

Zelfhulp

Literatuurstudie over de waarde

van zelfhulpgroepen en 12 stappenprogramma's

Voorwoord

Voor u ligt de literatuurstudie over de werkzaamheid van zelfhulpgroepen en 12-stappenprogramma's bij verslavingen. De literatuurstudie is de eerste fase in het ontwikkelen van een handleiding voor de aansluiting tussen zelfhulpgroepen en verslavingszorg, getiteld "onbenutte mogelijkheden".

Zowel de literatuurstudie als de eerste opzet van de handleiding zijn tot stand gekomen in een nauwe samenwerking tussen het Kenniscentrum Zelfhulp te Eindhoven en het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg, onderdeel van Resultaten Scoren.

De handleiding gaat uit van de autonomie van de zelfhulpgroepen en beoogt dan ook niet veranderingen in hun werkwijze bewerkstelligen. Wel wordt aangegeven hoe principes of werkwijzen die voortkomen uit de groepen – als een instelling dat zou willen – geïntegreerd kunnen worden in de reguliere behandeling.

Daarom omvat de literatuurstudie ook een verkenning van de effectiviteit van het Minnesota-model of de zogenaamde 12-stappenbenadering in de verslavingszorg. Deze benadering is zeer prominent in de Verenigde Staten. In Nederland is dit in het geheel niet het geval. In een aantal andere Europese landen bestaan overigens wel instellingen voor verslavingszorg die zich op deze benadering baseren.

De vraagstellingen die ten grondslag lagen aan deze literatuurstudie zijn:

- wat is bekend over de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor verslaafden respectievelijk voor familie van verslaafden en over het 12-stappenprogramma?
- zijn er in de onderzoeksliteratuur aanwijzingen te vinden voor indicatiecriteria: welke cliënten hebben (het meeste) profijt van zelfhulpgroepen en 12-stappenprogramma's?

De literatuurstudie is getoetst door de wetenschappelijke commissie van het Ontwikkelcentrum Kwaliteit van Resultaten Scoren en wordt vervolgd door de in begin 2004 uit te brengen handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen.

De concept handleiding wordt op dit moment uitgetest in een pilotstudie bij Novadic en Kentron. Deze pilotstudie wordt begeleid door het Trimbos-instituut in het kader van het Informatie- en Ontwikkelcentrum 'zelfhulpgroepen en verslavingen'.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	7
2. VRAAGSTELLING	8
3. DE LITERATUURSEARCHES: OPZET EN WERKWIJZE	9
4. RESULTATEN INVENTARISATIE	11
5. ZELFHULPGROEPEN	12
5.1 Omschrijving	12
5.2 Zelfhulpgroepen in Nederland	13
5.3 Geinventariseerde onderzoeken	15
5.4 Overzichtsstudies	16
5.5 Studies na 1990: toelichting op de beschrijving.	19
5.6 De effectiviteit van groepen voor verslaafden	23
6. 12-STAPPENPROGRAMMA'S	34
6.1 Inleiding	34
6.2 Geinventariseerde onderzoeken.	34
6.3 Gerandomiseerde onderzoeken	35
6.4 Prospectieve studies	40
6.5 Samenvatting	42
7. WIE HEEFT HET MEEST PROFIJT?	44
7.1 Zelfhulpgroepen	44
7.2 12-stappenprogramma's	45
8. CONCLUSIES	47
LITERATUUR	53

1. Inleiding

Ruim 6000 mensen nemen in ons land deel aan zelfhulpgroepen voor verslaafden of familieleden van verslaafden. In andere landen liggen deze aantallen (veel) hoger. De groepen bestaan louter uit verslaafden of familieleden van verslaafden. Er is geen professionele begeleiding. Onderlinge uitwisseling van ervaringen en onderlinge steun zijn belangrijke bestanddelen van het groepsproces. De meeste groepen delen echter ook een specifieke *filosofie*: verslaving is een ziekte en abstinentie is het enige medicijn. Ze volgen ook een specifiek *programma*: het zogenaamde 12-stappenprogramma. Dit programma met de daaronder liggende filosofie wordt in veel landen – overigens nauwelijks in Nederland – ook gebruikt in de professionele verslavingszorg, al of niet in een groepsbenadering. Er bestaan ook groepen die abstinentie niet centraal stellen en niet werken met het 12-stappenprogramma. Zulke groepen zijn in Nederland nog maar op bescheiden schaal ontwikkeld.

Voor u ligt het verslag van een literatuurstudie over zelfhulpgroepen voor verslaafden en familieleden van verslaafden en over de in professionele instellingen toegepaste 12-stappenprogramma's. De literatuurstudie beantwoordt twee hoofdvragen. Ten eerste, wat weten we over de effectiviteit van beide benaderingen? Ten tweede en meer specifiek, welke cliënten hebben het meeste profijt van zelfhulpgroepen en 12-stappenprogramma's?

De literatuurstudie is uitgevoerd in opdracht van Novadic. Zij dient ter ondersteuning van het opstellen van een handleiding ten behoeve van een betere aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. De handleiding gaat uit van de autonomie van de zelfhulpgroepen en beoogt dan ook niet veranderingen in hun werkwijze bewerkstelligen. Wel wordt aangegeven hoe principes of werkwijzen die voortkomen uit de groepen – als een instelling dat zou willen – geïntegreerd kunnen worden in de reguliere behandeling. Daarom omvat de literatuurstudie ook een verkenning van de effectiviteit het zogenaamde Minnesota-model of de zogenaamde 12-stappenbenadering in de verslavingszorg. Deze benadering is zeer prominent in de Verenigde Staten. In Nederland is dit in het geheel niet het geval. In een aantal andere Europese landen bestaan overigens wel instellingen voor verslavingszorg die zich op deze benadering baseren.

2. Vraagstelling

Doel van het project Resultaten Scoren is de verbetering van de kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg in Nederland. De behandeling moet meer gebaseerd worden op wetenschappelijke kennis over welke interventies effectief zijn. Vandaar de eerste vraag die aan onze studie ten grondslag lag:

- wat is bekend over de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor verslaafden respectievelijk voor familie van verslaafden en over het 12-stappenprogramma?

We beperken ons hierbij tot die verslavingen die de kern van het werkveld van de Nederlandse verslavingszorg vormen: alcohol, drugs, gokken en medicijnen.

De positieve effecten hoeven niet voor elke verslaafde hetzelfde te zijn. Daarom was een volgende vraag in de studie:

- zijn er in de onderzoeksliteratuur aanwijzingen te vinden voor indicatiecriteria: welke cliënten hebben (het meeste) profijt van zelfhulpgroepen en 12-stappenprogramma's?

In dit verslag van de literatuurstudie zullen we eerst aangeven hoe we de in literatuur gezocht hebben en wat de literatuursearches aan materiaal hebben opgeleverd. Daarna richten we ons in eerste instantie op hetgeen bekend is over de effectiviteit van zelfhulpgroepen. In een tweede deel gaan we in op de literatuur over het 12-stappenprogramma.

3. De literatuursearches: opzet en werkwijze

Bij de literatuursearches is allereerst gezocht naar studies die een overzicht bieden van het bestaande onderzoek. Dit leverde een vijftal publicaties op. Vier daarvan hadden betrekking op onderzoek van vrijwel uitsluitend voor 1990. De meest recente stamt uit begin 2000 en baseert zich op literatuur tot ongeveer midden 1999 (Geelen e.a., 2000). Deze heeft echter een impressionistisch karakter. Daarom hebben we ons gericht op een systematische inventarisatie van de onderzoeken na 1990. Qua design hebben we niet alleen gezocht naar randomised controlled trials (RCT's). Hiervoor is gekozen, omdat onderzoek naar zelfhulpgroepen alleen in uitzonderlijke gevallen, met name in geval van gedwongen deelname, mogelijk is via RCT's. Daarom hebben we hier een next-best-strategie¹ gevolgd en ook prospectieve cohortstudies met in ieder geval een vergelijkingsgroep en voor- en nametingen geïnventariseerd. Dit type onderzoek biedt immers de mogelijkheid om te controleren voor versturende variabelen (die bijvoorbeeld zowel deelname aan een zelfhulpgroep als het effect tegelijk kunnen verklaren). Dit type studies bleek voldoende voorhanden, zodat we niet nog een volgende 'next-best'-strategie hebben hoeven volgen.

Er is gezocht via de bestanden van PsychInfo, Medline, PubMed en Cochrane op titels en abstracts. Daarnaast is gebruik gemaakt van de Internet zoekmachine Northern Light Search. Deze biedt de mogelijkheid tot een automatische update van literatuur op de ingegeven zoektermen.

Voor de literatuursearches is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen:

- Self-help groups (in combinatie met termen voor verslavingen in het algemeen of specifiek: addiction, alcoholism, drug(ab)use, gambling, eating disorder), Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, Gambling Anonymous, Al-anon, Alateen, ACA; in combinatie met:
- Effect.
- Effectiveness.
- Evaluation.

¹ Overigens is in de literatuur veel discussie over de vraag of RCT's bij zelfhulpgroepen wel wenselijk zijn (vgl. Morgenstern e.a., 1998).

en/of:

- Referral.
- Collaboration.

- Er is ook nog gezocht in combinatie met het trefwoord 'family'.

- Via de zoektermen 'review, reviewstudies' is gezocht naar overzichtsstudies.

Het bleek zinvol te zijn om niet alleen onder de term 'self-help'-groups te zoeken, omdat dit trefwoord vaak niet toegekend is aan groepen voor verslaafden. Er is daarom ook gezocht op de namen van groepen (AA, NA enz.).

De internet-search leverde recente literatuur op en literatuur buiten het Angelsaksisch taalgebied die blijkbaar niet doorgedrongen was tot de genoemde literatuurbestanden.

4. Resultaten inventarisatie

Er zijn 5 overzichtsstudies geïnventariseerd en 32 publicaties over afzonderlijke onderzoeken die aan bovenstaande criteria voldeden. De overzichtsstudies zullen we in hoofdstuk 5 nader omschrijven. In onderstaande tabel staat een overzicht van de geïnventariseerde publicaties over afzonderlijke onderzoeken naar methode van onderzoek, type interventie en de soort verslaving van de respondenten.

TABEL 1: OVERZICHT GEÏNVENTARISEERDE PUBLICATIES NAAR INTERVENTIE, DOELGROEP EN DESIGN

		RCT	Cohort	Anders	Totaal
Zelfhulpgroepen	Alcohol		13		13
	Drugs				
	Gemengd ²		5		5
	Familie				
12-stappen programma	Alcohol	4			4
	Drugs	3	6		9
	Gemengd	1			1
	Totaal	8	24		32

De publicaties hebben niet alle betrekking op afzonderlijke onderzoeksprojecten. Een aantal betreft deelstudies – meestal onder subgroepen – van een groter onderzoeksproject.

² Gemengd: de onderzoeksgroep bestond uit polygebruikers en/of naar middelengebruik onderling verschillende gebruikers.

5. Zelfhulpgroepen

5.1 OMSCHRIJVING

Zelfhulpgroepen zijn groepen waarvan de deelnemers eenzelfde problematiek delen, die ze zonder professionele begeleiding in de groep de baas trachten te worden. In ons land bestaan zulke groepen voor verslaafden aan alcohol (de AA: Anonieme Alcoholisten), drugs (NA, Narcotics Anonymous), gokken (AGOG, Anonieme Gokkers), medicijnen (Vrouwen en Medicijngebruik). Er zijn ook groepen die zich expliciet openstellen voor alle verslaafden, ongeacht het middel waaraan ze verslaafd zijn (de Buitenveldert-groepen). Naast groepen voor verslaafden zijn er groepen voor familieleden van verslaafden aan alcohol (Al-Anon voor partners, Alateen voor jonge kinderen, Al-Anon ACA voor volwassen kinderen), drugs (LSOVD, Landelijke Stichting voor Ouders van Drugsgebruikers) en gokken (AGOG, Omgeving van gokkers). Er is ook een Buitenveldert-partnergroep die openstaat voor partners van alle verslaafden, omgeacht het middel dat ze gebruiken.

De meeste groepen gebruiken het zogenaamde twaalf stappenprogramma, dat oorspronkelijk uit de AA stamt, maar door de andere 'anonieme' groepen integraal of in eigen varianten is overgenomen. De kern van het twaalf stappenprogramma is dat je als deelnemer eerst je machteloosheid erkent en daarna aan de slag gaat met het zoeken naar je eigen kracht, een kracht die de strijd tegen verslaving kan ondersteunen. Je maakt een morele balans op van de schade die je door je verslaving aan anderen en jezelf hebt berokkend. Onderdeel van het programma is ook dat je je voorneemt de boodschap van AA door te geven aan andere verslaafden. De groepen staan open voor eenieder die het verlangen heeft te stoppen met het gebruik van de middelen waaraan men verslaafd is. De groepsbijeenkomsten vinden elke week plaats op een vast tijdstip en hebben een duidelijke structuur. Na een gezamenlijke opening volgt een korte ronde, waarin iedereen zijn of haar verhaal van de afgelopen week kan doen. Vervolgens wordt één van de twaalf stappen doorgenomen. De groepen zijn open. Een nieuwe deelnemer kan op elk moment beginnen.

Veel groepen voor familieleden – Al-Anon, Alateen, ACA, omgevingsgroepen van de AGOG- gebruiken ook een variant van het 12-

stappenprogramma. Bij deze groepen ligt het accent vooral op het zelf verantwoordelijkheid nemen voor je leven en dit niet geheel te richten op de verslaafde. Doel is niet om te leren de verslaafde te helpen.

5.2 ZELFHULPGROEPEN IN NEDERLAND

Voor de beschrijving van de zelfhulpgroepen baseren wij ons op Geelen e.a. (2000) die een enquête uitvoerden onder deelnemers van de groepen. In totaal nemen in ons land tussen de 5000 en 6000 mensen aan groepen voor verslaafden of familieleden van verslaafden deel. Het leeuwendeel betreft deelnemers aan AA-groepen, circa 4000. Zij bezoeken meestal wekelijks de groepsbijeenkomsten en dit vaak gedurende vele jaren. De deelnemers van de *groepen voor verslaafden* zijn in meerderheid mannen. Tegelijk lijken vrouwen relatief oververtegenwoordigd: er nemen meer vrouwen deel dan je op grond van het aantal vrouwelijke verslaafden zou verwachten. De leeftijd van de deelnemers hangt samen met de aard van de verslaving en wanneer die in iemands leven problematisch wordt. De NA kent veel betrekkelijk jonge deelnemers. Die van AA en de Buitenveldert-groep zijn over het algemeen van middelbare leeftijd. Alcoholproblematiek wordt meestal pas na langere tijd echt een probleem, verslavingen aan drugs zijn dat vaak veel eerder. De deelnemers aan de zelfhulpgroepen zijn wat hoger opgeleid dan de gemiddelde Nederlander. Er komen vrijwel geen allochtonen naar de groepen.

Deelnemen aan een zelfhulpgroep voor verslavingen blijkt voor veel deelnemers een langdurige zaak. Velen nemen (veel) langer dan een jaar aan een groep deel. Dit betekent dat deelname aan een groep niet zo maar een 'interventie' is. Voor veel deelnemers wordt de groep een onderdeel van hun leven gedurende een langere periode. De meesten gaan een of meer keren per week naar een groepsbijeenkomst.

De meeste deelnemers zijn (niet verwonderlijk) aan de groep gaan deelnemen vanwege hun verslaving en de negatieve uitstraling daarvan op hun leven. Bij een groot aantal - bijvoorbeeld eenderde bij AA - speelt onvrede met de professionele hulpverlening een belangrijke rol in de motieven om naar een zelfhulpgroep te gaan. Voor alle deelnemers is het voorkomen dat men opnieuw gaat

gebruiken, of het 'van de verslaving afraken' een belangrijke functie van de groep. De betekenis van de groepen ligt voor de meeste deelnemers daarnaast ook in de waarde van het contact met lotgenoten: met name de mogelijkheid tot herkenning, erkenning en het uitwisselen van ervaringen. De praktische kant van die uitwisseling, namelijk het geven van tips en adviezen heeft daarbij minder betekenis. De groepen hebben voor veel deelnemers een belangrijke betekenis bij het ontwikkelen van een andere manier van leven. Tenslotte, een grote minderheid van de deelnemers meldt gunstige gevolgen van de groep voor hun zelfvertrouwen en zelfacceptatie. Vrijwel alle deelnemers zijn inmiddels gestopt met het gebruik van het middel waaraan ze verslaafd waren. Een betrekkelijk grote minderheid heeft gedurende de periode waarin ze deelnemen aan de groep een of meer malen een 'terugval' gehad hetgeen illustreert dat het overwinnen van een verslaving een proces van vallen en opstaan is. Overigens moet een 'terugval' ook niet gedramatiseerd worden: het kan ook een leerzame ervaring zijn.

Deelnemers aan *groepen voor familieleden* zijn in overgrote meerderheid vrouwen van om en nabij middelbare leeftijd, die meestal met een partner samenwonen. Evenals bij de groepen voor verslaafden is deelname vaak een langdurige zaak. De groepen komen wel iets minder vaak bij elkaar dan de groepen voor verslaafden zelf (eenmaal per twee weken of eenmaal per maand). Als belangrijkste motieven om aan een groep te gaan deelnemen komen naar voren: het niet meer aankunnen van de problematiek van de partner, de ouder of het kind en de behoefte aan contact met lotgenoten. Vooral bij Al-Anon speelt eveneens de negatieve uitstraling van de problematiek op de eigen persoon een grote rol. Men heeft het zelfrespect verloren en voelt zich onmachtig en wanhopig. Onvrede met de professionele hulpverlening speelt ook een belangrijke rol bij het besluit om aan een zelfhulpgroep te gaan deelnemen. Dit geldt voor bijna de helft van de deelnemers aan de groepen van de LSOVD en de ACA en voor ongeveer een derde van de deelnemers aan groepen van Al-Anon en Alateen.

Voor de overgrote meerderheid van de deelnemers ligt de waarde van de groepen in het contact met lotgenoten: erkenning, herkenning, het uitwisselen van ervaringen, steun en begrip en, in mindere mate, tips en adviezen. De betekenis moet (conform de filosofie

van de groepen) vooral gezocht worden in de effecten op de deelnemer zelf en niet in de indirecte effecten op de verslaafde. Men leert juist voor zichzelf op te komen en niet meer het hele leven te richten op de verslaafde. Het krijgen van meer zelfvertrouwen en een grotere weerbaarheid worden dan ook vaak genoemd als een functie van de groep. Het ontwikkelen van een andere manier van leven blijkt met name voor deelnemers aan groepen van Al-Anon van groot belang.

Na deze beschrijving van de groepen, hun deelnemers en het belang dat dezen aan de groepen hechten gaan we nu over op de beschrijving van de onderzoeken over het effect van de groepen.

5.3 GEÏNVENTARISEERDE ONDERZOEKEN

Eerder gaven we al aan dat er vijf overzichtsstudies en 18 op een project gerichte publicaties zijn geïnventariseerd die betrekking hebben op de effectiviteit van zelfhulpgroepen. De criteria voor selectie voor de afzonderlijke publicaties waren dat er sprake moet zijn van een minimaal een vergelijkingsgroep, van voor- en nametingen en in de beschrijving van het onderzoek een weergave van controles op mogelijk versturende variabelen. Verder hebben we ons gericht op publicaties van na 1990, omdat we over eerdere onderzoeken voldoende informatie uit de overzichtsstudies konden verkrijgen.

Het geheel aan onderzoeken kent nogal wat beperkingen als we uitspraken willen doen over het effect van het geheel aan zelfhulpgroepen. De onderzoeken betreffen vrijwel uitsluitend onderzoek naar deelnemers aan AA. Dit betekent dat we weinig gegevens hebben over het effect van groepen bij andere verslavingen. Er is wel een aantal onderzoeken over polydruggebruikers die deelnemen aan AA-groepen. De resultaten hebben dus niet alleen betrekking op alcohol verslaafden. Er is geen onderzoek gevonden naar het effect van groepen voor familieleden. Over het effect van die groepen kunnen we dus vrijwel niets zeggen.

Het gaat voornamelijk om Amerikaanse onderzoeken. Dit is niet bepaald ongebruikelijk voor overzichten van onderzoeken naar interventies. Bij ons onderwerp zijn er echter redenen om dit punt te beklemtonen. Zelfhulpgroepen rond verslavingen (en met name AA) zijn in de VS veel wijder verspreid dan in ons land. In de VS heeft AA veel nauwere banden met de professionele hulpverlening. AA-groe-

pen in de kliniek zijn er zeer gewoon, een veel professionele programma's omvat ook principes van AA en/of bereiden voor op deelname aan AA na afronding van de professionele hulp. Verwijzingen naar AA komen veel vaker voor dan in ons land. AA heeft er een reguliere plaats in het nazorgcircuit. Deelnemen aan AA is dan ook een tamelijk vanzelfsprekende optie voor mensen met ernstige alcoholproblemen. Dit kan van invloed zijn op de effectiviteit. Het effect kan versterkt worden, omdat men bekender is met de ideologie en werkwijze van de groepen en dus de kans op een geschikte motivatie groter is. Omgekeerd, kun je zeggen dat in ons land de keuze voor zelfhulpgroepen mogelijk bewuster gebeurt en het effect daardoor (bij deelnemers in de huidige situatie) mogelijk zou kunnen zijn.

De geïnventariseerde onderzoeken hebben in meerderheid betrekking op cliënten die in behandeling zijn of zijn geweest in de professionele verslavingszorg. Er zijn maar enkele onderzoeken onder mensen die alleen aan een zelfhulpgroep hebben deelgenomen.

5.4 OVERZICHTSSTUDIES

In totaal zijn vijf overzichtsstudies gevonden. Drie hiervan zijn (exploratieve) statistische meta-analyses, twee andere niet-systematische overzichtsstudies (Geelen, 1987; Geelen e.a., 2000). Twee van de meta-analyses betreffen alleen AA (Emrick e.a., 1993; Tonigan e.a. 1996), de derde ook onderzoek naar het 12-stappenprogramma (Kownacki en Shadish, 1999).

Emrick e.a. (1993) betrokken 107 onderzoeken naar AA in hun studie, vrijwel allemaal van voor 1990. Over het geheel van de onderzoeken concluderen zij, dat deze in overgrote meerderheid 'pre-experimenteel' qua design zijn (bijvoorbeeld alleen nametingen). Vaak was er sprake van niet betrouwbare instrumenten gebruiken, geen controle voor de validiteit van gegevens uit zelfrapportages, niet representatieve onderzoekspopulaties (te veel mensen van middelbare leeftijd en te weinig vrouwen, beide in vergelijking met gegevens uit de deelnemers-onderzoeken van AA zelf; overver-

tegenwoordiging van mensen die behandeld waren in klinieken of ambulante instellingen die werkten volgens het 12-stappenprogramma). Tenslotte waren de beschrijvingen van de onderzoeken in de publicaties ook nogal gebrekkig.

De studies leveren een gematigd positief beeld op over het effect van AA. Dit is sterker, als deelnemers meer intensief betrokken zijn. Positieve effecten (minder problematisch drinken of abstinentie) zijn er dan ook vooral, als men een sponsor³ heeft, twaalfde-staps werk doet ('de boodschap van AA uitdraagt'), voorzitter van bijeenkomsten is, meer aan bijeenkomsten gaat deelnemen na een behandeling dan voor die behandeling; in mindere mate, maar ook positief voor het effect bleken: het zelf sponsor zijn van een andere deelnemer en de mate waarin men het hele AA-programma heeft doorgelopen. Er was geen verband tussen frequentie van deelname en succes. Emrick e.a. vatten hun bevindingen als volgt samen: succesvolle deelnemers zijn actiever betrokken in AA, nemen de groepsovertuigingen vollediger over en volgen de aangeraden gedragslijnen zorgvuldiger. Wegens de opzet van de studies (veelal eenmalige metingen onder deelnemers) is echter onduidelijk of de resultaten door de AA-deelname zijn gekomen.

Tonigan e.a. (1996) deden een meta-analyse op de resultaten van 74 onderzoeken (voornamelijk van voor 1990). Ze onderzochten de relatie tussen (1) ernst van het drinken en deelname aan AA; (2) deelname aan AA en effect op het drinken; (3) deelname aan AA en 'psychosociale aanpassing' (psychische gezondheid en verbetering in gezinsrelaties en sociaal leven); (4) deelname aan AA voor en na professionele behandeling; en (5) AA deelname na professionele hulp en effect op drinken na behandeling.

In de onderzoeken was zelden sprake van een (quasi-)experimentele opzet. De meerderheid kende alleen nametingen. Van de meetinstrumenten was de betrouwbaarheid onbekend. In zeer weinig onderzoeken waren alle instrumenten betrouwbaar. Er was nauwelijks controle op gegevens uit zelfrapportage. Al met al was de kwaliteit van de meeste onderzoeken laag. Verder betroffen de onderzoeken vaak te kleine populaties, zodat de kans op belangrijke verbanden te ontdekken statistisch klein was (geringe 'power'). De enige resultaten die gezien de geringe kwaliteit van de onderzoeken nog vermeldenswaard zijn, waren: het (positieve) effect van deelna-

³ Een sponsor is een AA-deelnemer die meestal al langer aan de groep deelneemt en een andere (nieuwe) deelnemer onder zijn hoede neemt. Hij is de persoonlijke steun en toeverlaat voor die deelnemer.

me aan AA was groter bij respondenten die ambulantly behandeld waren en de beter opgezette studies lieten een gunstiger effect op psychosociale factoren zien.

Recent verscheen een statische meta-analyse van onderzoek naar AA met een controle- of vergelijkingsgroep was (Kownacki en Shadish, 1999). Helaas is zij beperkt tot de wetenschappelijk weinig gedegen studies van voor 1990. De auteurs voerden hun statistische bewerkingen (berekening van de *effectgrootte*) uit op een twintigtal studies. In de gerandomiseerde effectstudies bleek AA geen betere effecten op te leveren dan andere behandelingen en soms zelfs duidelijk slechtere. Deze studies hadden echter uitsluitend betrekking op gedwongen deelname aan AA. De deelnemers waren of veroordeeld wegens rijden onder invloed of door hun werkgever verplicht om een behandeling voor hun alcoholproblemen te zoeken. Het ging dus om een zeer specifieke groep. De bevindingen zijn dus niet generaliseerbaar naar AA-deelnemers in het algemeen. Bovendien zijn er aanwijzingen dat verplichte deelname op grote schaal de normale groepsprocessen verstoort en bijvoorbeeld leidt tot slechte verhoudingen tussen vrijwillige en verplichte deelnemers. Mäkela e.a. (1996) waar we dit aan ontleen, melden ook nog dat groepsvoorzitters als tegenmaatregel de briefjes van de rechtbank waaruit deelname moet blijken, al voor de bijeenkomst eigenlijk begint aftekenen. Wie geen zin heeft in AA, kan dan vertrekken en heeft 'aan zijn verplichtingen voldaan'. Uit een van de studies uit de meta-analyse blijkt ook hoe moeilijk gerandomiseerd onderzoek onder zelfhulpgroepen is. Walsh e.a. (1991) deden onderzoek onder werknemers die verplicht waren om of een korte intramurale behandeling te ondergaan of aan gewone AA-bijeenkomsten moesten deelnemen. De eerste behandeling was veel effectiever. Echter tijdens die behandeling werd het belang van AA beklemtoont, de cliënten gingen na hun ontslag ook vaker naar AA dan de verplichte deelnemers, ze bestempelden AA vaker als nuttig en zeiden ook zonder dwang naar de groepen te zijn gegaan.

⁴ Bij effectgrootte gaat het om een gestandaardiseerde verschilscore, die dus schaalafhankelijk is. Ze maakt vergelijkingen tussen onderzoeken mogelijk, ongeacht de daarin gehanteerde schalen. De aanduiding voor grootte van het effect is gebaseerd op Lipsey (1990). Hij spreekt achtereenvolgens over een klein effect als de verschilscore tussen .00 en .32 ligt, een middelgroot effect (tussen .33 en .55) en van een groot effect (>. 56).

De analyse door Kownacki en Shadish van niet-gerandomiseerde onderzoeken (N=10) laat positieve effecten van AA zien: een overall effectgrootte⁴ van .40 (middelgroot effect). Frequentere deelname leek daarbij ook nog toe te voegen aan het positieve effect (effectgrootte van .55).

Het bovenstaande beeld – positieve effecten van AA in niet gerandomiseerde studies - wordt ook bevestigd in een aantal niet systematische overzichtsstudies (Geelen, 1987 en Geelen e.a. 2000): de meeste onderzoeken laten een positief beeld zien. Aan de laatste genoemde publicatie ontleen we de volgende tabel:

TABEL 2: **RELATIE TUSSEN AA-DEELNAME (IN COMBINATIE MET PROFESSIONELE BEHANDELING) EN EFFECT**

Wanneer AA	Aantal onderzoeken ⁵	Geen verband	Positief verband (p.01 < p < .10)	Positief verband (p < .01)
Voor prof. Hulp	7	4	4	0
Voor of tijdens	3	2	1	0
Gedurende	3	1	0	2
Gedurende of na	2	0	1	1
Na	30 (8)	11 (1)	5	21 (7)
TOTAAL	46	18	11	24

In deze publicatie wordt ook gesteld, dat onderzoeken na 1990 een kwalitatief stijgende lijn laten zien. Op deze studies zullen we ons nu gaan richten.

5.5 STUDIES NA 1990: TOELICHTING OP DE BESCHRIJVING

We zullen de onderzoeken steeds eerst afzonderlijk bespreken en dan in de samenvatting thematisch de algemene lijn in de resultaten, overeenkomsten en verschillen aangeven. Bij de beschrijving zullen we ook ingaan op de kwaliteit van de onderzoeken en op de mate waarin de resultaten te generaliseren zijn naar AA-deelnemers in het algemeen (de generaliseerbaarheid). Vooraf willen we over die kwaliteitsaspecten enkele opmerkingen maken.

⁵ Tussen haakjes staan de onderzoeken die na 1990 plaatsvonden.

Welke effectmaten zijn het beste te gebruiken?

De onderzoeken verschillen in de effectmaten die ze – al dan niet in combinatie – gebruiken. De volgende worden het meest gebruikt:

- Abstinentie.
- Mate of frequentie van middelengebruik.
- Psychische, lichamelijke en psychosociale problemen ten gevolge van het middelengebruik.
- Psychosociale factoren (bijvoorbeeld gezinsrelaties, werk, justitiële contacten).
- Psychisch functioneren.
- Psychiatrische problematiek.

Een punt hierbij is met name de vraag of abstinentie of verminderd gebruik als effectmaat geldt. Abstinentie sluit aan bij de uitgangspunten van AA en 12-stappenprogramma's. Voor hun doelgroep is dit dan ook de geschikte effectmaat. Het wordt moeilijker, als je iets over het succes van zelfhulpgroepen in verhouding tot andere benaderingen in de verslavingszorg wil zeggen. Andere benaderingen zijn juist gericht op gecontroleerd gebruik, wat ook gematigd gebruik kan inhouden en dus niet per se abstinentie. Veel cliënten slagen ook in het bereiken van deze doelstelling. In een recente secundaire analyse van een zevental grote studies in de VS concluderen Miller e.a. (2001), dat het gebruik van abstinentie als effectmaat leidt tot een grootscheepse onderschatting van de effecten van de verslavingszorg. Veel respondenten in de onderzoeken bleken veel minder te drinken of minder drugs te gebruiken, terwijl ze volgens het abstinenciecriterium toch als mislukking zouden gelden. In enkele onderzoeken die wij geïnventariseerd hebben, bleek het drankgebruik van de groep die als mislukt of slechter bestempeld werd een gemiddelde consumptie te hebben die volgens sommigen zelfs binnen het 'gezond drinken' valt.

In welke mate is er gecontroleerd voor versturende variabelen?

In onderzoeken waarin geen randomisering heeft plaatsgevonden, is het van cruciaal belang, dat er gecontroleerd kan worden voor het effect van factoren die van invloed kunnen zijn op het effect naast de eigenlijke interventie. Bij de interpretatie van resultaten zullen we dan ook speciaal aandacht besteden aan de mate waarin dit is gebeurd.

Verder zullen we bij de beschrijving van onderzoeken ook letten op andere kwaliteitsaspecten als:

- *Grootte van de onderzoekspopulatie*: kleine onderzoekspopulatie kunnen makkelijk leiden tot onderschatting van de effecten, erg grote tot overschatting.
- *Generaliseerbaarheid*: heeft het onderzoek betrekking op een voldoende representatieve populatie?
- *Objectiviteit van metingen*: is er naast zelfrapportage ook sprake van controle via collaterale (partner, hulpverlener) metingen of biochemische testen?
- Over hoeveel tijd strekt de *follow-up* zich uit? Dit is zowel van belang om na te gaan of een interventie meer dan een tijdelijk effect heeft gehad en in het geval van zelfhulpgroepen of de termijn van deelname wel voldoende lang is om te kunnen zeggen, dat men de groep echt een kans heeft gegeven. In AA-kringen wordt hiervoor vaak de termijn van drie maanden genomen. De follow-up moet dus in ieder geval minstens drie maanden na de voormeting plaatsvinden. Meestal wordt echter als ideaal in effectonderzoek bij middelengebruik een *periode van 12 maanden* genomen. Terugvallen in middelengebruik vinden het meest in deze periode plaats.
- *Uitval van respondenten uit het onderzoek*: hiervoor geldt als maatstaf dat deze bij voorkeur niet groter is dan 20%. Tevens moet er gecontroleerd worden of de uitval selectief is.
- *Kwaliteit meetinstrumenten*: in welke mate zijn ze valide en betrouwbaar.

We zullen in weergave van de onderzoeken over deze punten alleen informatie opnemen waar het onderzoek in negatieve zin afwijkt van de norm. Een laatste punt verdient apart aandacht. Dat is de *uitval uit de groepen*. Vooraf kunnen we daarbij als algemene conclusie al stellen, dat de uitval uit AA-groepen hoog is. Veel mensen nemen korte tijd deel om vervolgens de groep weer te verlaten. Een beeld hiervan komt uit de gegevens die de Amerikaanse AA al vanaf de zestiger jaren uit de vorige eeuw om de drie jaar over de deelnemers verzamelt. Uit de gegevens over 1990 (McIntire, 2000) blijkt een drop-out van ruim 80% binnen de eerste maand. Na drie maanden is dat 90% en na een jaar 95%. Bijna iedereen die drie maanden in een groep blijft, blijft daarna dus wel langere tijd deelnemen. Over de Nederlandse AA ontbreken gegevens grotendeels. Van

Harberden en Wildhagen (1978) leidden uit een enquête onder contactpersonen van AA-groepen af, dat de uitval op jaarbasis 25% was. Het ging hier om globale retrospectieve schattingen. Uit een kleine enquête onder voorzitters of begeleiders van zelfhulpgroepen voor verslaafden in de regio Eindhoven bleek een uitval *op jaarbasis* van 30% (Geelen, 2000). De Nederlandse gegevens doen een kleinere uitval in ons land vermoeden. Maar ze zijn op een andere manier verzameld zodat ze niet goed met de Amerikaanse zijn te vergelijken.

5.6 EFFECTIVITEIT VAN GROEPEN VOOR VERSLAAFDEN

ALCOHOL

Er zijn 13 artikelen geïnventariseerd die in deze categorie passen. Zes daarvan zijn gebaseerd op resultaten van een onderzoeksproject. In deze Amerikaanse studie (Timko e.a., 1995) werden respondenten (N=439 bij de tweede follow-up meting) gevolgd die contact of hulp zochten bij een Informatie- en Verwijzingscentrum of een Detoxificatieprogramma. Het doel van de studie was om na te gaan welke behandeling zij kozen en welke resultaten deze opleverde. Het ging om mensen die nooit eerder professionele hulp hadden gehad. Follow-up metingen vonden schriftelijk plaats na een jaar (uitval 18%) en drie jaar (uitval 29%, degenen die bereikt werden hadden bij de voormeting enigszins kleinere drankproblemen en een wat hogere sociale status). De studie is tamelijk uniek in onderzoek naar het effect van zelfhulpgroepen rond verslavingen omdat zij mensen volgde die nog geen professionele hulp hadden gehad.

Wij beperken ons tot de weergave van de onderzoeksgegevens (uit de meting na drie jaar), die relevant zijn voor ons onderwerp:

- AA was de meest gekozen hulpvorm: 68% van de respondenten ging er naar toe (al of niet in combinatie met professionele hulp).
- Mensen die in de periode van drie jaar professionele hulp kregen en ook deelnamen aan AA-bijeenkomsten scoorden significant beter dan zij die alleen professionele hulp kregen op alle indicatoren voor alcoholgebruik (met name abstinentie) en de gevolgen daarvan. Ook hadden zij meer vertrouwen weerstand te kunnen bieden aan de wens om te drinken. De twee groepen verschilden in de voormeting niet op demografische kenmerken, drinkgedrag en er mee samenhangende problemen, vertrouwen om weerstand te kunnen bieden, sociale status, psychologische kenmerken (zelfvertrouwen en depressiviteit), levensstressoren en sociale steun. (Timko e.a., 1995, Humphreys e.a., 1995). Ook waren er geen verschillen in andere factoren die deelname aan zelfhulpgroepen kunnen voorspellen, bijvoorbeeld geloof in het ziektemodel, jezelf als verslaafde of alcoholist beschouwen, abstinentie als doel hebben of eerdere ervaringen met zelfhulpgroepen of hun uitgangspunten en werkwijze.
- Naarmate AA-deelnemers vaker aan bijeenkomsten hadden deelgenomen scoorden ze significant beter op alle indicatoren voor

alcoholgebruik, met name abstinentie; ook hadden ze meer sociale steun van vrienden (Timko e.a., 1995).

- In een vervolgstudie is contact gezocht met de onderzoeksgroep na 8 jaar (n=395, 68.2% van de oorspronkelijke onderzoeksgroep). Naarmate mensen in de eerste drie jaar meer hadden deelgenomen aan AA-bijeenkomsten waren zij vaker hersteld (geen alcohol in de zes maanden voor de follow-up meting, geen afhankelijkheids-symptomen en geen problemen ten gevolge van drinken). AA-deelname voorspelde iets meer succes dan professionele behandeling. Zij ging ook samen met minder depressie, kwalitatief betere vriendschappen en een betere verhouding met de partner (Humphreys e.a., 1997).
- In een deelonderzoek (N=135) volgden Humphreys e.a. (1995) de levensloop van degenen die in de follow-up periode helemaal geen professionele hulp kregen. De groep was te verdelen in drie sub-groepen: stabiel abtinent, gematigd drinken en continu problematisch drinken. De mensen die gematigd dronken, waren (bij de voormeting) hoger opgeleid, hadden een betere baan, hadden een lagere consumptie en minder problemen als gevolg van het drinken dan de twee andere groepen. In vergelijking met de abtinentie groep beschouwden zij het drinken als een minder ernstig probleem, hadden ze meer zelfvertrouwen en vertrouwen dat ze weerstand konden bieden aan de wens om te drinken, en tenslotte, ze hadden ook beter sociale netwerken. Voor ons belangrijk zijn de gegevens over deelname aan AA. Onder degenen die later stabiel abtinent werden, was er een gemiddeld hoge deelname aan AA-bijeenkomsten in het eerste jaar. Daarna zakte die weer. De auteurs trekken uit deze gegevens de conclusie dat het hier gaat om mensen die besluiten te stoppen met drinken, omdat ze ouder worden, het drinken als een ernstig probleem gaan zien, slechte relaties hebben met hun familie en gezondheidsproblemen ten gevolge van het drinken. Ze leunen dan in het begin sterk op AA voor steun hierbij. Al of niet ten gevolge van hun deelname aan AA worden zij in hun wil om abtinent te blijven gesteund doordat hun gezondheidsproblemen minder worden, hun zelfvertrouwen en vertrouwen in hun vermogen om weerstand te bieden tegen drinken toeneemt en ze het gevoel blijven houden dat ze een drank-probleem hebben, ook al zijn ze abtinent.
- Humphreys e.a. (1996a) vergeleken kosten en baten van deelname

aan AA en professionele hulp. Zij selecteerden uit de onderzoeksgroep degenen die oorspronkelijk alleen voor AA kozen (N=135) en zij die alleen professionele hulp zochten (N=66). Bij de follow-up na drie jaar hadden beide groepen vergelijkbare positieve resultaten bereikt (op indicatoren voor drankgebruik en depressie). Ook mensen in de oorspronkelijke AA-groep hadden in die periode professionele hulp gehad. De kosten van de groep die oorspronkelijk voor AA koos waren echter 45% lager dan die van de groep die voor professionele hulp koos. Daarbij moet nog aangetekend worden, dat de AA-deelnemers oorspronkelijk een slechtere prognose hadden (lager inkomen, lagere opleiding en meer negatieve gevolgen van het drinken)

- Humphreys e.a. (1996b) hebben ook getracht greep te krijgen op de vraag of deelname aan AA wel echt verantwoordelijk is voor de gevonden effecten of dat eenzelfde onbekende factor deelname en succes tegelijk verklaart. Binnen de onderzoeksgroep gingen ze na wie voldeed aan kenmerken die wel samenhangen met het gaan deelnemen aan AA (in casu informatie zoeken als 'coping'-gedrag en het eigen drankgebruik als problematisch zien), maar niet samenhangen met de effecten. In de vergelijking met niet-deelnemers werd vervolgens hiervoor gecontroleerd. Het bleek, dat er dan nog steeds en zelfs grotere positieve effecten waren.
- Het onderzoek kent een aantal beperkingen: de hoge uitval bij de follow-up, de onderzoeksgroep omvatte niet alleen personen die voldeden aan de DSM-III-r-criteria voor afhankelijkheid van middelen en de respondenten hadden daardoor mogelijk een gunstiger prognose dan de 'gewone' cliënt van de verslavingszorg. Het grote voordeel is dat het onderzoek zicht biedt op de weg naar herstel van mensen die nog niet in behandeling zijn geweest.

In een aantal onderzoeken naar het 12-stappenprogramma (die we in een volgende paragraaf uitvoeriger zullen bespreken) is ook nagegaan wat het effect van deelname aan AA na de behandeling was. Het eerste is een grootschalig onderzoek onder mannelijke oorlogsveteranen (N= 3018). Nagegaan werd wat de effecten van onder andere het 12-stappenprogramma en cognitieve gedragstherapie (CGT) waren. Daarbij werd ook gekeken naar het effect van deelname aan zelfhulpgroepen na het einde van de behandeling. Meer deelname aan zelfhulpgroepen (Moos e.a. 1999) - gemeten

naar aantal bijgewoonde bijeenkomsten – bleek significant samen te hangen met meer abstinentie, minder problemen ten gevolge van middelengebruik, minder psychologische problemen en psychiatrische symptomen en met het vaker hebben van werk. In totaal nam 56% van de cliënten na ontslag uit de kliniek aan bijeenkomsten van zelfhulpgroepen deel, waarvan ruim eenderde intensief (> 30 bijeenkomsten in de follow-up periode).

Ouimette e.a. (1998) vergeleken bij de respondenten van dit onderzoek de effecten van deelname aan zelfhulpgroepen (gemeten naar aantal bijgewoonde bijeenkomsten en de mate van betrokkenheid, bijvoorbeeld 12-stappen materiaal lezen, praten met sponsor) en die van professionele nazorg. De combinatie van beide leidde tot de beste resultaten (abstinentie, gematigd drinken, depressiviteit, psychosociaal functioneren). Deelname aan zelfhulpgroepen alleen ging samen met betere resultaten dan alleen professionele nazorg. Verreweg het slechtst deed de groep het die voor geen enkele vorm van nazorg en ook niet voor deelname aan zelfhulpgroepen koos. De resultaten werden niet vertekend door een verschil in de bereidheid tot verandering bij de intake of eerdere deelname aan zelfhulpgroepen voor de behandeling. Beide hingen weliswaar samen met deelname aan zelfhulpgroepen na ontslag uit de kliniek, maar niet met de mate van verbetering.

Cliënten uit dit onderzoek die een professionele behandeling volgens het 12-stappenprogramma kregen of een combinatie van 12 stappen en cognitieve gedragstherapie gingen na de behandeling significant vaker naar zelfhulpgroepen en hadden ook een grotere betrokkenheid bij die groepen (bijvoorbeeld ze hadden een sponsor of lazen relevante literatuur) dan zij die alleen een CGT hadden gevolgd. Verder was het verband tussen deelname aan zelfhulpgroepen en positieve uitkomsten sterker voor patiënten uit de eer-

ste twee groepen dan voor hen die CGT hadden gevolgd. De onderzoekers vonden tenslotte ook aanwijzingen voor een 'causaal' verband: behandeling volgens het 12-stappenprogramma leidt tot hogere betrokkenheid in AA/NA en dit laatste leidt weer tot abstinentie (Humphreys e.a. 1999).

Moggi e.a.(1999), tenslotte, rapporteren over een deelstudie naar cliënten met een dubbele diagnose. Deelname aan zelfhulpgroepen hing samen met minder vermijdend gedrag, betere vaardigheden in het omgaan met middelen en meer abstinentie.

In het kader van het MATCH-onderzoek waarin drie behandelvormen vergeleken werden - Twelve Step Facilitation Therapy (TSF)⁶, Motivatie Verhogende Therapie (MET) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is door Longabaugh e.a. (1998) specifiek aandacht besteed aan de relatie tussen de houding van het sociale netwerk tegenover drinken en effecten⁷. Ook keken zij naar de betekenis van *deelname aan AA* in dit geheel. TSF was tijdens de behandeling effectiever voor mensen met een netwerk, dat positief staat tegenover drinken, maar dit effect verdween in het eerste jaar na behandeling. Na drie jaar bleek TSF weer wel effectiever dan Motivatieverhogende Therapie voor mensen die een netwerk hebben dat positief staat tegenover drinken. Dit was gedeeltelijk weer te verklaren uit deelname aan AA. De keten is dan dat TSF leidde tot meer deelname aan AA en AA weer leidde tot meer succes. Dit was slechts een gedeeltelijke verklaring, omdat TSF ook deels een onafhankelijk effect had. Verder bleek, dat AA-deelname zowel in vergelijking met MET als CGT niet wezenlijk bijdroeg aan positieve effecten voor mensen met een netwerk, dat drinken afkeurt. Opvallend is tenslotte, dat de genoemde effecten pas in de follow-up na drie jaar werden gevonden. De auteurs geven als mogelijke verklaring, dat de betrokken respondenten na behandeling weer door hun netwerk gestimuleerd worden om te drinken. Ze hebben echter een alternatief leren kennen door TSF en hun participatie in AA tijdens de behandeling en als na verloop de problemen te sterk worden, grijpen ze weer terug op AA of hetgeen ze tijdens de behandeling geleerd hebben..

In het kader van het MATCH-project heeft Tonigan (2001) specifiek gekeken naar deelname aan AA (N=1726). AA bleek vooral samen te hangen met meer abstinentie en in mindere mate met een afna-

⁶ Dit programma (zie Nowinsky e.a., 1996) beoogt te bevorderen dat cliënten na het einde van de therapie gaan deelnemen aan AA. Om dit te bereiken probeert men cliënten te doordringen van de boodschappen uit de eerst drie stappen van AA (onder andere dat alcoholisme een ziekte is, waar de betrokkene de greep op verloren heeft en dat alleen overgave aan een hogere macht kan helpen). Verder wordt deelname aan AA tijdens en na de therapieperiode van 12 weken aangemoedigd. De therapie wordt gegeven door professionele therapeuten, al dan niet met ervaring in AA.

⁷ Het betrof alleen de ambulante tak van het project. Over de nazorg-tak zijn geen gegevens over drie jaar.

me van negatieve gevolgen van het drinken. Hij vond geen samenhang tussen AA-deelname en positieve psychosociale effecten. Humphreys en Moos (2001) volgden over een periode van een jaar twee groepen cliënten uit het project MATCH die respectievelijk cognitieve gedragstherapie of TSF hadden gevolgd. Na een jaar namen de cliënten uit de laatste groep ook feitelijk veel meer deel aan AA-groepen dan de groep met cognitieve gedragstherapie. Beide groepen hadden vergelijkbare positieve resultaten op bijkomende psychiatrische problematiek en middelengebruik, waarbij de groep uit het programma dat op AA voorbereide wel vaker abstinente was. De kosten voor de gezondheidszorg verschilden aanzienlijk. Ze waren bij de cliënten uit de cognitieve gedragstherapie-groep 64% hoger.

In een onderzoek onder cliënten (N=100, 84% van de benaderde onderzoeksgroep) die behandeld werden in of de intensieve dagbehandeling of de kliniek van twee instellingen onderzochten Morgenstern e.a. (1997) de effecten van AA en de therapeutische mechanismen die aan die effecten ten grondslag liggen. Zij richtten zich bij die laatste op 'gewone' veranderingsmechanismen, bijvoorbeeld motivatie, self-efficacy en de manier van omgaan met problemen en het middelengebruik. Dit zijn mechanismen die niet specifiek zijn voor AA, maar bijvoorbeeld ook onder bij gedragstherapie werkzaam kunnen zijn.

Uit het onderzoek bleek deelname aan en betrokkenheid bij AA samen te hangen met minder gebruik van alcohol na 6 maanden (uitval:7%). Een lagere betrokkenheid bij AA gemeten bij de eerste nameting voorspelde meer gebruik na 6 maanden. Grotere betrokkenheid voorspelde het blijven bestaan of sterker worden van veranderingsmechanismen na 6 maanden. Met name het actief aanpakken van problemen nam toe. Juist deze mechanismen verklaarden de resultaten. Samenvattend betekent het voorafgaande, dat motivatie van invloed is op (intensief) gaan deelnemen aan AA. Deze deelname zorgt ervoor dat de motivatie gehandhaafd blijft en dat men manieren leert om met problemen om te gaan. Daardoor wordt weer minder gebruik na 6 maanden verklaard.

Deelname aan AA na 1 maand werd voorspeld door gericht zijn op abstinentie en de mate waarin men negatieve gevolgen van het alcoholgebruik verwachtte bij de voormeting, in mindere mate door ernst van het gebruik.

In het laatste onderzoek dat we hier bespreken is getracht op een andere manier dan via statistische controle op resultaten uit voormetingen greep te krijgen op het probleem of succes onder AA-deelnemers een gevolg is van AA zelf of van een onbekende factor (bijvoorbeeld motivatie) die zowel deelname aan AA als het positieve resultaat verklaart. Fortney e.a. (1998) onderzochten de mate waarin zelfselectie de resultaten van AA positief beïnvloedde. Zij verrichtten onderzoek onder mannelijke oorlogsveteranen, die klinisch behandeld waren voor alcoholproblemen (N=118; inclusieratio 47%). Om voor zelfselectie te controleren vergeleken ze de groep onderzochten die na behandeling AA gingen volgen, met mensen die in een regio woonden waar geen AA-groepen waren of die niet in staat waren naar een groep in een andere plaats te gaan, omdat ze bijvoorbeeld geen vervoer hadden. Bij deze vergelijking in de follow-up na 3 maanden vielen de positieve effecten die er wel leken te zijn zonder de controle op bereikbaarheid bijna in hun geheel weg. De resultaten ondersteunen de hypothese van de auteurs, dat er factoren zijn die zowel het deelnemen aan AA als resultaten ten aanzien van het drankgebruik voorspellen. Een probleem met dit onderzoek is de korte duur van de follow-up. In de eerste drie maanden is - volgens AA zelf - veel deelname aan AA meer kennismaken dan echt betrokken raken. Verder was de onderzoeksgroep erg klein wat kan verklaren dat het positieve effect van AA wel tenderde naar significantie, maar deze niet bereikte. Tenslotte, was de uitval erg hoog en de onderzoeksgroep selectief (alleen mannelijke oorlogsveteranen).

POLYGEbruik OF GEMENGDE ONDERZOEKSGROEPEN (ALCOHOL OF DRUGS)

Fiorentine (1999) deed onderzoek naar het nut van zelfhulpgroepen voor drugs en/of alcoholverslaafden (N=365; 93% van de benaderde onderzoeksgroep). De respondenten werden gevolgd gedurende een periode van 24 maanden (laatste follow-up: 74%). Zij waren geworven uit alle ambulante programma's voor verslaafden in Los Angeles. Na 2 jaar bleken respondenten die deelname aan zelfhulpgroepen (vooral AA, NA en CA-Cocaine Anonymous) significant vaker abstinente dan zij die in het geheel niet deelnamen aan zelfhulpgroepen. Frequente deelnemers (een maal per week of meer) waren weer significant vaker abstinente dan minder frequente bezoekers van bijeenkomsten (overigens bestond de tweede

groep slechts uit 20% van het totaal aan deelnemers). Tussen minder frequente deelnemers en niet-deelnemers waren er geen verschillen. Fiorentine ging ook na hoe de verhouding tussen problematische en niet-problematische drinkers lag: 9% van de niet-frequente bezoekers was een problematisch drinker tegen 3% van de frequente deelnemers. Dit is dus omgekeerd van wat je zou verwachten, als je aanneemt dat het juist gecontroleerde gebruikers zijn die niet naar AA of een andere zelfhulpgroep gaan.

Er is onderzocht of de uitkomsten te wijten waren aan een verschil in motivatie. In het onderzoek was herstelmotivatie als variabele meegenomen (bijvoorbeeld "ophouden met gebruik is erg belangrijk voor mij" of "veel ellende in mijn leven komt door het gebruik"). Er bleken wel verschillen in motivatie, maar deze droegen veel minder bij aan het positieve effect dan frequente deelname aan groepen. Ook was er geen verschil in de mate waarin frequente deelnemers en minder frequente de ambulante behandeling hadden afgerond. Afmaken van een behandeling is daarbij te beschouwen als een indicator voor motivatie. Tenslotte, het volgen van andere behandelingen in de follow-up periode bleek ook niet het verschil in succes te verklaren.

Fiorentine en Hillhouse (1999) gingen bij dezelfde onderzoeksgroep na of de combinatie van deelname aan zelfhulpgroepen (gedurende en na de behandeling) met professionele behandeling meer effecten heeft dan deelname aan een van beide alleen. Het bleek dat zij die langer deelnamen aan de professionele behandeling, die behandeling ook voltooiden en tegelijk deelnamen aan zelfhulpgroepen het meeste succes boekten. Volgens de auteurs wijst dit op het belang van integratie van zelfhulpgroepen en professionele behandeling.

Miller e.a. (1997) deden onderzoek bij patiënten uit 33 behandelprogramma's (N=2029). Zij volgden hen tot 12 maanden na afsluiting van de professionele behandeling (64% werd zowel bij de eerste – na 6 maanden – als de tweede follow-up bereikt). Onderzocht werd wat de effecten van resp. deelname aan zelfhulpgroepen, professionele nazorg en een combinatie van beide waren. Driekwart van de respondenten was verslaafd aan alcohol. Deelname aan AA en professionele nazorg voorspelden het beste abstinentie na 12 maanden. Het effect was groter bij de combinatie van AA en professionele

nazorg. Andere factoren zoals demografische kenmerken, behandelingsvariabelen hadden weinig of geen invloed op het resultaat. Ook kenmerken van het middelengebruik voor de intake maakten weinig verschil. De auteurs concluderen hieruit, dat factoren na de behandeling (AA-deelname of nazorg) belangrijker zijn dan kenmerken van voor de behandeling.

Deze studie heeft een grote generaliseerbaarheid door de grote aantallen cliënten en vooral het grote aantal locaties waar cliënten vandaan kwamen. Een nadeel is dat alleen abstinentie als effectmaat is genomen en motivatie niet als factor is bestudeerd.

Twee van de geïnventariseerde onderzoeken betreffen jongeren. Kennedy en Minamy (1993) deden onderzoek naar een groep jong polydruggebruikers (N= 91; gemiddelde leeftijd 16.5; geen noemenswaardige uitval). De jongeren gebruikten voornamelijk alcohol en marihuana. Zij hadden een klinische behandeling gehad waarin onder andere uitgangspunten en werkwijze van AA/NA werden uitgelegd (tijdens een 'survival'-tocht). Ze werden telefonisch geïnterviewd om de drie maanden over een periode van een jaar. Na een jaar nam 37% deel aan AA/NA (tegen 60% na 3 maanden). Terugval (gedefinieerd als niet-abstinent) kwam bijna 4 maal zo vaak voor in de groep die niet deelnam aan AA/NA. Bijna de helft bleef abtinent gedurende hele onderzoeksperiode. Behalve ernst van het gebruik bleek geen enkele ander kenmerk uit de voormeting (demografische kenmerken, psychopathologie, psychosociaal functioneren) terugval te voorspellen. Zwak punt van deze studie is het gebruik van alleen abstinentie als effectmaat.

Kelly e.a. (2000) gingen het effect na van deelname aan AA of NA. De onderzoeksgroep bestond uit adolescenten (14 – 18 jaar; N=99; 44% van de potentiële deelnemers aan het onderzoek). Zij hadden eerst een intramurale behandeling ondergaan in een kliniek die werkte volgens het 12-satppen programma. De mate van deelname aan NA of AA in de eerste drie maanden bleek geringe tot matig positieve effecten te hebben op het drugsgebruik na 6 maanden, waarbij gecontroleerd werd voor drugsgebruik bij de voormeting, professionele nazorg en duur van de klinische behandeling. De auteurs onderzochten ook mechanismen via welke de zelfhulpgroepen werken. Het bijwonen van de groepsbijeenkomsten ver-

sterkte de motivatie voor abstinentie. De deelname aan de zelfhulpgroepen bleek na in de periode tussen 3 en 6 maanden vrij sterk te dalen. Zwakke punten van deze studie zijn de lage generaliseerbaarheid vanwege het lage bereik onder potentiële respondenten en de oververtegenwoordiging van respondenten met een hogere sociaal-economische status, en het gebruik van alleen abstinentie als effectmaat.

SAMENVATTING

In het bovenstaande hebben we de gegevens over het effect van zelfhulpgroepen besproken, die naar voren komen uit onderzoeken die voldoen aan de volgende criteria: vergelijkingsgroep, voor- en nameting en statistische controle op mogelijk verstorende variabelen. De onderzoeken zijn van aanmerkelijk hogere kwaliteit dan die waarop de eerder besproken overzichtsstudies betrekking hadden, al blijft ook voor de recente studies gelden, dat er sprake is van zelfselectie (vergelijkingen tussen groepen die zichzelf in een hulp-type geselecteerd hebben) en ook vaak van combinaties van zelfhulp en professionele hulp (vaak in onduidelijke verhouding, zodat je niet precies weet waar je het effect aan toe moet schrijven). Het schort dus nog steeds aan hardheid in de conclusies. Op een aantal andere fronten is wel sprake van verbetering. Er is gebruik gemaakt van objectieve testen of collaterale informatie om eventueel gebruik vast te stellen. De samenhang daarvan met de zelfrapportage is overigens hoog. Het onderzoeksinstrumentarium is zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande geteste instrumenten. Meer problematisch is de soms hoge uitval in de follow-up metingen, al laten de analyses over het algemeen geen grote verschillen tussen niet-bereikten en de respondenten. Een ander probleem betreft de generaliseerbaarheid doordat de onderzoeken soms erg selecte groepen bevatten (oorlogsveteranen, uitsluitend mannen, cliënten uit specifieke behandelinstellingen enz.).

Op een na laten zij positieve verbanden zien tussen deelname aan zelfhulpgroepen en positieve uitkomsten na 6 maanden of meer. Bij die positieve effecten is in de onderzoeken meestal gekeken naar abstinentie, soms ook of de niet-deelnemers mogelijk meer bestonden uit mensen die hun drinken onder controle hadden gekregen.

In zoverre daar aanwijzingen voor zijn lijkt het vooral te gaan om een groep die al bij de voormeting een betere prognose had.

Er is minder gekeken naar andere effecten, bijvoorbeeld veranderingen in sociale omstandigheden, psychisch functioneren, psychiatrische symptomen e.d. In zoverre dit wel gebeurd is blijkt deelname aan zelfhulpgroepen samen te hangen met positieve veranderingen. Controles op mogelijk verstorende variabelen hebben in de beschreven onderzoeken geen aanwijzingen opgeleverd dat zowel deelname aan AA als herstel een gevolg zijn van een derde factor. Noch demografische kenmerken, ernst van de problematiek noch motivatie, attitudes of bepaalde copingstijlen blijken het verband tussen AA en effecten weg te kunnen verklaren. Hierbij moet wel opgemerkt worden, dat bijvoorbeeld over de meting van motivatie weinig overeenstemming is.

Enige uitzondering op het positieve beeld is een studie waarin bereikbaarheid van AA-bijeenkomsten meegenomen werd als variabele. Hier bleek het positieve effect van AA grotendeels te verdwijnen en niet significant te worden. Het onderzoek vertoonde echter nogal wat gebreken, zodat het vooral gezien moet worden als een onderzoeksrichting die verder geëxploreerd moet worden.

Er zijn aanwijzingen dat deelname aan zelfhulpgroepen past in een keten van veranderingen. Een bepaalde motivatie wordt in de groepen gehandhaafd en mogelijk versterkt. In de groepen leren de deelnemers anders tegen hun problemen aan te kijken, met name hebben zij minder neiging tot vermijding. Ook leren ze vaardigheden om met middelengebruik en problematische situaties in het algemeen om te gaan.

Zelfhulpgroepen en professionele nazorg blijken elkaar te versterken. Het effect van zelfhulpgroepen is verder groter naarmate men aan meer bijeenkomsten deelgenomen heeft of intensiever in AA betrokken is (bijvoorbeeld een sponsor hebben of AA-literatuur lezen).

Tenslotte is deelname aan AA, zo komt uit een onderzoek naar voren, kosteneffectiever dan professionele zorg, ook al ontvangen AA-deelnemers ook professionele hulp op de weg naar herstel.

6. 12-stappenprogramma's

6.1 INLEIDING

In deze paragraaf zullen we de onderzoeken naar het effect van het zogenaamde 12-stappenprogramma bespreken. We gebruiken deze term voor alle vormen van professionele behandeling waarin de uitgangspunten en het programma van AA centraal staan. In de Verenigde Staten is de dominante benadering in de verslavingszorg. Er zijn verschillende varianten. De meest omvattende is het zogenaamde Minnesota-model ook wel het Hazelden-model genoemd naar de kliniek waar het oorspronkelijk ontwikkeld is (zie o.a. Winters, 2000 en Corveleyn en Van Limbergen, 2001). De hele behandeling – ambulante zowel als klinisch – staat in het teken van de uitgangspunten van AA. Verslaving is een ziekte met controleverlies en afhankelijkheid als symptomen en abstinentie is het voorgeschreven middel tot herstel. Het programma combineert de principes van de 12 stappen met psychotherapie. Onderdelen zijn meestal groepstherapie, gezinstherapie, adviserende gesprekken, lezingen over de 12-stapen, het lezen van AA-literatuur en deelname aan zelfhulpgroepen of toeleiding naar die groepen na de behandeling.

Een minder intensieve variant kwam in de vorige paragraaf al aan de orde: de Twelve Step Facilitation Therapy. Deze gaat wel uit van dezelfde principes en draagt die ook uit als boodschap, maar is beperkt tot een klein deel van het AA-programma en dient vooral als brug naar de zelfhulpgroepen.

6.2 GEÏNVENTARISEERDE ONDERZOEKEN

We hebben in totaal 16 artikelen gevonden die betrekking hebben op een elftal onderzoeken. Zes van die onderzoeken zijn gerandomiseerde studies, de andere prospectieve cohortstudies. Van het laatste type hebben we alleen die onderzoeken geïnventariseerd waarin sprake was van een vergelijkingsgroep, voor- en nametingen en statistische controle op mogelijk versturende variabelen bij het verklaren van effecten. Er is maar een overzichtsstudie gevonden die expliciet aandacht besteedt aan het 12-stappenprogramma. Zij betreft alleen oude onderzoeken (van 1990 of ouder). Kownacki

en Shadish (1999) voerden een statistische meta-analyse uit op onderzoeken naar de effecten van residentiële behandelingen volgens het 12-stappenprogramma. Over de niet-gerandomiseerde onderzoeken (N=2) berekenden zij een effectmaat van 1.33. Bij de gerandomiseerde (N=2) bedroeg deze .39. Bij de niet-gerandomiseerde onderzoeken bestond de vergelijkingsgroep uit cliënten die nauwelijks behandeling kregen (bijvoorbeeld alleen detoxificatie). In de gerandomiseerde studies was sprake van vergelijking met een meer intensieve behandeling. Onderling verschilden beide behandelvormen niet significant in effect.

6.3 GERANDOMISEERDE ONDERZOEKEN

We hebben een zestal gerandomiseerde studies naar het effect van 12-stappenprogramma gevonden. Op een na betreft het onderzoeken waarin behandelingen onderling worden vergeleken. Slechts een heeft een controlegroep zonder behandeling.

ALCOHOL

De belangrijkste studie in deze categorie vormt het zogenaamde MATCH-onderzoek (Project MATCH Research Group, 1997 en 1998). Dit onderzoek is opgezet om een aantal 'matchings'-hypothesen te onderzoeken: hebben patiënten met bepaalde kenmerken meer voordeel van de ene behandeling in vergelijking met een andere. In het onderzoek zijn drie typen geprotocolleerde behandelingen onderzocht die ten hoogste 12 weken duurden:

- Twelve Step Facilitation Therapy (TSF).
- Cognitieve gedragstherapie.
- Motivatieverhogende therapie.

Het MATCH-project is uitgevoerd op negen locaties en de onderzoeksgroep bestond zowel uit cliënten die eerst een klinische behandeling hadden ondergaan (N=754; 41% van de oorspronkelijk benaderde groep⁸) als een ambulante groep (N=952, 44%). Zij werden in totaal ongeveer drie jaar gevolgd. We zullen elders rapporteren over de resultaten ten aanzien van de 'matching'-

⁸ De overigen vielen af bij de toepassing van inclusie- en exclusiecriteria of deden om welke reden dan ook niet mee aan het onderzoek

hypotheses. Over de hele linie bleken de patiënten aanzienlijke vooruitgang te boeken. De alcoholconsumptie nam af tot ongeveer een vijfde. Dit positieve effect werd over de periode van drie jaar behouden. Verder was er een significante afname van depressie, gebruik van andere middelen en er was sprake van significante verbeteringen bij levertesten en in het sociaal functioneren. Er waren geen grote verschillen tussen de drie benaderingen behalve dat de TSF-groep qua abstinentie iets beter scoorde. Ook waren er aanwijzingen, dat degenen uit deze onderzoeksgroep die wel dronken, meer glazen per dag dronken.

Zwakke kanten van dit project is het hoge aantal uitgesloten potentiële deelnemers. Verder ontbreekt een controlegroep van mensen zonder behandeling.

Kosteneffectiviteit: Holder e.a. (2000) hebben op cliënten uit een deel van de onderzoekslocaties een kosteneffectiviteitanalyse gedaan (N=279; 65% van de benaderde personen; de overigen gaven geen toestemming). Als kosten werden alle uitgaven voor ambulante en klinische medische zorg gerekend. Het bleek, dat CGT voor cliënten met relatief ernstige psychiatrische problematiek en/of een sociaal netwerk dat positief staat tegenover drinken kosteneffectiever is en TSF bij de groep met een hoge alcoholafhankelijkheid, terwijl bij de groep met een relatief goede prognose de Motivatieverhogende Therapie de combinatie van kosten en baten gunstiger uitpakte. Het onderzoek betrof slechts een beperkte groep en niet alle kosten konden goed gecalculeerd worden. Bovendien werd een relatief beperkt deel van de beoogde onderzoekspopulatie bereikt (onder de niet-bereikten waren in verhouding meer vrouwen). Door deze beperkingen is het onderzoek voornamelijk als indicatief te beschouwen.

McCrary e.a. (1999) vergeleken het effect van drie geprotocolleerde varianten van echtpaartherapie voor alcoholverslaafde mannen (N=90):

- Gedragstherapie.
- Gedragstherapie plus AA (hetgeen neerkwam op sterke aansporing om aan AA of Al-Anon deel te nemen tijdens de behandeling, de eerste van de vier stappen uit het AA-programma door te nemen en om aan de zelfhulpgroepen te blijven deelnemen).
- Gedragstherapie plus terugvalpreventie.

De respondenten werden gevolgd over een periode van 6 maanden met elke maand een telefonisch interview. Er was een hoge drop-out uit de interventies (50% woonde alle 15 behandelsessies bij). De deelnemers die de combinatie met AA kregen woonden meer en vaker AA-bijeenkomsten bij tijdens de behandeling, maar na de behandeling was er geen verschil in deelname tussen de groepen. Twee derde van de deelnemers werd na 6 maanden als verbeterd geclassificeerd (abstinent of gecontroleerd drinken). Tussen de drie behandelvormen was er geen verschil in abstinentie of periodes met veel drinken. In de combinatie met AA was er een trend naar meer abstinentie (niet significant). AA-deelnemers tijdens de behandeling waren significant vaker abstinent. De belangrijkste conclusie is dat toevoeging van vormen van 'nazorg' aan de gedragstherapie weinig bijdroeg aan het effect. Voor de benadering waarvan aansporing tot AA-deelname deel uitmaakte, gold mogelijk als probleem dat er twee verschillende verklaringsmodellen in een interventie werden gegoten. Deelnemers die het ziekte-model aanhingen bleken verder eerder af te haken als ze niet in de combinatie met AA werden behandeld.

COCAINE

Een drietal gerandomiseerde onderzoeken heeft betrekking op het effect van de 12-stappenbenadering op cocaïnegebruikers (waarvan er velen overigens ook bovenmatig alcohol gebruikten). Wells e.a (1994) zetten een experiment op waarbij cognitieve gedragstherapeutische terugvalpreventie werd vergeleken met een op herstel gerichte ondersteuningsgroep volgens het 12-stappenprogramma, die door professionele hulpverleners werd geleid. Beide interventies waren geprotocolleerd. De cliënten (N=110; 64% van de benaderde groep) waren in behandeling geweest in één ambulante instelling. Bij beide onderzoeksgroepen was er bij de follow-up na 6 maanden in vergelijking met de voormeting een significante afname in de mate van gebruik van cocaïne en alcohol. Wel nam bij de cliënten uit 12-stappengroep het alcoholgebruik eerst (na 12 weken) sterker af om vervolgens weer sterker te stijgen. Er werd geen verschil gevonden door de invloed van tussenkomende variabelen als het leren van de vaardigheid om met risicosituaties om te gaan – die bij beide interventies even sterk toe-

nam -, de ernst van de psychiatrische problematiek of latere deelname aan AA of NA.

Nadelen van deze studie waren hoge drop-out uit de interventies, de lage aantallen respondenten (geringe 'power') en de geringe mate van objectieve controle op de zelfrapportage.

Maude-Griffin e.a (1998) vergeleken het effect van cognitieve gedragstherapie en 12-stappen voorbereidingstherapie (beide ambulant en geprotocolleerd) op 'crack'-gebruikers. De respondenten (N=128; inclusieratio: 84%) waren afkomstig uit drie klinische instellingen voor oorlogsveteranen. De effecten waren ten faveure van de cognitieve gedragstherapie. De abstinentie onder cliënten die deze behandeling kregen was significant hoger tijdens de ambulante behandeling (Odds-ratio: 2.51) en bij de follow-up na 12 weken na einde van de behandeling. Gedragstherapie werkte (in de follow-up na 12 weken) effectiever bij cliënten met een hoog niveau van abstract redeneren. De twaalf stappen benadering bleek beter te werken als de cliënten juist minder in staat waren tot abstract redeneren. Tussentijds werden nog meer 'matchings'-effecten gevonden (onder andere voor depressie en religieuze overtuigingen). Deze verdwenen echter bij de laatste meting.

Nadeel was ook hier de hoge drop-out: gemiddeld namen de cliënten deel aan 14 van de 36 groepssessies. Verder waren het vrijwel uitsluitend mannen, zwarten, werklozen en daklozen of marginaal gehuisvesten. De follow-up was erg kort (12 weken) en na de behandeling waren er geen biochemische testen om de juistheid van de zelfrapportage te toetsen.

Carroll e.a. (2000) deden onderzoek naar het differentiële effect van 5 ambulante behandelvormen voor cocainegebruikers (met veelal ook alcoholverslaving): cognitieve gedragstherapie resp. met en zonder disulfiram; twaalf stappen voorbereidingstherapie ook resp., met en zonder disulfiram en een placebo-achtige benadering (N=122; inclusieratio: 65%) werden gerekruteerd uit mensen die bij een specifieke instelling voor verslavingzorg hulp zochten en via advertenties in kranten. Zij werden gedurende 12 maanden gevolgd na de interventieperiode van 12 weken. Er was in de hele onderzoeksgroep sprake van een significante reductie in de mate van cocainegebruik, waarbij de afnemende tendens zich voortzette na de behandeling. De mate van alcoholgebruik daalde tijdens de

behandeling en bleef daarna op datzelfde niveau. Disulfiram bleek effectief ook na 12 maanden. De twee actieve therapievormen hadden betere resultaten dan de placebo-achtige benadering.

De onderzoeksantallen waren laag, zodat sommige effecten mogelijk onderschat zijn. Sterke kant is de placebo-benadering.

Het onderzoek levert ook enige gegevens op over deelname aan zelfhulpgroepen: 58% meldde deelname aan AA-bijeenkomsten na het einde van de behandeling. Dit was iets, maar niet significant hoger voor degenen die de 12-stappen voorbereidingstherapie hadden gevolgd. Deelname aan AA hing samen met betere effecten op het cocaïnegebruik.

POLYGEBRUIK

Slechts één gerandomiseerde studie heeft betrekking op polygebruikers. Jerrel en Ridgely (1995) vergeleken in een deels gerandomiseerde studie het effect van vaardigheidstrainingen en intensief casemanagement met een 12-stappenbenadering. De onderzoeksgroep (N= 132; geen rapportage over inclusieratio) bestond uit verslaafde patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis (psychotisch of 'major depression'). Er vonden follow-up metingen plaats tot 18 maanden na aanvang van de behandeling. Als effectcriteria golden het sociaal functioneren (bijvoorbeeld gezinsrelaties, werkprestaties), rolfunctioneren, tevredenheid met de kwaliteit van leven op specifieke aspecten en overall, psychiatrische symptomatologie en symptomen van alcohol- en drugsgebruik. Alle drie de benaderingen leverden positieve resultaten op. De vaardigheidstrainingen leverden in vergelijking tot de 12-stappenbenadering significant betere resultaten op onderdelen van alle effectmaten, al waren de verschillen niet erg groot; hetzelfde gold – maar dan weer wat minder – voor het intensieve case-management. Ook de effectscores waren in het voordeel van de vaardigheidstrainingen. De weergave van met name de opzet dit onderzoek wordt gehinderd door vaak incomplete beschrijvingen. Een zwak punt vormt in ieder geval het feit, dat gegevens over middelengebruik geheel uit zelfrapportages komen. De lage aantallen kunnen er voor gezorgd hebben dat een aantal tendensen in de resultaten ten gunste van de vaardigheidstrainingen en in mindere mate het intensieve case-management niet tot significante verschillen leiden.

6.4 PROSPECTIEVE STUDIES

Het gaat hier om een drietal onderzoeksprojecten, die alle gericht zijn op polygebruikers. In een onderzoek onder oorlogsveteranen (Ouimette e.a. 1997 en 1998; Moos e.a. 1999) zijn de effecten vergeleken van klinische behandelprogramma's die resp. uitgingen van een 12-tappenprogramma, cognitieve gedragstherapie of beide combineerden. Het onderzoek vond plaats bij 15 behandelinstellingen voor veteranen (N=3018). Cliënten uit alle programma's verbeterden significant ten aanzien van het gebruik van middelen (abstinentie of gematigd gebruik), psychosociale status (werk, arrestaties) en psychologisch functioneren (angst en depressie). Er werd geen verschil in effect tussen de verschillende typen programma's gevonden, uitgezonderd dat cliënten (N=2376) uit de 12-stappenprogramma's vaker abtinent waren. De effecten verschilden niet voor cliënten met een psychiatrische stoornis, voor de aard van het middelengebruik en voor mensen die gedwongen aan het programma deelnamen (N=200). Demografische kenmerken, het middelengebruik in de periode voor de behandeling en de motivatie (bereidheid tot verandering) maakten ook geen verschil.

De sterke kant van deze studie is de grote onderzoeksgroep. Verder is er waarschijnlijk weinig vertekening door motivatie voor of 12-stappenprogramma's of cognitieve gedragstherapie. Veteranen hebben maar een instelling in hun regio ter beschikking en kunnen dus niet kiezen. Zwakke punten hebben te maken met de generaliseerbaarheid - de onderzoeksgroep bestond uitsluitend uit mannelijke oorlogsveteranen - en de slechts beperkte controles op de betrouwbaarheid van de zelfrapportages.

Moos e.a. (1999) onderzochten het effect van vier typen behandelprogramma's in residentiële settings:

- Therapeutische gemeenschap.
- Psychosociale rehabilitatie.
- 12 stappen.
- Voornamelijk op wonen en verzorging gerichte instellingen.

De instellingen vormden een representatieve steekproef van residentiële instellingen in de VS, die gericht zijn op behandeling van verslaafde oorlogsveteranen. Van de respondenten (N=2376) had ruim een derde ook psychiatrische stoornis. De drie programma's met een echt

behandeldoel hadden vergelijkbare - in de follow-up na 12 maanden - positieve effecten in vergelijking met de voormeting) op abtinentie, problemen ten gevolge van het middelengebruik, psychiatrische symptomen, en psychosociale status. Alle drie deden ze het beter dan de instellingen die vooral op wonen en verzorging gericht waren. De meeste vooruitgang was er bij het middelengebruik betrof; er was minder vooruitgang in psychologisch functioneren, psychiatrische symptomen en het hebben van werk.

Deze studie heeft als nadelen de selectieve onderzoeksgroep (middelbare mannen), het feit dat er vertekening, omdat de cliënten door therapeuten werden verwezen naar een specifiek programma en de gegevensverzameling die geheel op zelfrapportage berustte. In de analyses is geen aandacht besteed aan kenmerken van de cliënten die het resultaat hebben kunnen beïnvloeden. Sterke kanten zijn de grote onderzoeksgroep en het grote aantal instellingen dat in de studie betrokken was.

Winters e.a. (2000) onderzochten onder cliënten van één instelling de effectiviteit van behandeling volgens het 12-stappenprogramma onder adolescente drugsgebruikers (alcohol- of polygebruik; N=245%). Ze vergeleken degenen die het programma voltooiden met drop-outs en een wachtlijstgroep. De behandeling vond klinisch of ambulante plaats waarbij er geen verschillen waren in kenmerken van de cliënten in een van beide settings. Alleen de aard van de ziektekostenverzekering was anders. Bij ruim 80% van de respondenten was sprake van co-morbiditeit.

De resultaten laten een significant positief effect (abtinent of zeer sporadisch opnieuw gebruiken tegenover 'terugval': meer dan tweemaal opnieuw gebruiken) zien van de groep die de behandeling voltooide in vergelijking met de drop-outs en de wachtlijstgroep (follow-up na 12 maanden). Overigens viel slechts 44% na 12 maanden in de categorie 'abtinent of sporadisch opnieuw gebruiken' en was er sprake van een daling in vergelijking met een follow-up meting na 6 maanden (54%). Klinisch of ambulante behandeling maakte geen verschil.

In dit onderzoek werden zowel zelfrapportage als biochemische testen gebruikt om middelengebruik te meten. Een sterk punt is ook, dat er waarschijnlijk geen verschillen waren tussen de jongeren die behandeling kregen en de wachtlijstgroep, zodat er een

vergelijking met een groep zonder behandeling mogelijk was. Er was slechts sprake van een beperkte controle op kenmerken van respondenten (leeftijd en geslacht: geen verschil). Een nadeel is de nogal rigide meting van succes: vrijwel volledige abstinentie ten aanzien van alle middelen, inclusief alcohol en cannabis.

McKay e.a. (2001) onderzochten mannelijke veteranen (N=132) die een kort intensief behandelprogramma hadden gevolgd gedurende 4 weken en vervolgens at random werden toegewezen aan twee vormen van continue nazorg: groepsbehandeling volgens het 12-stappenprogramma en individuele terugvalpreventie. De nazorg gebeurde in twee stadia. In het eerste krijgt men twee behandelingsessies per week. Na ongeveer 6 maanden gaat men door naar een minder intensiever vorm: een sessie per week gedurende 12 maanden. In het onderzoek werden de cliënten gedurende deze hele periode gevolgd met metingen om de 6 maanden waarbij resultaten van de ene meting ook geanalyseerd werden als mogelijke voorspellers voor veranderingen op een volgende meting. Het doel van het onderzoek was nagaan welke interpersoonlijke, intrapersoonlijke en situationele factoren samenhangen met het cocaïnegebruik. Een daarvan was de deelname aan zelfhulpgroepen naast het nazorgprogramma. Andere gemeten variabelen waren: motivatie, self-efficacy, sociale steun, co-morbiditeit en deelname aan andere behandelingen.

Er werd geen verschil in effect gevonden tussen de twee typen nazorgprogramma's wat volgens de auteurs een gevolg kan zijn van het feit, dat de overeenkomsten in behandelervaringen van de cliënten (bijvoorbeeld de gezamenlijke intensieve behandeling en het feit, dat in beide vormen van nazorg deelname aan zelfhulpgroepen werd aanbevolen) de verschillen overtroffen.

De grootste beperking van dit onderzoek is dat het om uitsluitend mannen en oorlogsveteranen gaat. Het heeft daardoor een lage generaliseerbaarheid.

6.5 SAMENVATTING

In deze paragraaf hebben we de onderzoeken besproken naar het effect van het zogenaamde 12-stappenprogramma. Het betrof zowel gerandomiseerde als prospectieve cohortstudies. De grote lijn is dat behandeling volgens het 12-stappenprogramma verge-

lijkbare resultaten lijkt op te leveren met die van met name cognitieve gedragstherapie, maar ook in een vergelijking met therapeutische gemeenschappen en psychosociale rehabilitatie. Bij sommige onderzoeken is wel abstinentie als effectmaat genomen hetgeen te weinig recht doet aan de doelen van cognitieve gedragstherapie. Waar wel verschillen werden gevonden (ten nadele van het 12-stappenprogramma) betreft het vrij specifieke groepen: cliënten met zeer ernstige psychiatrische problemen en 'crack'-gebruikers. Co-morbiditeit lijkt voor het overige trouwens geen verschil te maken.

Het nadeel van veel beschreven onderzoeken is, dat ze betrekking hebben op deelpopulaties, zoals mannen en/of oorlogsveteranen. Bij onderzoeken zoals het MATCH-project is weer sprake van een hoge mate van exclusie of uitval in het begin van het onderzoek.

7. Wie heeft het meest profijt?

In deze paragraaf bespreken we de tweede vraag uit de literatuurstudie: welke cliënten hebben het meeste profijt van zelfhulpgroepen of 12-stappenprogramma's? Het antwoord op deze vraag levert aanwijzingen welke criteria bepalen of welke cliënten het beste naar een zelfhulpgroep op twaalf stappenprogramma kunnen worden verwezen.

7.1 ZELFHULPGROEPEN

In verschillende van de boven beschreven studies naar het effect van zelfhulpgroepen is nagegaan of er verschil in profijt is tussen verschillende categorieën cliënten. Gegeven de beperkingen van de studies gaat het hier om tamelijk tentatieve gegevens. Winzelberg en Humphreys (1999) gingen in een multisite-studie onder mannelijke oorlogsveteranen (N=3018) na of godsdienstige cliënten meer profiteerden van AA dan niet godsdienstige. Dit is van belang, omdat AA vaak als een spirituele gemeenschap wordt beschouwd. Deze zou dan minder geschikt zijn voor cliënten zonder spirituele gerichtheid. Dit idee wordt ook weerspiegeld in de richtlijnen van de American Psychiatric Association. De auteurs vonden echter geen verschil in effect. Bovendien bleek, dat als hulpverleners verwezen naar groepen – ongeacht de godsdienstigheid – ook niet godsdienstige cliënten naar de groepen gingen en evenveel effect ervoeren. De verwijzing lijkt dus sterker dan de oriëntatie van de cliënt.

In een prospectief onderzoek onder cliënten die contact of hulp zochten bij een Informatie- en Verwijzingscentrum of een Detoxificatieprogramma (N=135) gingen Humphreys e.a. (1995) na welke verschillen er waren tussen (a) cliënten die na drie jaar gematigd bleken te drinken, (b) cliënten die stabiel abstinente waren en (3) cliënten die nog steeds problematisch dronken. De cliënten uit beide laatste groepen bleken op de voormeting in een aantal opzichten te verschillen van de gematigde drinkers. Zij gebruikten meer alcohol, hadden meer afhankelijkheidssymptomen en problemen die met het drankgebruik samenhangen. Hun zelfvertrouwen was lager, evenals het vertrouwen om weerstand te kunnen bieden aan de aandrang om te drinken. Zij hadden tenslotte een kwalitatief slechte netwerk. Het lijkt er op, dat voor deze groep een ver-

wijzing naar een op abstinentie gerichte benadering het meest geschikt is. Daarbij leek de groep die stabiel abstinente werd, vooral in het eerste jaar na het de voormeting veel steun bij AA te hebben gekregen.

Deze conclusies krijgen steun uit een longitudinaal onderzoek van Morgenstern e.a. (1998) onder cliënten die een behandeling volgens het 12 stappen model hadden ontvangen. Zij gingen na of er verschil in profijt van zelfhulpgroepen was tussen Type A en Type B cliënten. De types vertegenwoordigen twee onderscheiden clusters van kenmerken waarbij Type B gekarakteriseerd wordt door met name meer premorbide risicofactoren, een negatiever beeld qua alcoholgebruik en afhankelijkheid, meer chroniciteit en meer negatieve sociale en fysieke gevolgen van het drankgebruik en meer psychiatrische symptomen. De type B cliënten bleken meer te profiteren van deelname aan zelfhulpgroepen dan de Type A cliënten.

7.2 12-STAPPENPROGRAMMA'S

In een aantal studies is nagegaan welke cliënten het meest profijt hebben van verschillende professionele interventies waaronder het 12-stappenprogramma. Eerder hebben we al een aantal resultaten uit het zogenaamde MATCH-onderzoek besproken. Hierin werd een groot aantal hypotheses getoetst over de vraag welke cliënten het meeste zouden profiteren van resp. Twelve Step Facilitation (TSF), Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Motivatieverhogende Therapie (MVT). TSF bleek beter dan CGT te werken voor cliënten met geen of weinig psychiatrische problemen. Bij ernstiger psychiatrische problematiek was er geen verschil tussen beide interventies. Mogelijk zou bij zeer ernstige problematiek CGT de aangewezen interventie, maar hierover waren geen conclusies te rekken vanwege het lage aantal respondenten met ernstige psychiatrische problemen. Zij sluit wel aan bij bevindingen uit andere onderzoeken waaruit naar voren komt dat cliënten met bijvoorbeeld schizofrenie of een 'major depression' het minder goed doen in benaderingen volgens het 12-stappenprogramma (Jerrell en Ridgely, 1995, vgl. Noordsy e.a., 1996).

Eerder gaven we al aan dat TSF effectiever is dan MET voor cliënten die een netwerk hebben dat positief staat tegenover drinken.

Dit effect deed zich in het begin van de behandeling en na drie jaar voor. Bij dat laatste speelde deelname aan AA een rol (Longabaugh e.a., 1998). Tenslotte bleek CGT minder effectief bij cliënten met een lage afhankelijkheid van alcohol. (projectgroep MATCH, 1997 en 1998). Overigens moet bij de resultaten worden opgemerkt, dat er maar weinig indicaties voor een match tussen kenmerken van cliënten en bepaalde interventies in het MATCH-onderzoek werden gevonden. Bovendien waren de gevonden verbanden niet zo sterk.

Nog minder relevante conclusies leverde een deelonderzoek op van de al meermalen genoemde multisite studie onder mannelijke oorlogsveteranen. Geen enkele van de 'matchings'-hypothesen over respectievelijk het 12-stappenprogramma en cognitieve gedragstherapie (CGT) werd bevestigd. De hypothesen hadden onder andere betrekking op: cognitieve belemmeringen, abstinentie als doel van de cliënt, godsdienstigheid, alcoholafhankelijkheid, coping-strategieën en psychologische 'distress'.

Tenslotte hebben Maude-Griffin e.a.(1998) ook enkele 'matchings'-hypothesen onderzocht in een vergelijkend onderzoek naar het effect van TSF en CGT onder 'crack'-gebruikers. Hierin bleek, dat CGT effectiever was bij cliënten met een depressie en bij cliënten die meer abstract redeneerden.

8. Conclusies

De bovenstaande literatuurstudie is uitgevoerd ten behoeve van de handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. Twee vragen stonden centraal:

- wat is bekend over de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor verslaafden resp. voor familie van verslaafden en over het 12-stappenprogramma's?
- zijn er in de onderzoeksliteratuur aanwijzingen te vinden voor indicatiecriteria: welke cliënten hebben (het meeste) profijt van zelfhulpgroepen en 12-stappenprogramma's?

Het betreft een overzichtsstudie en niet bijvoorbeeld een statistische metastudie. Mede daardoor en doordat het onderzoek pas de laatste jaren goed op gang begint te komen, zijn de conclusies indicatief en zeker niet definitief. We zullen ze in drie delen presenteren. Eerst gaan we in op de bevindingen over zelfhulpgroepen. Daarna komen de 12-stappenprogramma's aan de orde en ten slotte gaan we in op de verwijscriteria.

A. ZELFHULPGROEPEN

1. Er zijn vrijwel geen RCT's verricht over AA, de weinige hebben betrekking op een a-typische groep: mensen die verplicht aan AA deelnemen vanwege een wettelijke maatregel of eisen van de werkgever. RCT's bij AA zijn ook niet of slechts zeer moeilijk te realiseren. We hebben dan ook een 'next-best'-strategie gevolgd. We hebben ons gericht op prospectieve cohortstudies met voor- en nametingen en statistische controle op verschillen tussen deelnemers en niet deelnemers. Dit type onderzoek laat altijd de mogelijkheid open, dat je twee ongelijksoortige groepen vergelijkt. Door deze en andere methodologische beperkingen die in de bespreking van de verschillende onderzoeken aan de orde zijn geweest, zijn de conclusies uit onderzoeken naar het effect van zelfhulpgroepen niet echt hard te noemen. Ze zijn indicatief met een redelijke onderbouwing.
2. De onderzoeken naar het effect van zelfhulpgroepen hebben voornamelijk betrekking op AA. Bij recente onderzoeken is echter wel

steeds minder sprake van zuivere 'alcoholproblematiek'. De onderzoeksgroepen bestaan steeds meer uit polygebruikers of ze zijn gemengd qua verslavingsproblematiek. Voor deze onderzoeken gelden dezelfde conclusies als voor de oudere onderzoeken naar alcoholisten en AA. De literatuur biedt geen inzicht in de effectiviteit van andere zelfhulpgroepen dan AA. Dit geldt zowel voor andere 12-stappengroepen als voor groepen die andere uitgangspunten hanteren dan AA. Met name dit laatste is een belangrijk tekort.

3. Het zijn vrijwel uitsluitend Amerikaanse onderzoeken. Dit werpt de nodige vragen op, als het gaat om de vertaling van de resultaten naar Nederland. In de VS is AA een vanzelfsprekend onderdeel van de hulp aan verslaafden. Uit een onderzoek bleek, dat van de mensen die zich als cliënt bij de verslavingszorg meldden al ruim drievierde langer of korter aan AA-groepen had deelgenomen. In de Amerikaanse verslavingszorg is het gebruikelijk om cliënten zowel AA als nazorg aan te raden, ongeacht de gehanteerde therapieën. Veel van de programma's in de Amerikaanse verslavingszorg gaan in meerdere of mindere mate uit van de principes die ook aan AA ten grondslag liggen. Uit een onderzoek in Los Angeles bleek bijvoorbeeld driekwart van de instellingen voor verslavingszorg in hun behandelprogramma's in meerdere of mindere mate het accent te leggen op de principes van AA en de 12-stappen. In Nederland is AA is minder bekend, heeft ze in verhouding veel minder deelnemers, bestaat er tussen verslavingszorg en AA vaak een kloof en is zelfhulp zeker geen vanzelfsprekende vorm van nazorg. Wat dit alles voor consequenties heeft voor de vertaling van Amerikaanse onderzoeken naar Nederland is moeilijk te zeggen. Je kunt veronderstellen, dat Nederlandse deelnemers veel bewuster kiezen voor een zelfhulpgroep. Dit zou de eventuele positieve effecten juist groter maken. Het kan ook zijn, dat ze juist niet weten waar ze terecht komen en daardoor misschien eerder afhaken. Hoe dan ook, enige voorzichtigheid bij de vertaling van de resultaten is op zijn plaats.
4. De onderzoeken hebben betrekking op deelname aan AA na professionele behandeling. Er zijn dus geen conclusies uit te trekken over het nut van zelfhulpgroepen voor mensen die deze groepen als eer-

ste en enige hulpvorm hebben. Uit onderzoek onder AA-deelnemers in Nederland is af te leiden dat minder dan de helft van de deelnemers voor ze bij een groep gingen contact had met de professionele zorg.

5. Deelname aan AA levert volgens vrijwel alle studies positieve effecten op, zowel op abstinentie als - en voor zover onderzocht - op de hoeveelheid drankgebruik en problemen ten gevolge van het drinken. Aangetekend moet worden dat nogal eens alleen abstinentie als effectmaat wordt genomen. Het effect blijkt ook op langere termijn (tot in ieder geval 8 jaar) behouden te blijven. Minder eenduidig zijn de resultaten ten aanzien van andere effectmaten: psychosociaal functioneren, psychiatrische problemen e.d. Over het algemeen is hier de tendens ook positief.
6. AA in combinatie met professionele nazorg levert de beste resultaten op. De onderzoeksgegevens zijn niet eenduidig over de vraag welke van de twee afzonderlijk het betere resultaat oplevert. De tendens is, dat AA wat meer effect heeft.
7. Controles op verschillen in kenmerken tussen wel en niet AA-deelnemers laten geen substantiële verschillen zien naar demografische kenmerken. De ernst - meestal gemeten in termen van gebruik - van de verslaving voorafgaand aan de professionele behandeling blijkt in een aantal onderzoeken wel te differentiëren tussen deelnemers en niet-deelnemers waarbij deelnemers ernstiger problemen hadden. Controle op verschillen in attitudes, motivaties, manieren waarop men met de problematiek omgaat e.d. leveren geen duidelijke verschillen of tegenstrijdige resultaten op. Overigens zijn de gegevens nog erg fragmentarisch en bouwen onderzoeken nog weinig op elkaars resultaten voort.
8. Er zijn slechts twee onderzoek naar de kosteneffectiviteit van AA verricht. In een daarvan bleek AA kosteneffectiever dan professionele nazorg (zelfde resultaat bij lagere kosten voor de gezondheidszorg). In het andere bleken grote verschillen in latere kosten voor de gezondheidszorg tussen gedragstherapie en een behandeling die voorbereid op het 12-stappenprogramma. De groep die

gedragstherapie had gevolgd maakte in het jaar na beëindiging van de behandeling 64% hogere kosten, terwijl het effect gelijk was.

9. Er zijn aanwijzingen dat deelname aan zelfhulpgroepen past in een keten van veranderingen. Een bepaalde motivatie wordt in de groepen gehandhaafd en mogelijk versterkt. In de groepen leren de deelnemers anders tegen hun problemen aan te kijken, met name hebben zij minder neiging tot vermijding. Ook leren ze vaardigheden om met middelengebruik en problematische situaties in het algemeen om te gaan.
10. Het effect van zelfhulpgroepen is groter naarmate men aan meer bijeenkomsten deelgenomen heeft of intensiever in AA betrokken is (bijvoorbeeld een sponsor heeft of AA-literatuur leest).
11. Enige uitzondering op het positieve beeld is een studie waarin bereikbaarheid van AA-bijeenkomsten meegenomen werd als variabele. Hier bleek het positieve effect van AA grotendeels te verdwijnen en niet significant te worden. Het onderzoek vertoonde echter nogal wat gebreken, zodat het vooral gezien moet worden als een onderzoeksrichting die verder geëxploreerd moet worden.
12. De drop-out bij AA is hoog in de eerste maand (ongeveer 80%) en binnen het eerste jaar (95%). Daarna treedt stabilisering op en is er nauwelijks meer drop-out. De drop-out is lager na professionele behandeling en zeker na professionele behandeling die ook echt voorbereidt op of werkt met het programma van AA.

B. 12-STAPPENPROGRAMMA'S IN DE PROFESSIONELE HULPVERLENING

1. De onderzoeken naar de toepassing van 12-stappenprogramma's in de professionele hulpverlening bestaan voor een deel wel uit RCT's. Het gaat daarbij zowel om evaluaties van het zogenaamde Minnesota-model als van benaderingen die cliënten van de verslavingszorg voorbereiden en motiveren voor deelname aan zelfhulpgroepen. Ook al gaan mensen later niet aan een groep deelnemen dan zullen deze programma's toch een bepaald denk- en gedragspatroon overbrengen, dat past in het AA-model (bijvoorbeeld

Twelve Step Facilitation Therapy, TSF). In de RCT's gaat het steeds om vergelijkingen tussen 12-stappenprogramma's en andere behandelprogramma's, meestal cognitieve gedragstherapie.

2. Enkele onderzoeken laten geen verschil in effectiviteit tussen 12-stappenprogramma's en andere behandelingen zien. Gedragstherapie komt uit andere naar voren als effectiever. Deze onderzoeken betreffen wel erg specifieke doelgroepen: 'crack'-gebruikers en cliënten met zeer ernstige psychiatrische problemen.
3. Er zijn aanwijzingen – uit slechts een studie - voor verschillen in latere kosten voor de gezondheidszorg tussen gedragstherapie en een behandeling die voorbereidt op het 12-stappenprogramma, maar dan alleen bij cliënten met een hoge mate van afhankelijkheid van alcohol. Cliënten uit deze groep die gedragstherapie hadden gevolgd maakten in het jaar na beëindiging van de behandeling meer kosten dan de TSF –groep (die weer vaker AA bezocht).
4. Naast de RCT's is ook een aantal cohortstudies bestudeerd. Deze laten over het algemeen geen verschil zien in effectiviteit van 12-stappenprogramma's in vergelijking met andere behandelingen, met name cognitieve gedragstherapie. Enkele onderzoeken hebben een erg beperkte generaliseerbaarheid doordat ze op een specifieke groep gericht zijn: mannelijke oorlogsveteranen.
5. Voor de onderzoeken naar 12-stappenprogramma's geldt dezelfde beperking als voor die naar het effect van zelfhulpgroepen: het zijn voornamelijk Amerikaanse onderzoeken.

C. VERWIJSCRITERIA

Als groepen of 12-stappenprogramma's effectief zijn, dan wil dat nog niet zeggen dat ze dat voor iedere verslaafde of , breder, iedere cliënt van de verslavingszorg zijn. Daarom was een volgende vraag in de studie: zijn er in de onderzoeksliteratuur aanwijzingen te vinden voor indicatiecriteria? Welke cliënten hebben het meeste profijt van zelfhulpgroepen of 12-stappenprogramma's? Gegeven de beperkingen van de onderzoeken, kunnen we hierover slechts voorzichtige conclusies trekken. Onze studie levert de volgende bevindingen op:

1. De vraag voor wie AA effectief is, valt op grond van de beschikbare gegevens niet klip en klaar te beantwoorden. Er zijn weinig duidelijke indicatiecriteria voor verwijzingen. Er zijn aanwijzingen, dat vooral mensen met een netwerk, dat drinken positief waardeert op langere termijn meer profijt hebben van AA. Ook ernstiger (objectieve of subjectieve) verslavingsproblematiek (voor de professionele behandeling) lijkt positief samen te hangen met meer profijt van AA. Hetzelfde geldt voor 'kwetsbaarheidfactoren': kenmerken waarvan bekend is dat ze vaak samengaan met verslavingen (bijvoorbeeld de zgn. Type B-cliënten). Eerdere deelname aan AA lijkt bij nieuwe deelname na professionele behandeling of bij blijvende deelname tot grotere effecten te leiden.
Er zijn weinig verschillen tussen deelnemers met een 'dubbele diagnose' en deelnemers met alleen een verslaving.
2. Onderzoeken onder andere typen verslaafden (bijvoorbeeld cocaïne) of onder jongeren leveren eenzelfde beeld op als hierboven is weergegeven.
3. Voorbereiding op het 12-stappenprogramma of integratie van deze benadering in de professionele behandeling leidt tot hogere deelname aan zelfhulpgroepen na beëindiging van de behandeling.
4. Deze benadering lijkt beter te werken voor cliënten met geen of minder ernstige psychiatrische problemen. Bij ernstiger problemen is er geen verschil met gedragstherapie. Ook werkt zij beter voor cliënten met een netwerk, dat het drinken ondersteunt. Dit geldt indien er ook deelname aan zelfhulpgroepen na de behandeling volgt, maar ook zonder verdere deelname.

LITERATUUR

- Carroll K.M., C. Nich, S.A. Ball, E. McCance, T.L. Frankforter en B. Rounsaville, One-year follow-up of psychotherapy and disulfiram for cocaine-alcohol abusers: sustained effects of treatment, *Addiction*, (95), 2000: 1335 – 1349.
- Corveleyn, J. en S. Van Limbergen, Het Minnesota-model: een stappenbenadering van verslavingsproblematiek, *Tijdschrift voor Psychotherapie* (27) 2001: 347 – 365.
- Emrick, C.D., J. S. Tonigan, H. Montgomery en L. Little, Alcoholics Anonymous, what is currently known? in: McCrady, B.S. en W.R. Miller (red.), *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*, New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1993: 41-76.
- Fiorentine, R. en M.P. Hillhouse, Drug treatment and 12-step program participation, the additive effects of integrated recovery activities, *Journal of substance Abuse treatment* (18), 2000: 65 – 74.
- Fiorentine, R., After drug treatment: are 12-step programs effective in maintaining abstinence?, *American Journal of Drug and alcohol Abuse* (25) 1999: 93 – 116.
- Fortney, J.H., B. Booth, M. Zhang en J. Humphrey, Controlling for selection bias in the evaluation of Alcoholics Anonymous as aftercare treatment, *Journal of Studies on Alcohol*, 1998, (59), 690 – 697.
- Geelen, K. De effectiviteit van AA-groepen: een overzichtsstudie, *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, (13) 1987, 187-193.
- Geelen, K., D. Greshof, D. Postma en B. Sprock, *Zelfhulpgroepen en verslavingen*, Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Harberden, P. van en A. Wildhagen, AA-groepen in Nederland; feiten en commentaren, *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* (9) 1983, 152-158.
- Holder, H.D., R.A. Cisler, R. Longabaugh, R.L. Stout, A.J. Treno en A. Zweben, Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH, *Addiction*, 2000, (95), 7, 999 – 1013.
- Humphreys, K., R.H. Moos en J.W. Finney, Two pathways out of drinking problems without professional treatment, *Addictive Behaviors* (20), 1995: 427 – 441.
- Humphreys, K. en R.H. Moos, Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics anonymous, *Psychiatric Services* (47) 1996a: 709 – 713.

- Humphreys, K., C.S. Phibbs en R. H. Moos, Addressing self-selection effects in evaluations of mutual help groups and professional mental health services : an introduction to two-stage sample selection models, *Evaluation and Program Planning* (19) 1996b: 301 – 308.
- Humphreys, K., R.H. Moos en C. Cohen, Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol* (58) 1997: 231 – 238.
- Humphreys, K., P.D. Huebesch, J.W. Finney en R.H. Moss, 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) 1999: 558 – 563.
- Humphreys K. en R. Moos, Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2001 (25) 711 - 716.
- Jerrell, J.M en M.S. Ridgely, Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (183) 1995: 566 –576.
- Kelly, J.F., M. Myers en S.A. Brown, A multivariate process model of adolescent 12-step attendance and substance use outcome following inpatient treatment, *Psychology of Addictive Behaviors* (14) 2000: 376 – 389.
- Kennedy B.P. en Minami, M., The Beech Hill Hospital/Outward Bound Dependency treatment Program, *Journal of Substance Abuse Treatment* (10) 1993: 395 – 406.
- Kownacki, R.J. en W.R. Shadish, Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments, *Substance Use and Misuse* (34) 1999: 1897 – 1916.
- Longabaugh, R., P.W. Wirtz, A. Zweben en R.L. Stout, Network support for drinking, alcoholics anonymous en long-term matching effects, *Addiction* (93) 1998: 1313-1333.
- Mäkela, K. e.a., *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement, a study in eight countries*, Wisconsin : The University of Wisconsin Press, 1996.
- Maude-Griffin, P.M, J.M. Hohenstein, G.L. Humfleet, P.M. Reilly, D.J. Tusel en S.M. Hall, superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (66) 1998: 832 – 837.
- McCrary, BS, E.E. Epstein en L. Hirsch, Maintaining change after conjoint behavioural treatment for men: outcomes at 6 months, *Addiction* (94) 1999: 1381 – 1396.
- McIntire, D., How well does A.A. work? An analysis of published A.A. surveys (1968 – 1996) and related analyses/comments, *Alcoholism Treatment Quarterly* (18) 2000: 1 – 18.
- McKay, J.R., A.T. McLellan, A.I. Alterman, J.S. Cacciola, M.J. Rutherford en C. O'Brien, Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse, *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 1998, 152-162.
- McKay, J.R., E. Merikle, F.D. Mulvaney, R. Weiss en J.M. Koppenhaver, Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care, *Addiction* (96), 2001: 213 – 225.
- Miller, N.S., F.G. Ninonuevo, D.L. Klamen, N.G. Hoffman en D.E. Smith, Integration of treatment and posttreatment variables in predicting abstinence-based outpatient treatment after one year, *Journal of Psychoactive Drugs* (29) 1997: 239-248.
- Miller, R.M, S. Walker en M.E. Bennett, How effective is alcoholism treatment in the United states?, *Journal of Studies on Alcohol* (62) 2001: 211 – 220.
- Moggi, F, P.C. Ouimette, R.H. Moos en J.W. Finney, Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes, *Addiction* (94) 1999: 1805 – 1816.
- Moos, R.H., J.W. Finney, P.C. Ouimette en R.T. Suchinsky, A comparative evaluation of substance abuse treatment: I Treatment orientation, amount of care and 1-year outcomes, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (23) 1999: 529 – 536.
- Morgenstern, J., C.W. Kahler en E. Epstein, Do treatment factors mediate between Type A-Type B and outcome in 12-step oriented substance abuse treatment?, *Addiction* (93) 1998: 1765 – 1776.

- Morgenstern, J., E. Labouvie, B.S. McCrady, C.W. Kahler en R.M. Frey, Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (56) 1997: 768 – 777.
- Noordsy, D.L., B. Schwab, L. Fox en R.E. Drake, The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders, *Community Mental Health journal* (32) 1996: 71 – 81.
- Ouimette, P.C., J.W. Finney en R.H. Moos, Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse : a comparison of treatment effectiveness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (65) 1997: 230 – 240.
- Ouimette, P.C., R.M. Moos en J.W. Finney, Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes, *Journal of studies on alcohol* (59) 1998: 513 – 522.
- Ouimette, P.C., J.W. Finney. K. Gima en R.H. Moos, A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (23) 1999: 545 – 551.
- Nowinsky, J., S. Baker en K. Carroll, Twelve step facilitation therapy manual : a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence, Washington: Government Printing Office, 1992.
- Project Match Research Group, Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH post treatment drinking outcomes, *Journal of Studies on Alcohol* (57) 1996: 7 – 29.
- Project Match Research Group, Matching patients with alcohol disorders to treatments: clinical implications from project MATCH, *Journal of Mental Health* (7) 1998: 589 – 602.
- Timko, C., J.W. Finney, R.H. Moos en B.S. Moos. Short-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics, *Journal of Studies on Alcohol* (56) 1995: 597 – 610.
- Timko, C., J.W. Finney, R.H. Moos, B.S. Moos en D.P. Steinbaum, The process of treatment selection among previously untreated help-seeking problem drinkers, *Journal of Substance Abuse* (5) 1993: 203 - 220.
- Tonigan, J. S., R. Toscova en W.R. Miller, Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings, *Journal of Studies on alcohol* (57) 1996: 65 – 72.
- Tonigan, J.S., Benefits of Alcoholics Anonymous attendance: replication of findings between clinical research sites in project MATCH, *Alcoholism Quarterly* (19) 2001: 67 – 77.
- Walsh, D.C., R.W. Hingson, D.M. Merrigan en S.M. Levenson, Treating the employed alcoholic, which interventions work?, *Alcohol Health & Research World* (16) 1992: 140 – 148.
- Wells, E.A., P.L. Petersen, R.R. Gainey, J.D. Hawkins en R.F. Catalano, Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches, *American Journal of Drug alcohol abuse*, (20) 1994:1 – 17.
- Winters, K.C., R.D. Stinchfield, E. Opland, C. Weller en W.W. Latimer, The effectiveness of the Minnesota treatment model approach in the treatment of adolescent drug abusers, *Addiction* (95) 2000: 601 – 612.
- Winzelberg, A. en K. Humphreys, Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3018 male substance abuse patients, *Journal of Consulting and clinical Psychology* (67) 1999: 790 – 794.

