

Groepspsychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in vergelijking met individuele therapie. Een overzicht van de literatuur.

Jaap van der Stel

23-1-2004

Inhoudsopgave

Samenvatting

Inleiding

1. Groepspsychotherapie versus individuele therapie
 - 1.1. evidentie
 - 1.2. groepspsychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg
 - 1.2.1. geschiedenis onderzoek naar effectiviteit van groepspsychotherapie
 - 1.2.2. uitkomsten onderzoek naar groepspsychotherapie
 - 1.3. conclusie
 2. Specifieke factoren
 - 2.1. therapeutische factoren
 - 2.2. korte duur
 - 2.3. voorkeur voor individuele therapie
 - 2.4. matching
 - 2.5. geslacht en etniciteit
 - 2.6. kosteneffectiviteit
 - 2.7. conclusie
 3. Verslavingszorg in groepsverband
 - 3.1. succesvolle verslavingszorg
 - 3.2. groepspsychotherapie in de verslavingszorg
 - 3.2.1. algemene stand van zaken
 - 3.2.2. literatuuroverzichten
 - 3.2.3. alcoholgebruik
 - 3.2.4. alcohol én drugsgebruik
 - 3.2.5. cocaïnegebruik
 - 3.3. conclusie
- Slotbeschouwing
Literatuur
Over de auteur

Samenvatting

In dit artikel geef ik een samenvatting van het onderzoek naar het effect van groepspsychotherapie in vergelijking met individuele behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.¹ Systematische literatuurstudies hebben aangetoond dat gemiddeld genomen beide modaliteiten even effectief zijn. Vervolgens besteed ik aandacht aan enkele specifieke aspecten van (kortdurende) groepsbehandelingen. De bevindingen uit de literatuur geven het management van GGZ-instellingen en de verslavingszorg genoeg redenen om in hun beleid het aanbod van groepspsychotherapieën te verbeteren.

Inleiding

In de opleidingen van psychotherapeuten ligt het accent op individuele behandelingen. Ook de patiënten verwachten bij aanmelding meestal een individuele therapie. Het aanbod aan groepsbehandelingen staat in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg op de tweede plaats; bij vrijgevestigden is groepspsychotherapie een uitzondering. Het beroep op de geestelijke gezondheidszorg neemt echter toe met als gevolg dat er lange wachtlijsten ontstaan voor psychotherapie. Kunnen groepsbehandelingen ertoe bijdragen dat er meer ruimte komt in de capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg alsook de verslavingszorg? Dat is mogelijk als er aan twee voorwaarden wordt voldaan: (1) de groepsbehandeling is minstens zo effectief als een individuele en (2) er kunnen voor hetzelfde bedrag meer mensen in behandeling worden genomen. Als aan beide voorwaarden wordt voldaan kunnen we een belangrijk deel van de weerstand tegen groepsbenaderingen wegnemen.

Met groepspsychotherapie wordt al bijna een eeuw lang ervaring opgedaan, maar de expansie van deze therapievorm dateert vooral van de laatste decennia (Fuhrihan & Burlingame, 1994; Burlingame e.a., 1994). Eerst waren het inhoudelijke impulsen die - in de jaren zeventig - groepsbehandelingen op de voorgrond plaatsten. Tegenwoordig domineren vooral de economische motieven. Uit de concurrentiestrijd tussen de diverse therapeutische richtingen is vooral de cognitieve gedragstherapie naar voren gekomen, niet alleen omdat deze therapievorm effectief is voor de behandeling van een breed spectrum van psychische problemen, maar ook omdat cognitieve gedragstherapieën in de meeste gevallen van korte duur zijn (niet meer dan 12 zittingen). Een ander aansprekend kenmerk is dat deze vorm sterk gericht is op de specifieke klacht en/of het problematische gedrag van de patiënt dat de aanleiding is tot de behandeling (Scheidlinger, 2000; zie ook: Van Schoor, 2000).

De belangstelling voor groepspsychotherapie is - met name in de Verenigde Staten - de laatste tien jaar sterk toegenomen, mede als gevolg van de kostenreductie die men met deze behandelmodaliteit denkt te kunnen bereiken. Door de krappe budgetten van de publieke en private financiers van de gezondheidszorg - onder de vlag van *managed care* - wordt een zware druk gelegd op instellingen en beroepsbeoefenaren om kosteneffectieve behandelprogramma's te ontwikkelen.

¹ Dit artikel is gebaseerd op mijn eerder in het *Tijdschrift voor Psychotherapie* (2002, 28, 303-317) verschenen artikel 'De mérites van groepspsychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een literatuuroverzicht met implicaties voor het beleid'. Verder heb ik gebruik gemaakt van een literatuurstudie die ik in het kader van het project *Resultaten Scoren* van GGZ Nederland in 2001 deed naar de effectiviteit van groepspsychotherapie voor de behandeling van verslaving.

Dat betekent in de meeste gevallen dat er een trend is naar kortere en ambulante alternatieven, maar ook naar groepsbehandelingen daar waar deze de vergelijking met individuele behandelingen kunnen doorstaan. Empirisch onderzoek speelt bij deze ontwikkeling een belangrijke rol (zie ook: Brabender, 2001). Hierdoor kunnen eventuele weerstanden worden weggenomen en bestaat de mogelijkheid om financiële belangen met de belangen van de cliënten of patiënten te verzoenen (Steenbarger & Budman, 1996; Ellen, 1999). In Europa is er door de andere financieringssystematiek van de gezondheidszorg weinig ruimte voor *managed care*-organisaties; niettemin klinkt ook hier de vraag naar de *doelmatigheid* van de verleende zorg steeds luider. Kortom, alhoewel managed care als zodanig in Nederland niet aanwezig is, heeft het 'denken' daarover beslist ook bij ons het aanbod van de traditionele geestelijke gezondheidszorg beïnvloed (zie ook: Taylor e.a., 2001).

In dit artikel ga ik na wat bekend is over (de effectiviteit van) groepspsychotherapie in vergelijking met individuele behandelingen. De centrale vraagstelling luidt als volgt: wat is in het algemeen bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groepspsychotherapieën in de geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met individuele behandelingen (zie paragraaf 1)?; wat zijn – naast 'het effect' – belangrijke aspecten waarmee bij groepspsychotherapieën rekening moet worden gehouden (zie paragraaf 2)? In de eerste twee paragrafen wordt geabstraheerd van concrete stoornissen of probleemcategorieën. Het is nodig om naast meta-analyses waarin onderzoeksbevindingen van verschillende typen behandelingen bijeen worden gebracht vooral ook te kijken naar studies rondom één type problematiek of stoornis. Om die reden herhaal ik de vraag die in de eerste paragraaf is gesteld maar nu specifiek gericht op verslaving aan enkele psychoactieve stoffen (zie paragraaf 3).

De aandacht gaat in dit artikel vooral uit naar kortdurende groepsbehandelingen voor psychische problematiek, inclusief verslavin maar exclusief psychotische stoornissen (zie voor de effectiviteit van langdurende psychotherapie: Gezondheidsraad, 2001). In het verlengde van de antwoorden op deze vragen wordt ook de vraag gesteld wat het management van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg op dit gebied het beste kan doen. Is het verstandig om in het therapieaanbod het accent meer te verleggen naar groepsbehandelingen? Zo'n beleid lijkt rationeel als groepspsychotherapie minstens zo effectief is als individuele behandeling en naar verhouding ook goedkoper is en dus minder beslag legt op de beschikbare capaciteit. Wellicht biedt zo'n beleid enig soelaas in de bestrijding van wachtlijsten.

1. Groepspsychotherapie versus individuele therapie

Vraag 1: *wat is bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groepspsychotherapieën in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen in vergelijking met individuele behandelingen?*

1.1. evidentie

Voordat deze vraag wordt beantwoord, ga ik kort in op de kwestie van de evidentie. Recente ontwikkelingen in de (geestelijke) gezondheidszorg hebben geleid tot een toenemende vraag naar empirische ondersteuning van de geboden behandelingen. Het debat over de criteria van wat verstaan mag worden onder *evidentie* heeft in het afgelopen decennium geleid tot (steeds stringentere) standaards en procedures. Recent stelden Chambless en Hollon (1998) bijvoorbeeld een revisie voor van de in

1995 geformuleerde criteria van de American Psychological Association voor empirisch gevalideerde psychologische behandelingen. Als alternatief presenteren ze de term '*empirically supported treatment*' als aanduiding van behandelingen die werkzaam blijken te zijn in gecontroleerd onderzoek met een duidelijk gespecificeerde populatie. De beste manier om therapeutische werkzaamheid aan te tonen is volgens hen door gerandomiseerde klinische trials met goed gedefinieerde populaties en door zorgvuldig gecontroleerde en methodologisch verantwoorde *single-case* experimenten. Ze benadrukken verder het belang van een behandelprotocol, met zorgvuldig gedefinieerde en gespecificeerde procedures. Een empirisch onderbouwde behandeling kan volgens hen drie kwalificaties krijgen: 'mogelijk werkzaam' (bijvoorbeeld als de evidentie berust op slechts één onderzoek of één onderzoeksteam), 'werkzaam' en 'werkzaam en specifiek'. Een vereiste is dat de behandeling superieur is ten opzichte van een géén-behandeling controlegroep, een placebogroep of een groep die een alternatieve behandeling heeft ontvangen. Om de evidentie te vergroten, tot en met de kwalificatie 'werkzaam en specifiek', is replicatie van het onderzoek door onafhankelijke onderzoekers noodzakelijk. In hun aanbevelingen hebben Chambless en Hollon ook opgenomen dat de onderzoekspopulatie in elke modaliteit tenminste uit 25 tot 30 personen moet bestaan om statistische *power* (de waarde waarmee men aangeeft dat de nul-hypothese terecht is verworpen) te bereiken.

De laatste jaren is de praktijk van de systematische literatuuroverzichten sterk verbeterd en zijn de daarop gebaseerde niveaus van wetenschappelijke bewijsvoering duidelijk gemarkeerd. Een centrale rol hierbij speelt *The Cochrane Collaboration*, mede omdat in dit samenwerkingsverband de methodiek van het systematisch opstellen van literatuuroverzichten en meta-analyses is gestandaardiseerd (zie: Clarke & Oxman, 2001). Deze organisatie heeft ook diverse niveaus van bewijsvoering onderscheiden. Bewijs afgeleid uit een systematisch literatuuroverzicht van alle relevante gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken staat daarbij aan de top. De opinie van gerespecteerde autoriteiten, gebaseerd op klinisch ervaring, op beschrijvende studies of op verslagen van werkgroepen van deskundigen staat op de onderste plaats.

1.2. groepspsychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg

We definiëren groepspsychotherapie als een bijeenkomst van twee of meer mensen ten behoeve van het bereiken van een gemeenschappelijk therapeutisch doel onder leiding of begeleiding van een of twee therapeuten. Groepspsychotherapie verschilt van gezinstherapie doordat de therapeut open of gesloten groepen samenstelt van mensen die elkaar voorheen niet kenden. In groepspsychotherapie wordt gewerkt vanuit bepaalde theorieën en daarop gebaseerde technieken. De inhoud en de focus van groepsbehandelingen verschillen soms aanzienlijk. In sommige groepspsychotherapieën wordt de groep zelf en het proces dat daarbinnen ontstaat centraal gesteld als middel om het gestelde doel te kunnen bereiken. Binnen het spectrum van korte groepspsychotherapieën vallen zowel de procesgeoriënteerde als de meer directieve benaderingen.

1.2.1. geschiedenis onderzoek naar effectiviteit van groepspsychotherapie

Onderzoek naar de effectiviteit van groepspsychotherapie vindt plaats sinds de jaren veertig van de twintigste eeuw. Vanaf de jaren zestig zijn er van de diverse deelonderzoeken systematische literatuuroverzichten samengesteld. Daaruit

bleek dat er een grote diversiteit bestaat in de behandeloriëntaties van de diverse experimentele groepen. Een positieve ontwikkeling was dat in die periode in toenemende mate empirische vergelijkingen plaatsvonden van groepspsychotherapie met andere experimentele condities, zoals controlegroepen (geen behandeling), verschillende groepsbenaderingen, individuele therapie én combinatietherapieën (eventueel ook met medicatie). Uit de literatuuroverzichten bleek voornamelijk tentatieve steun voor de effectiviteit van groepspsychotherapie (Fuhriman & Burlingame, 1994). Sinds de jaren zeventig worden literatuuroverzichten van onderzoeken op basis van veel strengere richtlijnen samengesteld. Karakteristiek voor de uitkomsten daarvan was dat groepspsychotherapie succesvol blijkt te zijn in vergelijking met controlegroepen en even effectief is als individuele therapie of een andere psychologische behandeling. De wetenschappelijke twijfel bleef in deze periode echter bestaan (ibid.).

In de publicaties van de jaren veertig tot en met de jaren zeventig werd groepspsychotherapie besproken als een specifieke behandelingsvorm die in diverse settings op uiteenlopende diagnosegroepen werd toegepast. De uitkomsten van de literatuuroverzichten uit deze periode waren nogal globaal. De overzichten in de daaropvolgende periode kregen een meer ingeperkte oriëntatie voor wat betreft het behandelmodel en de patiëntencategorie. Een andere trend was dat de methodologische overwegingen en aanbevelingen in de literatuuroverzichten in deze periode toenamen (Burlingame e.a., 1994).

Vanaf de jaren tachtig was er in de literatuuroverzichten dus sprake van een toenemende focale specificiteit: de overzichten werden steeds meer geconcentreerd op specifieke behandelmodellen of diagnosegroepen. Ze toonden in deze periode de volgende uitkomsten: groepspsychotherapie laat een significante verbetering zien bij de meeste diagnosegroepen ten opzichte van controlegroepen en is vergelijkbaar of zelfs superieur aan andere behandelmodaliteiten. Tot deze conclusie kwamen Fuhriman en Burlingame (1994) op basis van 700 studies.

Nieuw, sinds de jaren zeventig, was de opkomst van de meta-analyse als literatuuronderzoekstrategie. De start wat betreft het metaonderzoek naar de effectgrootte van groepspsychotherapie in vergelijking met een individuele behandeling ligt in het werk van Smith en Glass (1977). De meerderheid van de eerste generatie meta-analyses naar groepspsychotherapie liet zien dat er tussen groeps- en individuele behandeling geen significant verschil was qua effectiviteit. In een minderheid van de meta-analyses in de eerste generatie bleek individuele behandeling superieur te zijn. Maar bij nadere beschouwing bleek dat het groepsarrangement in deze meta-analyses nauwelijks was uitgewerkt: er was veeleer sprake van individuele behandeling in de aanwezigheid van anderen, in plaats van dat de unieke kenmerken van de groepssetting en het groepsproces als therapeutische factoren waren ingezet (Fuhriman & Burlingame, 1994; zie over de termen proces en groepsproces: Brown, 2003).

1.2.2. uitkomsten onderzoek naar groepspsychotherapie

Een eerste systematisch literatuuroverzicht naar de effectiviteit van (groeps)psychotherapie begint bij het werk van Smith e.a. (1980) Uit hun onderzoek trokken de onderzoekers de volgende twee belangrijke conclusies: (1) psychotherapie heeft in het algemeen effect; (2) tussen de diverse typen psychotherapie zijn niet af nauwelijks verschillen vast te stellen. De gemiddelde effectgrootte voor groepspsychotherapie was 0.83 en de gemiddelde effectgrootte voor individuele therapie was bijna even groot: 0.87. In het kielzog van dit

overzicht zijn in de twee decennia daarna diverse andere kleine en grotere (experimentele en literatuur)onderzoekingen verricht die min of meer tot vergelijkbare resultaten kwamen of in staat waren de bevindingen aan te scherpen (zie onder anderen: Shapiro e.a., 1982.; Stiles e.a., 1986; Toseland & Siporin, 1986; Budman e.a., 1988; Johnson & Thorn, 1989).

Een volgend belangrijk ijkpunt was het werk van Tillitski (1990). Hij publiceerde tien jaar na Smith e.a. een meta-analyse waarin - op basis van strengere selectiecriteria - negen studies (vanaf 1955) werden opgenomen met in totaal 349 patiënten. In de selectie werden alleen studies toegelaten die groeps- en individuele behandelingen vergeleken met controlegroepen, en waarin sprake was van een *pretest-posttest design*. De resultaten van deze meta-analyse duiden erop dat beide behandelmodaliteiten een significante verbetering lieten zien ten opzichte van de controlegroepen. Van belang is dat de onderzoeker vaststelde dat recentere studies grotere effectscores hebben dan studies van oudere datum. De effecten waren ook groter dan Smith e.a. vaststelden (vermoedelijk als gevolg van de strengere selectiecriteria). Verder bleek dat groepsbehandelingen bij de behandeling van adolescenten effectiever waren dan individuele behandelingen. Bij kinderen gold het omgekeerde. Een wellicht nog overtuigender bewijs voor de algemene conclusie dat de groepsmodaliteit (ongeacht het specifieke model) voor diverse stoornissen even positieve effecten laat zien als individuele behandelingen werd geleverd door Fuhrman en Burlingame (1994; zie ook voor een vergelijkbaar resultaat: Piper & Joyce, 1996). Zij rapporteerden op basis van de bevindingen uit 15 literatuuroverzichten met in totaal 700 studies over een periode van 20 jaar.

Over het algemeen vinden de effectmetingen in relatief korte tijd na afloop van de behandeling plaats. Daarom is het interessant om te weten wat de uitkomsten van follow-up studies zijn. Bovasso e.a. (1999) stelden op basis van de beschikbare literatuur vast dat in het bijzonder patiënten die voor hun klachten een groepspsychotherapie hadden gevolgd na 13 jaar duidelijk minder problemen hadden dan degenen die geen behandeling (of enkel farmacotherapie) hadden gehad.

Ook voor specifieke diagnosegroepen zijn er gedegen studies verricht waarin de groepsmodaliteit werd vergeleken met individuele behandelingen. In het algemeen tonen ook dit soort deelstudies aan dat de groepen ten minste even effectief zijn als individuele behandelingen. Voorbeelden zijn er over de behandeling van verslavingsproblemen (Irvin e.a., 1999; Marques & Formigoni, 2001 - zie ook paragraaf 3), depressie (Hodgkinson e.a., 1999) of obesitas (Renjilian e.a., 2001). Een individuele cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van pijnklachten is even effectief als een groepsbehandeling (Turner-Strokes e.a., 2003). Manassis e.a. (2002) toonden in een randomized controlled trial aan dat cognitieve gedragstherapie voor kinderen (8-12 jaar) met angststoornissen in zowel een individueel als een groepsformaat effectief is. De onderzoekers merkten wel op dat kinderen met sterke sociale angst beter een individuele behandeling konden krijgen. Deze laatste bevinding sluit aan bij die van Stangier e.a. (2003). In een randomized controlled trial toonden ze aan dat cognitieve therapie voor sociale fobie in een groepsformaat minder effectief was. Tot slot noem ik een onderzoek van Westbury & Tutty (1999). Zij onderzochten het verschil tussen een individuele en een groepsbehandeling voor vrouwen die als kind seksueel mishandeld zijn geweest. Ze stelden vast dat de groepsmodaliteit voor deze vrouwen significant effectiever was dan een individuele behandeling voor wat betreft de vermindering van depressieve symptomen en angst.

Ik besluit deze paragraaf met een bespreking van de belangrijkste uitkomsten van de meest recente meta-analyse over dit thema van McRoberts e.a. (1998). Deze onderzoekers hebben zich opnieuw gebogen over de vraag of er verschillen zijn tussen individuele en groepspsychotherapie. Ze stellen vast dat er in de voorafgaande literatuuroverzichten vaak voorbij is gegaan aan een aantal belangrijke methodologische tekortkomingen van de aangehaalde studies. Daarom hebben zij hun meta-analyse uitsluitend uitgevoerd op 23 effectstudies waarin uitdrukkelijk de effectiviteit van individuele en groepspsychotherapie binnen één en het hetzelfde onderzoeksdesign is geëvalueerd. Maar ook dán blijkt het resultaat in hoofdlijnen overeen te komen met de eerdere bevindingen: er bestaat, ook na kritische statistische her-analyses, in het algemeen geen essentieel verschil tussen beide arrangementen. De onderzoekers concluderen dan ook dat groepspsychotherapie in veel verschillende situaties een werkzaam en kosteneffectief alternatief is voor individuele behandeling. Ze stellen verder vast dat, indien de geselecteerde studies worden gesorteerd naar het behandeldoel, patiënten met duidelijk gedefinieerde en omliggende problemen of symptomen zoals pijnklachten, opvoedingsproblemen, werkstoornissen en misbruik van middelen, groepspsychotherapie zelfs de neiging heeft *superieure* resultaten te laten zien. Het omgekeerde komt ook voor: depressie blijkt in deze meta-analyse beter behandeld te kunnen worden via een individuele behandeling, ook al zijn de verschillen met een groepspsychotherapie niet zo groot. De eerder aangehaalde metastudie van Hodgkinson e.a. lijkt deze bevinding overigens tegen te spreken (zie ook: Lonergan, 2000).

1.3. conclusie

Het antwoord op *vraag 1* luidt dat er op basis van klinische studies en de daarop gebaseerde literatuuroverzichten kan worden geconcludeerd dat: (1) groepspsychotherapie een effectieve interventievorm is voor diverse diagnosegroepen in de geestelijke gezondheidszorg; (2) er in het algemeen geen significante verschillen kunnen worden vastgesteld tussen individuele en groepsbehandelingen.

2. Specifieke factoren

Vraag 2: wat zijn – naast 'het effect' – belangrijke aspecten waarmee bij groepspsychotherapieën rekening moet worden gehouden?

2.1. therapeutische factoren

De laatste jaren heeft het accent in het onderzoek naar groepspsychotherapie sterk gelegen op de beantwoording van de vraag of deze werkvorm effectief is. We moeten echter ook weten *waarom* therapieën effectief zijn – alleen dan lukt het bestaande werkwijzen te verbeteren (of verschillende therapeutische technieken met elkaar te integreren).

In handboeken voor groepspsychotherapie (bijvoorbeeld: Berk e.a., 1993-2001) worden diverse aanbevelingen gegeven voor de opzet en uitvoering van groepspsychotherapie. Verder vindt men er – meestal vooral op klinische ervaringen gebaseerde – suggesties over de curatieve factoren die in groepen werkzaam zijn. Daarbij gaat het om mechanismen die werkzaam zijn in alle therapieën (gemeenschappelijke en nonspecifieke factoren), mechanismen die specifiek werkzaam zijn in groepspsychotherapieën en mechanismen die werkzaam zijn voor

specifieke groepen of voor specifieke groepsleden (differentiërende factoren) (zie: Toseland & Siporin, 1986; Colijn e.a., 1991).

Een veel geciteerde lijst van therapeutische factoren werd beschreven door Yalom in zijn boek *Theory and practice of group psychotherapy* (1995, oorspronkelijk 1970). Hij identificeerde elf factoren die een verklaring kunnen bieden waarom groepspsychotherapie werkt: groepscohesie, interpersoonlijk leren, ontwikkeling van sociale vaardigheden, catharsis, altruïsme, universaliteit, imitatie van gedrag, correctieve herbeleving van de primaire familiegroep, aandragen van informatie, opwekken en behouden van hoop en existentiële factoren. Door anderen is deze lijst geamendeerd (zie onder anderen: Crouch e.a., 1994).

Er zijn diverse studies gedaan naar het bestaan en de werkzaamheid van deze en andere therapeutische factoren in groepspsychotherapie, met verschillende methoden en met soms weinig verrassende resultaten. Een probleem met het concept van de therapeutische factoren is dat ze onderlinge moeilijk met elkaar vergelijkbaar zijn. Verder overlappen ze elkaar waardoor het moeilijk is een gebeurtenis toe te schrijven aan een specifieke factor. Tot slot verschilt het perspectief van de patiënten van dat van de therapeuten: de eersten zijn meer geneigd de aandacht te richten op cognitieve en affectieve factoren, terwijl de therapeuten meer gericht zijn op gedragsaspecten (ibid.).

De gehanteerde begrippen vereisen nadere definitie. Er moeten nieuwe theoretische modellen worden ontwikkeld waaruit te onderzoeken hypothesen kunnen worden afgeleid. De experimentele variabelen moeten nader gespecificeerd worden om replicatieonderzoek te vergemakkelijken en er dienen valide en betrouwbare maten voor de beoordeling van de onderzoeksresultaten ontwikkeld te worden (ibid.).

Recent heeft Dierick (2000) een interessant promotieonderzoek afgesloten over therapeutische factoren in groepspsychotherapie en groeigroepen (zie ook: Dierick, 2001). Hij vertrok vanuit de vaststelling van Crouch e.a. dat er nog geen eenduidigheid is over wat onder 'therapeutische factoren' moet worden verstaan en welke factoren als zodanig geïdentificeerd kunnen worden. Ze zijn volgens Dierick tot nu toe te grof onderzocht en te weinig open bevraagd. Kennisontwikkeling heeft niet echt plaatsgevonden en de discussie is gedomineerd door het werk van Yalom en daarop gebaseerde varianten. Dierick stelde zichzelf tot taak een vernieuwende bijdrage te leveren.

Uit de onderzoeksliteratuur blijkt volgens hem naast een gebrek aan begripsvaliditeit en eenduidigheid van de therapeutische factoren ook een gebrek aan rangordening om het relatieve belang van de therapeutische factoren te meten. Verder is de invloed van de groep waaraan men deelneemt als onafhankelijke variabele weinig of niet systematisch bestudeerd. Uit de literatuur blijkt juist dat de invloed van de specifieke groep (bijvoorbeeld ambulante of klinische groepspsychotherapie) als onafhankelijke variabele zeer groot moet zijn.

Dierick heeft in zijn promotieonderzoek deelnemers aan verschillende typen groeps(psycho)therapieën (N = 602) bevraagd. Op grond van de perceptie van de cliënten heeft hij een empirisch gefundeerde visie ontwikkeld op de structuur van de therapeutische factoren. Uit zijn analyse kwamen 28 clusters van 'basisfactoren' naar voren die de ervaringen van de cliënten structureerden. Op een hoger abstractieniveau bleken deze basisfactoren samen te hangen met zeven 'hoofdfactoren' en twee 'dimensies'. De twee dimensies noemt hij *relationeel klimaat*

en *psychologisch werk*. De relevantie van deze twee dimensies is dat ze aansluiten bij de traditie van het therapieonderzoek waarin vaak het onderscheid wordt gemaakt tussen relationele en taakgerichte aspecten. De hoofdfactoren zijn: groepscohesie², observationele ervaringen, interactionele bevestiging, cathartische zelfexpressie, zelfinzicht en vooruitgang, interactionele ervaringen en directieven. De rangorde van deze factoren, in termen van hun toepasselijkheid, blijkt evenwel afhankelijk te zijn van de *specifieke groep* alsook van het *type groepspsychotherapie*. Het specifieke kenmerk van de groep is gerelateerd aan relationele aspecten. Het type groep heeft vooral betrekking op taakgerichte aspecten. Van de *therapeutische oriëntatie* blijkt veel minder invloed uit te gaan - afgezien van de mate waarin de cliënten directieven ervaren. De fase waarin de groep verkeert blijkt niet van grote invloed te zijn op de mate waarin therapeutische factoren van toepassing zijn.

2.2. korte duur

Uit het onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie komt als algemene bevinding naar voren dat hoe langer een therapie duurt hoe groter het effect is. Daar staat echter tegenover dat de politiek (beperking budget) therapeuten dwingt tot kortdurende therapieën. Maar ook om inhoudelijke redenen kan de voorkeur uitgaan naar kortere behandelingen. Bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen blijkt bijvoorbeeld dat de dropout-ratio bij deze categorie tamelijk hoog is, zodat er veel mee gewonnen is als in een kortere tijd dan voorheen positieve resultaten geboekt kunnen worden (Rice, 2003).

In de afgelopen decennia is er sprake van een trend naar kortere therapievormen, ook voor de groepsvariant daarbinnen. Voor het welslagen van een kortdurende groepsbehandeling is een minimum aan tijd nodig, hun duur beslaat meestal een periode van drie tot zes maanden. Volgens Garvin e.a. (1976) vindt de meeste verandering van de patiënt ook plaats in een korte tijd - twee tot drie maanden. Daarom kan een kortdurende therapie succesvol zijn in het bevorderen van verandering. Van belang is dan wel dat de therapie doelgericht en gestructureerd is, directieve kenmerken vertoont en dat gebruik wordt gemaakt van indringende therapeutische technieken.

De focus van een kortdurende therapie is mede afhankelijk van het model van waaruit de therapeut werkt. Verder is het van belang zich te realiseren dat juist in de context van een gestructureerde en sterk directieve cognitieve gedragsbenadering, die meer educatief dan therapeutisch is, terdege rekening wordt gehouden met het groepsproces (openingszitting, vervolgzittingen en afsluiting). Op basis van klinische consensus kunnen de voorbereiding, de selectie en de verwachtingen van de groepsleden als belangrijke aspecten worden geïdentificeerd die vooral voor het gebruik van kortdurende groepsbehandelingen in een ambulante setting belangrijk zijn. De frequentie van de groepsbehandeling is over het algemeen niet vaker dan twee zittingen per week met zes tot twaalf zittingen in totaal. De duur van de zittingen is anderhalf tot twee uur. Indien het groepsproces in de methodiek centraal staat moeten de deelnemers voldoende tijd hebben om hun rol in de groep te kunnen bepalen en daarmee ervaring op te

² Kipnes e.a. (2002) hebben onderzoek gedaan naar de rol van de *groepscohesie* in het resultaat van een kortdurende psychodynamische groep voor gecompliceerde rouw. Volgens deze onderzoekers is cohesie een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor het op gang brengen van leerprocessen in de groep. Cohesie is geen factor die direct verandering teweeg brengt maar bevordert wel de werking van factoren die dat wel doen. Cohesie is aldus te vergelijken met de werking van een 'enzym'.

doen. Verder dient de groep voldoende tijd te hebben om zijn identiteit te bepalen, cohesie te ontwikkelen en een veilige plek te worden voor de deelnemers om tot zichzelf te komen.

MacKenzie (1996) geeft aan dat de aanwezigheid van een tijdslimiet grote voordelen heeft voor de structurering van het therapeutische proces en voor de strategische afsluiting daarvan. Hij heeft voor kortdurende groepsbehandelingen een protocol ontwikkeld dat bestaat uit de volgende elementen:

- selecteer geschikte medewerkers met dezelfde capaciteit om een aan tijd gebonden opzet uit te voeren;
- maak gebruik van een gesloten groep;
- verhelder de tijdsgrenzen direct aan het begin;
- versterk het tijds kader tijdens de tweede helft van de groep;
- doe gefocuste interventies;
- voorkom voortijdige afsluiting;
- versterk de afsluitende thema's zoals deprivatie, verbittering en boosheid, afwijzing, verdriet en verlies, verantwoordelijkheid voor jezelf;
- structureer de slotsessie;
- plan een *follow-up* bijeenkomst na vier maanden om de voortgaande toepassing van het geleerde aan te moedigen.

Deze richtlijnen zorgen er zijns inziens voor dat de therapeut een structuur tot zijn of haar beschikking krijgt die duidelijkheid verschaft over de afsluiting van de therapie. Kortdurende groepspsychotherapieën zijn over het algemeen van een gesloten karakter. MacKenzie ziet als een belangrijk nadeel van open groepen dat bij elke wisseling van de groepssamenstelling de groep opnieuw over de relaties moet 'onderhandelen' en dat groepstaken die normaal gesproken aan het begin van het groepsproces aan de orde komen opnieuw op de agenda komen te staan.

Het gaat bij kortdurende groepspsychotherapie dus om groepsbehandeling waarvan de korte duur uitdrukkelijk *gepland* is. De lengte als zodanig is niet zozeer het criterium, wél de aanwezigheid van de notie dat de voor de behandeling beschikbare tijd beperkt is. Belangrijke behandelingsaspecten van kortdurende groepspsychotherapie zijn: de voorbereiding vooraf, de focus van de groep (nauw omljnd) en de groepssamenstelling (hoge mate van homogeniteit, zie ook hieronder). Andere belangrijke aspecten zijn: groepscohesie, de leidinggevende rol van de therapeut en de oriëntatie op de tijd (Budman e.a., 1994).

2.3. voorkeur voor individuele therapie

Budman e.a. (1988) stelden in hun *clinical trial* vast dat de patiënten een duidelijke voorkeur hadden voor de individuele behandelvorm. Veel patiënten zagen af van deelname aan een behandeling als ze werden toegewezen tot een groepsbehandeling. Individueel behandelde patiënten gaven aan meer baat bij hun behandeling te hebben gehad dan ze van een groepsbehandeling zouden verwachten. Na behandeling legden zij een verband tussen hun verbeterde toestand en de ontvangen (individuele) behandeling, ook al was het effect van een groepsbehandeling, op basis van enkele metingen, even groot. Een en ander impliceert dat de voorkeur voor kortdurende groepsbehandelingen vooral ingegeven wordt door institutionele overwegingen (lagere kosten).

Johnson en Thorn (1989) geven een iets positiever beeld van de evaluatie van deelnemers aan groepsbehandelingen. Niet één deelnemer aan een

behandelmodaliteit in hun kleine studie had zich negatief geuit over de toewijzing. De groepsdeelnemers rapporteerden als positief dat zij de kans hadden om hun ervaringen met anderen te delen. De groepsbehandeling was een medium om gedachten en gevoelens te uiten over hun lijden, over eerdere behandelingen én over hun vooruitgang in de groep. Interessant is verder de eerder aangehaalde studie naar de behandeling van obesitas. Het lukte de onderzoekers niet het effect van de behandeling te relateren aan de voorkeur van de patiënten voor de hen toegewezen (groeps- of individuele) behandeling. De modaliteiten waren even effectief op het vlak van de verbetering van het psychisch functioneren, maar de groepsbehandeling resulteerde in een grotere gewichtsafname. Opmerkelijk was dat dat ook het geval was bij deelnemers die vooraf een voorkeur hadden opgegeven voor een individuele behandeling (Renjilian e.a., 2001).

Piper en Joyce (1996) repliceerden in hun literatuuroverzicht de bevinding van Budman e.a. dat patiënten de voorkeur geven aan individuele therapie. Zij stelden voor bij de evaluatie van deze verschillen aandacht te geven aan criteria die ook bij beslissingen over medicatie van toepassing zijn, zoals: het gemak van toediening voor de patiënt, bijwerkingen voor de patiënt, het gemak van toediening en bijwerkingen voor de therapeut, training en ervaring, organisatorische mogelijkheden en onmogelijkheden.

2.4. matching

De studies naar het differentiële effect van groeps- versus individuele therapie hebben betrekking op gemiddelde uitkomsten. Om meer houvast te vinden voor een goede indicatiestelling is het belangrijk meer te weten over de afwijkingen van het gemiddelde (variantie). Onder behandelaren is het een algemeen heersende mening dat de matching van patiënten en het type psychologische behandelingen belangrijk en zinvol is. Zo concludeerden Piper en Joyce (1996) uit de gemiddelde voorkeur voor individuele behandeling dat een optimale '*matching*' van groot belang is. Systematische literatuuroverzichten wijzen immers slechts op gemiddelde resultaten en sluiten individuele verschillen niet uit. Helaas is er weinig onderzoek gedaan dat therapeuten een voldoende empirische basis verschaft bij hun beslissingen. Het aantal vergelijkende effectstudies (individueel versus groep) is hiervoor te beperkt, en bovendien worden in het onderzoek de patiëntkarakteristieken vaak niet of onvoldoende meegenomen.

Eerder stelde Piper (1994), op basis van 23 interactie-onderzoekingen, vast dat de volgende patiëntkarakteristieken een voorspellende waarde hebben: interne *locus of control*, psychologische belangstelling, motivatie, sociale competentie, *learned helpfulness* (het vermogen om onafhankelijk van de hulp van anderen interne hulpbronnen te gebruiken om dagelijkse taken uit te voeren), ego sterkte, coping stijl en defensieve stijl. De belangrijkste variabelen waarin groepspsychotherapieën van elkaar verschillen waren volgens deze studie: mate van directiviteit, oriëntatie op inzicht, structuur, cognitieve en gedragsmatige oriëntatie en focus op groepsinteractie. Maar ook al is het bewijs voor een gedifferentieerde invloed van de persoonlijke karakteristieken op de verschillende vormen van groepspsychotherapie zeer sterk, het blijft vooralsnog onduidelijk wat dit impliceert voor de keuze voor een individuele of groepsbehandeling (Piper & Joyce, 1996).

Recente studies waarin de mogelijkheid van *matching* van patiënten met therapievormen werd onderzocht laten vooralsnog teleurstellende resultaten zien. Vermaard is in dit verband het kostenverslindende onderzoek naar het effect van *matching* in de alcoholhulpverlening (Project MATCH Research Group, 1997). Het

lukte de onderzoekers niet het nut van dergelijke *matching* aan te tonen op basis van de karakteristieken van de patiënten.

Matching kan vooral ook gezien worden als de opgave om te zorgen voor een goede samenstelling van de groep. Op grond van vooral gesystematiseerde praktijkervaringen zijn criteria opgesteld die klinici houvast geven bij de indicatiestelling van patiënten voor geplande groepen (Driessen, 2000). Het aantal variabelen dat hierbij een rol speelt is waarschijnlijk zo groot dat het heel moeilijk zal zijn dit soort praktijkregels van een stevig empirisch fundament te voorzien.

2.5. geslacht en etniciteit

Een aspect van de *matching* is de kwestie van de groepssamenstelling naar etniciteit en geslacht.

In de klinische praktijk is er consensus over dat een heterogene groep, in het bijzonder als daarin mensen met uiteenlopende diagnoses bijeengebracht worden, in veel opzichten complexer is. Een homogeen samengestelde groep biedt het voordeel dat er eerder sprake is van cohesie en veiligheid voor de deelnemers. Dit is vooral van belang indien de groep van korte duur is. Homogene groepen hebben de voorkeur als de behandeling van korte duur is. Het onderlinge contact in een groep met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt, van hetzelfde geslacht of cultuur zijn en dezelfde seksuele voorkeur hebben, werkt gunstig. Holmes (2002) bepleit aparte vrouwengroepen voor de traditionele *feminiene* vrouwen³ of wanneer er thema's aan de orde zijn die de vrouwelijke (biologische of sociale) ontwikkeling markeren.

In de verslavingszorg houden homogene groepen (alleen verslaafden) het risico in dat de groep geneigd is de aandacht te richten op het gezamenlijke *verleden* wat betreft gebruik van middelen, in plaats van de gezamenlijke aandacht te richten op herstel. Hodgins e.a. (1997) hebben verder vastgesteld dat voor de groep vrouwelijke verslaafden seksespecifieke groepen de voorkeur verdienen omdat – althans in de verslavingszorg – gemengde groepen in aantal en in stijl veelal door mannen gedomineerd worden.

In hoeverre vrouwen of migranten beter aan homogene dan wel aan gemengde groepen kunnen deelnemen is echter nog niet afdoende op grond van vergelijkende studies vastgesteld. Men kan zich overigens afvragen of de uitkomsten daarvan en de aanbevelingen die daarop gebaseerd kunnen worden lang houdbaar zijn. De sociale en culturele verhoudingen veranderen immers heel snel. We mogen aannemen dat dit ook merkbaar zal zijn in bijvoorbeeld de opvattingen en verwachtingen over seksespecifieke relaties en gedragingen bij migranten.⁴

Bij GGZ-instellingen bestaat het cliëntenbestand voor meer dan de helft uit vrouwen. Wanneer daar redenen voor zijn kunnen zij betrekkelijk makkelijk louter uit vrouwen samengestelde groepen vormen. Vrijgevestigden hebben daartoe gezien hun geringere caseload minder mogelijkheden. Het samenstellen van

³ Traditionele, feminiene vrouwen hebben volgens Holmes een tamelijk zwakke zelfopvatting in termen van de door hen geïnternaliseerde objecten.

⁴ Salvendy (1999) heeft in een overzichtsartikel besproken welke eisen aan de therapeut gesteld mogen worden wanneer deze te maken krijgt met cliënten met een niet-westerse achtergrond.

groepen die uitsluitend bestaan uit mensen met eenzelfde etnische achtergrond kan echter ook voor instellingen lastig (of zelfs ondoenlijk) zijn.

2.6. kosteneffectiviteit

Naast de werkzaamheid en effectiviteit in de klinische praktijk is de kosteneffectiviteit een veel besproken aandachtspunt in de literatuur over (kortdurende) groepsbehandelingen. Vanuit kostenoverwegingen zijn groepsbehandelingen duidelijk te verkiezen. Tijdens een zitting die slechts iets langer duurt dan die van een individuele behandeling kunnen 8 tot 12 patiënten behandeld worden met min of meer vergelijkbaar resultaat.

Piper en Joyce (1996) stellen dat - uitgaande van een gemiddeld aantal patiënten van 7,5 in een groep van 12 zittingen van 90 minuten - de gemiddelde tijdsinvestering per deelnemer 2,4 uur bedraagt. Een individuele therapie van 12 zittingen van telkens 45 minuten betekent 9 uur per patiënt, dat is vier keer zoveel als in de groepsvariant. Dat wil daarom nog niet zeggen dat groepen viermaal zo goedkoop zijn, aangezien de voorbereidings- en evaluatietijd per zitting meer tijd in beslag nemen. Groepspsychotherapieën worden bovendien vaak door twee in plaats van één therapeut geleid. Als voorbeeld geldt hier de berekening van de kosten van een groepspsychotherapie in de verslavingszorg door Sobell en Sobell (1998): in termen van kosten realiseerde de groepsbenadering een besparing van 42 procent ten opzichte van de individuele behandeling (zie ook: Marques & Formigoni, 2001). Een bijkomende bevinding was dat het aantal afzeggingen bij de individuele deelnemers acht keer hoger lag dan bij de groepsdeelnemers.

2.7. conclusie

Het antwoord op *vraag 2* luidt als volgt: (1) er zijn diverse therapeutische factoren werkzaam in groepspsychotherapieën, deze zijn recent ook op empirisch onderzoek gebaseerd; (2) er zijn diverse voordelen verbonden aan specifiek *kortdurende* groepspsychotherapieën en er kunnen specifieke aanbevelingen opgesteld worden voor wat betreft de opzet daarvan. Kortdurende groepen hebben bij voorkeur een gesloten opzet. Ook hier overheerst de klinische ervaring (consensus) als bewijsmateriaal; (3) uit onderzoek en klinische ervaring blijkt dat patiënten over het algemeen de voorkeur geven aan individuele behandeling, ook al is groepspsychotherapie even effectief in het wegnemen van de klachten en dergelijke; (4) op basis van onderzoek en klinische ervaring kunnen enkele algemene criteria afgeleid worden voor wat betreft de verwijzing naar groepspsychotherapieën - het nut van *matching* van patiënt en therapievorm of -modaliteit steunt echter nauwelijks op empirisch onderzoek; (5) uit onderzoek en klinische ervaring kan worden afgeleid dat homogeen samengestelde groepen vooral de voorkeur genieten als de therapie van korte duur is; (6) uit onderzoek blijkt dat groepspsychotherapieën in vergelijking met individuele therapieën kosteneffectief zijn. Geen van deze conclusies is echter gebaseerd op systematische literatuuroverzichten van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken.

3. Verslavingszorg in groepsverband

Vraag 3: wat is bekend over de effectiviteit van (vooral kortdurende) groepspsychotherapieën in de verslavingszorg?

Alvorens deze vraag te beantwoorden ga ik eerst kort in op het thema 'succesvolle verslavingszorg'.

3.1. succesvolle verslavingszorg

De verslavingszorg is er lange tijd op gericht geweest een manier te bedenken om cliënten van drank of drugs 'af te houden', met over het algemeen matig tot geen waarneembaar resultaat (zie: Babor, 1994). Gebleken is dat confronterende methoden of dwangbehandelingen niet werkzaam zijn. In de laatste twee decennia is onder invloed van onder andere psychologische leertheorieën sprake van methodieken om de motivatie tot gedragsverandering te bevorderen (zie: Miller, 1998). Thans wordt in de vorm van gecontroleerde experimenten gezocht naar succesvolle behandelingen.

Westerberg (1998) noemt de volgende aspecten die de mate van succes van verslavingszorg voorspellen:

- succes voorspelt succes⁵;
- proberen voorspelt succes;
- de ernst van het verslavingsprobleem;
- psychiatrische co-morbiditeit;
- stemmingstoestanden;
- coping en stress;
- sociale steun;
- self-efficacy;
- verwachtingen

In het algemeen is het beter het focus bij de cliënten te richten op het behalen van successen dan op het vermijden van bepaald gedrag en/of het falen dat daarbij optreedt. De praktische consequenties die daaruit voor de behandeling voortvloeien zijn volgens Westerberg:

- onderzoeken van de mogelijkheden en werken aan sociale steun voor onthouding;
- aanmoedigen van het uitproberen van verschillende veranderingstrajecten;
- versterken van de diverse actieve stappen tot verandering, in plaats van het focussen op slippertjes en terugval;
- het versterken van self-efficacy door het benadrukken van positieve aspecten van voorafgaande pogingen tot verandering en deze verbinden met eerdere successen;
- het serieus nemen van de andere levensproblemen van de cliënt en deze betrekken in de behandeling door positieve copingstijlen te bevorderen die los staan van verslavingsgedrag.

Volgens Westerberg is het niet toevallig dat deze kenmerken overeenkomen met de principes van succesvolle cognitieve gedragsbehandelingen en andere empirisch onderbouwde therapieën.

⁵ Deze uitspraak duidt erop dat de verslavingszorg veelal pas resultaat boekt na een lange reeks (al dan niet kortdurende) interventies. Terugval in het verslavingsgedrag na een behandeling is eerder regel dan uitzondering. Toch spreken we in deze zorgsector van 'succes' als het behandelresultaat (zoals een periode van abstinentie of een tijdje heel matig gebruiken) langer duurt dan men verwachtte. Het al dan niet bereiken van zulke resultaten voorspelt dus de mate van succes van een volgende interventie.

In de verslavingszorg is ook de oriëntatie op kortdurende behandelingen een duidelijke trend geweest. Bien e.a. (1993) geven in hun overzicht van de alcoholliteratuur aan dat relatief korte interventies effectief blijken te zijn voor de reductie van de alcoholconsumptie of het op gang helpen van een verwijzing c.q. behandeling en in vergelijking met andere modaliteiten zelfs effectiever zijn. In hun overzicht staan helaas geen expliciete aanwijzingen over de effectiviteit van (kortdurende) groepsbenaderingen voor alcoholverslaafden. Dat laatste geldt ook voor het onderzoeksverslag van Heather (1996) naar de implementatie van kortdurende behandelingen voor excessief alcoholgebruik in Groot-Brittannië.

In *The Consensus Panel* (Lawton Barry 1999) staan aanbevelingen samengevat die gebaseerd zijn op zowel onderzoek als klinische ervaringen. Daarin wordt op basis van de wetenschappelijke literatuur geconcludeerd dat kortdurende interventies (vanaf 5 minuten tot therapie sessies van meer dan een uur) effectief toegepast kunnen worden in de verslavingszorg. De rapporteur identificeert de volgende onderdelen van kortdurende interventies:

- *Feedback* geven aan het individu over persoonlijk risico of achteruitgang.
- De *verantwoordelijkheid* voor verandering wordt gelegd bij de deelnemer.
- De clinicus geeft *advies* tot verandering.
- Het *menu* voor alternatieve zelfhulp of behandelmogelijkheden wordt aan de deelnemer aangeboden.
- De counselor hanteert een *empathische* stijl.
- *Self-efficacy* of optimistische *empowerment* wordt bij de deelnemer geïnduceerd.

Een kortdurende interventie bestaat volgens haar uit de volgende vijf stappen, ongeacht het aantal zittingen, de modaliteit of de duur van de interventie:

- het inleiden van de thema's binnen de context van de gezondheid van de cliënt;
- screening, evaluatie en beoordeling;
- geven van feedback;
- spreken over verandering en het stellen van doelen;
- het samenvatten en komen tot een afsluiting.

Er is echter, aldus de rapporteur, nog onvoldoende bekend welke populaties kunnen profiteren van kortdurende therapie. In het protocol worden de volgende criteria genoemd die bij de keuze voor kortdurende therapie een rol kunnen spelen:

Op basis van wetenschappelijke bewijsvoering zijn dat:

- Aspecten van dual diagnosis zoals een bijkomende psychiatrische stoornis of ontwikkelingsachterstand.
- De omvang en de ernst van de aanwezige problemen.
- De duur van het misbruik.
- Aanwezigheid van gezinssteun of steun uit de omgeving.
- Het niveau en het type invloed van vrienden, familie en de omgeving.
- Voorafgaande behandeling of pogingen topt herstel.
- Het niveau van de motivatie van de cliënt (kortdurende therapie vereist meer inzet van de kant van de cliënt maar een geringere tijdsinvestering).

- De helderheid van de doelen van de cliënt op korte en lange termijn (kortdurende therapie vereist meer duidelijk geformuleerde doelen).
- Het geloof van de cliënt in de waarde van kortdurende therapie.
- Aanzienlijke aantallen cliënten die behoefte hebben aan behandeling.

De volgende keuzecriteria zijn afgeleid uit klinische ervaring:

- Minder ernstige vorm van misbruik van middelen, zoals gemeten door een instrument als de Addiction Severity Index (ASI).
- Het niveau van voorafgaande trauma's die van invloed waren op het gebruik van de cliënt.
- Onvoldoende hulpbronnen beschikbaar voor een langer durende therapie.
- Aanwezigheid van bijkomende medische of geestelijke gezondheidsproblemen.
- Grote aantallen cliënten die behoefte hebben aan behandeling waardoor wachtlijsten voor gespecialiseerde behandelingen zijn ontstaan.

3.2. groepspsychotherapie in de verslavingszorg

In deze paragraaf gaat het om onderzoeken die specifiek op verslavingsproblemen gericht waren.

3.2.1. algemene stand van zaken

Groepspsychotherapie is in de verslavingszorg een geaccepteerde behandelmodaliteit. Klinische ervaring duidt erop dat verslaafden er baat bij kunnen hebben (zie: Flores & Mahon 1993). Khantzian (2001) heeft een interessante schets gegeven van de ontwikkeling van groepspsychotherapie voor verslavingen in de afgelopen dertig jaar. Verder heeft hij een interessante beschouwing gegeven over het waarom en hoe groepspsychotherapie voor verslaafden werkt. Groepen vormen volgens hem een ideale context voor het oplossen van problemen met de zelfregulatie en de gevolgen daarvan voor de zelfwaardering, relaties, zelfzorg. Groepspsychotherapie biedt ook een ideale context om inzicht te krijgen en invloed uit te oefenen op de psychologische mechanismen die het verslavingsgedrag instandhouden.

Hoewel de wetenschappelijke bewijsvoering nog beperkt is, geven klinische ervaringen in de verslavingszorg aan dat groepspsychotherapie een ingrijpende invloed kan hebben op de deelnemers (Lawton Barry 1999). Bepaalde gunstige effecten treden eerder in groepsverband op dan in een individuele behandeling. Lawton Barry stelt dat deze vorm cliënten de gelegenheid biedt bij zichzelf en anderen vooruitgang te ervaren en het verschaft hen de gelegenheid in een sfeer van steun en hoop successen bij zichzelf en de groepsleden mee te maken.

Levine en Gallogly (1985) menen dat groepsbenaderingen voor mensen met alcoholproblemen de volgende voordelen bieden:

- Helpen bij het reduceren van ontkenning en ambivalentie tegenover de gang van zaken én het vergemakkelijken van de erkenning van het alcoholprobleem.
- Verhogen van de motivatie tot onthouding en andere veranderingen.
- Behandeling van de emotionele voorwaarden die vaak samengingen met het drinken in gezelschap (zoals angst, depressie, vijandigheid).

- Vergroten van de capaciteit tot het herkennen van, anticiperen op en omgaan met situaties die aan het drinkgedrag vooraf kunnen gaan.
- Inspelen op de sterke behoeften van de aan alcohol verslaafde cliënten aan sociale acceptatie en steun.

De systematisch-empirische aandacht voor de modaliteit van de therapie in de verslavingszorg is tot nu toe beperkt geweest (zie: Donovan 1998). Dit ondanks de populariteit van groepspsychotherapie als een behandeling voor verslavingen. Er zijn weinig systematische handleidingen en er bestaat ook geen taxonomie voor de classificatie van groepstherapiemodaliteiten (Stinchfield e.a. 1994). In hun overzicht over de groepstherapiemethode voor verslaafden signaleerden Stinchfield e.a. de volgende problemen:

- de experimentele controle zoals standaardisatie van behandelcondities is gebrekkig;
- de beïnvloeding van de groepspsychotherapie door andere factoren zoals eerdere behandeling of andere gelijktijdig plaatsvindende interventies (zoals deelname aan een AA-groep) verstoort de validiteit van de bevindingen;
- de behandeldoelen zijn vaak onvergelijkbaar en ongespecificeerd;
- de kenmerken van de therapeut variëren sterk;
- een goede beschrijving van de kenmerken van de cliënten, therapeuten en de karakteristieken van de therapie (noodzakelijk voor de mogelijkheid van replicatie) is meestal afwezig;
- veel onderzoeken hebben een beperkte generaliseerbaarheid doordat ze zich uitsluitend op blanke mannen richtten.

Een probleem dat vooral bij meta-analyses optreedt, is dat in effectonderzoeken het accent ligt op het effect, terwijl het proces behandeld wordt als een black box. Zo blijft onbekend welke (proces)factoren de gemeten uitkomst beïnvloeden (Stinchfield e.a., 1994).

Een ander probleem is dat het accent vaak ligt op abstinentie als behandeldoel. Hierdoor bestaat het risico dat de aard en omvang van het voorafgaande gebruik, alsmede de veranderingen in het gebruik na afloop van de behandeling, door de onderzoekers genegeerd worden. Vannicelli (2002) bepleit een dualistische benadering van de groepsbehandeling van alcoholverslaafden: een model dat gericht is op het bereiken en handhaven van abstinentie en een model gericht op trainen matig te drinken.

Hieronder volgt een opsomming van de uitkomsten van enkele van deze studies:

3.2.2. literatuuroverzichten

Enkele jaren terug concludeerde Stinchfield e.a. (1994) dat effectonderzoek *niet* de fundamentele vraag heeft beantwoord of groepspsychotherapie voor verslaving beter is dan geen behandeling. In een literatuuroverzicht stelden ze bij de selectie van onderzoeken als eis dat de groepspsychotherapiemethode toegepast moest zijn op een groep aan middelen verslaafde cliënten – een nadere specificatie was niet zinvol vanwege het beperkt aantal gevonden onderzoeken. Er moest sprake zijn van gecontroleerd onderzoek (aselecte toewijzing aan de behandelmodaliteit en aanwezigheid van een controlegroep). Een andere selectie-eis was dat in het onderzoek was nagegaan hoe de frequentie van het middengebruik was voor en na de interventie. Verder moest sprake zijn van externe validiteit. Aan deze strenge

selectie-eisen konden weinig studies voldoen. De onderzoekers vonden acht studies die aan hun criteria voldeden.

Een positiever beeld doemt op uit de meta-analyse van McRoberts e.a. (1998). Zoals in het slot van paragraaf 1.2.2. al is vermeld, blijkt uit deze meer recent gepubliceerde meta-analyse niet alleen dat groepspsychotherapieën bewezen effectief zijn, maar zelfs een *beter* resultaat laten zien wanneer er sprake is van een reeks duidelijk afgebakende symptomen. Deze bevinding biedt perspectief op de verdere ontwikkeling van groepspsychotherapieën voor mensen met verslavingsproblemen.

Tot slot is er het onderzoek van Irvin e.a. (1999). Zij verrichtten een meta-analyse van in totaal 26 studies (9.504 deelnemers) naar de effectiviteit van terugvalpreventieprogramma's. Het resultaat daarvan was de vaststelling van de globale effectiviteit van terugvalpreventie, vooral voor alcoholproblemen en polydruggebruik, gecombineerd met het gebruik van medicatie. De modaliteit waarin terugvalpreventie werd aangeboden bleek niet of nauwelijks van invloed te zijn op het resultaat. Irvin e.a. concludeerden dat individuele en groepsbehandelingen (en gezinstherapie) eenzelfde effectiviteit hebben, ofschoon ze effectiever zijn in de behandeling van alcohol dan van drugsproblemen (inclusief nicotineverslaving). Een en ander impliceert dat de eerdere vaststelling uit niet-verslavingsspecifieke metastudies naar het verschil tussen individuele en groepsbehandelingen ook doorgetrokken kan worden naar de verslavingszorg.

Hieronder bespreek ik nog enkele deelstudies.

3.2.3. alcoholgebruik

Miller e.a. (1998) hebben op basis van wetenschappelijke studies vastgesteld dat ongedifferentieerde groepspsychotherapie nauwelijks een gunstig effect laat zien op het drinkgedrag. Een positiever beeld uit de onderzoekswereld duikt op waar het kortdurende, gestructureerde en klachtgerichte behandelingen betreft, bijvoorbeeld gericht op terugvalpreventie.

Sandahl en Ronnberg (1990) testten tien jaar geleden de effecten van kortdurende groepspsychotherapie als methode voor terugvalpreventie voor alcoholcliënten. Ze boden cliënten de therapie als een *cursus* aan om weerstanden te vermijden. Acht groepen kwamen wekelijks, gedurende acht keer weken en met een zittingsduur van anderhalf uur bijeen. Uit de follow-up resultaten bleek dat de deelnemers er beter aan toe waren in vergelijking met hun situatie vóór behandeling, alsmede in vergelijking met een controlegroep. Uit de studie kwam verder naar voren dat cliënten die in sociaal opzicht stabiel zijn meer baat bij de behandeling hadden.

Deze bevinding komt overeen met het voorstel van Miller en Hester (1986) om cliënten met een lager conceptueel niveau een goed-gestructureerde behandelingsituatie aan te bieden, terwijl cliënten met een hoger conceptueel niveau meer baat zouden vinden bij een minder gestructureerde behandeling.

Sandahl en Ronnberg brengen het positieve resultaat in verband met de hoge mate van gestructureerdheid van de cursus, de houding van de 'cursusleiders' om uit te gaan van het eigen oordeel van de cliënten over hun situatie. Andere curatieve factoren zijn volgens de onderzoekers:

- sociale vergelijking;

- feedback;
- het effect van de toeschouwer;
- het uitproberen van nieuwe gedragingen.

Graham e.a. (1996) verrichtten een controlled field trial waarin individuele versus groepsgerichte cognitieve gedragstrainingen werden aangeboden voor terugvalpreventie bij verslavingsproblemen. Hieruit bleek dat er geen significante verschillen konden worden vastgesteld tussen beide modaliteiten. Beide benaderingen bleken even effectief te zijn, afgemeten aan de deelname aan het programma, de tevredenheid van de cliënt én wat betreft de reductie in het drankgebruik een jaar na afloop. Het enige verschil bij de follow-up na een jaar was op het aspect van het psychosociaal functioneren. De deelnemers aan de groepsbenadering scoorden hierop beter. De behandelingen bestonden uit 12 wekelijkse zittingen; de individuele sessies duurden 45-60 minuten en de groepssessies een tot anderhalf uur.

3.2.4. alcohol én drugsgebruik

Sobell en Sobell (1998) hebben een randomized controlled trial verricht naar de Guiding Self-Change-methode. Ook hieruit bleek dat in termen van de uitkomst van het drinkgedrag of drugsgebruik er geen significante verschillen konden worden aangetoond tussen individuele en groepsbehandelingen (zie ook: Sobell e.a., 1995). Verder bleek dat wat betreft de tevredenheid van de cliënt dat slechts 19 procent van de deelnemers aan individuele therapie de ontvangen hulp onvoldoende te vinden. Dat aantal was bij de groepsbehandeling 43 procent – ook deze bevinding komt overeen met niet-specifiek op verslavingsproblemen gerichte studies.

Recent hebben Marques en Formigoni (2001) een randomized clinical trial verricht die erop gericht was de invloed van de groeps- versus de individuele modaliteit op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor mensen met alcohol en/of drugsverslaving te onderzoeken. De belangrijkste conclusies van deze onderzoekers luiden dat beide modaliteiten vergelijkbare uitkomsten laten zien, maar dat de groepsvariant een betere kosten-baten ratio kent. De groepsvariant leidt desondanks niet tot een verminderde compliantie met de behandeling of een verminderde effectiviteit.

3.2.5. cocaïnegebruik

McKay e.a. (1997) verrichtten een onderzoek naar een intensief ambulante programma voor cocaïneverslaafden met een duur van vier weken. In het onderzoek bleek eveneens dat er nauwelijks verschillen waren tussen de individuele en groepsbenadering, voor zover het gaat om de therapietrouw of het behandelresultaat. Wel konden de onderzoekers belangrijke interacties vaststellen tussen de therapievorm, de therapeutische oriëntatie en karakteristieken van de cliënten, wat wijst op het belang (en de mogelijkheid!) van een goede matching.

Overigens bleek dat de uitkomst in termen van daling van het gebruik een gunstiger beeld liet zien wanneer de deelnemers een nazorgprogramma ontvingen dat bestond uit een combinatie van een groepspsychotherapie en het aanbieden van een in individuele zittingen aangeboden gestructureerd terugvalpreventieprotocol dan alleen een groepsbehandeling (zie ook: McKay & McLellan 1998).

3.3. conclusie

Het antwoord op *vraag 3*. luidt dat de resultaten uit het, zij het in omvang zeer schaarse, wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van verslavingszorg in de vorm van groepspsychotherapie in hoofdlijnen overeenstemmen met bevindingen zoals die in de eerdere paragrafen over de effectiviteit van groepspsychotherapie zijn besproken:

- groepspsychotherapie lijkt effectief voor de behandeling van verslavingsproblemen – dit geldt in het bijzonder voor kortdurende programma's, gebaseerd op een cognitief-gedragstherapeutisch model;
- groepspsychotherapie lijkt even effectief als individuele therapie voor de behandeling van verslavingsproblemen, zij het dat deze bevinding vooral is vastgesteld voor de behandeling van alcoholproblematiek.

In de conclusies staat vooralsnog 'lijkt' en niet 'is'. In vergelijking tot het aantal (psycho)therapieën dat – al dan niet individueel of in de vorm van groepswork – wordt uitgevoerd is het bijna beschamend te noemen in welke geringe mate deze worden geëvalueerd. De conclusies zijn daarom tentatief, want ze zijn getrokken op basis van een beperkt aantal bruikbare studies, met kleine aantallen proefpersonen, met zeer veel verschillende meetinstrumenten en met niet of onvoldoende gestandaardiseerde en geoperationaliseerde definities. Verder vindt niet standaard een follow up-meting plaats, waardoor het moeilijk is lange termijneffecten te bepalen. Een ander probleem is dat de onderzochte doelgroepen en de interventies (doelstellingen, methoden, setting e.d.) sterk variëren.

Slotbeschouwing

Groepspsychotherapie is momenteel een geaccepteerde behandelmodaliteit voor een groot aantal problemen (Rice, 2003). Het heeft zelfs de voorkeur wanneer er sprake is van problemen in het sociaal functioneren (Roth & Fonagy, 1996). Dit geldt ook voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderline of narcistische persoonlijkheidsstoornis (Budman e.a., 1996).

De uitkomsten van het onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van groepspsychotherapieën geven het management van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg genoeg argumenten om in hun therapieaanbod het accent te leggen op groepen. In het kielzog daarvan moeten zij zorg dragen voor de faciliteiten die daarvoor nodig zijn: (a) goed opgeleide en gemotiveerde groepstherapeuten, (b) goede voorlichting en voorbereiding van de aanstaande patiënten, (c) opstellen van behandelprogramma's die zo mogelijk gespecificeerd zijn naar diagnosegroep, leeftijdsgroep, geslacht en etniciteit én die zo nodig gecombineerd worden met aanvullende individuele behandeltrajecten.

Zorgaanbieders zijn niet meer geheel vrij om hun cliënten aan te bieden wat ze willen (of waar hun cliënten om vragen). De duur van de behandeling is of wordt gelimiteerd; budgetten zijn of worden beperkt. Het is aannemelijk dat wanneer de effectiviteit en de economische voordelen van groepspsychotherapie voor het voetlicht worden gebracht er een verschuiving zal komen tussen het aantal individuele behandelingen in vergelijking met het aantal (vooral kortdurende en duidelijk gestructureerde) groepspsychotherapieën. Toch is in de huidige GGZ een beleid gericht op meer groepsbehandelingen niet waarneembaar. Waarschijnlijk speelt niet alleen de weerstand van de cliënten daarbij een rol, maar ook de

weerstand bij therapeuten (Billow, 2001). Vooralsnog is een individuele behandeling de standaard (Taylor e.a., 2001).

In positieve zin zijn management en klinici tot elkaar veroordeeld. Helaas ontlopen management en klinici elkaar maar al te vaak, wat mijns inziens niet terecht en ook niet productief is. Het management hoort te zorgen voor de randvoorwaarden. Die randvoorwaarden hebben echter wel invloed op het behandelklimaat en indirect ook op het behandelresultaat; de interactie tussen management en klinici is daarom noodzakelijk (Cox e.a., 2000). Gezamenlijk hebben ze er bijvoorbeeld belang bij de financiers ervan te overtuigen dat niet alleen de productiegegevens (aantal verrichtingen als basis voor de vergoeding) maar ook het *resultaat* van de behandeling moet worden meegewogen in de financiering. Indien in een groot aantal gevallen groepsbehandelingen even, zo niet effectiever zijn dan individuele behandelingen, ligt het voor de hand dat managers de voorkeur geven aan een behandelaanbod dat het accent legt op groepsbehandelingen indien de kosten daarvan per patiënt gunstiger uitpakken en/of wanneer de wachtlijst hierdoor kan worden beperkt. Wanneer managers er echter – in overleg met hun financiers – voor zorgen dat het financiële voordeel dat ontstaat door verhoging van de productie ten goede mag komen aan kwaliteitsverbetering van de zorg en daarmee ook aan de therapeuten, dan snijdt het mes aan twee kanten.

De GGZ-instellingen en de instellingen voor verslavingszorg zijn, in vergelijking met vrijgevestigde psychologen en psychiaters, door hun grote aantallen patiënten én hun organisatorisch vermogen, bij uitstek in staat om van de groepsmodaliteit gebruik te maken. Als het accent inderdaad verlegd zou worden naar groepsbehandelingen dan is het uiteraard aangewezen om dat dan ook meteen maar goed te doen. Goede voorlichting – zowel aan verwijzers als (potentiële) patiënten – is daarbij een voorwaarde. Het grote aantal mensen dat jaarlijks een beroep doet op de instellingen biedt de mogelijkheid precies die patiënten te selecteren die gemotiveerd en met een gunstige prognose aan een groepsbehandeling willen deelnemen. Een beleid dat erop gericht is het groepsaanbod te versterken leidt er voor de instelling toe dat de ervaring met deze modaliteit toeneemt, en daarmee waarschijnlijk ook de deskundigheid. Overigens hoeft verwijzing naar een groepspsychotherapie de mogelijkheid van periodieke (parallel of in serie geschakelde) individuele gesprekken niet uit te sluiten.

Er is een aantal kanttekeningen te plaatsen. De wens van managers tot een hogere 'productie' mag geen bepalende factor zijn. Een door financiële motieven ingegeven beleidswijziging kan averechts werken. Patiënten kunnen het gevoel krijgen 'veroordeeld' te worden tot groepspsychotherapie; het gevoel op de 'tweede rang' te zitten ondermijnt de effectiviteit van de interventie en kan leiden tot *dropout*. Hulpverleners die zich – zonder voldoende vooropleiding – gedwongen voelen 'met groepen' te gaan werken zullen hun gebrek aan motivatie nauwelijks verborgen kunnen houden voor hun patiënten of co-therapeuten. Verder kan een verkeerd geïntroduceerde beleidswijziging ertoe leiden dat de discussie over de kwaliteitseisen die met groepsbehandelingen verbonden zijn ondergesneeuwd raakt. De effectiviteit van groepspsychotherapie staat of valt met een goede voorbereiding. Patiënten moeten zorgvuldig gescreend worden. De uitkomsten van goed uitgevoerd evaluatieonderzoek zeggen immers niet zoveel over individuele gevallen. Hier komt bij dat – omwille van onderzoekstechnische redenen – in gerandomiseerde klinische studies zelden deelnemers met comorbide problemen (bijvoorbeeld psychische problematiek gecombineerd met verslavingsproblemen; gecombineerde As I en As II problematiek) worden opgenomen, ofschoon deze in de praktijk van de instellingen veel voorkomen. Een helder klinisch oordeel blijft

dus noodzakelijk alvorens tot een verwijzing naar groepsbehandelingen wordt besloten. Ook een goede *matching* van de potentiële deelnemers is bepalend voor de effectiviteit van de interventie. Het mag dan zo zijn dat groepspsychotherapie ook effectief is wanneer de patiënt zelf de voorkeur geeft aan een individuele behandeling, de vraag of een geschikte groep kan worden samengesteld is van een andere orde. Tot slot bestaat er het risico dat een te zware druk van managers om het therapieaanbod meer groepsgewijs te doen plaatsvinden de aandacht voor de (preventie van) eventuele *negatieve* effecten bij de deelnemers van groepspsychotherapie ondergesneeuwd raakt (zie: Roback, 2000).

Tot slot een opmerking over evaluatie en onderzoek. Groepspsychotherapeuten zijn – als alle andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg – genoodzaakt de effectiviteit van hun werkzaamheden aan te tonen. Ze kunnen dit doen door een methodiek te kiezen waarvan de werkzaamheid al goed is aangetoond in wetenschappelijk onderzoek. Ze kunnen ook zelf onderzoek doen (bijvoorbeeld bij de introductie van nieuwe werkwijzen), maar daarvoor missen ze over het algemeen de faciliteiten en competenties. Toch zijn er mogelijkheden om als therapeut de werkzaamheid van groepspsychotherapie te objectiveren. Voorwaarden daarvoor zijn (Brabender, 2001):

- geformaliseerde werkwijze; handleidingen;
- selectie en/of ontwikkeling van therapeutvriendelijke – kwantitatieve en kwalitatieve – onderzoekstechnieken;
- opleiding: vaardigheden tot reflectie op en evaluatie van lopende groepspsychotherapieën.

Vanwege het belang van evaluatie doe ik de aanbeveling om een norm vast te stellen die aangeeft welk percentage van de uitgevoerde therapieën op wetenschappelijke wijze geëvalueerd moet worden. De uitvoering daarvan kan beslist tegen aanvaardbare kosten (zie: Krawitz 1997).

Literatuur

Babor, T.F. (1994). Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: does dissuasion make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1127-1140.

Berk, T.J.C., Bolten, M.P., el Boushy, M., Gans, E., Hoijtink, T.A.E. & Lintelo, G.H. te (red.) (1993-2001). *Handboek groepspsychotherapie*, losbladig. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bien, T.H., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-335.

Billow, R.M. (2001). The therapist's anxiety and resistance to group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 225-242.

Bovasso, G.B., Eaton, W.W. & Armenian, H.K. (1999). The long-term outcomes of mental health treatment in a population-based study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 529-538.

Brabender, V.M. (2001). The future of group psychotherapy: expanding the conversation. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 181-189.

- Brown, N.W. (2003). Conceptualizing process. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53, 225-244.
- Budman, S.H., Cooley, S., Demby, A., Koppenaar, G., Koslof, J. & Powers, T. (1996). A model of time-effective group psychotherapy for patients with personality disorders: the clinical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 329-355.
- Budman, S.H., Demby, A., Redondo, J.P., Hannan, M., Feldstein, M., Ring, J. & Springer, T. (1988). Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 63-86.
- Budman, S.H., Simeone, P.G., Reilly, R. & Demby, A. (1994). Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: evidence and implications. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (red.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*, (pp. 329-339). New York: Wiley.
- Burlingame, G.M., Kircher, J.C. & Taylor, S. (1994). Methodological considerations in group psychotherapy research: past, present, and future practices. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (red.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*, (pp. 41-80). New York: Wiley.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Clarke, M. & Oxman, A.D. (eds) (2001). Cochrane Reviewers' Handbook 4.1.4. In: *The Cochrane Library*, nr 4. Oxford: Update Software.
- Colijn, S., Hoencamp, E., Snijders, H.J., Spek, M.W. van der & Duivenvoorden, H.J. (1991). A comparison of curative factors in different types of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 365-378.
- Cox, P.D, Ilfeld, F.Jr., Ilfeld, B.S. & Brennan, C. (2000). Group therapy program development: clinician-administrator collaboration in new practice settings. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 3-24.
- Crouch, E.C., Bloch, S. & Wanlass, J. (1994). Therapeutic factors: interpersonal and intrapersonal mechanisms. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (red.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 269-315). New York: Wiley.
- Dierick, P. (2000). *Cliëntperceptie van therapeutische factoren in groepspsychotherapie en groeigroepen. Een structureel en vergelijkend onderzoek*. Dissertatie. Katholieke Universiteit Leuven.
- Dierick, P. (2001). Cliëntbeleving van therapeutische factoren in groepspsychotherapie en groeigroepen: onderzoek en ontwikkeling van een structuurmodel (2001). In T.J.C. Berk e.a. (red) , M.P Bolten, M. el Boushy, E. Gans, T.A.E. Hoijtink & G.H. te Lintelo (red.), *Handboek groepspsychotherapie* (losbladig, pp. Q-4.1-4.64). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Donovan, D.M. (1998). Continuing care: promoting the maintenance of change. In W.R. Miller & N. Heather (eds). *Treating addictive behaviours* (317-336). New York: Plenum Press.

Driessen, T. (2000). Aanvullen in groepspsychotherapie. In T.J.C. Berk, M.P. Bolten, M. el Boushy, E. Gans, T.A.E. Hoijtink & G.H. te Linteloo (red.), *Handboek groepspsychotherapie* (losbladig, pp. G2.1-2.20). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ellen, E.F. (1999). Group therapy requires good clinical judgment, careful screening. *Psychiatric Times*, 16, nr. 10.

Flores, P.J. & Mahon, L. (1993). The treatment of addiction in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 143-156.

Fuhriman, A. & Burlingame, G.M. (1994). Group psychotherapy. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (eds), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 3-40). New York: Wiley.

Garvin, C.D., Reid, W. & Epstein, L. (1976). A task-centered approach. In W.R. Roberts & H. Northen (red.), *Theories of Social Work With Groups* (pp. 238-251). New York: Columbia University Press.

Gezondheidsraad (2001). *Doelmatigheid van langdurige psychotherapie; publicatie nr 2001/08*. Den Haag.

Graham, K., Annis, H.M., Brett, P.J. & Venesoen, P. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91, 1127-1139.

Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addict Behav*, 21, 857-868.

Hodgins, D.C., el-Guebaly, N. & Addington, J. (1997). Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? *Addiction*, 92, 805-812.

Hodgkinson, B., Evans, D., O'Donell, A. & Walsh, K. (1999). *Comparing the effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of depression. Systematic review*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Holmes, L. (2002). Women in group and women's groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 171-188.

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

Johnson, P.R. & Thorn, B.E. (1989). Cognitive behavioral treatment of chronic headache: group versus individual treatment format. *Headache*, 29, 358-365.

Khantzian, E.J. (2001). Reflections on group treatments as corrective experiences for addictive vulnerability. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 11-20.

Kipnes, D.R., Piper, W.E. & Joyce, A.S. (2002). Cohesion and outcome in short-term psychodynamic groups for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 483-509.

- Krawitz, R. (1997). A prospective psychotherapy outcome study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 31, 465-473.
- Lawton Barry, K. (1999). *Brief Interventions And Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. Rockville: U.S. department of health and human services.
- Levine, B. & Gallogly, V. (1985). *Group therapy with alcoholics: outpatient and inpatient approaches*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lonergan, E.C. (2000). Evidence-based medicine hits group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 105-112.
- MacKenzie, K.R. (1996). Time-limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 41-60.
- Manassis, K., Mendlowitz, S.L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S. & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423-1430.
- Marques, A.C. & Formigoni, M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96, 835-846.
- McKay, J.R. & McLellan, A.T. (1998). Deciding where to start: working with polyproblem individuals. In W.R. Miller & N. Heather (eds). *Treating addictive behaviours* (173-186). New York: Plenum Press.
- McKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Rutherford, M.R., O'Brien, C.P. & Koppenhaver, J. (1997). Group counseling vs, individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 778-788.
- McRoberts, C., Burlingame, G.M. & Hoag, M.J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory and Practice* 2, 101-117.
- Miller, W.R. & Heather, N. (eds 1998). *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press.
- Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism treatment. Who benefits? *The American Psychologist*, 41, 794-805.
- Miller, W.R. (1998). Enhancing motivation for change. In W.R. Miller & N. Heather (eds). *Treating addictive behaviours* (121-132). New York: Plenum Press.
- Miller, W.R., Andrews, N.R., Wilbourne, P. & Benneff, M.E. (1998). A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In W.R. Miller & N. Heather (eds). *Treating addictive behaviours* (203-216). New York: Plenum Press.
- Piper, W.E. & Joyce, A.S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 311-328.

Piper, W.E. (1994) Client variables. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (eds), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 83-113). New York: Wiley.

Project MATCH research Group (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Renjilian, D.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., McKelvey, W.F., Shermer, R.L. & Anton, S.D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 717-721.

Rice, A.H. (2003). Interpersonal problems of persons with personality disorders and group outcomes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53, 155-175.

Roback, H.B. (2000) Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 113-122.

Roth, A. & Fonagy, P. (1966). *What works for whom? A critical review on psychotherapy research*. New York: Guilford.

Salvendy, J.T. (1999). Ethnocultural considerations in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, 429-464.

Sandahl, C. & Ronnberg, S. (1990). Brief group psychotherapy in relapse prevention for alcohol dependent patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 453-476.

Scheidlinger, S. (2000). The group psychotherapy movement at the millennium: some historical perspectives. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 315-339.

Schoor, E.P. van (2000). A sociohistorical view of group psychotherapy in the United States: the ideology of individualism and self-liberation. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 437-454

Shapiro, J., Sank, L.I., Shaffer, C.S. & Donovan, D.C. (1982). Cost effectiveness of individual vs. group cognitive behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 674-677.

Smith, M., Glass, G. & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Smith, T. & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.

Sobell, L.C., Sobell, M.B., Brown, J. & Cleland, P.A. (1995). *A randomized trial comparing group versus individual Guided Self-Change treatment for alcohol and drug abusers*, Poster presented at the 29th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington.

Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1998) Guiding self-change. In W.R. Miller & N. Heather (eds). *Treating addictive behaviours* (189-202). New York: Plenum Press.

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. & Clark, D.M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.

Steenbarger, B.N. & Budman, S.H. (1996). Group psychotherapy and managed behavioral health care: current trends and future challenges. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 297-309.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41, 165-180.

Stinchfield, R., Owen, P.L. & Winters, K.C. (1994). Group therapy for substance abuse: a review of the empirical research. In A. Fuhriman en G.M. Burlingame (eds) *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*, 458-488. New York: Wiley.

Taylor, N.T., Burlingame, G.M., Kristensen, K.B., Fuhriman, A., Johansen, J. & Dahl, D. (2001). A survey of mental health care provider's and managed care organization attitudes toward, familiarity with, and use of group interventions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 243-263.

Tillitski, C.J. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual control treatments. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 215-224.

Toseland, R.W. & Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 171-201.

Turner-Stokes, L., Erkeller-Yuksel, F., Miles, A., Pincus, T., Shipley, M. & Pearce, S. (2003). Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 781-788.

Vannicelli, M. (2002). A dualistic model for group treatment of alcohol problems: abstinence-based treatment for alcoholics, moderation training for problem drinkers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 189-213.

Westbury E. & Tutty, L.M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, 31-44.

Westerberg VS (1998) What predicts success? In W.R. Miller & N. Heather (eds). *Treating addictive behaviours* (301-315). New York: Plenum Press

Yalom, I.D. (1995) *The theory and practice of group psychotherapy* (4e editie, oorspronkelijk 1970). New York: Basic Books.

Over de auteur

Dr. J.C. (Jaap) van der Stel is andragoloog en werkzaam als senioronderzoeker bij De Geestgronden, instelling voor geestelijke gezondheidszorg te Bennebroek. Correspondentie: j.vd.stel@geestgronden.nl of postbus 5, 2120 BA Bennebroek.