

THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



## Evidence based

*Meer en meer wordt er van De Kiem verwacht dat we kunnen aantonen dat het behandelmodel dat we gebruiken “evidence based” is of, anders gezegd, dat De Kiem werkt met behandelmethodes waarvan via systematisch onderzoek is bewezen dat deze effectief zijn.*

Het model van de gestructureerde therapeutische gemeenschap wordt toegepast over gans de wereld. Naar de effectiviteit van dit behandelmodel is al zeer veel onderzoek gedaan.

Vandaag wordt wetenschappelijk onderzoek opgedeeld in een classificatie waarbij onderzoek met een controlegroep (“Randomised Controlled Trial”) als de gouden standaard wordt beschreven. Voor het testen van medicatie in een goed gecontroleerde omgeving is de RCT inderdaad en zeer degelijke onderzoeksmethode, maar of dit voor meer complexe en langdurige behandelmethoden evenzeer geldt, is helemaal niet zo duidelijk.

In de “International Journal of Therapeutic Communities” werd een bundeling gemaakt van bestaand onderzoek naar de effectiviteit en de kosteffectiviteit van de therapeutische gemeenschap voor drugverslaafden.

In dit nummer besteden we hier uitgebreid aandacht aan via een vertaling van het artikel van George DeLeon die alle Amerikaanse onderzoeken heeft gebundeld en vergeleken.

Een beperking van RCT onderzoek is dat het ons geen informatie verschaft over de mate waarin de

verschillende componenten van de behandelvorm een rol spelen. Een Therapeutische Gemeenschap is een complexe gedragsmatige interventie waarbij een hogere kwaliteit van leven wordt nagestreefd en waarbij gewerkt wordt aan eigenwaarde, vertrouwen en het ontwikkelen van inter-persoonlijke en sociale vaardigheden.

In een nieuw doctoraatsonderzoek probeert Ilse Goethals van de vakgroep Orthopedagogiek hierop wel een antwoord te vinden. Dit soort onderzoek zal ons veel meer informatie geven om het behandelprogramma in de praktijk bij te sturen waar nodig.

Om te benadrukken dat het behandelmodel dat De Kiem hanteert een internationaal verhaal is, brengen we vanaf nu ook regelmatig verslag uit over onze collega’s uit andere landen.

In De Kiem hebben we een graduatiebeeld, in Engeland (Phoenix Futures) wil men voor elke ge-gradueerde een boom planten en zo een heus bos realiseren.

Wesley en zijn tante krijgen het laatste woord. Voor Wesley zit het programma er helemaal op. Zijn leven is opnieuw gestart.





## Is de T.G.-behandeling ‘evidence-based’? Wat zegt het onderzoek?

*Hoewel de resultaten van de TG tientallen jaren werden onderzocht stellen critici de vraag of de TG een evidence based behandeling is voor verslavingen. Georges Deleon tracht in zijn artikel in het tijdschrift “Therapeutic Communities” (jaargang 31, 2) een antwoord te formuleren op deze vraag. Wij geven in dit artikel een verkorte en vrije vertaling van zijn betoog.*



### Inleiding

Hoewel er in de voorbije vier decennia een aanzienlijke wetenschappelijk kennis werd ontwikkeld over de TG, wordt vanwege het relatief gebrek aan ‘randomised double blind control trials’ (RCT’s) beweerd dat de effectiviteit van de TG niet ‘bewezen’ is. Zulke verklaringen hebben ernstige gevolgen voor de aanvaarding en de toekomstige ontwikkeling van de TG. Zij kunnen de financieringspolitiek tegenover de TG’s beïnvloeden en leiden bvb. reeds tot een gedwongen en betekenisvolle vermindering van de behandelduur. Het in vraag stellen van de bewijsvoering *of de TG wel werkt* kan bovendien de ondersteuning voor onderzoek over *hoe de TG werkt* ondermijnen; kennis die noodzakelijk is voor het verbeteren van de behandeling zelf. Het doel van

dit artikel is om consensus te bevorderen tussen onderzoekers, beleidsmakers, hulpverstrekkers en de publieke opinie wat betreft de bewijsvoering vanuit onderzoek voor de effectiviteit van de TG en om het verder ontwikkelen van wetenschappelijke kennis over de TG te bevorderen.

### Soorten bewijsmateriaal...

Er zijn heel wat betekenisvolle verschillen te maken betreffende wat we als ‘bewijs’ beschouwen. Bewijsmateriaal kan ontwikkeld worden vanuit onderzoeksbronnen of vanuit niet-onderzoeksbronnen. Niet alle onderzoek is ook even waardevol. Dit leidde tot het opbouwen van referentiekaders voor het bepalen van het niveau van bewijsvoering. De waarde van het bewijsmateriaal wordt



hierbij bepaald door de gebruikte methode of het onderzoeksopzet. Zo zal de Cochrane database RCT- studies rangschikken op het hoogste niveau en observationele studies op het laagste niveau. Het aldus rangschikken van de waarde van onderzoek reflecteert de mate waarin men zeker is van, of vertrouwen heeft in, de conclusies betreffende bepaalde verbanden of causaliteiten. Het bewijsmateriaal vanuit RCT's lijkt aldus meer zekerheid te verschaffen over de effectiviteit van een bepaalde behandeling dan de bewijsvoering vanuit andere onderzoeksdesigns zoals veldonderzoek waarbij een controlegroep ontbreekt. Binnen dit overzicht trachten we eerder tot conclusies te komen gebaseerd op het 'gewicht van het bewijsmateriaal' vanuit meerdere bronnen van onderzoek. Dus, eerder dan te 'bewijzen' dat de TG effectief is stellen we ons tot doel de ruimere vraag te beantwoorden of de TG een evidence-based behandeling is voor middelenmisbruikstoornissen.

### Methode en beperkingen

De laatste decennia verscheen er in Amerika en ook steeds meer in Europa en elders heel wat literatuur betreffende de resultaten van de TG. Heel wat studies verschijnen in wetenschappelijke tijdschriften en hoofdstukken van boeken. De meeste studies komen tot gunstige resultaten voor middelengebruikers na een behandeling in een TG. De onderzoeken verschillen echter sterk qua opzet, type van TG-programma, cliëntprofiel en methodologische en analytische geraffineerdheid.

Deleon beperkt zich in zijn overzicht tot de meest geciteerde onderzoeken betreffende Noord-Amerikaanse TG's, ongeacht hun bevindingen en conclusies. Later zal er ook een overzicht moeten gemaakt worden van de wereldwijde literatuur betreffende TG's voor verslaafden en voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Hier dient vermeld dat het overzicht zowel standaard programma's als aangepaste programma's bevat. Meestal betreft het langdurige programma's van minimum 9 maanden, maar soms ook kortere programma's. Sommige TG-programma's werden aangepast aan een specifieke doelgroep. Daarnaast

is de TG-effectiviteit gebaseerd op de resultaten na behandeling vanuit zelf gerapporteerde gegevens over druggebruik, criminaliteit en tewerkstelling. Studies tonen aan dat er een aanvaardbare correlatie bestaat tussen zelf gerapporteerde gegevens en objectieve maatstaven zoals urinecontroles en verslagen van aanhoudingen en veroordelingen. Tot leidt het focussen op de resultaatgegevens er toe dat alle onderzoeksliteratuur betreffende behandelingsproces, motivatie, retentie, klinische praktijk en behandelingsverbetering niet aan bod komt.

Niettegenstaande deze methodologische valkuilen voorziet het onderzochte studiemateriaal in een substantiële empirische basis om de vraag te beantwoorden of de TG een evidence-based benadering is.

### Samenvatting van de kernbevindingen en conclusies vanuit verschillende bronnen

#### 1. *Field effectiveness outcome studies*

Het meeste TG-onderzoek betreft veldonderzoek naar de resultaten van een TG-behandeling. Het betreft hier gelijkaardig longitudinaal onderzoek dat de TG-bewoner volgt tijdens de behandeling en één en vijf jaar na de hoofdbehandeling. Deze grootschalige FU-onderzoeken laten er weinig twijfel over bestaan dat er een consistente relatie is tussen retentie en een positief behandelingsresultaat. Vervolgens bespreekt Deleon zelfselectie en zelf-matching als twee methodologische beperkingen bij dit veldonderzoek.

Zelfselectie slaat hierbij op de invloed van de motivatie van de cliënt op de behandelresultaten, alsook op de mate waarin de cliënt effectief gebruik maakt van de voorhanden zijnde behandelings-elementen. Zelf-matching verwijst naar het feit dat cliënten een behandeling naar 'hun keuze' starten en op de verschillen in de ernst van het cliëntprofiel wat middelenmisbruik, sociale deviantie en psychologische problemen betreft.

De veldstudies toonden aan dat langetermijn residentiële TG's, drugvrije ambulante behandelingen en methadonbehandelingen gelijkaardige positieve



behandelresultaten vertonen, maar in feite behandelen ze elk verschillende cliënten.

Conclusies over de vergelijkbare effectiviteit van het TG-model hangen af van selectiefactoren zoals o.a. self-matching. Hoe dan ook is het duidelijk dat voor de zwaarste cliënten de TG de beste keuze is voor het bekomen van een positief resultaat.

## **2. Vergelijkende/controle studies**

Vanuit 8 vergelijkende studies (waaronder 7 RCT's) blijkt dat de TG-groep betere resultaten toont. Deze conclusie hangt echter samen met de gestelde onderzoeksvraag en met de aard van de controlegroep. Vergelijkt men met een niet-TG-groep, dan scoort de TG-groep significant beter; vergelijkt men verschillende TG's met elkaar, dan variëren de conclusies naargelang de onderzoeksvraag.

## **3. Statistische meta-analyses**

Zes gepubliceerde onderzoeksoverzichten gebruiken statistische meta-analyse technieken om de effectiviteit van de TG te beoordelen. De meeste van deze studies gebruikten een RCT-onderzoeksopzet. Afhankelijk van de outcome-variabelen scoorden de beoordeelde TG's beter, niet significant verschillend, en in één geval slechter dan de controlegroep. In 4 meta-analyses komen de auteurs tot de conclusie dat de TG's significant betere resultaten geven dan de controlegroep. De conclusies vanuit dit eerder beperkt aantal statistische onderzoeken zijn consistent met de resultaten vanuit andere bronnen. Het is echter duidelijk dat er nood is aan meer analytische onderzoeken betreffende grote aantallen van gecontroleerde/vergelijkende onderzoeken over TG's.

Het is van bijzonder belang bij meta-analyses oog te hebben voor het type behandeling (standaard

of aangepast), de controleconditie (niet-TG's of andere TG's), de kwaliteit (beginselgetrouwheid) van het TG-programma en de ernst van de cliëntprofielen. Deze bronnen van variantie kunnen het effect minimaliseren en leiden tot een minder accurate conclusie betreffende de vergelijkende effectiviteit van de TG. Niettegenstaande deze niet gemeten bronnen van variabiliteit en het relatief klein aantal programma's zijn de bevindingen van de huidige meta-analyses eerder gunstig voor de effectiviteit van de TG.

## **4. Aanvullend bewijsmateriaal vanuit econometrische studies**

De belangrijkste conclusies vanuit 5 kosten-baten-evaluaties waarin TG-programma's betrokken zijn rapporteren een significant en positief resultaat wat de kosten en baten betreft. In vergelijkende studies scoort de TG relatief positief, vooral door het verminderen van de 'kosten' betreffende criminele activiteiten en door de 'baten' op het vlak van tewerkstelling. Het zware cliëntprofiel binnen de TG-programma's is hier wellicht niet vreemd aan. Hieruit blijkt opnieuw de nood aan het gelijkschakelen van de zwaarte van cliëntprofielen bij het verrichten van vergelijkend onderzoek over de effectiviteit of de kost van de TG. Deleon vermeldt ook andere factoren die in acht genomen dienen te worden bij het toepassen van econometrische modellen op de TG (de reguliere medische en huisvestingskosten, de behandelduur, de verminderde maatschappelijke kost bij residentiële opname...).

## **5. Aanvullend bewijsmateriaal vanuit sociaal-psychologisch onderzoek buiten de TG**

De TG ontstond op een 'a-theoretische' manier, buiten de reguliere geestelijke gezondheidszorg en de sociale wetenschappen, maar ontwikkelde zich



tot een unieke benadering van het ‘sociaal leren’ zoals vervat in de methodiek van de ‘community as method’. Deze benadering bevat elementen en praktijken die ondersteund worden door heel wat behavioristisch en sociaalpsychologisch onderzoek buiten de TG. Deze bewijsvoering vervangt echter niet het onderzoek dat nodig is om de TG als specifiek model en methode te evalueren.

### Hoe zwaar weegt het bewijsmateriaal vanuit onderzoek?

De bovenvermelde onderzoeksgegevens vanuit verschillende bronnen zijn consistent en onweersstaanbaar in het aantonen dat de TG een evidence-based behandeling is. Maar weegt het gewicht van het bewijsmateriaal vanuit dit bescheiden aantal gecontroleerde studies voldoende zwaar om de hypothese te ondersteunen dat de TG een effectieve behandeling is voor een middelenmisbruikstoornis? Om deze vraag te kunnen beantwoorden werden de conclusies en bevindingen opnieuw geordend onder zes criteria vanuit een wetenschappelijk kader (van Mausner & Kramer, 1985) dat ook door Kaskutas (2009) werd gebruikt in een gelijkaardige evaluatie van het bewijsmateriaal betreffende de effectiviteit van de ‘Alcoholics Anonymous’.

DeLeon gaat hierbij in op de (al dan niet significante) omvang van een behandelings-effect (consistency of association), de relatie tussen de hoeveelheid behandeling en het behandelings-effect (‘dose response relation’) (waarbij de ‘time in program’ wordt gezien als een goede benadering van de hoeveelheid behandeling), de mate waarin bepaalde bevindingen ook in andere onderzoeken terug te vinden zijn (consistency of association), de relatie tussen het behandelings-effect en de tijd die er sinds de behandeling reeds verstreken is (temporally correct association), de specificiteit van de TG-behandeling (versus niet-TG condities) en de mate waarin bewijsmateriaal overeen komt met reeds bestaande bredere kennis binnen de gedragswetenschappen.

Een toetsing aan bovenstaande criteria leidt tot de conclusie dat het gewicht van het bewijsmateriaal de hypothese ondersteunt dat de TG een effectieve behandelingsmethode is voor middelengebruik

en aanverwante stoornissen. Wil men een wetenschappelijke consensus bereiken betreffende deze conclusie dan stelt zich weer de vraag betreffende het soort bewijsmateriaal dat men verwacht. Eenvoudig gezegd zullen sommige empirici alle bewijsmateriaal van onderzoeken die niet voldoen aan de ‘gouden standaard’ van RCT-onderzoek, als minderwaardig beschouwen. Daarom zal een algemene aanvaarding van de TG als een effectieve evidence-based benadering een generalisatie vereisen van studies met inbegrip van meer RCT’s, naast andere kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken. Het voeren van RCT’s betreffende TG’s is hierbij een bijzondere uitdaging.

### Beschouwingen betreffende het implementeren van RCT’s in TG veldonderzoeken

De TG is een behandeling, bestaande uit heel wat interventies. Deze complexiteit is eerder ontmoedigend voor onderzoeksinitiatieven met een streng-wetenschappelijk opzet. Dit wordt duidelijk onderlijnd in de literatuur betreffende TG-onderzoek. Verschillende onderzoekers beschrijven de methodologische moeilijkheden bij evaluatieonderzoek betreffende de TG en bepleiten alternatieve onderzoeksstrategieën (Gestein & Harwood, 1990; Lees, Manning and Rawlings (2004).

Zo goed als alle RCT-studies in dit overzicht bespreken de haalbaarheid van het implementeren van gerandomiseerde toewijzing, maar onderlijnen ook de problemen en beperkingen van deze inspanningen, waardoor nieuwe vergelijkende onderzoeken noodzakelijk blijken, niet enkel om de raadzaamheid, maar ook om de bruikbaarheid en de waarde van het RCT-paradigma zelf voor TG-evaluatie te verzekeren.

Het opzetten en implementeren van RCT-studies moet zich laten leiden door wat men geleerd heeft vanuit tientallen jaren van veldonderzoek betreffende TG’s. Deze ervaringen reflecteren ten dele de complexiteit van de TG-benadering (een multi-interventionele behandeling voor een multi-dimensionele stoornis), de diversiteit van de TG-programma’s (standaard, gewijzigd en specifiek) en de uitdaging om gecontroleerde studies in veldonderzoek te doen.



Deleon geeft daarom een aantal beschouwingen betreffende RCT-onderzoek in TG's mee. Binnen een RCT moeten de behandelmodellen die je wil vergelijken voldoende beginselgetrouw zijn ('fidelity issues'). Men zal moeten gelijkwaardigheid bereiken over de verschillende behandelcondities heen en overlappings moeten minimaliseren ('comparative/control issues'), men zal de invloed van zelfselectiefactors op de behandelresultaten moeten beoordelen en de resultaatbeoordeling moeten linken aan de behandeldoelen ('special assessment issues') en men zal tot slot een analyse moeten maken ('analytic issues') van zaken zoals de behandelbereidheid (bij 'dropouts' en 'completers'), de retentiecijfers, de resultaten bij retentie, de 'time out of program' en 'time at risk', de bereikte aantallen bij follow-up en de korte- en langetermijnresultaten.

Deleon licht een aantal vereisten toe die men in acht moet nemen bij het opzetten van een streng-wetenschappelijke RCT-onderzoek. Hieraan tegemoetkomen lijkt geen eenvoudige zaak.

Misschien zal zelfs blijken dat het opzetten van een strenge RCT in de praktijk onrealistisch en niet aangewezen is. Toch zijn inspanningen om RCT's te implementeren noodzakelijk om tot een empirisch gebaseerde consensus te komen dat de TG-complexiteit dergelijk onderzoekopzet trotseert. Een dergelijke consensus zou vroegere onderzoeksbevindingen betreffende 'self-matching' en de ernst van cliëntprofielen bevestigen. Het gaat er immers niet om of TG's meer of minder effectief zijn dan niet-TG's maar om welke cliënten het meest geschikt zijn voor een TG behandeling.

En wat nog belangrijker is, een dergelijke consensus zou het wetenschappelijk onderzoek de vrijheid bieden om de TG behandeling te verbeteren.

Het aanzwengelen van retentie en engagement in de behandeling, het uitklaren van een goede af-

stemming (matching) tussen cliënt en behandeling, het inschatten van de aangewezen behandelduur en -intensiteit zijn voorbeelden van belangrijke vragen die kunnen bestudeerd worden met strenge onderzoeksdesigns die vergelijkingen tussen TG's of experimentele aanpassingen binnen TG's kunnen bevatten.

## Conclusie

Tientallen jaren van TG-onderzoek waren bijzonder productief, maar niet noodzakelijk overtuigend in het bevorderen van de aanvaarding van de TG bij sommige onderzoekscritici en beleidsmakers. Het huidige overzicht van outcome-studies vanuit verschillende bronnen antwoordt duidelijk 'ja' op de bij aanvang gestelde vraag. De TG is een evidence based behandelingsmethode. Bovendien, hoewel niet *bewezen*, ondersteunen de onderzoeksresultaten op consistente wijze de *hypothese* dat de TG een effectieve en kost-effectieve behandeling is voor bepaalde subgroepen van middelenmisbruikers. Deze conclusie zal blijvend gevalideerd moeten worden door later volgende evaluaties van TG-studies wereldwijd. Desalniettemin levert het een stevige empirische basis voor een volgende niveau van onderzoek dat aangepaste kwantitatieve en kwalitatieve methodes moet gebruiken om de evolutie van de TG te bevorderen.

*Voor referenties en tabellen verwijzen we naar Georges Deleon (2010). Is the Therapeutic Community an Evidence-based Treatment? What the Evidence Says. Therapeutic Communities, 31 (2), 104-128*

*Vrije vertaling door Dirk Calle, beleidsmedewerker*



## 1. Field effectiveness outcome studies

### *Wie komt er naar de behandeling?*

Alle studies tonen dat de cliënten in een TG slecht scoren wat betreft ernst van middelengebruik, sociale deviantie en psychologische symptomen.

### *Wat zijn de resultaten?*

Alle studies tonen een significante daling van druggebruik, criminaliteit, en psychologische symptomen en een toename van werk en/of opleiding. Bij studies die een samengestelde index van gunstige of succesvolle resultaten gebruiken, tonen 60 % van de te behandelen personen ('completers' en 'drop-outs') een zeer gunstig tot gunstig resultaat.

### *Is er een verband tussen de duur van behandeling en de resultaten?*

Alle studies tonen dat de vermindering van druggebruik en criminaliteit en de stijging van tewerkstelling samenhangen met de tijd dat men in behandeling was. Diegenen die de geplande duur van de residentiële TG-behandeling volbrengen behalen de beste resultaten, bij de drop-outs hangen de resultaten nauw samen met de retentie.

## 2. Vergelijkende/controle studies

### *Methadonprogramma versus TG-programma versus enkel detox.*

Methadoncliënten en cliënten die lang in de TG blijven halen de beste resultaten. TG-cliënten kennen minder illegaal druggebruik dan methadoncliënten. In de conclusie worden aanzienlijke moeilijkheden met RCT onderzoek benadrukt.

### *Behandelresultaten van een aangepaste TG voor dakloze middenmisbruikers met een psychiatrische problematiek.*

Behandelresultaten (druggebruik, criminaliteit, tewerkstelling, psychologische toestand) zijn significant beter dan de controlegroep. De beste resultaten worden bereikt bij wie 12 maanden TG uitdoet en overgaat naar begeleid wonen.

### *RCT vergelijking tussen dagbehandeling en residentiële behandeling voor middenmisbruikers.*

Cliënten die ad random werden toegewezen aan een residentiële of een ambulante TG behandeling verbeterden grofweg in dezelfde mate, wat laat uitschijnen dat het mogelijk is TG-principes uit te breiden naar ambulante settings.

### *Resultaten van TG-behandeling bij druggerelateerde misdadigers.*

Een meerfasige TG-benadering is effectief om terugval in druggebruik en criminaliteit te verminderen.

### *Korte versus lange behandelduur in 2 residentiële TG's (6 en 12 md) en in 2 TVP-programma's*

Geen samenhangende verschillen wat programma-duur betreft, maar de 12 md TG toont de beste resultaten naar tewerkstelling en de TG's scoren gunstiger dan de TVP-programma's op andere ASI-variabelen.

### *6 md residentieel en 6 md ambulant vergeleken met 10 md residentieel en 2 md ambulant.*

Alle completers doen het beter dan wie vroegtijdig afhaakt. Geen verschillen tussen beide vormen maar een langere residentiele behandeling leidt tot betere tewerkstellingsresultaten.

### *Een gevangenis TG voor dubbel diagnose cliënten versus een ruimere geestelijke gezondheidszorg in de gevangenis.*

De TG-groep toonde significant minder kans tot heropsluiting en betere resultaten op psychologisch vlak en op vlak van drugs.

### *De heropsluitingsresultaten voor gevangenis TG's met nazorg.* Een gevangenisTG met nazorg leidt tot significant minder recidivisme.

## 3. Statistische meta-analyses

### *Meta-analyse over 11 TG's voor verslaafden en 18 TG's voor persoonlijkheidsstoornis.*

Het effect van TG-behandeling scoort overall statistisch significant.



***Meta-analyse betreffende de behandeling van gedetineerden.***

Van alle behandelingen voor deze doelgroep scoren TGs momenteel het sterkst.

***Meta-analyse van 7 gevangenis-TGs.***

6 van de 7 TG's tonen een statistisch significante daling van het recidivisme.

***Meta-analyse betreffende verschillende vergelijkende onderzoeken.***

Er is weinig bewijs dat de TG significante voordelen biedt in vergelijking met andere residentiële behandeling of dat één type van TG beter is dan een andere. De gevangenis TG is misschien beter dan de gevangenis op zich of dan geestelijke gezondheidszorg om nieuwe overtredingen na vrijlating te voorkomen. Het bestaande onderzoeksmateriaal is hier echter te gebrekkig om echte besluiten te kunnen trekken.

***Overzichtsanalyse betreffende welke interventies werken om druggebruikende misdadigers in te schatten of te behandelen.***

Methodologische beperkingen laten hier niet toe om te concluderen dat TGs meer succesvol zijn dan andere benaderingen om recidivisme te verminderen.

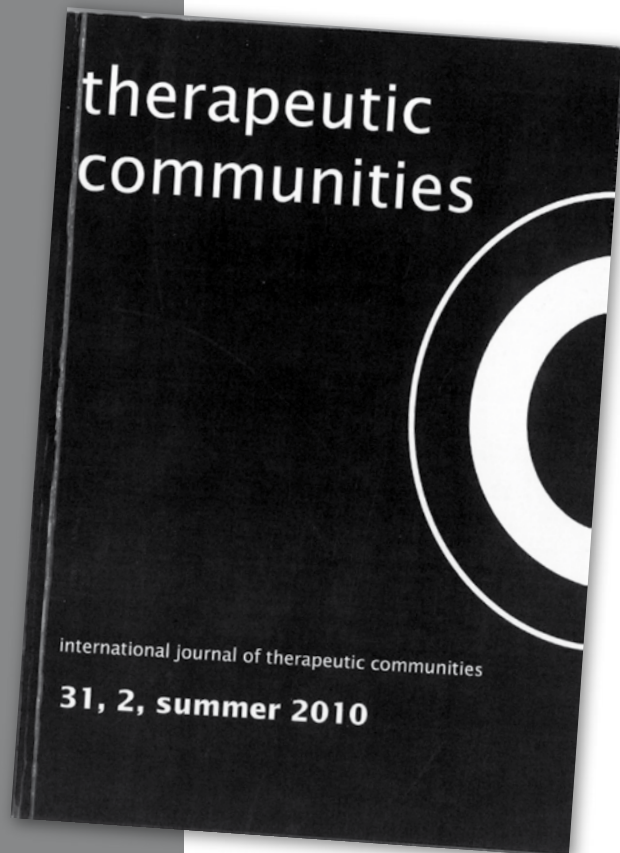
#### 4. Kosten-baten studies

Bij middelenmisbruikers met een psychiatrische stoornis kan een aangepast TG programma een effectieve manier zijn om de behandelkosten te verminderen en de klinische resultaten te verbeteren. De kosten dalen significant, vooral door het verminderen van misdrijven.

Een intensieve gevangenis TG is enkel kosteffectief als het volledige behandelprogramma wordt gevolgd. Het grootste economisch effect wordt behaald bij hoge risicogevalen.

Nazorg blijkt een kritisch onderdeel van het behandelingsproces van misdadigers.

De combinatie van behandeling in de gevangenis met nazorg vermindert heropsluiting en is op termijn minder duur dan gewone opsluiting.



## Veranderingsprocessen in therapeutische gemeenschappen

*Vertrekken vanuit de bewijsvoering dat een TG evidence-based is, biedt ruimte aan onderzoekers om de TG an sich verder te gaan exploreren. Een TG is misschien wel effectief, maar hoe werkt die precies? Hoe kan men de kwaliteit van de behandeling behouden of verbeteren? In dit artikel worden twee studies toegelicht die de ervaringen van TG bewoners over hun behandelingsproces beschrijven.*

Zoals aangegeven in bovenstaand artikel van George De Leon (2010) is het niet zo vanzelfsprekend om de effectiviteit van een TG behandeling te bepalen op basis van enkele Randomised Controlled Trials (RCT's) juist omdat een TG veel complexer is dan bijvoorbeeld een kortdurende gedragsmatige interventie. Een TG is een totaalbenadering waarbij een hogere kwaliteit van leven wordt nagestreefd, waar mensen sterker gemaakt worden door een groeiend gevoel van eigenwaarde en vertrouwen in de ander, en waardoor zij uiteindelijk kunnen kiezen voor een leven zonder middelenmisbruik. Zoals Kooyman (1983) het ooit verwoordde, wordt er in een TG gewerkt aan heropvoeding, aan het ontwikkelen van interpersoonlijke sociale en andere vaardigheden, en aan de reconstructie van de persoonlijkheid. Dit bereik je niet door dagelijks gesprekken te voeren, of door beloningen te geven voor positieve gedragsveranderingen. Het vergt een multidimensionele aanpak waarbij 'tijd' van fundamenteel belang is; 'tijd' om vanuit de structuur van een TG met wisselende sociale rollen te leren omgaan en een gedeelde verantwoordelijkheid te leren opnemen; 'tijd' om met behulp van de encountergroepen inzicht te verwerven in het eigen functioneren; en 'tijd' om te veranderen.

Wat men al weet is dat 'time in program' de beste voorspeller is voor succes na behandeling; d.w.z. dat naarmate een cliënt langer in het programma blijft, de kans op herval, werkloosheid en justitiële problemen kleiner zal zijn. Ook werd reeds onderzocht welke procesvariabelen mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan het verlengen van de verblijfsduur van TG bewoners. Het aantal studies dat hierbij ook rekening houdt met de complexiteit en de totaliteit van een TG behandeling is echter nog miniem.

In dit artikel worden twee studies toegelicht die de ervaringen van TG bewoners over hun behandelingsproces beschrijven. Het eerste kleinschalig onderzoek vond plaats in de TG De Kiem en werd uitgevoerd door Deckers en Sintobin (2009) in het kader van hun thesis. Het tweede onderzoek is een doctoraatsstudie van Ilse Goethals, assistente aan de vakgroep Orthopedagogiek Universiteit Gent. Dit onderzoek is nog steeds lopende in vijf Vlaamse TG waaronder de TG De Kiem, TGG De Sleutel, TGM De Sleutel, TG De Spiegel en TG Katarsis. In het huidige artikel zullen we ons beperken tot een weergave van de belangrijkste, deels voorlopige resultaten uit de twee onderzoeken. De onderzoeksopzet van beide studies werd reeds uitvoerig besproken in het tijdschrift De Kiem van 2009, nr 1.

### Onderzoek 1: Hoe behandelingsactiviteiten het groei- proces van de TG bewoners beïnvloeden (Deckers en Sintobin, 2009).

Op basis van participerende observaties, vragenlijsten en tweewekelijkse interviews met een zestal bewoners uit de TG De Kiem, hebben Deckers en Sintobin (2009) een antwoord geformuleerd op een drietal onderzoeksvragen.

Met de **eerste onderzoeksvraag** trachten zij een zicht te krijgen op de essentiële elementen van behandeling in de TG De Kiem. Volgens Deckers en Sintobin (2009) zijn alle activiteiten van behandeling in De Kiem onder te brengen in een viertal categorieën:

1. Therapeutische en educatieve elementen: individuele en groeps-interventies.
2. Gemeenschaps- en klinische organisatie: ac-

tiviteiten die er voor zorgen dat de omgeving veilig is en dat het residentieel leven ordelijk en productief loopt.

3. Gemeenschapsbevordering: activiteiten die gericht zijn op de assimilatie van het individu in de gemeenschap.
4. Extra activiteiten en interventies: een variëteit aan activiteiten die niet typerend zijn voor de TG, hoewel ze steeds meer en meer worden gebruikt als aanvulling op de gemeenschapsinterventies.

Deze categorieën beantwoorden naar hun mening aan het theoretisch kader voor de drugsvrije TG van George De Leon (1995, 2000). Zij stellen echter ook vast dat in vergelijking tot de beschrijvingen van De Leon (2000) bepaalde elementen/activiteiten in De Kiem anders gedefinieerd worden. Zo spreekt De Leon (2000) van een ‘verbal pull-up’ waarbij een bewoner berispt wordt voor bepaalde negatieve gedragingen. Uit de beschrijving die zij van de bewoners kregen, concluderen Deckers en Sintobin dat ‘aanspreken in structuur’ het nauwst aansluit bij een ‘verbal pull-up’. Het seminarie zoals De Leon het schetst, komt in bepaalde aspecten overeen met het seminarie in De Kiem, maar zowel de frequentie als de invulling vertoont verschillen. In De Kiem heeft een seminarie als doel de bewoners iets bij te leren, maar volgens De Leon (2004) is dit een moment om emotionele en cognitieve ervaringen van individuen uit te balanceren. Als laatste verwijzen Deckers en Sintobin ook naar de Tipi om aan te tonen dat, in tegenstelling tot de traditionele TG, het aanbod van De Kiem zich ook leent tot ouders met kinderen.

Met de **tweede onderzoeksvraag** is een antwoord gezocht op de vraag in welke mate de attitude van de bewoners omtrent de verschillende interventies en behandelingsactiviteiten in de TG De Kiem al dan niet gerelateerd zijn aan behandelduur. Deckers en Sintobin (2009) concluderen dat oudere bewoners, met name bewoners die reeds langer in De Kiem verblijven, tegenover sommige TG behandelingsactiviteiten een positievere houding aannemen dan jongere bewoners. Oudere bewoners hebben meer verantwoordelijkheid en voelen zich meer betrokken bij het volledige TG gebeuren. Zij adviseren en steunen de jongere bewoners tijdens morgenmeetings, handelingsplanbesprekingen en individuele gesprekken en ervaren dit als waardevolle momenten. Bewoners die nog niet zo lang in

de TG verblijven vermelden minder baat te hebben aan de fasegroep en vinden het vaak lastig om tijd te investeren in nieuwkomers.

Toch, algemeen gezien hebben alle respondenten, ongeacht of zij 1 maand of 8 maanden in de TG verblijven, een eerder positieve attitude ten opzichte van hun behandeling in De Kiem. Analyse van de vragenlijsten toont namelijk aan dat de zes respondenten alle activiteiten van behandeling belangrijk tot heel belangrijk achten voor hun persoonlijk groeiproces.

De **derde en laatste onderzoeksvraag** peilt naar hoe de TG bewoners de verschillende activiteiten van behandeling ervaren in relatie tot hun persoonlijk groeiproces.

Analyse van de tweewekelijkse interviews toont aan dat er in totaal, door alle respondenten samen, 450 uitspraken werden gedaan die dit onderwerp belichten. De bewoners deden hoofdzakelijk uitspraken over de therapeutische en educatieve activiteiten (40%) en m.b.t. gemeenschaps- en klinische organisatie activiteiten (26%). Zij besteedden duidelijk minder aandacht aan de extra activiteiten en interventies (19%) en de gemeenschapsbevorderende activiteiten (15%).

Binnen de eerste categorie is voornamelijk gesproken over de meerwaarde van de encounters, de handelingsplanbespreking en de individuele gesprekken. De respondenten vinden encounters heel leerrijk omdat ze via confrontaties hun frustraties kwijt kunnen. Voor sommigen draagt de encounter ook bij tot een goede relatievorming en tot zelfinzicht.

*“Je kan ook iets teruggeven en ook dikwijls dingen dat je zelf niet ziet, maar waarvan iemand het gevoel heeft dat hij in de steek gelaten is door u. Dat kan zeer doen... voor mij ook. Als ik dan vraag aan iemand van “alleen maar, dat was echt mijn bedoeling niet” dan voel ik dat oprecht dat het mij spijt en dan kun je ook iets doorgeven en kun je terug verder met die persoon. Dat is het belangrijkste.”*

De handelingsplanbespreking helpt de bewoners om zichzelf en hun vooruitgang te evalueren. Het geeft hen een overzicht van waar ze staan in hun behandeling en wat ze nog moeten aanpakken. Ook leren zij de mening van hun peers te appreciëren en kunnen zij leren uit andermans werkpunten. De uitspraken omtrent ‘individuele gesprekken’ verwijzen bijna allemaal naar de gesprekken met



de staf. De respondenten ervaren dit als een meerwaarde omdat zij op zo'n momenten advies kunnen vragen over werkbare methoden. Met de staf kunnen zij ook onderwerpen aansnijden die zij niet met hun medebewoners kunnen bespreken. Individuele gesprekken met medebewoners kwamen minder aan bod hoewel zij wel aangeven dat het een manier is om ervaringen uit te wisselen en elkaar beter te leren kennen.

*“Je kunt niet verwachten dat iemand een gesprek gaat doen en zijn hart en ziel gaat blootleggen of weet ik veel wat, als je zelf niets aan het gesprek toevoegt. Ook al is het met jongere bewoners, ik vertel wel vrij veel over mijn eigen.”*

De overige uitspraken die te vatten zijn onder de noemer ‘therapeutische en educatieve activiteiten’ behelzen de emotionele groep, de fasegroep, de peergroep, vrouwengroepen, enz... . Volgens de respondenten heeft elke groep zijn meerwaarde en zijn ze onmisbaar in het programma. De bewoners verklaren dit aan de hand van het feit dat ze door de groepen het gevoel hebben er niet alleen voor te staan. Ze voelen zich verbonden door gelijkaardige ervaringen, gevoelens en moeilijkheden.

De tweede veel besproken categorie ‘gemeenschaps- en klinische organisatorische activiteiten’, bevat vooral uitspraken over het werken in structuur (WIS), ‘aanspreken’ en de ‘zits’. ‘Werken in structuur’ heeft verschillende functies voor de bewoners. Sommigen vinden het belangrijk tegen de verveling en om iets om handen te hebben, anderen willen vooral aan hun werkpunten werken of nieuwe zaken leren. ‘Aanspreken’ is een manier om mensen bij te sturen of om ervoor te zorgen dat het werk gestructureerd blijft. ‘Aanspreken’ is voor sommigen ook een belangrijk hulpmiddel om eigen grenzen te leren afbakenen. De betekenis van een ‘zit’ voor de respondenten wordt in volgende uitspraak het beste weergegeven:

*“In een ‘zit’ houden mensen u dat voor en ze kunnen wel vanuit hun gevoel spreken, dat is ook de*

*bedoeling, maar het is geen encounter. Het is de bedoeling dat ze u de feiten voorhouden, verwachtingen stellen, u doen nadenken en iets meegeven om u te helpen.”*

In de categorie ‘gemeenschapsbevorderende activiteiten’ worden vooral uitspraken gedaan over de morgenmeetings. Die zijn volgens de respondenten vooral nuttig voor het uitwisselen van advies en feedback. “Hoe moet ik bepaalde zaken op een goede manier aannemen? Hoe kan ik aan mijn imago werken?” zijn thema’s die vaak aan bod komen tijdens de morgenmeetings.

Tenslotte, de laatste categorie ‘extra activiteiten en interventies’ omvat voor een groot deel uitspraken over het belang van sport, buitenprojecten en terugvalpreventie.

**Conclusie:** Wat volgens Deckers en Sintobin het vaakst aan bod kwam tijdens de gesprekken met de bewoners was het gevoel van ‘verbonden zijn met’. De banden die tijdens de behandeling gevormd worden vormen de ondersteuning die ze zowel tijdens als na de behandeling nodig achten.

*“Als we samen weggaan in het weekend dan voel je pas echt die verbondenheid. Continu voor elkaar zorgen en bij elkaar gaan om een babbeltje te doen...Ik vind dat wel belangrijk. En dan voel je echt de warmte ook wel van de mensen.”*

Verschillende activiteiten dragen bij tot dit proces: het aanspreken in structuur, het werken in structuur, de sportactiviteiten, de peergroep en de encountergroep werden in deze optiek het meest vermeld.

Een ‘normaal leven’ leren opbouwen is een tweede zaak die de bevroegde bewoners aansnijden als belangrijk. Naast het opbouwen van nieuwe sociale contacten willen bewoners de contacten met hun familie en vrienden onderhouden en/of versterken. Hoge appreciatie voor ouderavonden en familiegesprekken illustreren dit. Verder wordt het werken in structuur ook gezien als bevorderlijk



voor het verdere leven, ze leren werken, omgaan met gezag en zelf gezag uitvoeren. Broome, Simpson & Joe (2002) vonden in hun studie dat cliënten met een positief sociaal netwerk of cliënten die het sociaal netwerk opbouwen gedurende hun behandeling minder risico lopen op drugsgebruik na hun behandeling. De bewoners uit het onderzoek van Deckers en Sintobin beamen tenslotte ook wat Kennard (1998) zegt, namelijk dat het werken in structuur in schril contrast staat met het leven dat ze vroeger kenden.

Als derde aspect benadrukken de bewoners het belang van 'zelfhulp'; zelf verantwoordelijk zijn voor het bewerkstelligen van het groeiproces. De structuur verplicht de bewoners deze verantwoordelijkheid op te nemen vermits ze zelf moeten solliciteren om bepaalde verantwoordelijkheden te bekomen, zoals om de morgenmeeting te mogen leiden of om afdelingshoofd te worden. Bij dit solliciteren moeten de bewoners motiveren waarom ze deze verantwoordelijkheid willen opnemen. Het opnemen van verantwoordelijkheid geeft bewoners meer zelfvertrouwen en biedt hen de kans om aan zichzelf te werken. Wanneer we terugblikken op de definitie die Kooyman (1993) geeft van verslaafden (onvolwassen, onverantwoordelijke individuen, die niet in staat zijn om de bevrediging van hun noden uit te stellen, een laag zelfbeeld hebben en geen vertrouwen in zichzelf en in anderen hebben) probeert de TG aan al deze elementen te werken.

## Onderzoek 2: Veranderingen in het behandelingsproces van drugsverslaafden in TG (Ilse Goethals)

Het doel van de doctoraatsstudie is om met een aantal herhaalde metingen de ontwikkeling van TG bewoners in kaart te brengen en na te gaan in welke mate veranderingen in het behandelingsproces samenhangen met retentie. In dit artikel worden voorlopige resultaten m.b.t. het proces van behandeling van TG bewoners weergegeven. In onderstaande tabel vindt u eerst een overzicht van de voorlopige onderzoeksgroep.

N=152	Frequentie	%
<b>Geslacht</b>		
Man	133	83,3
Vrouw	22	16,7
<b>Leeftijd</b>		
18-25j	58	38,2
26-35j	80	52,6
36-46j	14	9,2
<b>Nationaliteit</b>		
Belg	148	97,4
Andere	4	2,6
<b>Burgerlijke staat</b>		
Getrouwd	2	1,3
Gescheiden	14	9,2
Nooit getrouwd geweest	136	89,5
<b>Hoogste behaalde diploma</b>		
Lager onderwijs	31	20,4
Lager beroepssecundair	31	20,4
Beroepssecundair deeltijds	54	35,6
Technisch secundair onderwijs	20	13,2
Algemeen secundair onderwijs	9	5,9
Niet universitair hoger	4	2,6
<b>Gebruikelijke werksituatie laatste 3 jaar</b>		
Volledige werkweek	79	52
Parttime	5	3,3
Arbeidsongeschikt, ziekte-invaliditeit	9	5,9
Werkloos	35	23
Gecontroleerde omgeving	17	11,2
<b>TG</b>		
TG De Kiem	45	29,5
TGG De Sleutel	23	15,1
TGM De Sleutel	20	13,2
TG De Spiegel	31	20,4
TG Katarsis	33	21,7

Van de totale groep respondenten ( $n = 152$ ) heeft 12,5 % de behandeling binnen de eerste drie weken stopgezet, 14,5% beëindigde de behandeling tussen de eerste en de tweede meting (tss de 1ste en 4de maand) en nog eens 22,4 % is gestopt tussen de tweede en de derde meting (tss 3de en 1ode maand).

### Dimensies van verandering

Om de evolutie van de respondenten in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van het 'Dimensions of Change Instrument' (DCI) (Orlando et al. 2006). Het instrument werd ontworpen om behandelingsproces en voortgang van cliënten in de TG te beoordelen alsook om gebieden in de behandeling te identificeren die ter verbetering vatbaar zijn. Dit met als doel om behandelingsuitkomsten en dus ook kwaliteit van behandeling te optimaliseren. Het DCI is een zelfrapportage-instrument en be vraagt het perspectief van de cliënt op acht dimensies van het behandelingsproces. De eerste vier dimensies zijn gesitueerd op het domein van het gemeenschapsproces (Mandell et al., 2008). De eerste dimensie 'verantwoordelijkheid in de gemeenschap' peilt naar de mate waarin de cliënt de gedragsstandaard accepteert. De tweede dimensie luidt 'duidelijkheid en veiligheid' en be vraagt de mate waarin de cliënt de doelen, structuur, patronen van persoonlijke interactie aanvaardt en hij zich veilig voelt in de therapeutische gemeenschap. Vervolgens peilt 'groepsproces' naar de mate waarin de cliënt zich bewust is van de actieve inbreng van bewoners tijdens groepstherapeutische activiteiten. 'Resident sharing, steun en enthousiasme' gaat de mate waarin de cliënt de bewoners ervaart als geëngageerd zijnde om persoonlijke gevoelens te delen en als steunend in sociale interacties na. De andere vier dimensies bevinden zich op het do-

mein van persoonlijke ontwikkeling. 'Introspectie en zelf-management' meet de mate waarin de cliënt persoonlijk zelfbewustzijn en reflectie vertoont en bezig is met zelf-managementbevorderende activiteiten. 'Positieve zelfattitude en abstinentie' peilt naar de mate waarin de cliënt gevoelens van zelf-effectiviteit en verbintenis om abstinentie te bereiken verbaliseert. De derde dimensie, 'probleemherkenning', brengt de mate waarin de cliënt erkent dat zijn gedrag en attitudes aan de basis liggen van zijn persoonlijke en interpersoonlijke problemen in kaart. De laatste dimensie binnen dit domein, 'sociaal netwerk', meet de mate waarin de cliënt interageert met een steunend sociaal netwerk buiten de therapeutische gemeenschap en dit netwerk onderhoudt (Paddock et al., 2007).

Het instrument werd op drie verschillende tijdstippen (1, 3 en 10 maanden na het opstarten van een TG behandeling) voorgelegd aan de respondenten. Om na te gaan of er een evolutie is in het behandelingsproces tussen de drie meetmomenten zal enkel rekening gehouden worden met de respondenten waarvan er op heden tenminste twee metingen zijn. De analyse van de data gebeurde a.d.h.v. een Paired Samples T-Test. Deze test vergelijkt de gemiddelden van twee variabelen tussen de twee meetmomenten. In dit onderzoek zijn deze variabelen, dus de verschillende dimensies, gesitueerd op de twee domeinen uit de DCI.

### Resultaten

Tabel 2 toont de gemiddelde scores van de respondenten ( $n = 97$ ) op de verschillende dimensies van de DCI tijdens de eerste twee metingen. Significante verschillen tussen de gemiddelde waarden worden weergegeven a.d.h.v. de t-score en de p-waarde (zie tabel 2).

Tabel 2. Gemiddelde DCI-scores, standaarddeviaties (SD), t-score en p-waarde voor meting 1 en 2

N=97 Dimensie	Meting 1	Meting 2	t-score	p-waarde
	Gem (SD)	Gem (SD)		
Verantwoordelijkheid in de gemeenschap	15.46 (2.60)	16.48 (2.11)	4.098	.000
Duidelijkheid en veiligheid	23.90 (3.90)	24.48 (3.62)	1.593	.115
Groepsproces	21.48 (3.94)	23.33 (3.66)	4.593	.000
Resident sharing, steun en enthousiasme	30.60 (4.45)	31.20 (4.14)	1.368	.174
Introspectie en zelf-management	22.91 (4.57)	24.78 (4.74)	4.510	.000
Positieve zelf-attitude en abstinentie	32.65 (6.02)	34.78 (5.25)	4.002	.000
Probleemherkenning	14.24 (4.04)	15.18 (4.62)	2.073	.041
Sociaal netwerk	10.40 (2.92)	10.90 (3.04)	2.040	.044

Tabel 2. Gemiddelde DCI-scores, standaarddeviaties (SD), t-score en p-waarde voor meting 1 en 3

N=39 Dimensie	Meting 1	Meting 3	t-score	p-waarde
	Gem (SD)	Gem (SD)		
Verantwoordelijkheid in de gemeenschap	15.56 (2.45)	17.56 (1.86)	6.164	.000
Duidelijkheid en veiligheid	23.72 (3.85)	26.00 (2.85)	3.929	.000
Groepsproces	21.38 (3.54)	25.18 (3.46)	5.685	.000
Resident sharing, steun en enthousiasme	30.03 (4.77)	32.92 (2.72)	4.525	.000
Introspectie en zelf-management	22.92 (4.37)	27.18 (3.74)	6.670	.000
Positieve zelf-attitude en abstinentie	32.68 (5.52)	37.50 (5.46)	5.611	.000
Probleemerkenning	14.36 (4.15)	16.08 (5.35)	2.296	.027
Sociaal netwerk	10.23 (2.57)	11.46 (2.85)	3.503	.001

Tabel 3: Gemiddelde DCI-scores, standaarddeviaties (SD), t-score en p-waarde voor meting 2 en 3

N=39 Dimensie	Meting 2	Meting 3	t-score	p-waarde
	Gem (SD)	Gem (SD)		
Verantwoordelijkheid in de gemeenschap	16.74 (2.15)	17.56 (1.86)	2.773	.009
Duidelijkheid en veiligheid	24.31 (3.40)	26.00 (2.85)	3.133	.003
Groepsproces	24.03 (3.24)	25.18 (3.46)	1.785	.082
Resident sharing, steun en enthousiasme	31.18 (4.14)	32.92 (2.72)	3.375	.002
Introspectie en zelf-management	25.13 (4.30)	27.18 (3.74)	2.989	.005
Positieve zelf-attitude en abstinentie	34.74 (4.60)	37.50 (5.46)	3.625	.001
Probleemerkenning	14.54 (4.90)	16.08 (5.35)	2.787	.008
Sociaal netwerk	11.21 (2.75)	11.46 (2.85)	.703	.487

Op het domein van het gemeenschapsproces werden voor twee dimensies significante veranderingen gevonden. De respondenten scoorden tijdens de tweede meting hoger op de dimensie 'verantwoordelijkheid in de gemeenschap' en 'groepsproces' dan tijdens de eerste meting. Op het domein 'persoonlijke ontwikkeling' werden voor alle vier dimensies significante verschillen gevonden. De onderzoeksgroep vertoont in de eerste vier maanden beduidend verandering op vlak van introspectie en zelf-management, positieve zelf-attitude en abstinentie. Ook voor probleemerkenning en het contact met een steunend sociaal netwerk scoorden de respondenten significant hoger tijdens het tweede meetmoment.

Tabel 3 toont de evolutie van de respondenten (n = 39) tussen de eerste en de derde meting. De p-waarden tonen aan dat voor alle DCI dimensies er significante veranderingen optraden. D.w.z. de bewoners die na tien maanden nog in behandeling zijn, scoren hoger op alle DCI dimensies dan tijdens de eerste maand in behandeling.

Wanneer we voor deze respondenten ook de verschillen nagaan tussen de tweede en de derde meting (zie tabel 3), dus tussen de vierde en de tiende maand, merken we dat de dimensies 'groepsproces' en 'sociaal netwerk' niet significant wijzigen t.o.v. de eerste meting.

## Discussie

De resultaten algemeen in beschouwing genomen kunnen we besluiten dat TG bewoners die minstens tien maanden in behandeling blijven significante vooruitgang maken op alle dimensies van de DCI. Dit betekent dat de behandeling in de TG de cliënten in stijgende mate ging stimuleren in het besef dat zij meewerken aan het slagen van het programma waarvan zij deel uitmaken, dat ze meer inzicht kregen in de doelen, de regels en de structuur van de TG, dat ze meer gingen geloven in het nut van groepsinterventies en daarin ook proberen hun peers actief te steunen en dat ze voldoende geëngageerd zijn en zich veilig voelen om eigen gevoelens met anderen te delen. De resultaten wijzen ook op het feit dat tijdens de behandeling TG bewoners meer zelfinzicht krijgen en vaardigheden aanleren voor het uitbouwen van een andere levensstijl, dat ze een positievere kijk hebben op zichzelf en hun kwaliteiten om tot verandering te komen, dat ze erkennen dat hun gedrag en attitudes aan de basis liggen van persoonlijke en interpersoonlijke problemen en dat zij in staat zijn om hun sociaal netwerk uit te bouwen of te onderhouden. De TG behandeling slaagde er m.a.w. in om voor een aantal belangrijke aspecten verandering teweeg te brengen bij de bewoners. Onderzoek toont trouwens aan dat een stijging van de DCI-scores gedurende de behandeling een goede voorspeller

is voor retentie in behandeling en het functioneren na de behandeling (Mandell et al., 2008).

Naast deze positieve bevindingen vonden we in het huidig onderzoek ook nog enkele niet-significante resultaten. Tussen de eerste en de tweede meting waren de veranderingen voor de dimensies 'duidelijkheid en veiligheid' en 'resident sharing, steun en enthousiasme' niet zo groot. Ook tussen de tweede en derde meting vonden we niet-significante verschillen voor de dimensies 'groepsproces' en 'sociaal netwerk'. Hoewel deze bevindingen nog niet veralgemeenbaar zijn, gezien het klein aantal respondenten, kunnen ze wel een indicatie zijn dat er op bepaalde momenten in de behandeling minder aandacht gegeven wordt aan deze dimensies. Immers, voor wat betreft de dimensie 'duidelijkheid en veiligheid'; wanneer de cliënt geen duidelijk inzicht heeft in de visie, doelen en processen van de therapeutische gemeenschap, wanneer men onvoldoende weet wat de verwachtingen zijn ten aanzien van zichzelf en onvoldoende ziet wat nodig is om tot goede resultaten te komen na de behandeling, zal de motivatie lager zijn om gedrag daadwerkelijk te gaan veranderen. Daarnaast kan een onveilig gevoel de participatie van de cliënt belemmeren en een stimulans zijn voor het vroegtijdig verlaten van de behandeling. Activiteiten die dergelijk proces mogelijk kunnen beïnvloeden zijn de morgenmeetings, huismeetings en de peers zelf. Bijvoorbeeld, leden die een goed rolmodel zijn, die de regels en de filosofie van de TG uitdragen, die een leidinggevende rol opnemen en die hun persoonlijke zorg en bezorgdheid uiten naar andere bewoners, zullen de TG veiliger maken.

De niet-significante verandering in 'resident sharing, steun en enthousiasme' tijdens de eerste vier maanden in de behandeling is mogelijk meer vanzelfsprekend. De TG legt namelijk de nadruk op de ontmoeting met andere personen in de behandeling, wat voor de meeste bewoners niet evident is gezien het tekort aan basisvertrouwen. Het samenleven met anderen in een gemeenschap heeft uiteindelijk wel tot doel te leren van elkaar en steun te vinden bij elkaar om zo tot gedragsverandering te komen en te kunnen werken naar een drugvrije levensstijl. Zelfhulp, sociaal leren en betrokkenheid bij anderen zijn van groot belang (Broekaert et al., 1996). Vooruitgang op deze dimensie gedurende de behandeling zou dus ook moeten bijdragen

tot betere resultaten achteraf. Voor de huidige onderzoeksgroep impliceert dit extra inspanningen tijdens de eerste vier maanden van behandeling.

De resultaten, waarin de verschillen tussen de tweede en derde meting zijn weergegeven (zie tabel 3), zouden een aanwijzing kunnen zijn dat er tussen de vierde en tiende maand in behandeling minder aandacht wordt gegeven aan het 'groepsproces' en het 'sociaal netwerk' van de cliënt. Analyse van de gemiddelde scores (tabel 2 en tabel 3) toont echter aan dat de grootste veranderingen reeds plaatsvonden tijdens de eerste vier maanden van de behandeling. Met het oog op kwaliteitsbevordering zou men kunnen nagaan of de bewoners voldoende beloond worden voor het opnemen van hun verantwoordelijkheid tijdens groepsbijeenkomsten zoals bijvoorbeeld voor het leiden van een seminarie. Omgekeerd dient men er ook over te waken dat de bewoners privileges kunnen kwijtspelen indien zij zich onvoldoende engageren in het groepsproces. De niet-significante resultaten voor de dimensie 'sociaal netwerk' zou mogelijks aan de vraagstelling zelf te wijten zijn. De items die peilen naar de beleving van de bewoners over hun sociaal netwerk luiden als volgt: 'Er zijn ook mensen buiten het programma die mij helpen een probleem te begrijpen; waar ik van hou en die maken dat ik me gewild voel; waarmee ik mij kan amuseren'. Aangezien een groot aantal respondenten geen of weinig ervaring heeft met een steunend sociaal netwerk ligt het voor de hand dat hier minder snel verandering zal optreden. Toch moet opgemerkt worden dat men het sociaal netwerk van de bewoners niet uit het oog mag verliezen aangezien onderzoek reeds heeft aangetoond dat het betrekken van belangrijke anderen een positieve invloed heeft op de retentie en op het leven van de cliënt na de behandeling (Soyez, 2004).

Tot slot moet opgemerkt worden dat de huidige resultaten enkel een bepaald aspect van het doctoraat belichten. Verdere dataverzameling en analyses moet aantonen welke cliëntkarakteristieken, programma-eigenschappen en activiteiten van behandeling verantwoordelijk zijn voor veranderingen in het behandelingsproces. Ook de mate waarin dit alles een invloed heeft op de retentie van de bewoners zal onderzocht worden.

*Ilse Goethals – Assistente aan de vakgroep Orthopedagogiek Universiteit Gent*



## Een bos als passend erbetoon aan leven na een verslaving

*In de nieuwe rubriek 'internationaal' willen we verslag uitbrengen over nieuwsberichten die ons uit therapeutische gemeenschappen van over de ganse wereld bereiken. We bijten de spits af met een bericht vanuit Phoenix Futures in Engeland. Zij planten vanaf nu een boom voor iedere gegradueerde.*



De eerste loten werden net geplant in een nieuw bos dat hopelijk zal uitgroeien tot een getuigenis van het leven na verslaving. Phoenix Futures heeft programma's voor mensen met drug- en alcoholproblemen in Engeland en Schotland. Zij zullen een boom planten voor iedere cliënt die een van hun programma's succesvol heeft afgerond.

Zo werden er de voorbije maanden 700 loten geplant door de cliënten van Phoenix, één voor iedere persoon die z'n verslaving heeft overwonnen.

John Crane, de initiatiefnemer van het project, zegt het als volgt: "Herstellen van een verslaving gaat over groeien en herboren worden. Een boom is een prachtig symbool voor herstel en een mooie metafoor voor groei. Voor mij is het essentieel dat de cliënt zelf de boom plant, zo wordt het bos een krachtige ervaring voor iedereen die er naar toe gaat".

Karen Biggs, de verantwoordelijke van Phoenix Futures hoopt dat het bos een plaats wordt waar ex-clieënten doorheen het jaar naar toe kunnen komen samen met hun familie en kinderen. Het toont de groei en de sterkte van mensen die doorheen een herstelproces gaan en het is een levend symbool van een individuele en collectieve verwezenlijking.

Het "Phoenix Forest" is een deel van het "Heartwood Forest" in Hertfordshire en wordt beheerd door de "Woodland Trust".



*Jaime Kinsella, die aan het einde is van haar programma en Stuart Plant van Phoenix Futures starten het nieuwe bos.*

## Meer dan de moeite waard

Twee jaar geleden was Wesley ons zorgenkind. Je zat heel diep, je was één hoopje ellende. We wilden je zo graag helpen maar telkens we onze hand reikten liet je hem weer los. Het was een heel moeilijke periode voor jou maar ook voor ons, jouw mama, oma en ikzelf.

We probeerden, deden ons best om je te helpen maar het lukte niet. Jij zag geen uitweg meer. Tot je in het ziekenhuis belandde en daar tot inkeer kwam en je besliste om te ontnemen met professionele hulp. Een ommekeer in jouw leven en ook in het onze. Vanaf dat moment kregen we weer hoop en beslisten we met heel ons hart om jou door dik en dun te steunen.

De Kiem werd een deel van jouw leven maar ook van het onze. We waren razend enthousiast want de wil was er bij jou. Twee jaar zijn we gekomen naar De Kiem voor bezoeken, familiegesprekken en activiteiten... We stonden als één man achter jou en je hebt onze uitgestoken hand godzijdank vastgenomen om ze nooit meer los te laten. Het was een zware periode voor ons allemaal maar meer dan de moeite waard.

Beetje bij beetje zagen we hoe je jouw leven weer in handen kreeg. Hoe je besefte dat het leven veel meer was dan alleen een roes. We zagen de vechtlust in je bovenkomen en je hebt het gehaald. En kijk nu eens, twee jaar later, hoe jij er terug staat. Hoe je nu zelfzeker een oplossing zoekt voor problemen en een nuchtere kijk op het leven hebt. En wij, wij zijn een super gelukkige mama, oma en tante.

*Marleen,  
tante van Wesley*

“ We zagen de vechtlust in je  
bovenkomen en je hebt het gehaald. ”

## Je programma ‘beleven’...

*Ik ben Wesley, vader van een zoon en een dochter. Vier jaar geleden kampte ik met een drugsverslaving en liep mijn relatie stuk. Op een dag kwam ik in het ziekenhuis terecht met een overdosis.*

Daar zeiden ze mij dat ik iets aan mijn verslaving moest doen. Ik heb toen voor het eerst in mijn leven de stap gezet naar een crisis programma. Na vele telefoontjes kwam ik 3 weken later in Kompas terecht. Kompas is een crisis programma van zo'n 8 weken. Ik wist al gauw dat dit niet genoeg zou zijn om mij uit het drugmilieu te houden.

Op een dag kwam er een bewoner uit De Kiem vertellen over de werking van De Kiem. Die persoon sprak mij aan. Ik ervaarde hem als iemand die wist waar hij mee bezig was en zelfvertrouwen had en ik voelde ook dat hij zelf geloofde in wat hij deed en vertelde. Bijna onmiddellijk heb ik toen besloten om ook een programma in De Kiem te volgen, omdat ik ook zo wilde worden, iemand met zelfvertrouwen die kan praten over zijn gevoelens. Enkel de tijd dat het programma duurde zag ik niet zitten.

Mijn eerste maanden in De Kiem liepen echt vlot. Dat kwam omdat ik er nog niet mezelf durfde zijn en tussen de lijntjes wilde lopen. Dat was het gemakkelijkste en zo had ik ook niet veel problemen. Tot op een dag dat ik er een gesprek had met iemand van de begeleiding. Die stelde me duidelijk dat je 2 dingen kan doen in De Kiem; ofwel je programma 'overleven' zoals ik toen deed of je programma 'beleven' en er dan veel sterker uit komen.

Eerst wist ik niet goed wat ik daar moest van denken. Toch zette het me aan tot nadenken en kwam ik kort erna tot de conclusie dat ik zo niet verder kon en dat ik er wel moest voor gaan. Geleidelijk aan ben ik dan begonnen met mij gevoeliger op te stellen. Ook begon ik de andere bewoners meer toe te laten. Gemakkelijk is dit voor mij niet verlopen. Ik heb ook vele bewoners zien vertrekken waar ik een goeie band mee had en telkens viel ik dan in een gat. Ik heb er mij iedere keer terug uit kunnen trekken door er genoeg over te praten met meerdere personen. Ook met mijn naaste familie gingen de gesprekken beter en beter. Zij waren voor mij een extra ruggesteun om door te zetten. Het contact met mijn kinderen begon ook weer op gang te komen en ik voelde mij steeds beter worden in het programma. De tijd ging heel snel en in 18 maanden

beeindigde ik mijn verblijf in de Therapeutische Gemeenschap.

In mijn programma ben ik ook terug het contact met mijn vader aangegaan. Dit was voor mij een grote stap, omdat ik reeds 26 jaar geen enkel contact meer had gehad met mijn vader. Uiteindelijk heb ik toch terug die stap gezet.

Voor mij was het programma heel belangrijk omdat ik er mijn gevoelens heb leren kennen. Dit was voor mij de zwaarste opdracht. Ik kende eigenlijk maar twee gevoelens en dat waren woede en vreugde. Maar andere gevoelens zoals pijn, schaamte of verdriet kende ik niet. Daar ging ik dan in de emotionele groepen mee aan de slag.

“*Ik wilde ook zo worden, iemand met zelfvertrouwen die kan praten over zijn gevoelens.*”

Mijn halfweghuisprogramma liep ook niet zo vlot. Ik had er in het begin veel schrik en durfde niet echt veel ondernemen. De begeleiding dwong mij al gauw om dingen te gaan doen en zo ben ik stap voor stap begonnen met nieuwe contacten te leggen. Zo leerde ik ook mensen kennen die reeds hun programma positief afgerond hadden. Dit stimuleerde me om verdere stappen te zetten. Ik ging terug voetballen in Melsen, een ploeg uit 3e provinciale. Kort erna vond ik ook een vaste job, waar ik nu reeds 1,5 jaar werk.

Na het halfweghuis, waar ik toch ook 1 jaar ben geweest, ging ik alleen wonen. Nu voel ik dat ik mijn leven terug in handen heb. Ik woon nu reeds 8 maanden samen met mijn nieuwe vriendin, ik zie mijn kinderen om de 14 dagen en ik voel me heel gelukkig.

Wesley





## Colofon

### Redactie

Dirk Calle, Rudy Bracke,  
Dirk Vandevelde

### Eindredactie

Dirk Vandevelde

### Fotografie

Dirk Calle

### Vormgeving

dotplus

Wil u verder geïnformeerd blijven over de werking van De Kiem en de evolutie van het therapeutisch programma, aarzel dan niet een abonnement te nemen. Abonnementen kosten 12,50 euro voor vier nummers, te storten op rekeningnummer 001-2165231-73 van v.z.w. De Kiem, 9890 Gavere. Voor giften vanaf 30,00 euro kan u een attest voor fiscale vrijstelling bekomen.

## Adressen

### Directie

Dirk Vandevelde

### Medisch team

Dr. Luc Foucart,  
Dr. Philippe Verbessem

### Supervisie programma

Rudy Bracke

### Preventie & stages

Dirk Calle

### Familiebegeleiding

Hilde Tatraï, Annette Titeca,  
Krista De Planter

### Sociale Dienst

Daisy De Thaey, Tanja De Bruycker

### Tipi, verslaafde moeders (vaders) met kinderen

Luca Littera, Marlies Hoorens

### Contactadres

De Kiem vzw  
Vluchtenboerstraat 7A  
9890 Gavere  
Tel. 09/389.66.66  
Fax 09/384.83.07  
admin@dekiem.be

### Opname

Nadine De Lange

### Ambulante begeleiding

Jo Thienpont, Sylvie Pannecoucke,  
Maya van Zelst, Sija De Koning,  
Krista Vanderstraeten, Katy Paulus,  
Katrien Van Damme, Ann Hoste,  
Ruth Verbeken

### Gevangeniswerking

Hugo Vander Meeren

### Contactadres

#### Ambulant Centrum Gent

Kortrijksesteenweg 185, 9000 Gent  
Tel. 09/245.38.98  
Fax 09/245.41.71  
ambulant.gent@dekiem.be

#### Ambulant Centrum Ronse

Oswald Ponettestraat 31  
9600 Ronse  
Tel. 055/21.87.00  
ambulant.ronse@dekiem.be

#### Antenne Geraardsbergen

Abdijstraat 2, 9500 Geraardsbergen  
Tel. 055/21.87.00  
ambulant.geraardsbergen@dekiem.be