doel om na een sterk verminderd gebruik of het behalen van abstinentie de kans op terugval te voorkomen. In onze review verwijst het woord terugvalpreventie naar de methode van Marlatt en Gordon.

Een grote meta-analyse naar de effectiviteit van terugvalpreventie is uitgevoerd door Irvin, Bowers, Dunn en Wang (1999). Zij onderzochten 26 studies die in totaal 9.504 personen besloeg en 70 hypotheses. Er zijn alleen studies meegenomen die consistent waren met de terugvalpreventie-interventie van Marlatt en Gordon. Bevindingen van de studies werden omgerekend in een gewogen gemiddelde correlatiecoëfficient (r) met een betrouwbaarheidsinterval. Er is gekeken naar zeven variabelen: modaliteit/wijze van behandeling, setting van de behandeling, uitkomstvariabelen, eventueel gebruik van medicatie, de ernst van de verslaving, effectiviteit in vergelijking met andere behandelingen en effectiviteit na verschillende follow-up periodes. Hun conclusie is dat terugvalpreventie in het algemeen effectief is wat betreft de frequentie en intensiteit van terugval, en dat de resultaten qua effectiviteit niet lijken te verschillen naar modaliteit of setting van de behandeling. Individuele terugvalpreventie blijkt even effectief als terugvalpreventie in groepsverband. De effectiviteit van terugvalpreventie gecombineerd met relatietherapie lijkt veelbelovend, hoewel er weinig onderzoek naar gedaan is (Irvin et al., 1999; Carroll 1996).
Verster (2005) merkt op dat hoewel terugvalpreventie effectief is bij het behouden van abstinentie, het niet effectiever is in vergelijking met andere nazorgprogramma's (12-stappenbenadering of counseling). Rietdijk (2000) stelt dat terugvalpreventie vooral effectief is voor het verbeteren van het algemeen maatschappelijk functioneren.

Wat matchingseffecten betreft, kan het volgende geconcludeerd worden. Terugvalpreventie heeft een significant groter effect bij de behandeling van alcohol- en polidruggebruik (vooral als de interventie wordt aangevuld met medicatie), vergeleken met de behandeling van cocaïne en tabak (Verster 2005, Irvin et al. 1999). Carroll (1996) concludeert juist dat terugvalpreventie vooral effectief is bij legale drugs, met name tabak en alcohol. Carroll vond geen effect voor marihuanaverslaving. Mensen met een zware cocaïne afhankelijkheid hebben daarentegen wel veel baat bij terugvalpreventie, wat betreft de hoeveelheid

aaneengesloten dagen dat de cliënt abstinent blijft. McKay et al. (1997) rapporteren in een onderzoek naar terugvalpreventie en Standard Group Counseling het volgende significante matchingseffect. Als de cliënt na de behandeling alsnog afhankelijk is van cocaïne maar wel streeft naar abstinentie, dan is terugvalpreventie effectiever. Als de cliënt zijn afhankelijkheid heeft overwonnen tijdens de behandeling, dan is hij eerder gebaat bij Group Counseling als nazorg. De verklaring die McKay et al. (1997) hiervoor geven is dat terugvalpreventie om een actievere houding van de cliënt vraagt dan Group Counseling.

Familieprogramma's

De module **Nazorg na deeltijd en klinische behandeling** (De Wildt, 2005), die op basis van de literatuurstudie van Verster is ontwikkeld, hanteert als uitgangspunt dat het betrekken van het systeem de effectiviteit van de nazorg verhoogt.
Er zijn diverse programma's waarbij familie, partners of naasten worden betrokken. Met name O'Farrell (O'Farrell en Fals-Stewart, 2002; O'Farrell, Choquette, en Cutter, 1998; O'Farrell, Choquette, Cutter, Brown en McCourt, 1993) deed onderzoek naar de effectiviteit van Behavioural Marital Therapy. Zijn conclusie is dat wanneer nazorg wordt gegeven aan stellen en aangevuld wordt met Marital Therapy, het positieve effect toeneemt wat betreft drinkgedrag. Meer over familieprogramma's is te vinden in hoofdstuk 5.

7.4 Combinatie zelfhulpgroepen en professionele nazorg

Geelen (2003; Geelen et al., 2004) komt tot de conclusie dat zelfhulpgroepen en professionele nazorg elkaar versterken. De onderzoeksgegevens zijn niet eenduidig over de vraag welke van de twee afzonderlijk het betere resultaat oplevert, hoewel de tendens is dat AA wat meer effect heeft. Deze conclusie wordt ondersteund door Corveleyn en Van Limbergen (2001) die een sterk verband zien tussen behoud van abstinentie en voltooiing van de (Minnesota 12 stappen) behandeling, AA-participatie en andere nazorg.

Miller, Ninonuevo, Klamen, Hoffman en Smith (1997) volgden 2.029 cliënten een jaar lang na hun behandeling om te onderzoeken wat de effecten van deelname aan zelfhulpgroepen, professionele nazorg en een combinatie van beide zijn. Abstinentie na 12 maanden wordt het beste voorspeld door deelname aan zelfhulpgroepen én professionele nazorg tegelijkertijd.

In een gecontroleerde maar niet gerandomiseerde studie onder 3.018 cliënten onderzochten Ouimette et al. (1998) de effecten van nazorg in zelfhulpgroepen en professionele nazorg. Deelname aan zelfhulpgroepen leidt tot betere resultaten (abstinentie, gematigd drinken, minder depressiviteit, beter psychosociaal functioneren) dan professionele nazorg. Een combinatie van beide heeft echter het meeste effect. De groep die voor geen enkele vorm van nazorg koos, deden het op meerdere gebieden slechter: zij waren minder vaak abstinent, dronken meer, waren depressiever en functioneerde psychosociaal minder goed. Ouimette et al. (1998) concluderen dat het aanmoedigen van cliënten om deel te nemen aan zowel professionele nazorg als zelfhulpgroepen de beste lange-termijn uitkomsten genereert.

Duur nazorg

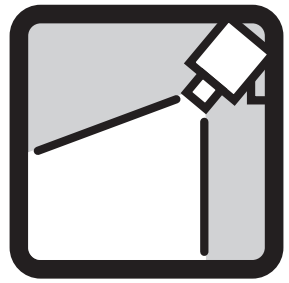
Op de vraag hoe lang de noodzakelijke nazorg zou moeten duren, geeft de literatuur geen eenduidig antwoord. Volgens de **incentive sensitization theory** (Robinson en Berridge, 1993) brengt het herhaaldelijk gebruik van drugs een langdurige structuurverandering in de hersenen teweeg. Het motivationele deel in de hersenen raakt overgevoelig voor prikkels die te maken hebben met het druggebruik. **Liking** drugs verandert in **wanting** drugs, ook al ziet men het gebruik van drugs niet meer als iets positiefs. Er ontstaat **craving**, een pathologisch verlangen naar drugs, hetgeen een belangrijke rol speelt bij terugval (Paulus, Tapert en Schuckit, 2005).
Deze theorie is in overeenstemming met hersenscans die afwijkingen in de orbitofrontale cortex van verslaafden laat zien die samenhangt met dwangmatig gedrag (Volkow, Fowler en Wang, 2003). Schade aan de frontale cortex als gevolg van middelengebruik leidt tot beperkingen in normale besluitvorming en analytische functies en bevordert impulsief gedrag (Lemonick en Park, 2007).

De AA hanteert een negentig dagen rehabilitatiemodel. In de Verenigde Staten is de geplande duur van verslavingszorg gewoonlijk negentig dagen (Emmelkamp en Vedel, 2007). Recent neurologisch onderzoek lijkt de negentig dagen theorie te ondersteunen, waarin de hersenen zich 'resetten' van de invloeden veroorzaakt door middelengebruik. Na negentig dagen abstinentie herstellen de analytische functies in de prefrontale cortex van de hersenen zich (Lemonick en Park, 2007). Deze hypothese uit de verslavingsspecial van de Times kan niet direct ondersteund worden met wetenschappelijke reviews. Wel blijkt uit verschillend neurologisch onderzoek dat het herstelproces van de hersenen na excessief middelengebruik langdurig is (3 maanden, 6 maanden, 9 maanden, 3 jaar).
Zo blijkt uit een onderzoek van Nader et al. (2006) dat Rhesus apen die een jaar lang cocaïne toegediend kregen, de dopamine D2 receptoren langdurig beschadigen. Bij drie van de vijf apen waren de dopamine D2 receptoren na 3 maanden abstinentie hersteld. Bij de overige twee apen was dit niet het geval, zelfs niet bij een jaar abstinentie. Littel en Franken (2007) vergeleken de electrophysiologicale hersenreactie van drie groepen (rokers, ex-rokers en niet-rokers) op rook-gerelateerde en neutrale afbeeldingen. Zij zagen geen verschil in de hersenreacties van ex-rokers die minimaal een half jaar abstinent zijn in vergelijking met niet-rokers.
Volkow (2004) deed onderzoek onder een groep van 15 methamphetamine gebruikers. Vijf van hen lukte het om over een langere tijd abstinent te blijven. Door middel van PET-scans werd een significant herstel van de dopamine transporters gevonden 9 maanden na detoxificatie. Het glucose metabolisme systeem in de hersenen lijkt echter langduriger aangetast, zelfs na 3 jaar was deze niet hersteld. Dit kan de oorzaak zijn van depressie en anhedonie die ex-verslaafden soms ervaren, zelfs lang nadat ze afgekickt zijn. Dit onderzoeksgebied is nog volop in ontwikkeling.

Emmelkamp en Vedel (2007) stellen dat de meeste adolescenten terugvallen kort na beëindiging van de behandeling. Vooral de eerste drie maanden na ontslag zijn kritiek. McKay (2006) noemt als periode voor de duur van nazorg minimaal één jaar. De **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol** (Van den Brink et al., 2007/concept) komt tot de volgende conclusie: van belang voor nazorg is wel dat patiënten die langer in nazorg bleven het beter deden dan degenen die dat niet deden, ongeacht de aard van de nazorg. Deze conclusie wordt ondersteund door Verster (2005).

hoofdstuk 8

De setting van de behandeling



Hoofdstuk 8

De setting van de behandeling

Naast de hiervoor beschreven inhoudelijke aspecten van de behandeling, zijn ook faciliterende aspecten van invloed op de behandeling. Bijvoorbeeld de aankleding van de behandel omgeving (helende omgeving, aandacht voor wellness), het al dan niet hanteren van wachtlijsten en de financiële bijdrage van cliënten aan de behandeling.

8.1 Wellness

Wellness bestaat zowel uit de omgeving waarin mensen zich laten behandelen voor hun verslaving, als directe aandacht voor het welbevinden van mensen die zich onder andere uit in een lichaamsgerichte behandeling.

Helende omgeving

De omgeving waarin mensen herstellen, is van invloed op hun herstelproces. Hiervoor is het van belang een dusdanige omgeving te scheppen die het genezingsproces optimaal bevordert (Ulrich, 1995). De Amerikaan Roger Ulrich is de grondlegger van 'evidence-based' design, waarbij architectuur afgestemd wordt op wetenschappelijke bewijzen. Deze genezende architectuur wordt vooral toegepast en ontwikkeld in ziekenhuizen. Een helende omgeving is een omgeving die het zelfhelend vermogen stimuleert door het versterken van de innerlijke krachten van mensen (Van den Berg, 2005).

Ulrich (1995; Ulrich, Zimring, Quan, Joseph en Choudhary, 2004) wijst erop dat de omgeving cliënten moet ondersteunen in hun coping met stress. De omgeving moet het gevoel van controle versterken en geen negatieve afleiding veroorzaken. Ook moet de cliënt het gevoel hebben dat hij toegang heeft tot een sociaal netwerk. Vooral natuurlijke elementen in de omgeving voorzien in deze behoeftes van cliënten.

Voor de inrichting van ziekenhuizen noemt Ulrich de volgende elementen die een helende werking zouden hebben:

- één-persoonskamers zijn aan te raden als een cliënt privacy zoekt, groepskamers zijn aan te raden als een cliënt sociale steun zoekt;
- goede isolatie om de geluidsoverlast te verminderen vermindert stress en verbetert de nachtrust;
- uitzicht op de natuur en andere positieve afleiding vermindert stress;
- bezoekers moeten makkelijk hun weg kunnen vinden door het gebouw;
- het gebruik van natuurlijk licht en full-spectrum belichting verbetert de lichtgeving in een gebouw.

De ideale helende omgeving houdt niet alleen rekening met de behoefte van cliënten, maar ook met de behoeften van bezoekers en personeel.

In Nederland zijn er twee reviews verschenen die de invloed van omgevingsfactoren op het genezingsproces onderzochten. Deze onderzoeken richten zich niet specifiek op verslavingszorginstellingen, maar op ziekenhuizen.
In **Health Impacts of Healing Environments** (2005) onderzocht Van den Berg de effectiviteit voor de helende werking van klassieke elementen: natuur, daglicht, frisse lucht en stilte. Er is sterk bewijs dat lucht en uitzicht op de natuur het genezingsproces versterken en stress verminderen. Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van planten, daglicht en stilte het genezingsproces ondersteunen en stress verminderen. Er is te weinig direct bewijs voor de genezende werking van 'helende tuinen'. De resultaten zijn echter niet zonder ambivalenties. Voor frisse lucht, zonlicht en kamerplanten zijn er ook indicaties dat zij een negatief effect kunnen hebben op de genezing.
Dijkstra et al. (2006) onderzochten fysieke omgevingsstimuli die, door psychische effecten, gezondheidszorginstellingen veranderen in een helende omgeving. In deze review zijn alleen RCT-studies opgenomen. Zij maken onderscheid tussen drie aspecten van stimuli: omgeving, architectonische en interieur-aspecten. Positieve effecten van omgevingsfactoren betreffen vooral het aanwezig zijn van zonlicht. Architectonisch gezien zijn vooral ramen en uitzicht op natuur van belang. Wat het interieur betreft, heeft het toevoegen van natuurlijke elementen een licht positief effect.

Lichaamsgerichte behandeling

Vanuit het bio-psycho-sociale model zou bij de behandeling van verslaving een lichaamgerichte component een waardevolle aanvulling kunnen zijn. Deze lichaamsgerichte benadering is niet alleen medisch van aard, maar richt zich ook op welbevinden, wellness, zelfbewustwording en het veranderen van levensstijl. Er zijn verschillende onderzoeken gevonden (Cowan en Devine, 2008; Falck-Ytter en McCullough, 2000; Mohs et al., 1990) die de relatie onderstrepen tussen verslaving en lichaam/ lichaamsgewicht): eetverslavingen, gewichtstoename na stoppen met roken, drugsverslaafden die sterk vermagerd zijn en goede voeding nodig hebben en lichamelijke schade opgelopen door verslaving. Hierbij spelen welzijn, zelfbeeld en lichaamsbeeld een belangrijke rol. Een lichaamsgerichte behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit goede voeding, massages, sauna, sporten en lichamelijke oefeningen.

Er is een review gevonden naar de acute effecten van lichamelijke oefeningen op craving naar sigaretten, ontwenningsverschijnselen, affect en rookgedrag (Taylor, Ussher en Faulkner, 2007). Kleine doses lichamelijke

oefening blijken behulpzaam bij het omgaan met craving naar sigaretten en ontwenningsverschijnselen. Mohs, Watson en Leonard-Green (1990) voerden een review uit naar de relatie tussen voeding en middelen: marihuana, heroïne, cocaïne en nicotine. Zij stellen dat het gebruik van deze middelen invloed heeft op de inname van voedsel, smaakvoorkeuren en lichaamsgewicht. Voedselgerelateerde condities (zoals diabetes) kunnen ook weer samenhangen met een sensitiviteit voor middelen. Zij stellen dat voeding een belangrijke rol speelt, niet alleen bij middelengebruik, maar ook bij ontwenning na verslaving. Falck-Ytter en McCullough (2000) voerden een review uit specifiek naar de voedingseffecten (nutritional effects) van alcoholisme. Zij stellen dat er bij alcoholisme niet alleen gekeken moet worden naar de schadelijke effecten van alcohol op verschillende organen, maar ook naar de vaak complexe verhouding tussen alcohol en lichaamsgewicht.

Voor twee specifieke lichaamsgerichte behandelingen is een RCT uitgevoerd (er zijn geen reviews gevonden). Cropley, Ussher en Charitou (2007) voerden een RCT uit naar de effectiviteit van een aandachtsgerichte bodyscan op het cravinggevoel en de ontwenningsverschijnselen van rokers. Deze methode komt uit de Mindfulnesstherapie van Kabat Zinn en houdt in dat een persoon op een niet-oordelende, milde en aandachtige manier zijn lichaam 'scant'. Degenen (n=15) die de bodyscan ondergingen ervaren minder verlangen om te roken en minder ontwenningsverschijnselen.
Reader, Young en Connor (2005) voerden een RCT uit naar de effectiviteit van massagetherapie op alcoholisten die detox ondergingen. Zij wezen 50 cliënten willekeurig toe aan een massage van rug, schouder, hoofd en nek of een controlegroep die geen massage kreeg. Bij de massagegroep is de hartslag lager en worden minder ontwenningsverschijnselen ervaren.

Ten slotte werd er een onderzoeksrapport gevonden naar het heilzame effect van het gebruik van een sauna voor het reinigen van drugsresiduen en het herstellen van gezondheid (Cecchini en LoPresti, 2007). Naast de sauna wordt gebruik gemaakt van lichamelijke oefening en voedingssupplementen. Dit rapport concludeert dat, hoewel deze methode in minstens 70 verslavingsklinieken in 20 landen gebruikt wordt en er aanwijzingen zijn dat het potentieel een belangrijke aanvulling is op de behandeling, er meer onderzoek nodig is om het effect aan te tonen.

8.2 Wachtlijst

Een hypothese is dat als hulp aan verslaafden snel start nadat zij toenadering tot de zorg hebben gezocht, dit hun motivatie voor behandeling vergroot en daarmee ook de kans op abstinentie. Uit wachtlijstanalyses van de GGZ (De Beer, 2006) blijkt dat de wachttijden in de regulieren verslavingszorg lang zijn. Een kwart van de personen die zich aanmelden bij de verslavingszorg moet langer dan 30 dagen wachten op het eerste gesprek, de helft moet tussen de 15 en de 30 dagen wachten, en een kwart hoeft minder dan 14 dagen te wachten. Na het eerste gesprek volgen wachttijden voor indicatiestelling en voor de start van de zorg. Met name de wachttijd na de indicatiestelling en voor de werkelijke start van de behandeling is voor veel mensen lang: 65% tot 74% van de mensen moet langer dan 30 dagen wachten.

Er zijn geen geanonimiseerde, gecontroleerde onderzoeken gedaan naar de invloed van wachtlijsten op abstinentie. Wel is er een verband gevonden tussen lange wachttijden en drop-out nog voordat de behandeling gestart is. Mensen met verslavingsproblemen hebben vaak een ambivalente houding tegenover stoppen. Wachttijden worden door veel cliënten geïnterpreteerd als onbereidwilligheid vanuit het behandelprogramma, waardoor zij ergens anders heengaan met hun problemen of verder gaan met middelen gebruiken (Marlatt, Tucker, Donovan en Vuchinich, 1997). Dit blijkt ook uit onderzoek van Festinger, Lamb, Kountz, Kirby en Marlowe (1995). Zij deden een retrospectief onderzoek naar het aantal dagen dat tussen het eerste telefoontje en de eerste afspraak zit. Zij onderzochten 235 cocaïneverslaafden en komen tot de conclusie dat hoe meer tijd er zit tussen het eerste telefoontje en de eerste afspraak, hoe groter de kans is dat de cliënt niet op komt dagen. Drop-out lijkt dus lager als de afspraak snel op het eerste telefoontje volgt, liefst binnen 24 uur. Hoe langer mensen moeten wachten op hun afspraak, hoe kleiner de kans is dat ze daadwerkelijk aan de behandeling beginnen.

Stark, Campell en Brinkerhoff (1990) wezen druggebruikers die zich aanmelden voor een ambulante behandeling willekeurig toe aan twee groepen. De eerste groep kreeg binnen twee weken een eerste afspraak, van hen kwam 38% op de afspraak. De andere groep werd gevraagd zo snel mogelijk te komen voor de afspraak, bij voorkeur dezelfde dag. Van hen kwam 60% op de afspraak.

Wengler en Rosenbaum (1994) interviewden 70 heroïneverslaafden om het verschil te onderzoeken tussen 'treatment on demand / not'. Dit wil zeggen dat de behandeling start op het moment dat de cliënt er om vraagt. Het is dus vraaggericht en zonder wachtlijsten. Hun conclusie is dat treatment on demand een belangrijk ingrediënt is bij het terugdringen van de schade die drugs kunnen veroorzaken. Bovendien is het een humane manier om mensen te behandelen.

8.3 Eigen financiële bijdrage

Een hypothese is dat het leveren van een financiële bijdrage aan de behandeling de motivatie van de cliënten voor de behandeling verhoogt. Er zijn geen studies gevonden over de effectiviteit van een eigen financiële bijdragen aan abstinentie.
Wel is een positief verband gevonden tussen de mate waarin cliënten bereid zijn een opoffering te brengen voor de behandeling (in de zin van tijd, geld, opgeven van plezierige bezigheden) en hun motivatie voor en engagement in de behandeling (Drieschner, Lammers en Van der Staak, 2004). Waltman (1995) komt tot de conclusie dat de behandeling in ieder geval betaalbaar moet zijn voor de cliënt.

hoofdstuk 9

Gecombineerde effectiviteit

Hoofdstuk 9

Gecombineerde effectiviteit

De meeste studies richten zich op de effectiviteit van één interventie(aspect) van de behandeling van verslaving, waardoor gecombineerde effectiviteit bijna niet onderzocht is. De gecombineerde effectiviteit van de verschillende onderdelen van de behandeling van SolutionS is, aangezien zij uniek is voor SolutionS, als dusdanig niet onderzocht. Aangezien de behandeling van SolutionS sterke verwantschap heeft met het Minnesota Model en het Matrix Model, kan de effectiviteit van deze behandelingen een indicatie zijn voor de te verwachten effectiviteit van SolutionS. Ook is gekeken naar de effectiviteit van behandelcombinaties als 12-stappenbenadering en cognitieve gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie en spiritualiteit, het bio-psycho-sociale model en holisme, en de 12-stappenbenadering en stages of change.

9.1 Het Minnesota Model

Algemene effectiviteit

Er zijn weinig (recente) review-studies naar het Minnesota Model. Cook (1988) concludeert dat de studies die uitgevoerd zijn veelbelovend zijn, maar dat er meer en methodologisch sterkere studies nodig zijn. Hij stelt dat de ideologie van het Minnesota Model bij sommige cliënten en professionals weerstand oproept, maar dat er veel van het model geleerd kan worden en dat veel mensen er baat bij hebben gehad. De Aiseiri Addiction Treatment Centres voerde in 1993 een literatuurstudie uit naar het Minnesota Model en beoordeelden het model als effectief (Leane en Powell, 1994).
Corveleyn en Van Limbergen (2001) vonden zowel kwalitatieve (therapeutische mechanismen) als kwantitatieve gegevens (effectonderzoek) die de doeltreffendheid van het Minnesota Model ondersteunen. Zij concluderen dat de effectiviteit van de 12-stappenfilosofie (dus ook buiten het Minnesota Model) wordt aangetoond door Lindeman (1993). Ondanks de effectiviteit van de 12 stappen op zichzelf pleit RCT-onderzoek voor een (initiële) residentiële behandeling, zoals geboden in de Minnesota Model-benadering (Walsh et al., 1991).

Een aantal algemene reviews naar effectiviteit van verslavingsbehandelingen (Hester en Miller, 2003; Autrique, Vanderplasschen, Pham, Broekaert en Sabbe, 2007) bestempelt het Minnesota Model als niet-evidence-based, maar gaan er verder niet of zijdelings op in. Regelmatig wordt het gelijkgesteld met andere behandelingen volgens de 12-stappenfilosofie.

Resultaten van effectstudies

Er zijn verschillende effectstudies uitgevoerd naar het Minnesota Model. De grootste is uitgevoerd in Amerika. Daar deden Stinchfield en Owen (1998) een effectstudie onder 1.083 cliënten van de Hazeldenkliniek, de kliniek waar het Minnesota Model ontwikkeld is. Na 1 maand is 77% van de cliënten abstinent, na 6 maanden 59% en na 12 maanden 53%.
Ook onder adolescenten werd een effectstudie uitgevoerd. Winters, Stinchfield, Opland, Weller en Latimer (2000) deden een niet gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van het Minnesota Model onder 245 adolescenten (12-18 jaar) met alcohol- of polydrugsgebruik. Na 12 maanden was van de groep die het programma afmaakte 53% (zo goed als) abstinent, tegen 15-28% van de adolescenten die het programma niet afmaakten of op de wachtlijst stonden.

Het meest relevant voor deze literatuurstudie, zijn Europese effectstudies omdat die waarschijnlijk beter inzicht geven in de te verwachten effectiviteit van het Minnesota Model in Nederland. In verschillende Europese landen wordt gewerkt met het Minnesota Model en zijn effectstudies uitgevoerd naar deze behandeling (zie tabel 1).
In Denemarken vergeleken Grønbæk en Nielsen (2007) middels een RCT-studie een Minnesota dag-behandeling in een privékliniek met een traditionele openbare psychosociale behandeling. Er namen 148 cliënten deel aan het onderzoek. Na 12 maanden vond er een follow-up plaats. Cliënten behandeld met het Minnesota Model waren langer abstinent dan degenen die de traditionele behandeling (bestaande uit detoxificatie, individuele sessies en behandeling met disulfiram) hadden ondergaan. Van de Minnesota cliënten was 35% abstinent na 12 maanden, tegen 20% van de traditionele behandeling. In de maand voorafgaand aan de 12-maanden follow-up, was 53% van de Minnesota cliënten abstinent tegen 43% van de cliënten die de traditionele behandeling gevolgd hadden.
In Finland voerden Keso en Salaspuro (1990) een gerandomiseerd onderzoek uit en stelden significante verschillen vast tussen een Minnesota behandeling (n=74) en een traditionele behandeling (n=67) van verslaving. De verschillen betreffen vooral abstinentie op langere termijn (8-12 maanden: 26% versus 10%). Ook het percentage abstinentie gedurende het hele jaar na behandeling is in het voordeel van het Minnesota Model (14% versus 2%).
In Zwitserland voerden Sekera, d'Epagnier en Danis (2005) een prospectieve studie uit onder 100 patiënten van de Clinique La Métairie. Na een follow-up van een jaar bleek 38% van de cliënten het gehele jaar abstinent.
In Ierland werd de Aiseiri kliniek geëvalueerd door Leane en Powell (1994). Zij trokken een steekproef van 114 van de 1.136 cliënten. Er waren 67 personen bereid deel te nemen aan het onderzoek. Van hen bleek 81% abstinent (waarvan – toevallig – 81% minstens 1 jaar abstinent bleef). Rekening houdend met de patiënten die niet bereid waren deel te nemen aan het onderzoek, wordt dit cijfer door de onderzoekers bijgesteld tot 61%.

Het Engelse Castle Craig Hospital (Christo Research Systems, 2003) deed onderzoek onder haar Nederlandse cliënten (34 drug- en 33 alcoholverslaafden) die de kliniek tussen oktober 1998 en juli 2003 bezochten. Bij de follow-up (39 weken na ontslag) was 51% abstinent van drugs en alcohol.

Tabel 1. Effectstudies Minnesota Model

Onderzoek	Land en kliniek	Methode	Aantal	Resultaat
Grønbæk en Nielsen (2007)	Denemarken, anonieme kliniek	RCT-studie, vergelijking MM met standaard behandeling	148	Het gehele jaar abstinent: MM: 35% Standaard: 20%
Keso en Salaspuro (1990)	Finland	RCT-studie, vergelijking MM met standaand behandeling	141	het gehele jaar abstinent: MM: 14% Standaard: 2%
Sekera, d'Epagnier en Danis (2005)	Zwitserland, Clinique La Métairie	Prospectieve studie	100	het gehele jaar abstinent: 38%
Leane en Powell (1994)	Ierland, Aiseiri kliniek	Effectstudie	67	Na 12 maanden abstinent: 61%
Christo Research Systems (2003)	Engeland, Castle Craig Hospital	Effectstudie	67 Nederlandse cliënten	Abstinent na 39 weken: 51%

De abstinentiepercentages van de verschillende studies variëren dus tussen de 14% en de 61%. Dit is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat de onderzoeken verschillende uitkomstmaten hanteerden: aaneengesloten abstinentie of abstinentie op het moment van de meting. Ook de follow-up periode varieerde.

9.2 Het Matrix Model

Het Matrix Model is een ambulante variant van het Minnesota Model. Er zijn geen reviews gevonden betreffende de effectiviteit van het Matrix Model, wel RCT-studies. Een review over methamfetaminegebruik (Winslow, Voorhees en Pehl, 2007) noemt wel het Matrix Model als de meest effectieve behandelmethode, zij het dat deze conclusie vooral practice-based is en berust op consensus van behandelaars. Ook voor cocaïnegebruikers lijkt deze methode effectief (Huber et al. 1997). Shoptaw, Rawson, McCann en Obert (1994) geven een opsomming van de resultaten van een pilotstudie, een open trial studie en een RCT uitgevoerd naar het Matrix Model, waaruit blijkt dat deze behandeling minstens even effectief is als andere behandelingen. Rawson et al. (1995) komen tot dezelfde conclusie in een overzichtartikel over het Matrix Model.
In een recente RCT-studie (Rawson et al., 2004) werden 978 personen met een methamfetamine verslaving willekeurig toegewezen aan een standaardbehandeling of een behandeling volgens het Matrix Model. Cliënten die toegewezen waren aan de behandeling volgens het Matrix Model woonden meer klinische sessies bij, namen langer deel aan behandeling, en waren langer abstinent.

9.3 Cognitieve gedragstherapie en de 12-stappenbenadering

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een combinatie van de 12-stappenbenadering en de cognitieve gedragstherapie. Misschien omdat er een zekere overlap in beide methodes zit: 12-stappenbenaderingen kunnen een aantal werkzame ingrediënten bevatten die vergelijkbaar zijn met cognitieve en gedragstherapeutische behandelingen. Dus hoewel de cognitieve gedragstherapie en 12-stappenbenaderingen een verschillende taal spreken en verschillende uitgangspunten onderschrijven, ondersteunen beide benaderingen wel de ontwikkeling van gedrags- en cognitieve veranderingsprocessen (Vedel en Emmelkamp, 2007). Corveleyn en Van Limbergen (2001) bespreken een aantal studies die de cognitieve en cognitiefgedragstherapeutische processen in de 12-stappenbenadering beschrijven. Zo wordt de 12-stappenbenadering omschreven in termen van cognitieve herstructurering van denkpatronen en rationalisaties typerend voor alcoholisme. Vooral de ziekte- en machteloosheidopvatting van de 12-stappenbenadering helpt cliënten om het idee dat ze nog controle over hun middelengebruik hebben te doorbreken en leidt tot het opbouwen van een nieuwe denk- en handelwijze. Door de benadering van de verslaving als ziekte wordt de problematiek geconcretiseerd, wat self-efficacy bevordert. De 12-stappensessies worden ook vergeleken met rituelen, omdat het gaat om repetitieve vormen van tussenkomst in de behandeling. Ze zijn een vorm van contraconditionering tegen hardnekkige niet-adaptieve cognities en gedragswijzen. Door te streven naar vergeving van zichzelf en anderen worden zelfdestructieve stellingen geherstructureerd naar een positievere zelfevaluatie. Ook wordt de 12-stappenbenadering omschreven in termen van het aanleren van een nieuwe coping-strategie, wat tot een versterkte self-efficacy leidt. De erkenning van de eigen machteloosheid is de eerste stap in het gebruik van de 12 stappen als een alternatieve coping-strategie.

Wel is er door Ouimette et al. (1997; 1998) onderzoek gedaan naar de combinatie van beide behandelingen bij nazorg. Ouimette et al. (1997) vergeleken de effecten van behandelprogramma's die uitgaan van een 12-stappenbenadering, cognitieve gedragstherapie, of die beide combineren. Het onderzoek vond plaats bij 15 behandelinstellingen voor veteranen (n=3.018). Alle drie de behandelingen bleken even effectief.

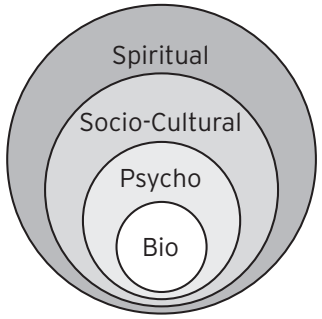
9.4 Cognitieve gedragstherapie en spiritualiteit

Er zijn aanwijzingen, weliswaar niet specifiek voor verslaving, dat een combinatie van cognitieve gedragstherapie en Oosterse meditatietechnieken (Mindfulness-based cognitive therapy - MBCT) stress, pijn en depressieklachten doen afnemen (Kabat-Zinn et al., 1998; 1992; 1985). Aangezien stress een belangrijke indicator is voor terugval, zou MBCT een waardevolle behandelaanvulling kunnen zijn. Hoppes (2006) vond bewijs voor de effectiviteit van MBCT voor mensen met zowel een verslavings- als een stemmingsstoornis.

9.5 Het bio-psycho-sociale model en holisme

Van de Wetering en Czyzewski (2001, 2005) beschrijven een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg. Voor het oude paradigma, dat verslaving aangeleerd gedrag is, is een nieuw paradigma in de plaats

gekomen, dat de nadruk legt op biologische, psychologische en sociale aspecten van het menselijk functioneren. Dit bio-psycho-sociale model (Engel, 1977) bekijkt verslaving vanuit het geheel van deze drie assen die elkaar beïnvloeden. Verslaving is een ziekte die zich niet beperkt tot één terrein (het lichaam of de geest), maar samenhangt met meerdere domeinen in het leven van de cliënt. De cliënt is meer dan de som der delen van deze domeinen, het gaat bij de behandeling om heel de mens.
Steeds meer onderzoekers pleiten ervoor om de spirituele dimensie te integreren in het bio-psycho-sociale model, dit zou dan het bio-psycho-sociale-spirituele model worden (Amodia, Cano en Eliason, 2005). De 12-stappenbenadering kan deze spirituele benadering in de verslavingszorg inbrengen. Corveleyn en Van Limbergen (2001) concluderen dat de 12-stappenbenadering een veranderingsproces bevordert dat zich op tal van dimensies aftekent: gedragsmatig, affectief, cognitief, geestelijk, interpersoonlijk. De 12-stappenbenadering werkt in op verschillende probleemgebieden: het aanbod is niet alleen in staat veranderingen door te voeren op het gebied van de symptomen en consequenties van het drinkgedrag, maar ook op het gebied van maladaptieve cognities (predictief voor terugval), inter- en intrapersoonlijke conflicten en gezinsconflicten (Corveleyn en Van Limbergen, 2001).

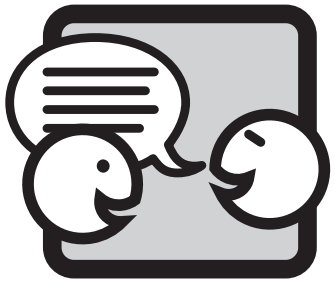


9.6 Aanpak van SolutionS en de Stages of change

Een hypothese is dat omdat de aanpak van SolutionS al in de intake commitment aan nazorg waarborgt, winst geboekt wordt in het **stages of change** model van Prochaska en DiClemente (1983). Dit model gaat ervan uit dat mensen verschillende fases doormaken in hun veranderingsproces. Vaak worden verslaafden door naasten gestimuleerd om in behandeling te gaan. Zij zijn dan misschien niet echt gemotiveerd en na de behandeling nemen ze niet deel aan het nazorgtraject. Door in de intake cliënten te binden aan nazorg zou dit probleem gestuurd kunnen worden. Er zijn in de literatuur geen bewijzen gevonden die deze hypothese ondersteunen of weerleggen. Wel blijkt dat structuur een belangrijk effectief element voor behandeling is (Moos, 2007). De duidelijke structuur van de 12-stappenbenadering, ondersteund door de structuur van het **stages of change** model zou effectief kunnen zijn. Ook is een onderzoek gevonden van Isenhart (1997) waarin bij 125 mannelijke alcoholisten gekeken werd naar bereidheid tot verandering voor de behandeling en het alcoholgebruik en herstel daarvan na een jaar. Isenhart maakte gebruik van de Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale en komt tot de conclusie dat een hoge score op stappen ondernemen abstinentie voorspelt. Een hoge score op probleem herkenning voorspelt deelname aan AA.

hoofdstuk 10

Conclusie en discussie



Hoofdstuk 10

Conclusie en discussie

De doelstelling van dit literatuuronderzoek is de behandeling van SolutionS Center wetenschappelijk te onderbouwen. Alvorens de onderzoeksvragen nog eens kort beantwoord worden, zal eerst ingegaan worden op een aantal methodologische overwegingen.

10.1 Methodologische overwegingen: beperking van evidence-based onderzoek

De nadruk op evidence-based werken in de verslavingszorg is een belangrijke impuls geweest tot de professionalisering hiervan. Een nadeel is echter dat de nadruk te eenzijdig op evidence-based werken is komen te liggen (Goossensen, 2008). Dit is op verschillende manieren een nadeel.
Ten eerste lijkt RCT-onderzoek vooral geschikt voor helder af te bakenen, eendimensionale therapiepraktijken die goed modelmatig te isoleren zijn uit de complexe werkelijkheid (Goossensen, 2008; Wolff, 2001). Deze methode is misschien niet de meest geschikte om verslavingsbehandeling te onderzoeken. Dit vraagt om een paradigmaverschuiving in de onderzoekswereld.
Ten tweede zijn de in RCT-onderzoeken geselecteerde cliënten niet altijd representatief voor de cliëntengroep in de dagelijkse praktijk: zij zijn vaak streng geselecteerd en hebben geen comorbiditeit (Goossensen, 2008). Resultaten die bij meer gemarginaliseerde verslaafden zijn behaald, of veteranen, zijn misschien niet generaliseerbaar naar algemene cliëntenpopulaties. Hetzelfde geldt voor landelijke verschillen en voor cliënten die meerdere middelen gebruiken.
'Alles werkt, niets werkt', stelt Waltman in zijn **Key Ingredients to Effective Addictions Treatment** (1995), om daar aan toe te voegen dat hoewel elke effectieve interventie geacht wordt voor elke cliënt te werken, er toch veel individuele verschillen zijn in behandeleffect. Het matchingsonderzoek staat echter nog grotendeels in de kinderschoenen. Wat er bekend is over matchingseffecten is opgenomen in dit literatuuronderzoek bij de verschillende behandelonderdelen.
Ten derde doet de eenzijdige nadruk op evidence-based werken te weinig recht aan de andere aspecten die bijdragen aan het slagen van een interventie. Lambert (1992) stelt dat in de psychotherapie de daadwerkelijke interventie maar voor 15% bepaald wordt door de interventie zelf. Ook 15% van de veranderingen worden bereikt door het placebo-effect. Het grootste gedeelte van de verandering, 40%, wordt bepaald door veranderingen in factoren buiten de therapie. Algemene therapiefactoren, zoals de behandelrelatie en de context van de therapie, bepalen 30% van de verandering. Hier staat tegenover dat internettherapieën voor verslaving, waar geen behandelrelatie aan te pas komt, ook effectief blijken. Dit nuanceert de percentages van Lambert, het zou dan niet zozeer gaan om de behandelrelatie, maar om effectieve (geprotocolleerd uitgevoerde) interventies.
Ondanks deze kanttekening zou het voor instellingen raadzaam zijn om nader te kijken naar de match tussen cliënt en behandelaar. Deze behandelrelatie kan geëvalueerd worden met behulp van de Session Rating Scale (Duncan et al., 2003) en de Outcome Rating Scale (Miller, Duncan, Brown, Sparks en Claud, 2003), beide te downloaden via www.talkingcure.com. Bij de eerste geeft de cliënt na elk behandel- of begeleidingscontact zijn (on)tevredenheid weer over aspecten van de behandeling/ begeleiding (relatie hulpverlener en cliënt, doelen, benadering, methodiek en in het algemeen). Bij de tweede evalueert de cliënt periodiek hoe hij zich voelt (in het algemeen, persoonlijk welbevinden, sociale contacten en werk/school). In bijvoorbeeld psychologische praktijken wordt veel gebruik gemaakt van deze instrumenten. Met deze instrumenten kan eenvoudig geëvalueerd worden of de betreffende begeleiding en hulpverlener effectief zijn voor de cliënt.

Deze overwegingen leiden tot de volgende conclusies. Hoewel een literatuurstudie belangrijke wetenschappelijk onderbouwde inzichten oplevert, zijn deze niet zonder meer generaliseerbaar naar de cliëntenpopulatie van SolutionS. Een aanvullende effectstudie zou nog meer informatie geven over de effectiviteit van de behandeling van SolutionS. Hierdoor zou ook meer inzicht verkregen kunnen worden in matchingseffecten. SolutionS maakt wel gebruik van de Session Rating Scale en Outcome Rating Scale waardoor zij systematisch inzicht verkrijgen in de matchingseffecten tussen cliënt en behandelaar.

10.2 Beantwoorden van de onderzoeksvragen: de effectiviteit van de behandeling van SolutionS

De eerste onderzoeksvraag is:

- Welke effecten hebben de onderdelen van de behandeling van SolutionS **onafhankelijk van elkaar** op (langdurige) abstinentie van alcohol/drugs?

Hieronder wordt kort samengevat wat de effectiviteit van de verschillende onderdelen van de behandeling van SolutionS is.

12-stappenbenadering

12-stappenprogramma's zijn effectiever dan een standaardbehandeling. Ze vertonen een vergelijkbare effectiviteit met specifieke behandelingen, maar scoren iets beter op abstinentie (Berglund et al., 2003). De 12-stappenbenadering komt op verschillende manieren terug in de behandeling van SolutionS, zowel in de primaire behandeling, die ingericht is volgens het Minnesota Model, als in de nazorg, waar gebruik wordt gemaakt van zelfhulpgroepen die gebaseerd zijn op de 12-stappenbenadering. Deze deelname aan zelfhulpgroepen wordt tijdens de behandeling al in gang gezet, zowel voor cliënten als voor eventueel significante naasten.

De 12-stappenbenadering blijkt ook effectief voor niet-religieuze cliënten. Wel lijkt er een belangrijke rol voor doorverwijzers en behandelaars weggelegd om drempels en verkeerde associaties bij het begrip spiritualiteit weg te nemen. SolutionS ziet spiritualiteit vooral als het recht op stilte, meditatie, verbondenheid en gebed, als een manier van bewustwording, bewustzijn en zingeving, of de cliënt religieus is of niet. Hiermee sluit zij aan bij de benadering van spiritualiteit van Cook (2004) en Corveleyn en Van Limbergen (2001) die de nadruk leggen op de existentiële en zingevingsdimensie van spiritualiteit, hetgeen een effectief bestanddeel blijkt in de verslavingsbehandeling. Om het niet-sektarische karakter van de 12-stappenbenadering te benadrukken, heeft SolutionS in de vertaling van de 12-stappen de nadruk meer gelegd op termen als zelfactualisatie, meditatie en stilte, dan in God-gerichte termen (zie bijlage 3). Dit zou een waardevolle aanpassing voor de Nederlandse situatie kunnen zijn waar toch veel weerstand tegen religieuze tendensen is.

Cognitieve gedragstherapie

Voor alcoholverslaving geldt cognitieve gedragstherapie (CGT) als een van de psychosociale interventies met de grootste effectiviteit (Van den Brink et al., 2007/concept). Ook voor drugsverslaving is er voldoende evidentie voor de effectiviteit van CGT. Cognitieve gedragstherapie speelt een grote rol in het behandelprogramma van SolutionS. Er wordt onder andere gebruik gemaakt van terugvalpreventie en schemagerichte therapie. Ook de 12-stappenbenadering bevat aspecten van cognitieve herstructurering. Aangezien beide behandelingen (12-stappen en CGT) andere matchingseffecten hebben, zou het theoretisch kunnen dat het aanbieden van beide interventies de effectiviteit van de behandeling vergroot. Deze hypothese is nog niet ondersteund door wetenschappelijk onderzoek en houdt een aanbeveling in voor verder onderzoek.

Significante anderen betrekken bij de behandeling

Het betrekken van significante anderen uit de omgeving van de verslaafde bij de behandeling vergroot de effectiviteit. Zowel relatietherapie, het betrekken van significante anderen in de behandeling, als interventies die **alleen** gericht zijn op de significante ander, hebben een positief effect op het veranderen van het middelengebruik van de cliënt (Berglund et al. 2003). Ook bij SolutionS wordt de familie nauw betrokken bij de behandeling, zowel bij de kliniekopname, het ambulante traject als de nazorg. De familie van de verslaafde krijgt uitvoerige uitleg over de visie op verslaving achter de behandeling. Ook kunnen familieleden hun persoonlijke verhaal kwijt in zelfhulpgroepen. Ten slotte wordt er gekeken naar gewoonten en patronen binnen de gezinsdynamiek en worden de gezinsverhoudingen weer in balans gebracht. Een van de doelstellingen is reductie van het controlerend gedrag en afname van de chronische angst die bij de omgeving leeft. Indien nodig kan gebruik gemaakt worden van een relatie- of systeemtherapeut.

24 uurs beschikbaarheid van een counsellor

Bij SolutionS krijgt elke cliënt een persoonlijk counsellor toegewezen die 24 uur per dag bereikbaar is. Deze persoonlijke counsellor zorgt ervoor dat de gehele organisatie en coördinatie rond de behandeling feilloos verloopt, zodat de cliënt zich volledig op het herstel kan richten. Ook zijn zij beschikbaar voor ad hoc ondersteuning. Het 24 uur per dag beschikking hebben over telefonische zorg is een ingrediënt van een effectieve therapie voor suïcidale cliënten met borderline stoornis (APA, 2001). Er is enig bewijs dat telefonische zorg een effectieve nazorginterventie is bij verslaving (Emmelkamp en Vedel, 2007). De therapeutische werking van het 24 uur per dag kunnen beschikken over telefonische zorg/consultatie kan vergelijkbaar zijn met de presentietheorie van Baart (2004). Baart maakt een onderscheid tussen interveniëren en present zijn. Interveniëren is gericht op herstellen en veranderen. Baart stelt dat professioneel handelen teveel gericht is op interveniëren. Als er niets te herstellen of veranderen valt, heeft de professional niets te doen. Baart trekt het concept van zorg breder dan veranderen, mensen die zorg nodig hebben, hebben vaak een sterke behoefte aan een gevoel van ondersteuning. De kern van present zijn is het aansluiten bij de cliënt, een relatie aangaan, meebewegen, compassie tonen, beschikbaar zijn, zonder verandering te verlangen. Het 24 uur per dag beschikking hebben over telefonische ondersteuning zou in deze behoefte kunnen voorzien. Hier is echter meer onderzoek naar nodig.

Nazorg

Het nazorgprogramma van SolutionS is gericht op de overschakeling van kliniek naar thuis en op het bestendigen van de effecten van de behandeling en het voorkomen van terugval. SolutionS maakt gebruik van drie bewezen effectieve nazorginterventies: groepsessies gebaseerd op de 12-stappenbenadering, terugvalpreventie (cognitieve gedragstherapie) en het betrekken van familie en de partner bij nazorg. De combinatie van professionele nazorg en zelfhulpgroepen gebaseerd op de 12-stappenbenadering blijkt uit de literatuur het meest effectief (Geelen, 2003).
Terugvalpreventie vormt de hoeksteen van het programma. Ook familie- en gezinsleden worden in overleg met de cliënt intensief in het nazorgprogramma betrokken. Ten slotte worden zowel cliënten als hun familieleden aangespoord deel te nemen aan zelfhulpgroepen. Deze deelname aan zelfhulpgroepen kan duren zolang de cliënt daar behoefte aan heeft, hiermee is de nazorg levenslang beschikbaar. Uit de literatuur komt naar voren dat langere deelname aan nazorg een positief effect heeft op abstinentie (Verster, 2005; Van den Brink et al., 2007/concept). De duur van de noodzakelijke nazorg moet langdurig zijn gezien de lange hersteltijd voor de hersenen (Volkow, 2004).

Wellness

De omgeving waarin mensen herstellen is van invloed op hun herstelproces (Ulrich, 1995). Er is bewijs dat bepaalde omgevingselementen een positief effect hebben op de genezing en de stress verminderen. Deze zijn onder andere zonlicht, uitzicht op natuur, ramen, frisse lucht (Van den Berg, 2005; Dijkstra et al., 2006). SolutionS besteedt veel zorg aan de omgeving waarin zij mensen behandelen. Zij behandelt haar cliënten in een luxe omgeving. Er zou een parallel getrokken kunnen worden tussen een helende omgeving en de contingency management behandeling, waarbij een belonende omgeving de cliënt motiveert om de behandeling te voltooien en abstinent te blijven. Deze hypothese moet echter verder onderzocht worden. SolutionS gaat ervan uit dat een schone, nette omgeving impliciet een positieve waardering voor het individu uitstraalt. Hoewel dit moeilijk in de literatuur is terug te vinden, krijgt SolutionS dit wel vaak als feedback van haar cliënten. Bij SolutionS heeft de behandeling een sterke lichaamsgerichte component. SolutionS maakt gebruik van sporten, gezonde voeding, sauna, meditatie en massage. In de literatuur is effectiviteit gevonden dat deze benaderingen een heilzaam effect hebben op het verminderen van ontwenningsverschijnselen en craving en op die manier abstinentie ondersteunen (Taylor et al., 2007; Cropley et al., 2007; Reader et al., 2005; Cecchini en LoPresti, 2007).

Geen wachtlijst

SolutionS hanteert geen wachtlijsten. Intake kan plaatsvinden binnen 24 uur na het eerste telefonische contact. Vervolgens kan opname in een kliniek plaatsvinden 24 uur na de intake. Hoewel niet onderzocht is welke invloed dit heeft op abstinentie, is er bewijs dat de uitval nog voordat de behandeling gestart is, een stuk lager is als de behandeling snel start na het eerste telefoontje (Festinger et al., 1995). Bovendien is het een humane manier om mensen te behandelen en beperkt het de schade die het middelengebruik aanricht (Wengler en Rosenbaum, 1994).

Eigen financiële bijdrage

De hypothese van SolutionS dat het leveren van een eigen financiële bijdrage aan de behandeling de motivatie verhoogt, is niet weerlegd of bevestigd met wetenschappelijk onderzoek. Wel blijkt dat de mate waarin de cliënt bereid is tot opofferingen voor zijn behandeling (in de zin van tijd, geld, psychisch ongemak) een graadmeter is voor zijn motivatie en engagement in de behandeling (Drieschner et al., 2004). Dit zou kunnen betekenen dat SolutionS bovengemiddeld gemotiveerde cliënten behandelt. Aangezien ook externe druk een aspect is van motivatie voor behandeling (Drieschner et al., 2004), zou het omringd zijn door gemotiveerde medecliënten de motivatie van cliënten nog verder kunnen versterken.

De tweede onderzoeksvraag luidt:

- Welke effecten hebben de **gecombineerde onderdelen** van de behandeling van SolutionS op (langdurige) abstinentie van alcohol/drugs?

De combinatie van interventies in de behandeling van SolutionS is uniek voor SolutionS en als zodanig niet eerder onderzocht en beschreven in de onderzoeksliteratuur. Een effectstudie zal hier meer inzicht in geven. Wel vertoont de behandeling van SolutionS veel overeenkomsten met het Minnesota Model en het Matrix Model, twee effectief gebleken behandelprogramma's. Het Minnesota Model wordt ook in verschillende Europese landen met succes toegepast.

Het huidige paradigma in de verslavingszorg is het bio-psycho-sociale model (Van de Wetering en Czyzewski, 2001; 2005). Steeds meer onderzoekers pleiten ervoor om de spirituele dimensie te integreren in het bio-psycho-sociale model, dit zou dan het bio-psycho-sociale-spirituele model worden (Amodia et al., 2005). Bij SolutionS staat de hele mens centraal, hetgeen meer is dan de som der delen. Verslaving is een ziekte die zowel het lichaam, de geest, de hersenen, het sociale systeem als de ziel raakt. Herstel moet op al deze gebieden plaatsvinden. Vandaar dat het behandelteam van SolutionS multidisciplinair is en bestaat uit onder andere verpleegkundigen, massagetherapeuten, fitnesstrainers, psychologen, psychiaters, (spiritueel) counsellors, dramatherapeuten en meditatietherapeuten. Hiermee werkt SolutionS vanuit het bio-psycho-sociale-spirituele model.

10.3 Conclusie

SolutionS heeft haar behandeling ontwikkeld naar aanleiding van ervaringen in de praktijk. Uit de literatuurstudie blijkt dat de best-practice praktijkonderdelen van SolutionS met wetenschappelijk onderzoek ondersteund worden. Kortom, onderdelen van de behandeling van SolutionS Center zijn bewezen effectief.

SolutionS biedt zorg op maat. Met het brede scala van interventies, therapeuten en behandelsettings die SolutionS tot haar beschikking heeft, wordt rekening gehouden met verschillende matchingseffecten. Bovendien kiezen cliënten bewust voor een behandeling bij SolutionS, hetgeen de match tussen cliënt en behandeling waarschijnlijk versterkt: de cliënt matcht zichzelf. Een goede match tussen cliënt, behandeling en behandelaar vergroot de effectiviteit van de behandeling.

Nadeel van een literatuurstudie is dat de generaliseerbaarheid van de gevonden effecten altijd beperkingen heeft omdat de aangehaalde studies elders zijn uitgevoerd (in andere klinieken, in het buitenland). SolutionS Center heeft een unieke doelgroep, behandeling en setting. Uitkomst biedt het uitvoeren van een effectstudie bij SolutionS zelf, en SolutionS heeft de opdracht hiertoe reeds gegeven. In deze effect-studie worden cliënten van SolutionS Center gedurende langere tijd gevolgd. SolutionS kan hiermee een belangrijke rol vervullen in het wetenschappelijk effectonderzoek op het gebied van verslavingszorg.

Literatuurlijst

Aharonovich, E., Nunes, E., en Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. **Drug and Alcohol Dependence, 71**(2), 207-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). **Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.** New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

American Psychiatric Association Practice Guidelines (2001). **Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder**. Arlington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association Practice Guidelines (2006). **Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids** Arlington: American Psychiatric Press.

Amodia, D., Cano, C., en Eliason, M. (2005). An integral approach to substance abuse. **Journal of Psychoactive Drugs, 37**(4), 363-371.

Anderson, D., McGovern, J., en DuPont, R. (1999). The origins of the Minnesota model of addiction treatment - a first person account. **Journal of Addictive Diseases, 18**, 107-114.

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T., Broekaert, E., en Sabbe, B. (2007). **Evidence-based werken in de verslavingszorg : een stand van zaken.** Gent: Academia Press.

Baart, A. (2004). **Een theorie van de presentie**. Utrecht: Lemma.

Ball, S. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders. Dual focus schema therapy. **Addictive Behaviors, 23**(6), 883-891.

Ball, S. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. **Journal of Personality Disorders, 21**(3), 305-321.

Bateson, G. (1971). The cybernetics of "self": a theory of alcoholism. **Psychiatry, 34**(1), 1-18.

Beck, A. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press.

Beck, A., Wrights, F., Newman, C., en Liese, B. (1993). **Cognitive therapy of substance abuse**. New York/ London: The Guilford Press.

Berglund, M., Johnsson, E., en Thelander, S. (2003). **Treating Alcohol and Drug Abuse, An Evidence-Based Review.** Weinheim, United Kingdom: Wiley-VCH.

Borsjes, M., Van Eerd, I., Sisselaar, A., Verhaar, B., & Vink, M. (2001). **In de geest van ... Cliënten over levensbeschouwing**. Amsterdam: Amsterdams Patiënten- en Consumentenplatform.

Carnes, P. (1993). **A gentle path through the twelve steps. The classic guide for all people in the process of recovery**. Minnesota: Hazelden.

Carroll, K. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. **Experimental en Clinical Psychopharmacology, 4**(1), 46-54.

CBO (2006). **Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden** (november 2006 ed.): Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Cecchini, M., en LoPresti, V. (2007). Drug residues store in the body following cessation of use: impacts on neuroendocrine balance and behavior--use of the Hubbard sauna regimen to remove toxins and restore health. **Medical Hypotheses, 68**(4), 868-879.

Christo Research Systems. (2003). **Outcomes for Dutch patients at Castle Craig Hospital**. Londen: Castle Craig Hospital, Christo Research Systems.

Cook, C. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. **British Journal of Addiction, 83**(7), 735-748.

Cook, C. (2004). Addiction and spirituality. **Addiction, 99**(5), 539-551.

Cooney, N., Kadden, R., Litt, M., en Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies. Two-year follow-up results. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59**(4), 598-601.

Corveleyn, J., en Van Limbergen, S. (2001). Het Minnesota-model: een stappenbenadering van verslavings-problematiek. **Tijdschrift voor Psychotherapie, 27**(5), 347-365.

Cowan, J., en Devine, C. (2008). Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. **Appetite, 50**(1), 33-42.

Crits-Christopher, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L., et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. **Archives of General Psychiatry, 56**(6), 493-502.

Cropley, M., Ussher, M., en Charitou, E. (2007). Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers. **Addiction, 102**(6), 989-993.

Da Lima, B. (2008). Continue zorg. **0-nummer, 2008** (Extra. Verslavingservaringsdeskundigheid en maatschappelijk herstel: het zwarte gat na de behandeling), 13.

Davis, W., Campbell, L., Tax, J., en Lieber, C. (2002). A trial of "standard" outpatient alcoholism treatment vs. a minimal treatment control. **Journal of Substance Abuse Treatment, 23**(1), 9-19.

De Beer, J. (2006). **Brief aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**, van http://www.minvws.nl/images/vgp-2688360b_tcm19-114643.pdf.

De Jong, C. (2006). **Chronisch verslaafd. De therapeut, de patiënt en de ziekte. Oratie Radboud Universiteit.** Nijmegen: NISPA.

De Wildt, W. (2006). **Achilles Leefstijltraining 2. Handleiding trainer**. Amsterdam: Boom.

De Wildt, W., en Verster, A. (2005). **Nazorg na deeltijd en klinische behandeling**. Utrecht: GGZ Nederland/Resultaten Scoren, Jellinek.

Denis, C., Lavie, E., Fatséas, M., en Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006**(3), 1-19.

Dijkstra, K., Pieterse, M., en Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. **Journal of Advanced Nursing, 56**(2), 166-181.

Drieschner, K., Lammers, S., en Van der Staak, C. (2004). Treatment motivation. An attempt for clarification of an ambiguous concept. **Clinical Psychology Review 23**(8), 1115-1137.

Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., et al. (2003). The Session Rating Scale: preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. **Journal of Brief Therapy, 3**(1), 3-12.

Ellis, A. (1962). **Reason and emotion in psychotherapie**. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe, R., en Yeager, R. (1988). **Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers**. Oxford: Pergamon Press.

Emmelkamp, P., en Vedel, E. (2007). **Alcohol- en drugsverslaving. Een gids voor effectief gebleken behandelingen**. Amsterdam: Nieuwezijds.

Emrick, C., Tonigan, J., Montgomery, H., en Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. McCrady en W. Miller (Eds.), **Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives** (pp. 41-76). New Jersey: Alcohol Research Documentation, Center of Alcohol Studies, Rutgers-The State University of New Jersey.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science, 196**(4286), 129-136.

Falck-Ytter, Y., en McCullough, A. J. (2000). Nutritional effects of alcoholism. **Current Gastroenterology Reports, 2**(4), 331-336.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T., en Birchler, G. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: Rationale, methods, and findings. **Science and Practice Perspectives, 2**(August), 30-41.

Ferri, M., Amato, L., en Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**(4).

Festinger, D., Lamb, R., Kountz, M., Kirby, K., en Marlowe, D. (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. **Addictive Behaviors, 20**(1), 111-115.

Galanter, M. (1993). **Network Therapy for alcohol and drug abuse**. New York: The Guilford Press.

Geelen, K. (2003). **Zelfhulpgroepen en 12 stappen-programma's. Literatuurstudie.** Utrecht: GGZ Nederland.

Geelen, K., Gottmer, P., Schreurs, H., en Thijs, A. (2004). **Onbenutte mogelijkheden. Handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen**. Utrecht: GGZ-Nederland/Novadic-Kentron.

Geppert, C., Bogenschutz, M., en Miller, W. (2007). Development of a bibliography on religion, spirituailty and addictions. **Drug and Alcohol Review, 26**(4), 435-436.

Goossensen, A. (2008). **Logica en liefde in de verslavingszorg. De behandelrelatie als basis voor zorgvernieuwing**. Rotterdam: InHolland.

Grønbæk, M., en Nielsen, B. (2007). A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. **Addiction, 102**(3), 381-388.

Hester, R., en Miller, W. (2003). **Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives**. Boston: Pearson Education.

Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. **CNS Spectrums, 11**(11), 829-851.

Hopson, R., en Beaird-Spiller, B. (1995). Why AA works. A psychological analysis of the addictive experience and the efficacy of Alcoholics Anonoumous. **Alcoholism Treatment Quarterly, 12**(3), 1-17.

Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P., en Rawson, R. (1997). Integrating treatments for methamphetamine abuse: a psychosocial perspective. **Journal of Addictive Diseases, 16**(4), 41-50.

Humphreys, K., Huebsch, P., Finney, J., en Moos, R. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: V. Substance abuse treatment can enhance the effectiveness of self-help groups. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23**(3), 558-563.

Humphreys, K., Moos, R., en Finney, J. (1995). Two pathways out of drinking problems without professional treatment. **Addictive Behaviors, 20**(4), 427-441.

Humphreys, K., en Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual help aid groups and organizations: Many roads, one journey. **Applied and Preventive Psychology, 3**(4), 217-231.

Irvin, J., Bowers, C., Dunn, M., en Wang, M. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67**(4), 563-570.

Isenhart, C. (1997). Pretreatment readiness for change in male alcohol dependent subjects: predictors of one-year follow-up status. **Journal of Studies on Alcohol, 58**(4), 351-357.

Jansen, H. (2007a). Verslaving een biopsychosociale hersenziekte? **Verslaving, 3**(4), 60-65.

Jansen, H., en Snoek, A. (2007). **Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg**. Amersfoort: GGZ Nederland.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., en Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine, 8**(2), 163-190.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. **The American Journal of Psychiatry, 149**(7), 936-943.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T., et al. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). **Psychosomatic Medicine, 60**(5), 625-632.

Kelly, J., Myers, M., en Brown, S. (2000). A multivariate process model of adolescent 12-step attendance and substance use outcome following inpatient treatment. **Psychology of Addictive Behaviors, 14**(4), 376-389.

Keso, L., en Salaspuro, M. (1990). Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type and Traditional Treatment **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 14**(4), 584-589.
Kownacki, R., en Shadish, W. (1999). Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. **Substance Use en Misuse, 34**(13), 1897-1916.

Lambert, M. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy Integration. In J. Norcross en M. Goldfried (Eds.), **Handbook of Psychotherapy Integration** (pp. 94-129). New York: Basic Books.

Leane, M., en Powell, F. (1994). **Courage to change, an evaluation of an Irish addiction programme**. Cork: University college, The social policy unit.

Lemonick, M., en Park, A. (2007). The Science of Addiction. **Times, 10**(september), 28-34.

Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. **Science, 278**(5335), 45-47.

Lewis, M., en Petry, N. (2005). Contingency management treatments that reinforce completion of goal-related activities: participation in family activities and its association with outcomes. **Drug and Alcohol Dependence, 79**(2), 267-271.

Lindeman, R. (1993). The efficacy of the twelve steps of Alcoholics Anonymous in the treatment of alcoholism. **Journal of Psychoactive Drugs, 25**, 337-340.

Littel, M., en Franken, I. (2007). The effects of prolonged abstinence on the processing of smoking cues: an ERP study among smokers, ex-smokers and never-smokers. **Journal of Psychopharmacology, 21**(8), 873-882.

Longabaugh, R., Wirtz, P., Zweben, A., en Stout, R. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. **Addiction, 93**(9), 1313-1333.

Marlatt, G., en Gordon, J. (1985). **Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press.

Marlatt, G., Tucker, J., Donovan, D., en Vuchinich, R. (1997). Help-seeking by substance abusers: the role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. **NIDA Research Monograph, 165**, 44-84.

Mattson, M., Allen, J., Longabaugh, R., Nickless, C., Connors, G., en Kadden, R. (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. **Journal of Studies on Alcohol, 12**(Supplement), 16-29.

Maude-Griffin, P., Hohenstein, J., Humfleet, G., Reilly, P., Tusel, D., en Hall, S. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66**(5), 832-837.

McGee, E. (2000). Alcoholics Anonymous and nursing: lessons in holism and spiritual care. **Journal of Holistic Nursing, 18**(1), 11-26.

McKay, J. (2001). Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers. Implications for the study of long-term treatment effects. **Evaluation Review, 25**(2), 211-232.

McKay, J. (2001a). The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. **Recent Developments in Alcoholism, 15**, 357-372.

McKay, J. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? **Addiction, 100**(11), 1594-1610.

McKay, J. (2006). Continuing care in the treatment of addictive disorders. **Current Psychiatry Reports, 8**(5), 355-362.

McKay, J., Alterman, A., Cacciola, J., Rutherford, M., O'Brien, C., en Koppenhaver, J. (1997). Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65**(5), 778-788.

McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., en Lynch, K. (2006a). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. **Clinical Psychology Review, 26**(2), 109-127.

Miller, N., Ninonuevo, F., Klamen, D., Hoffman, N., en Smith, D. (1997). Integration of treatment and posttreatment variables in predicting abstinence-based outpatient treatment after one year. **Journal of Psychoactive Drugs, 29**(3), 239-248.

Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J., en Claud, D. (2003). The Outcome Rating Scale: a preliminary study of the reliability, validity, and feasability of a brief visual analog measure. **Journal of Brief Therapy, 2**(2), 91-100.

Mohs, M. E., Watson, R. R., en Leonard-Green, T. (1990). Nutritional effects of marijuana, heroin, cocaine, and nicotine. **Journal of the American Dietetic Association, 90**(9), 1261-1267.

Moos, R. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. Review. **Drug and Alcohol Dependence, 88**(2-3), 109-121.

Moos, R. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. **Addiction, 103**(3), 387-396.

Moos, R., Finney, J., Ouimette, P., en Suchinsky, R. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23**(3), 529-536.

Morgenstern, J., Kahler, C., en Epstein, E. (1998). Do treatment factors mediate between Type A-Type B and outcome in 12-step oriented substance abuse treatment? **Addiction, 93**(12), 1765-1776.

Nader, M., Morgan, D., Gage, D., Nader, S., Calhoun, T., Buchheimer, N., et al. (2006). PET imaging of dopamine D2 receptors during chronic cocaine self-administration in monkeys. **Nature Neuroscience, 9**(8), 1050-1056.

Narcotics Anonymous, en NA-Anonieme Verslaafden. (1999). **Een Introductie tot NA-Anonieme Verslaafden**. Brussel: Narcotics Anonymous World Services, Inc.

O'Farrell, T., Choquette, K., Cutter, H., Brown, E., en McCourt, W. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. **Journal of Studies on Alcohol, 54**(6), 652-666.

O'Farrell, T., Choquette, K. A., en Cutter, H. S. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. **Journal of Studies on Alcohol, 59**(4), 357-370.

O'Farrell, T., en Fals-Stewart, W. (2002). Behavioral couples and family therapy for substance abusers. **Current Psychiatry Reports, 4**(5), 371-376.

Obert, J., Rawson, R., McCann, M., en Ling, W. (2005). **The matrix model therapist's manual. Intensive outpatient alcohol en drug treatment**. Minnesota: Hazelden.

Ouimette, P., Finney, J., en Moos, R. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65**(2), 230-240.

Ouimette, P., Moos, R., en Finney, J. (1998). Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. **Journal of Studies on Alcohol, 59**(5), 513-522.

Paulus, M., Tapert, S., en Schuckit, M. (2005). Neural activation patterns of methamphetamine-dependent subjects during decision making predict relapse. **Archives of General Psychiatry, 62**(7), 761-768.

Penn, P., en Brooks, A. (2000). Five years, twelve steps, and REBT in the treatment of dual diagnosis. **Journal of Rational-Emotive en Cognitive-Behavior Therapy, 18**(4), 197-208.

Prochaska, J., en DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51**(3), 390-395.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. **Journal of Studies on Alcohol, 58**(1), 7-29.

Project MATCH Research Group (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. **Journal of Studies on Alcohol, 59**(6), 631-639.

Project MATCH Research Group (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22**(6), 1300-1311.

Rawson, R., Marinelli-Casey, P., Anglin, M., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., et al. (2004). A Multi-Site Comparison of Psychosocial Approaches for the Treatment of Methamphetamine Dependence. **Addiction, 99**(6), 708-717.

Rawson, R., Shoptaw, S., Obert, J., McCann, M., Hasson, A., Marinelli-Casey, P., et al. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. **Journal of Substance Abuse Treatment, 12**(2), 117-127.

Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., et al. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. **Addiction, 101**(2), 267-274.

Reader, M., Young, R., en Connor, J. P. (2005). Massage therapy improves the management of alcohol withdrawal syndrome. **Journal of Alternative and Complementary Medicine 11**(2), 311-313.

Rietdijk, E. (2000). Literatuurstudie. Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaving: een review van de empirische evidentie. In W. de Wildt (2002), **Achilles. Leefstijltraining 2. Alcohol, middelengebruik, gokken. Handleiding voor de trainer.** Amsterdam: Boom.

Robinson, T., en Berridge, K. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. **Brain Research Reviews, 18**, 247-291.

Roozen, H., Boulogne, J., Van Tulder, M., Van den Brink, W., De Jong, C., en Kerkhof, J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. **Drug and Alcohol Dependence, 74**, 1-13.

Schippers, G., en Roemer, J. (2007). Redactioneel. **Verslaving. Themanummer spiritualiteit, 3**(3), 2-4.

Sekera, E., d'Epagnier, C., en Danis, D. (2005). Treatment of chemically dependent patients: a program based on the Minnesota Model. **Revue médicale de la Suisse romande, 1**(26), 1745-1746, 1748-1749.

Shoptaw, S., Rawson, R., McCann, M., en Obert, J. (1994). The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. **Journal of Addictive Diseases, 13**(4), 129-141.

Stark, M., Campbell, B., en Brinkerhoff, C. (1990). "Hello, may we help you?" A study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16**(1-2), 67-76.

Stinchfield, R., en Owen, P. (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. **Addictive Behaviors, 23**, 1-15.

Taylor, A. H., Ussher, M. H., en Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. **Addiction, 102**(4), 534-543.

Tjaden, B., Koeter, M., Van den Brink, W., en Vertommen, H. (2005). De invloed van signatuur van de behandelinstelling op drop-out: een onderzoek bij drie typen verslavingszorginstellingen. **Tijdschrift voor psychiatrie, 47**(1), 7-17.

Tonigan, J., Miller, W., en Schermer, C. (2002). Atheists, agnostics and Alcoholics Anonymous. **Journal of Studies on Alcohol, 63**(5), 534-541.

Tonigan, J., Toscova, R., en Miller, W. (1996). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. **Journal of Studies on Alcohol, 57**(1), 65-72.

Ulrich, R. (1995). Effects of healthcare interior design on wellness. Theory and recent scientific research. In S. Marberry (Ed.), **Innovations in Healthcare Design** (pp. 88-104). New York: Van Nostrand Reinhold.

Ulrich, R., Zimring, C., Quan, X., Joseph, A., en Choudhary, R. (2004). **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-lifetime Opportunity.** Martinez, CA.: The Center for Health Design.

Van de Wetering, B., en Czyzewski, E. (2001). **Visiedocument. Het is tijd voor een. paradigmaverschuiving in de verslavingszorg.** Rotterdam: Bouman Verslavingszorg.

Van de Wetering, B., en Czyzewski, E. (2005). Herijking van de grondslagen van de verslavingszorg. **Sociale psychiatrie, 24**(77), 39-49.

Van den Berg, A. (2005). **Health Impacts of Healing Environments. A Review of the Benefits of Nature, Daylight, Fresh Air and Quiet in Healthcare Settings.** Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen.

Van den Brink, W., Van Bueren, L., Drenthen, A., Fischer, E., Van de Glind, G., Noorlander, E., et al. (2007/ concept). **Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol**. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut.

Van Gageldonk, A., Ketelaar, T., en Van Laar, M. (2006). **Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004**. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verster, A. (2005). Literatuurstudie. In W. de Wildt, **Nazorg na deeltijd en klinische behandeling**. Utrecht: GGZ Nederland/ Resultaten Scoren, Jellinek.

Volkow, N. (2004). Imaging the addicted brain: from molecules to behaviour. **The Journal Of Nuclear Medicine, 45**(11), 13-24N.

Volkow, N., Fowler, J., en Wang, G. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. **The Journal of Clinical Investigation, 111**(10), 1444-1451.

Walsh, D., Hingson, R. W., Merrigan, D. M., Levenson, S., Cupples, L. A., Heeren, T., et al. (1991). A randomized clinical trial of treatment options for alcohol abusing workers. **The New England Journal of Medicine, 325**, 775-782.

Waltman, D. (1995). Key ingredients to effective addictions treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment, 12**(6), 429-439.

Wenger, L., en Rosenbaum, M. (1994). Drug treatment on demand - not. **Journal of Psychoactive Drugs, 26**(1), 1-11.

Winslow, B., Voorhees, K., en Pehl, K. (2007). Methamphetamine Abuse. **American Family Physician, 76**(1169-74, 1175-6).

Winters, K., Stinchfield, R., Opland, E., Weller, C., en Latimer, W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. **Addiction, 95**(4), 601-612.

Winzelberg, A., en Humphreys, K. (1999). Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3,018 male substance abuse patients. **Journal of Consulting and clinical Psychology, 67**(5), 790-794.

Wolff, N. (2001). Randomised trials of socially complex interventions: promise or peril? **Journal of Health Services Research and Policy, 6**(2), 123-126.

Wurmser, L. (1978). **The hidden dimension. The psychodynamics of compulsive drug use**. Northvale: Jason Aronson.

Young, J., Klosko, J., en Weishaar, M. (2005). **Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten**. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zemore, S. (2007). A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31**(10), 76-79.

bijlage

Bijlage 1 t/m 3

Bijlage 1 Literatuurstudie

Methode

De methode van de literatuurstudie is gebaseerd op de methodiekbeschrijvingen van de **EBRO-handleiding** (2006), ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het platform 'Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling', en het **Masterprotocol Resultaten Scoren** (2007). Beide handleidingen zijn erop gericht het evidence-based werken in respectievelijk de gezondheidszorg in brede zin en specifiek de verslavingszorg te verhogen. In deze handleidingen neemt de methodiek van de literatuurstudie een belangrijke plaats in.

Waar is gezocht

Er is gezocht naar handboeken en richtlijnen in Nederland en in het buitenland, en naar review-artikelen. Er is ten eerste via google, -scholar, bibliotheken van universiteiten en instituten, websites van boekwinkels en een sneeuwbalmethode gezocht naar evidence-based handboeken en richtlijnen. Expliciet is gezocht naar publicaties van Resultaten Scoren en van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Via Medline/pubmed, Cochrane, Psychinfo, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects) en google scholar is gezocht naar reviews waarin de meest recente stand van de wetenschap beschreven wordt. Indien de gevonden reviews niet zeer recent waren, is een extra search gedaan naar recente RCT's. Via GGZKennisnet.nl is gezocht naar andere publicaties specifiek uit de Nederlandse praktijk.

Zoekopdracht

De zoekopdracht bevatte de volgende domeinen, overeenkomstig de PICO (patient, intervention, comparison, outtcome) methode :
Doelgroep = het onderzoek richt zich in de eerste plaats op alcohol- en drugsverslaafden, maar andere verslavingen (eten, seks etc.) en andere settings (bijv. patiënten in ziekenhuizen) worden niet genegeerd.
Interventie = verschillende interventies worden geëvalueerd en per hoofdstuk besproken: 12-stappen-benadering, cognitieve gedragstherapie, nazorg, betrekken omgeving/familie, 24/7 counsellor, welness, geen wachtlijst, eigen financiële bijdrage
Controleconditie = deze is variabel, de interventie kan worden vergeleken met 'standaardbehandeling', met andere specifieke interventies of met een wachtlijstgroep
Uitkomst = abstinentie

De focus ligt op onderzoek dat in de afgelopen 10-15 jaar gepubliceerd is, dus van 1993-2008. Als er geen recente studies werden gevonden, is er ook gezocht naar studies van voor 1993. Via een filter behorend bij de zoekprogramma's is gezocht naar reviews. Er is gezocht naar publicaties in verschillende talen, voornamelijk Engels en Nederlands.

Trefwoorden per interventie-aspect

Per interventie-aspect is gezocht op specifieke trefwoorden, gecombineerd met algemene trefwoorden die verwijzen naar verslaving en abstinentie, of naar werkzame bestanddelen van de interventie. Van toonaangevende auteurs is ook een zoekopdracht via auteursnaam uitgevoerd.

De algemene trefwoorden zijn:
- abstinence, abstinent, abstaining, abstention / abstinentie.
- addiction, drug(ab)use, substance abuse, alcoholism, gambling, eating disorder, cocaine, cannabis addiction, marijuana, heroin, opioid, methamphetamine / middelengebruik, middelenafhankelijkheid, verslaving.
- Key ingredients, active ingredients, effect, effectiveness, therapeutic processes / effectieve bestanddelen, therapeutische processen.

De specifieke trefwoorden zijn:
- 12-stappenbenadering: Twelve step, 12-step, 12 step, TSF, Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, Gambling Anonymous, Al-anon / 12-stappen, twaalfstappenbenadering, twaalf stappen, zelfhulp, zelfhulp, zelfhulpgroepen, zelfhulpgroepen.
- cognitieve gedragstherapie: CBT / CGT.
- nazorg: aftercare, continuing care, follow-up, relapse, relapse prevention / nazorg, terugval, terugvalpreventie.
- omgeving/familie: significant others, CRA, family-based, partner, marital / familie, significante anderen, CRA, partner
- 24/7 counsellor: telephone / telefonische consultatie
- wellness: healing environment / helende omgeving, body, nutrition / lichaamsgerichte benadering, voeding
- geen wachtlijst: waitinglist, treatment on demand / wachtlijst
- eigen financiële bijdrage: financial contribution, money, motivation for treatment, compliance, treatment engagement, treatment involvement / financiële bijdrage, geld

Met deze trefwoorden werd via de en/of functie gezocht.

Ten slotte is er gezocht naar combinatie van de interventie-aspecten onderling. De zoektermen die hiervoor gebruikt zijn bestaan enerzijds uit een combinatie van twee of meerdere interventie-aspecten, of een zoekopdracht naar een specifieke interventie die verschillende interventie-aspecten toepast zoals het Minnesota Model of het Matrix Model, of een instelling die deze methode gebruikt. Trefwoorden: Minnesota Model, Minnesota clinic, Matrix Model, Matrix outpatient treatment, Castle Craig / Minnesota kliniek, ARTA.

Voor het zoeken naar handboeken is vooral gewerkt met een sneeuwbalmethode (verwijzingen uit reviews), en is gezocht met de trefwoorden 'evidence based', 'guidelines' / gidsen, richtlijnen, gecombineerd met de algemene trefwoorden voor verslaving of verslavingen.

Beoordeling van de literatuur

De op deze manier verkregen informatie is beoordeeld aan de hand van tevoren opgestelde criteria. Er is gebruikgemaakt van het literatuurbeoordelingsformulier 'Systematische review van RCT's' van het CBO (2006), en van het literatuurbeoordelingsformulier van het Masterprotocol Resultaten Scoren (2007).

Bij de selectie van overzichtsstudies wordt – in volgorde van belangrijkheid – een onderscheid gemaakt tussen:
(a) Statistische meta-analyses / formele meta-analyses
(b Systematische overzichtsstudies
(c) Algemene overzichtsstudies

Een aantal belangwekkende of zeer recente (dus nog niet opgenomen in de reviews) RCT's zijn uitgelicht. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen:
(a) Randomized clinical trials, die bij voorkeur geblindeerd zijn uitgevoerd
(b) Gecontroleerde, maar niet gerandomiseerde studies (quasi-experimenteel)
(c) Ongecontroleerde (meestal pre-post) studies (naturalistisch)

Voor adaptie aan de Nederlandse situatie is gewerkt volgens de volgende regels. Er is sprake van een directe aanwijzing als de specifieke interventie is geëvalueerd in Nederland. Er is sprake van een indirecte aanwijzing als een soortgelijke interventie in Nederland effectief is bevonden of als effectiviteit is gebleken uit internationale studie of review.

Bijlage 2 Literatuuroverzicht reviews

		12-stappen	CGT	familie	24/7coun.	nazorg	wachtlijst	bijdrage	wellness
American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2006	AD	X	X	X		X			
Berglund, Johnsson en Thelander, 2003	AD	X	X	X	X	X			
Hester en Miller, 2003	A	X	X	X		X			
Van den Brink et al., 2007 (concept)	A	X	X	X		X			
Van Gageldonk, Ketelaar en Van Laar, 2006	D	X	X	X	X	X			
Emmelkamp en Vedel, 2007	AD	X	X	X	X	X			
Corveleyn en Van Limbergen, 2001	AD	X	X	X					
Ferri, Amato en Davoli, 2006	A	X							
Geelen, 2003	AD	X				X			
Rietdijk, 2000	AD		X			X			
Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, 2004	AD			X					
Galanter, 1993	AD			X					
O'Farrell, Fals-Stewart, 2002	AD			X					
Roozen, Boulogne, Van Tulder, Van den Brink, De Jong, Kerkhof, 2004	AD			X					
Carroll, 1996	AD					X			
Verster, 2005	AD					X			
Irvin, Bowers, Dunn, Wang, 1999	AD					X			
McKay, 2006	AD					X			
McKay, 2001a	D					X			
McKay, 2001b	A					X			
Moos, 2008	AD	X	X						
Taylor, Ussher en Faulkner, 2007	N								X
Mohs, Watson en Leonard-Green, 1990	D								X
Ulrich, 1995	S								X
Ulrich, Zimring, Quan, Joseph, en Choudhary, 2004	S								X
Van den Berg, 2005	S								X
Dijkstra, Pieterse en Pruyn, 2006	S								X

A = alcohol, D = drugs, AD = alcohol en drugs, N = nicotine, S = anders

Bijlage 3 De 12-stappen

De 12-stappen in Nederlandse vertaling (Narcotics Anonymous en NA-Anonieme Verslaafden, 1999):

1. Wij erkenden dat wij machteloos stonden tegenover onze verslaving, dat ons leven onhanteerbaar was geworden.
2. Wij kwamen ertoe te geloven dat een Macht groter dan onszelf ons weer geestelijk gezond kon maken.
3. Wij namen de beslissing om onze wil en ons leven over te dragen aan de zorg van God zoals wij Hem begrepen.
4. Wij maakten een grondige en onbevreesde morele inventaris van onszelf op.
5. Wij bekenden tegenover God, onszelf en iemand anders de ware aard van onze fouten.
6. Wij waren volkomen bereid God al deze fouten in ons karakter weg te laten nemen.
7. Wij vroegen Hem nederig onze tekortkomingen weg te nemen.
8. Wij maakten een lijst van alle mensen die wij schade berokkend hebben en werden bereid het met hen allen goed te maken.
9. Wij maakten het, waar mogelijk, direct goed met deze mensen, behalve wanneer dit hen of anderen zou schaden.
10. Wij gingen door met het opmaken van een persoonlijke inventaris en wanneer wij fout waren, gaven wij dat onmiddellijk toe.
11. Wij trachtten middels gebed en meditatie ons bewuste contact met God zoals wij Hem begrepen te verbeteren, enkel biddend om kennis van Zijn wil voor ons, en de kracht die uit te voeren.
12. Tot een geestelijk ontwaken gekomen als resultaat van deze stappen, probeerden wij deze boodschap uit te dragen naar verslaafden en deze uitgangspunten in al ons doen en laten toe te passen.

Vertaling van SolutionS:

1. Erken je verslaving en de gevolgen.
2. Geef toe dat je hulp nodig hebt.
3. Aanvaard de hulp.
4. Maak de balans op van je leven.
5. Ga aan de slag. Allereerst door je uit te spreken naar een vertrouwenspersoon.
6. Onderzoek je zwakheden en tekortkomingen.
7. Uit je bereidheid om te werken aan je gedrag.
8. Ga na wie je schade hebt berokkend.
9. Maak het goed met deze mensen.
10. Hou door zelfonderzoek voortdurend een vinger aan de pols.
11. Creëer stilte in je leven door gebed of meditatie.
12. Geef je ervaringen door aan lotgenoten.