



Een open groep, een veilige plek?

Onderdeel van een *blended care*-behandeling voor verslaafden is ten minste eenmaal per week deelname aan een groep. De auteurs zijn behandelbaar en bespreken de voors en tegens van de groepsbehandeling.

Door Martine van der Laan en
Sahar Setorg

Trubendorffer, een instelling voor hulp bij verslaving en dubbele diagnose, biedt op verschillende vestigingen in het land een behandeling die is opgezet vanuit de gedachte dat verslaving een progressieve en chronische aandoening is, die zonder ingrijpen in toenemende mate schade aanricht in het leven van de cliënt. Ook na een succesvolle behandeling verdwijnt de kwetsbaarheid voor verslavingsgedrag niet, zelfs na jarenlange abstinentie kan een terugval optreden. Het is daarom belangrijk dat cliënten zich ook na de behandeling actief blijven wapenen tegen deze kwetsbaarheid. De wijze waarop de behandeling is vormgegeven, vloeit voort uit de bovengenoemde visie op verslaving. De behandeling vindt ambulante plaats, zodat de cliënt het geleerde meteen in de praktijk van zijn eigen leven kan toepassen en oefenen. Er wordt van cliënten verwacht dat zij aansluiting zoeken bij zelfhulpgroepen, zoals de Anonieme Alcoholisten (AA), de Narcotics Anonymous (NA), of zelfhulpgroepen voor gokkers zoals AGOG waar zij levenslang steun kunnen vinden bij het blijvende gevecht met de verslaving. Zowel het feit dat de geboden hulp ambulante is als het naast de behandeling gebruikmaken van zelfhulpgroepen, is in lijn met de aanbevelingen van Jhanjee (2014), die zijn opgesteld op basis van een grote meta-analyse van de literatuur over *evidence-based* interventies in de verslavingszorg.

De behandeling omvat een intensief individueel contact, dat bestaat uit zowel persoonlijk contact als telefonische sessies en opdrachten via de email of app, zogenoemde *blended care* (Milo en Van Os, 2017). Ten minste eenmaal gedurende het traject worden belangrijke anderen bij de behandeling betrokken. Inhoudelijk is de behandeling gebaseerd op de principes van de motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, interventies waarbij de effectiviteit bij tal van verslavingen is aangetoond (Jhanjee, 2014). Ook wordt veel aandacht besteed aan psycho-educatie. De behandeling richt zich op het bereiken van totale abstinentie, het onderzoeken van factoren die verslaving in stand houden, het ontwikkelen van een gezonde levensstijl en terugvalpreventie zoals deze door bijvoorbeeld Hendershot et al. (2011) beschreven is.

Op de verschillende locaties worden ook groepsgesprekken aangeboden. Het betreft open groepen, waarbij de samenstelling telkens wisselt. Van de cliënten wordt verwacht dat zij hier elke week minimaal één keer aan deelnemen, ze bepalen zelf wanneer ze dit doen. Op de grotere vestigingen van Trubendorffer in Amsterdam, Utrecht, Nijmegen en Tilburg, vinden dagelijks een of meer groepsgesprekken plaats, ook 's avonds en in het weekend. Cliënten kunnen een tijdstip kiezen dat zo min mogelijk interfereert met bijvoorbeeld werk of studie. Onderdeel van het behandelplan is dat zij eenmaal per week aan een groepsbijeenkomst deelnemen, maar vaker mag ook. In moeilijke perioden kunnen cliënten meerdere malen per week komen. Een groepsbehandeling is een waardevol therapeutisch middel bij vaak hardnekkige problematiek

(Van der Laan & Janssen, 1996; Van der Laan & Jansen, 2016) en verkleint voor veel cliënten de stap naar de zelfhulpgroepen.

De groep

De sessies starten volgens een vast stramien. Als er nieuwkomers zijn, leest een van de deelnemers de groepsregels voor, die betrekking hebben op vertrouwelijkheid en een respectvolle onderlinge omgang. Het feit dat het niet de therapeut, maar een van de groepsleden is die de regels voorleest, staat symbool voor het belang dat aan de inbreng van groepsleden gehecht wordt.

Een groepsbehandeling verkleint voor veel cliënten de stap naar de zelfhulpgroepen

Vervolgens vertellen de deelnemers wie ze zijn, wat hun verslaving is, en welke zaken hen bezighouden. Hierin lijken de bijeenkomsten sterk op zelfhulpmeetings. Echter, waar het in de zelfhulpgroepen vooral gaat om delen (*sharing*), wordt er hier, onder begeleiding van een therapeut, ook inhoudelijk op elkaar gereageerd.

Erwin, een 25-jarige man, is bijna klaar met zijn behandeling als hij een terugval krijgt in het gebruik van cocaïne. Hij veroordeelt zichzelf, hij ging ervan uit dat hij na maanden abstinentie minder kwetsbaar zou zijn om weer te gaan gebruiken. Voor zijn gevoel is hij terug bij af, de behandeling heeft niets opgeleverd.

Wanneer hij dit vertelt, is hij zichtbaar bezig met het onderdrukken van zijn emoties. Dorothé herkent zich in zijn situatie. Ook zij is streng voor zichzelf en vindt dat ze eigenlijk geen fouten meer mag maken. Roy herkent het ook, na een terugval drie maanden geleden was hij ontzettend boos en teleurgesteld, en hij schaamde zich verschrikkelijk. Toch heeft hij zich sindsdien kunnen herpakken en nu ziet hij in dat wat hij meemaakte misschien een onderdeel is van zijn herstelproces. Dankzij de reacties vanuit de groep laat Erwin nu zijn gevoelens toe. Aan het einde van de sessie voelt hij zich rustiger en hoopvoller.

De therapeut bevordert zo veel mogelijk de

Cliënten kunnen vanuit persoonlijkheidsproblematiek heftig reageren, wat voor onveiligheid zorgt

onderlinge interactie, bijvoorbeeld door te vragen naar herkenning en door groepsleden uit te nodigen om advies of tips te geven. Groepsleden worden gestimuleerd om datgene wat zijzelf tijdens hun herstelproces ervaren en geleerd hebben, in te zetten voor anderen. Omdat de cliënten zelf bepalen wanneer ze naar de groep komen, is zoals eerder gemeld de samenstelling van de groep steeds anders. Toch ontstaat ondanks het open karakter van de groep een veilige sfeer, waarbij het mogelijk is om meerdere van de door Yalom (2005) beschreven therapeutische factoren die eigen zijn aan de groepssetting aan bod te laten komen, zie tabel 1.

In het hiervoor beschreven voorbeeld vermindert de herkenning door anderen (*universaliteit*) Erwins gevoel een mislukking te zijn. Er ontstaat *hoop* als Roy vertelt hoe hij in de maanden na zijn terugval de draad weer op heeft kunnen pakken. *Altruïsme*, het *geven van informatie* en het *leren van elkaar* komen allen aan bod. *Nabootsend gedrag* speelt een rol, groepsleden zien hoe mensen hun eigen ervaring inzetten ten bate van anderen en volgen dit voorbeeld. Ze *ontwikkelen hun sociale vaardigheden* en Erwin kan gevoelens uiten die hij eerder onderdrukte (*catharsis*) waardoor hij zich beter voelt. Een enkele keer ontstaat ruimte voor therapeutische factoren die in de regel pas bij rijpere groepsfasen gezien worden:

Sandra is voor het eerst in de groep. Zij is verslaafd aan pillen en maakt zich zorgen over haar dochtertje van 10 jaar. Ze heeft altijd geprobeerd om haar gebruik te verbergen, maar ze merkt nu ze gestopt is pas hoe bezorgd haar dochtertje om haar is. Ze vraagt zich af of ze met haar kind moet praten over haar problemen. Sandra wil haar er niet mee lastigvallen, bovendien is ze nu bezig om haar verslaving af te zweren. Thijs vertelt dat hij een kind is van twee alcoholisten, die nooit een woord met hem gewisseld hebben over hun verslaving. Ook nu krijgt hij van hen geen erkenning voor het feit dat hij vroeger tekort is gekomen. Hij vertelt hoe hij op zijn zevende 's nachts zijn beide ouders laveloos aantrof en bang was dat ze dood waren. Kinderen merken meer dan je denkt, zegt hij. Andere groepsleden denken mee over de manier waarop Sandra zou kunnen proberen om ruimte te maken voor de zorgen van haar dochtertje en met haar te praten over de stappen die ze zet om haar probleem te overwinnen.

Tabel 1. *Therapeutische factoren eigen aan de groepssetting volgens Yalom (2005)*

Therapeutische factor	Omschrijving	In elke sessie	Soms mogelijk
Catharsis	De opluchting die volgt op het zich durven en kunnen uiten	X	
Universaliteit	Ontdekken dat je niet de enige bent die met een bepaald probleem worstelt geeft verlichting	X	
Wekken van hoop	Het zien van verbetering bij andere groepsleden	X	
Het geven van informatie	Dit omvat zowel het geven van advies als uitleg (psycho-educatie)	X	
Altruïsme	Ontdekken dat men anderen iets kan bieden dat van waarde is	X	
Ontwikkelen van sociale vaardigheden	Door te praten en op elkaar te reageren, worden sociale vaardigheden geoefend en ontwikkeld	X	
Nabootsend gedrag	Cliënten kunnen het gedrag van groepsleden en van de therapeuten als voorbeeld nemen	X	
Groepscohesie	Het gevoel ergens bij te horen		X
Leren van elkaar	Feedback die in de groep gegeven wordt helpt om meer zicht te krijgen op het eigen gedrag		X
Existentiële factoren	Stilstaan bij existentiële thema's als ziekte, sterfelijkheid, en verlies. Ook: besef/erkenning van de verantwoordelijkheid die je draagt voor je eigen leven		X
Verbetering door herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie	In de groep vinden corrigerende ervaringen plaats voor negatieve interacties uit het in het gezin van herkomst		X

Sandra kende geen van de groepsleden op het moment dat zij de groepsruimte binnenkomt. Desondanks zet ze de stap om haar zorgen over haar dochtertje in te brengen. Anderen herkennen zich in haar

verhaal, zowel in de positie van de verlaafde ouder, als in die van het kind. De wetenschap dat alle aanwezige cliënten net als zij met destructieve verslavingen worstelen (*groepscohesie; existentiële factoren*), maakt

dat Sandra haar schaamte over haar tekortkomingen als moeder durft te uiten. Het feit dat Thijs de situatie vanuit het perspectief van het kind belicht, helpt haar om de impasse waar ze zich in gevangen voelt te doorbreken. Thijs krijgt erkenning vanuit de groep voor de eenzaamheid die hij als kind voelde en ervaart dat hij in tegenstelling tot vroeger nu wel iets voor een ander kan betekenen (*verbetering door herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie*).

Inbedding in de individuele behandeling

De behandelaar kan in het dossier nagaan of de cliënt groepen bezocht heeft, wat van belang is omdat het volgen van de groepen niet vrijblijvend is. Tijdens de individuele gesprekken wordt steevast gevraagd naar de ervaringen van de cliënt in de groepstherapie en de zelfhulpgroepen. Als zich bijzondere situaties voordoen, sluit de groepstherapeut dit kort met de behandelaar.

Joey is een 23-jarige man die verslaafd is aan cannabis. In het gezin van herkomst waren er weinig grenzen, Joey mocht doen wat hij wilde doen. Tijdens de behandeling is hij fanatiek bezig met zijn herstel. Wanneer hij in een groepssessie geconfronteerd wordt met Maya, een jonge vrouw die vindt dat ze tijdens een feestje best één glaasje mag drinken, gaat Joey tegen haar tekeer. Ze gedraagt zich als een klein kind en neemt geen verantwoordelijkheid! De therapeut intervineert en vraagt Joey zijn toon te matigen. Hij reageert gepikeerd en hult zich de rest van de sessie in een verongelikt zwijgen.

In het bovenbeschreven voorbeeld lukt het niet om wat er in de interactie gebeurt tij-

dens de groepssessie te bewerken. De therapeut begrenst Joey, die zich vervolgens afsluit. Na terugkoppeling door de groepstherapeut, bespreekt Joeys vaste behandelaar het gebeurde tijdens de eerstvolgende individuele sessie. Daar kan Joeys onverdraagzame houding geëxploreerd worden aan de hand van een G-schema. Vervolgens lukt het een link te leggen naar de angst niet gezien of gehoord te worden, die samenhangt met de vroegere thuissituatie. Joey blijft groepen bezoeken, en bespreekt situaties waarin hij de neiging heeft om kwaad te worden op groepsgenoten naderhand met zijn eigen behandelaar. In de groep oefent hij met een minder confronterende opstelling. Wanneer hij dit succesvol doet bij de therapeut die aanwezig was toen hij buitensporig boos werd, krijgt hij via zijn eigen therapeut te horen dat zijn inzet en groei zichtbaar waren.

Knelpunten

Hoewel de groepen in de regel positief verlopen, brengt het open karakter ervan ook een aantal risico's met zich mee. De samenstelling is wisselend, en daarbij is het percentage cliënten bij wie sprake is van comorbiditeit onder verslaafden hoog (Murthy & Chand, 2012). Niet zelden is er sprake van bijkomende persoonlijkheidsproblematiek. Clienten kunnen vanuit deze problematiek heftig op elkaar en op de therapeut reageren, wat voor onveiligheid zorgt. Als het niet lukt dergelijk gedrag in overleg met de individuele behandelaar te bewerken, wordt soms in overleg met de client een tijdelijke vrijstelling van groepsdeelname afgesproken. Voor andere cliënten is het bezoeken van groepen te belastend, bijvoorbeeld bij

mensen met comorbide autismespectrumstoornissen of sociale angst. Als er sprake is van een kwetsbaarheid voor psychosen kan deelname aan de groepen vanwege de soms hoog oplopende emoties risicovol zijn. Wanneer tijdens de intake de inschatting gemaakt wordt dat het bezoek van de groepen gecontraïndiceerd is, worden cliënten vrijgesteld. Bij sociale angst nemen cliënten vaak

*Of de groepsgerichte
aanpak bijdraagt aan
het lange-termijnsucces
van de behandeling
is geenszins bewezen*

in tweede instantie toch deel, dan dient de groep mede als oefensituatie in het kader van de behandeling van de angst. Omdat er naast middelenverslavingen ook gedragsverslavingen behandeld worden, is de problematiek van deelnemers heel divers. Vaak ontdekt men raakvlakken, soms zijn de verschillen echter lastig. Met name cliënten met een seksverslaving kunnen bij andere (vrouwelijke) groepsdeelnemers een gevoel van onveiligheid oproepen. Uitleg kan hierbij helpen, ook kan de cliënte ervoor kiezen een groep te bezoeken die door haar eigen behandelaar gegeven wordt, wat het gevoel van onveiligheid helpt wegnemen. Daarnaast zijn voor sommige gedragsverslavingen waaronder de seksverslaving aparte groepen in het leven geroepen, wat overigens niet met zich meebrengt dat deze cliënten niet meer welkom zijn bij de reguliere groepen.

Effectiviteit

In de meest recente richtlijn van de American Psychiatric Association wordt groepsbehandeling een integraal en waardevol onderdeel van verslavingsbehandeling genoemd, waarbij wordt aangetekend dat er maar weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit hiervan.

De behandeling bij Trubendorffer wordt door cliënten in de regel positief gewaardeerd. Bij een follow-uponderzoek onder tachtig cliënten in 2013, was 81% abstinente, of gebruikte significant minder dan voor de behandeling. Ook het gemiddelde cijfer voor e kwaliteit van leven was duidelijk toegenomen, bij aanvang van de behandeling was dit een 4,8, tijdens het follow-uponderzoek was dit gestegen naar een 7,5 op een schaal van 0 tot 10. In 2016 werden 178 cliënten die minimaal een jaar eerder een behandeling voor middelenmisbruik hadden afgerond benaderd (Teeuwen, 2016); 66 cliënten werden bereikt, ruim 70% was volledig abstinente.

In beide onderzoeken was de *response rate* relatief laag (respectievelijk 31% en 37%) wat de betrouwbaarheid van de genoemde succespercentages vermindert. Toch is het aantal cliënten dat abstinente bleek bemoedigend te noemen.

Wat de precieze bijdrage is van groepsdeelname aan dit behandelresultaat, is moeilijk vast te stellen. Weusten (2017) toetste in haar masterscriptie de hypothese dat deelname aan groepen positief gecorreleerd zou zijn met blijvende abstinente. De verwachting was dat mensen die vaker dan het minimum van eenmaal per week naar een groepsbijeenkomst kwamen, meer profijt zouden hebben van de behandeling. Het

tegendeel bleek het geval, vermoedelijk omdat cliënten die tijd hebben om vaker naar groepen te komen, in de regel maatschappelijk minder goed geïntegreerd zijn. Voor cliënten die gebonden zijn aan werk, studie of gezin, is een frequentere deelname aan groepen vaak lastiger te realiseren. De beleving van de groepsessies door cliënten werd in 2015 onderzocht. Er werd 346 maal een vragenlijst ingevuld na afloop van een sessie, sommige cliënten vulden meerdere lijsten in omdat zij naar meerdere sessies kwamen. De bijeenkomsten werden gewaardeerd met een 7,93. In de antwoorden die cliënten gaven op de vraag wat zij positief vonden aan de sessie is een aantal van Yaloms therapeutische factoren terug te vinden, zoals herkenning, delen, feedback geven, luisteren naar elkaar, begrip en steun.

Ten slotte

De behandeling van verslavingsproblematiek is notoir lastig, ook na een succesvolle behandeling is er geen garantie dat een terugval uitblijft. Of de beschreven groepsgerichte aanpak bijdraagt aan het langetermijnsucces van de behandeling is geenszins bewezen. Wel worden de bijeenkomsten door de cliënten gewaardeerd. De ervaring van therapeuten is dat er ondanks het open karakter van de groepen regelmatig momenten zijn waarin wezenlijke zaken gedeeld worden. De door Yalom beschreven therapeutische factoren die eigen zijn aan de groepssetting dragen bij aan het ontstaan van een veilige sfeer. De cliënt haalt niet alleen iets uit de groepen, hij of zij draagt er ook zelf op een betekenisvolle manier aan bij door over zijn eigen ervaringen te vertel-

len en daarmee anderen te helpen. Dit vormt misschien wel een van de belangrijkste werkzame elementen van de groepsdeelname: het zelfbeeld van de cliënt kan mede hierdoor verschuiven van een hope-loze verslaafde naar iemand die met vallen en opstaan werkt aan het herstel en daarbij zijn eigen ervaring inzet ten bate van anderen.

Martine van der Laan is psychiater, groepspsychotherapeut en senior schematherapeut. Zij werkt bij Trubendorffer. **Sahar Setorg** is psycholoog en werkt als behandelaar bij Trubendorffer. Postadres: Trubendorffer Tilburg, Spoorlaan 424, Tilburg.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan Susan Kalmijn voor het aanleveren van onderzoeksgegevens en aan Dick Trubendorffer, die kritisch meelast tijdens het schrijffproces.

Literatuur

Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W.H. & Marlatt, G.A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, doi: 10.1186/1747-597X-6-17

Jhanjee, S. (2014). Evidence-based psychosocial interventions in substance use. *Psychological Medicine*, 36(2), 112-118.

Laan, M.C. van der & Janssen, M.G.P. (1996). Dealing with drugs in a Dutch Forensic Hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6(2), 157-166.

Laan, M.C. van der & S. Jansen (2016). Stoppen, of toch doorgaan? Een verslavingsgroep voor adolescenten in een orthopsychiatrische kliniek. *Groepspsychotherapie* 11(3), 45-51.

Milo, M. & Os, J.J. van (2017). *E-health in de psychiatrische praktijk*. Houten: Accredidact.

Murthy, P. & Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, (25)3, 194-200.

Teeuwen, G. (2016). *The effect of twelve step self-help group attendance on one year post treatment abstinence and quality of life in recovering substance abusers*. Masterscriptie, Tilburg University.

Weusten, N. (2017). *Which factors predict abstinence among people with a primary alcohol addiction at the end of their treatment?* Masterscriptie, Tilburg University.

Yalom, I.D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
