

Effectiviteit van klinische behandeling van alcoholisten

door J.C. van de Velde, G.E. Schaap en H. Land

Samenvatting

In dit onderzoek is nagegaan of klinisch behandelde alcoholisten en andere addicten verbeteren, en waarmee de verbetering samenhangt. Daartoe zijn de addicten bij opname en periodiek erna benaderd met vragenlijsten. Aanvankelijk deden 881 patiënten mee, bijna driekwart mannen en een kwart vrouwen. Driekwart is alcoholist, de rest vooral afhankelijk van drugs of psychofarmaca. De response bij follow-up bedroeg circa 60%. Bij follow-up is een drastische afname van alcohol- en druggebruik te constateren. Ook verbetert de algemene toestand. Veel verbeteren patiënten die reeds eerder in de betreffende kliniek waren opgenomen, die relatief weinig ernstige psychopathologie en weinig egocentrisme hebben, en een relatief hoge opleiding hebben. Relatief effectief is de behandeling in de Hiërarchisch gestructureerde Therapeutische Gemeenschap, die een deel van de patiënten onderging. De generaliseerbaarheid en de implicaties van de resultaten worden besproken. Hetgeen onder andere uitmondt in een pleidooi voor een zorgvuldige indicatiestelling.

Inleiding

Het onderhavige empirische onderzoek richt zich op de klinische behandeling van alcoholisten en van addicten aan illegale drugs of aan psychofarmaca. Het gaat hier om chronisch excessieve drinkers en gebruikers met een afhankelijkheidssyndroom, die daarvan schadelijke gevolgen ondervinden in lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Kenmerkend voor het afhankelijkheids- of addictiesyndroom is een subjectief ervaren verlies van vrijheid om het drinken of gebruiken te reguleren. Centraal in het onderzoek staat in welke mate de patiënten verbeteren en waaraan de eventuele verbetering is toe te schrijven. Speciale aandacht wordt besteed aan de effectiviteit van de klinische behandeling in de Hiërarchisch gestructureerde Therapeutische Gemeenschap (HTG) (Schaap 1982, 1987), die van toepassing is op een deel van de onderzochte patiënten.

De bedoeling van dit artikel is niet een uitvoerige schets te geven van de bevindingen van soortgelijke studies; zie daarvoor Schaap (1987). Volstaan wordt met een korte impressie. Emrick (1974, 1975)

concludeert op basis van vele effectiviteitsstudies dat behandeling van alcoholisten de kans op verdere drinkproblemen verkleint. Dat geldt dan vooral voor klinische behandelvormen die worden gevolgd door ambulante nazorg. Vaak wordt gevonden dat ongeveer een derde van de patiënten abtinent is na een korte follow-up-periode, terwijl bij de rest zich overigens wel een daling van het drankgebruik voordoet. Bij langere follow-up-periode daalt de gemiddelde verbetering enigszins. De geconstateerde verbetering beperkt zich trouwens niet tot het drinkgedrag, maar strekt zich ook uit tot het psychosociaal functioneren (Nace, Saxon en Shore 1986). In het algemeen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de hoeveelheid behandeling samenhangt met een gunstig resultaat (zie Armor, Polich en Stambul 1987). Dit verband kan moeilijk los gezien worden van het feit dat de motivatie van de patiënt vaak als sleutelvariabele wordt beschouwd (zie Emrick 1974). In grote trekken komen de resultaten van dergelijke studies bij alcoholisten overeen met bevindingen aangaande drugaddicten. Bij de klinische behandeling van drugaddicten wordt in de praktijk meer gebruik gemaakt van het HTG-model dan bij alcoholisten. HTG's voor drugaddicten zijn effectief voor hen die de behandeling voltooiën (Smart 1976; De Leon 1984). De vraag is nu of HTG's ook voor alcoholisten effectief zijn.

Vaak wordt bij dergelijke effectiviteitsstudies de methode van zelfrapportage gebruikt, hetgeen als valide te boek staat (zie McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien en Druley 1983). Een tweede kenmerk is dat het meestal niet om experimenteel onderzoek gaat, hoewel soms wel verschillende behandelwijzen tegen elkaar worden afgezet. Ook de onderhavige studie is geen experiment, maar een survey of veldonderzoek, waarin de respondenten (ex-)patiënten zijn. Patiënten die binnen een categoriaal psychiatrische instelling, te weten de Stichting Nieuw Hoog-Hullen te Eelde, wegens ernstige problemen met vooral alcohol- en druggebruik zijn opgenomen. Bij opname en periodiek erna vulden de respondenten vragenlijsten in om gegevens te verschaffen over het verloop van het gebruik en van de problemen. In strikte zin is er geen sprake van een pre-post-design. Immers bij de periodieke follow-ups is een aanzienlijk deel van de respondenten nog of weer in behandeling.

De afhankelijke variabelen waar het in dit onderzoek vooral om gaat, hebben betrekking op verbetering van de patiënt. De onafhankelijke variabelen zijn te onderscheiden in twee groepen: kenmerken van het individu en van de behandeling die deze onderging. De individuele kenmerken zijn vastgelegd bij opname en worden hier Intakevariabelen genoemd. Ze bestaan uit persoonlijkheidskenmerken, afhankelijkheidskenmerken en variabelen die het functioneren in algemene zin en op diverse levensgebieden in kaart brengen. Bij de follow-ups wordt onder andere gevraagd naar de verbetering of verslechtering van dergelijke levensgebieden. De Behandelingsvariabelen betreffen de

hulp of behandeling die de patiënten hebben gekregen na de opname van maximaal een maand in het crisis- en introductiecentrum van de Stichting Nieuw Hoog-Hullen of voorafgaand aan het moment van de follow-ups. Centraal in de analyses staan de verbanden tussen Intake-, Behandelings- en Verbeteringsvragen. De relaties tussen Intake en Verbetering geven aan welke patiënten een gunstige prognose hebben. Die tussen Behandeling en Verbetering laten zien welke behandeling al dan niet goed werkt. En die tussen Intake en Behandeling tonen welke patiënten bepaalde behandelingen krijgen.

Toetsen of de HTG effectiever is dan andere vormen van behandeling is met het onderhavige onderzoek alleen niet mogelijk. De verwachting is echter wel dat de groep die in de HTG is behandeld, minstens evenveel of meer verbetert dan de overige patiënten. Indien deze verwachting uitkomt kan dit als een pleidooi voor het HTG-model worden opgevat.

Methode

Respondenten in dit onderzoek zijn (ex-)patiënten die opgenomen zijn geweest binnen de Stichting Nieuw Hoog-Hullen tussen medio 1982 en medio 1984. Nieuw Hoog-Hullen beschikt onder andere over een detox-, crisis- en introductiecentrum, de Beukemakliniek genaamd, waar opname plaatsvindt, en over twee HTG's, Hoog-Hullen en de Breegweestee, waar een deel van de patiënten een intensieve klinische behandeling krijgt. Een afgerond verblijf in de HTG duurt (ruim) een jaar. Vele TG-patiënten onderbreken de behandeling tijdelijk of staken in het geheel de behandeling (Van de Velde, Hartman en Land 1987). Bij de behandeling wordt duurzame abstinentie, gedragsverandering en resocialisatie nagestreefd.

Het aantal respondenten was bij Intake 881. In principe doen alle patiënten die in voornoemde periode opgenomen werden, mee aan het onderzoek. Ruwweg driekwart is alcoholist, een kwart heroïne-addict. Bovendien is zo'n 15% afhankelijk van psychofarmaca. Het aantal poly-druggebruikers bedraagt minstens 20%. Ongeveer driekwart van de patiënten bestaat uit mannen, een kwart uit vrouwen. Tweederde wordt door een CAD verwezen naar de Beukemakliniek. Op elke verwijzing volgt opname tenzij de patiënt psychotisch is of daadwerkelijke verpleging behoeft. Driekwart van de patiënten is afkomstig uit de drie noordelijke provincies, het primaire verzorgingsgebied van Nieuw Hoog-Hullen. Een aantal nadere kenmerken van de patiënten, i.c. de respondenten staat vermeld aan het begin van de sectie Resultaten.

Bij Intake werden drie vragenlijsten bij de respondenten afgenomen: de Michigan Alcoholism Screening Test, de MAST (Casselmann 1977), die gebruikt is om de ernst van alcoholmisbruik te kwantificeren, de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst, de NPV (Luteijn 1974) die

zeven persoonlijkheidsdimensies meet, en een zelf ontwikkelde lijst die vergelijkbaar is met bij voorbeeld de Nieuwkoopse Vragenlijst (Tremonti en Wagenborg 1976) en die belangrijke levensgebieden in kaart brengt. Levensgebieden zoals gezin, werk, opleiding, relaties, lichamelijke en psychische gezondheid, vrije tijd en criminaliteit.

In dit onderzoek zijn drie follow-up-momenten gebruikt. Bij zo'n follow-up-meting krijgt de respondent een aangepaste versie van de zelf ontwikkelde lijst in te vullen. Dat wil zeggen dat sommige vragen herhaald worden en dat expliciet naar verbetering of verslechtering van de diverse levensgebieden en naar het verloop van het middelengebruik wordt gevraagd.

De Intake-lijsten werden door de respondenten vrij snel na opname in de Beukemakliniek ingevuld. Acht maanden daarna dienden ze de eerste Follow-up-lijst in te vullen en terug te sturen. Het tijdsinterval is dus gerelateerd aan het begin van de opname (zie ook Edwards, Orford, Egert, Guthrie, Hawker, Heusman, Micheson, Oppenheimer en Taylor 1977). De tweede en derde Follow-up volgden anderhalf respectievelijk tweeënhalf jaar na Intake. Ten tijde van de analyses was nog slechts een deel van de gegevens uit de derde Follow-up beschikbaar. Het accent ligt in dit artikel op de tweede Follow-up.

Uiteraard konden niet alle 881 Intake-respondenten bij follow-up opgespoord worden. In de loop van het onderzoek overleden minstens 27 personen, 54 verbleven op een onbekend adres en 60 weigerden expliciet mee te doen. Aan Follow-up 1 deden 546, aan Follow-up 2 465 respondenten mee. Dat is een response van 62 respectievelijk 53%. Rekening houdend met overlijden, onbereikbaarheid, te grote onvolledigheid van de geretourneerde vragenlijsten en expliciete weigering kunnen we eventueel spreken van een response-percentage van 74 bij Follow-up 1 en van 63 bij Follow-up 2. In elk geval is de response niet te hoog maar voldoende om zinnige uitspraken op te kunnen baseren; Polich, Armor en Braiker (1981) concluderen dat de generaliseerbaarheid van dergelijke effectiviteitsstudies pas in gevaar komt als de non-response hoger dan 40% is. Van 240 respondenten bij Follow-up 3 zijn de gegevens gebruikt.

Resultaten

Toestand bij Intake – In tabel 1 staan enkele kenmerken van de respondenten bij Intake, uitgesplitst naar het soort middel dat gebruikt werd. Poly-druggebruikers kwamen in meer dan één subgroep voor. Van de 881 respondenten zijn 56 niet afhankelijk van alcohol, drugs of psychofarmaca, maar hebben eetproblemen, gokken veel, zijn depressief of hebben andere ernstige psychiatrische problematiek; deze respondenten vallen dus niet onder een der drie subgroepen van tabel 1. De alcoholgroep onderscheidt zich door een relatief hoog percentage personen die inkomsten uit arbeid hebben. De drugsgroep door een re-

Tabel 1: Gemiddelde scores of percentages van enkele Intake-variabelen bij de Totale (T), de Alcohol- (A), de Drug- (D) en de Psychofarmacagroep (P)

Item	gemiddelde of percentage			
	T	A	D	P
	N=881	N=638	N=203	N=125
Geslacht: % vrouwen	22	20	22	35
Leeftijd in jaren	34	36	25	35
Religie: % godsdienstigen	45	45	41	46
Baan: % werknemers e.d.	32	36	21	24
Burgerlijke Staat: % gehuwden	27	31	10	26
Alcohol: % verslaafd	74	(100)	23	72
Drugs: % verslaafd	23	7	(100)	23
Psychofarmaca: % verslaafd	15	14	14	(100)
Eerder behandeld: % (≥ 2 keer)	62 (35)	65 (36)	68 (39)	72 (53)
Strafblad: % plegers delict	63	59	86	61
Opleidingsniveau: schaal 1..7	4.1	4.1	4.2	4.0
MAST	25	31	11	26
NPV – Inadequatie	25	26	25	29
– Sociale Inadequatie	16	16	15	18
– Rigiditeit	27	28	22	27
– Verongelijkheid	24	24	24	25
– Zelfgenoegzaamheid	12	13	12	12
– Dominantie	14	14	14	14
– Zelfwaardering	21	21	20	18

latief lage leeftijd, door een lager percentage gehuwden en door meer criminaliteit. De psychofarmacagroep onderscheidt zich door een hoger percentage vrouwen en door meer polydruggebruik. Het gemiddelde opleidingsniveau van de respondenten wijkt weinig af van het landelijk gemiddelde. Op de MAST scores alle drie groepen hoog, maar de alcoholisten uiteraard het hoogst. Wat betreft de NPV wijken de respondenten weinig af van psychiatrische patiënten in het algemeen (zie Luteijn, Starren en Van Dijk 1985). Dit wijst erop dat de respondenten relatief veel psychiatrische problematiek hebben.

Zoals gezegd bestaat de zelf ontwikkelde Intake-lijst onder andere uit vragen die een aantal levensgebieden inventariseren. We gebruiken nu de antwoorden op de meest saillante vragen om het functioneren van de gehele steekproef nader te karakteriseren.

Leef- en werksituatie. Ruim de helft van de respondenten is bij Intake alleenstaand. Eenderde is één of meer keren getrouwd geweest; van alle respondenten is 10% wegens addictieproblemen gescheiden. Eenderde heeft inkomsten uit arbeid, inclusief ziektegeld. De helft heeft financiële problemen. Eenderde heeft volledig met werken moeten stoppen wegens afhankelijkheidsproblemen. Bijna een vijfde geeft aan geen hobby's te hebben, de overigen zijn redelijk tevreden over de wijze waarop ze hun vrije tijd besteden.

Gezondheid. Een kwart voelt zich lichamelijk slecht. Een item dat voor een lichamelijke klacht staat, zoals maagklachten, pijn en leveraandoening, wordt gemiddeld door zo'n 30% aangekruist. De respondenten hebben veel psychische klachten en onlustgevoelens: 63% is angstig, 36% verward; 70% gespannen en 57% depressief. Verder geeft 31% aan suïcidegedachten te hebben; 35% heeft ooit een suïcideopganging gedaan.

Jeugd en onderwijs. Bijna een kwart van de respondenten geeft aan dat vader afhankelijkheidsproblemen had en eenderde dat dit bij een ander naast familielid het geval was. In 10% van de gevallen is de vader van de respondent wegens een delict veroordeeld. De helft van de vaders heeft een opleiding beneden het niveau van Lager Beroepsonderwijs. Zo'n 30% van de respondenten zelf heeft minder opleiding dan Lager Beroepsonderwijs; 17% heeft minstens VWO-niveau.

Relaties. De helft geeft aan goede relaties met vrienden te hebben, 5% slechte. Met vader is/was de relatie relatief het slechtst: ruim 40% noemt de relatie goed en 20% slecht. Ruim de helft heeft relatieproblemen en bijna 40% problemen met het leggen van contacten. Ruim een kwart heeft seksuele problemen. Over de momentane seksuele relaties is ruim eenderde tevreden en ruim eenderde ontevreden. Ruim eenderde had verschillende partners in eenzelfde periode. Aan een geslachtsziekte lijdt/leed 13%.

Middelen. Van alle respondenten heeft bijna de helft wel eens heimelijk of stiekem alcohol gedronken, dat is dus ongeveer tweederde van de alcoholisten. De helft van alle respondenten dronk vóór opname meer dan, omgerekend, 150 cc pure alcohol per dag. Het gemiddelde van alle respondenten is 192 cc per dag, hetgeen overeenkomt met ongeveer 15 glazen ofwel bijna vier liter bier. Verder heeft bijna een kwart van alle respondenten wel eens heroïne gebruikt: 23% is afhankelijk van drugs. In volgorde van preferentie zijn dit: heroïne, hash/marihuana, cocaïne, methadon, amfetamine, morfine en snuifmiddelen. De helft van de drugaddicten geeft meer dan 500 gulden per week uit aan drugs. Van alle respondenten is 14% afhankelijk te noemen van psychofarmaca. Lichte kalmerende middelen (anxiolytica) en slaapmiddelen worden het meest gebruikt: 43 respectievelijk 26% van alle respondenten. Zo'n 20% geeft aan eerder wegens addictieproblemen binnen Nieuw Hoog-Hullen te zijn behandeld, waarvan ruim eenderde in een van beide TG's. In het algemeen eerder behandeld is 62%; buiten Nieuw Hoog-Hullen opgenomen is 17%. Ruim eenderde heeft meer dan twee behandelingen wegens afhankelijkheid achter de rug vóór de momentane opname in de Beukemakliniek.

Criminaliteit. Slechts 37% van de respondenten is niet veroordeeld geweest wegens een delict. Vóór het 18e levensjaar is 12% al eens veroordeeld. Rijden onder invloed van alcohol komt bij 38% van alle respondenten voor, diefstal e.d. bij 25%, geweldpleging bij 14% en handelen in drugs bij 9%. Van alle respondenten heeft 4% langer dan een jaar

in de gevangenis gezeten. Voorafgaand aan problematisch gebruik is bijna een vijfde van de respondenten al eens veroordeeld.

De populatie patiënten van Nieuw Hoog-Hullen laat zich in het kort als volgt weergeven. Naast ernstige afhankelijkheid van alcohol, drugs e.d. vertonen de patiënten veel afhankelijkheidsgerelateerde klachten, matige tot ernstige psychiatrische en/of psychosociale problematiek en veel criminaliteit. Verder hebben ze een slechte werksituatie en vaak een uitgebreide behandelingscarrière.

Verbetering bij Follow-up – De door de respondenten ingevulde Follow-up-lijsten maken het mogelijk op twee manieren een beeld te krijgen van de eventuele verbetering in de toestand van de patiënten sedert opname. De eerste is via Verbeteringsvariabelen van het type: gaat het met u slechter/onveranderd/beter sinds opname. De tweede manier betreft Toestandsvariabelen: gaat het met u slecht/matig/goed. Een aantal van dit laatste type vragen is bij zowel Intake als de Follow-up beantwoord.

In tabel 2 staan de gemiddelden van een aantal Verbeteringsvariabelen wat betreft het functioneren op een aantal levensgebieden inclusief middelengebruik. De vragen bestaan uit een driepuntsschaal: 1 = slechter, 2 = onveranderd, 3 = beter. Verbetering van alcoholgebruik

Tabel 2: Gemiddelden op Verbeteringsvariabelen tijdens Follow-up 1, 2 en 3 en Percentages Verslechterd en Verbeterd tijdens Follow-up 2 vergeleken met de toestand bij Intake

	Follow-up			Follow-up 2	
	1	2	3	verslechterd	verbeterd
Wonen	2.2	2.3	2.5	10%	42%
Werken	2.2	2.4	2.5	13%	48%
Financiën	2.1	2.1	2.0	25%	31%
Lichamelijke toestand	2.6	2.6	2.6	8%	66%
Contacten leggen	2.3	2.4	2.4	6%	42%
Relaties	2.5	2.5	2.6	6%	61%
Seksualiteit	2.3	2.3	2.4	11%	42%
Welbevinden 1	2.7	2.7	2.8	6%	80%
Welbevinden 2	2.6	2.7	2.8	7%	81%
Alcoholgebruik	2.8	2.8	2.8	6%	85%
Druggebruik	2.7	2.5	2.5	19%	68%
Psychofarmacagebruik	2.4	2.2	2.4	30%	50%
Algehele Toestand 1	2.6	2.6	2.7	2%	64%
Algehele Toestand 2	2.6	2.6	2.7	9%	91%
Hobby's e.d.	2.2	2.3	2.4	15%	49%
Clubs e.d.	2.0	2.1	2.1	24%	32%
Maatsch. activiteiten	1.9	2.0	2.0	24%	20%
'Baat van (vervolg)behandeling'	2.7	2.7	2.8	1%	75%

e.d. betekent uiteraard vermindering van gebruik. De grootste verbetering die uit tabel 2 blijkt, betreft het alcoholgebruik, welbevinden, algehele en lichamelijke toestand. Gelijk bleven de financiële situatie en een aantal aspecten van vrije tijd (clubs, maatschappelijke activiteiten e.d.). De satisfactie, baat van de eventuele behandeling(en) na de Beukemakliniek ligt evenzeer op een goed niveau. In het algemeen kan gesteld worden dat de gemiddelde verbetering van Follow-up 1 beklijft bij de latere Follow-ups. De verbetering van het druggebruik is echter bij Follow-up 1 relatief het hoogst. Verder valt uit tabel 2 af te lezen dat zo'n 10% van de respondenten op een willekeurige vraag bij Follow-up 2 aangeeft te zijn verslechterd ten opzichte van de Intake. Opvallend is daarbij de 30% die meer psychofarmaca is gaan gebruiken.

Met name de vier globale vragen in tabel 2 betreffende welbevinden en algehele toestand correleren onderling sterk: in de orde van .60. Verder komt er geen enkele negatieve correlatie tussen de Verbeteringsvariabelen voor. Lichamelijke Toestand correleert in de orde van .50 met de vier globale vragen. De variabelen Baat van behandelingen, Relaties, Alcoholgebruik en Werk correleren onderling en met de globale vragen in de orde van .40. Dit houdt dus in dat minder alcoholgebruik samen gaat met het verbeterd algemeen functioneren.

We geven nu een kort overzicht van enige saillante Toestandsvaariabelen. Ten eerste het alcoholgebruik. In tabel 3 staan drie vragen met antwoordfrequenties betreffende het gebruik. Dronk vóór opname 77% meer dan 40 cc alcohol, bij de Follow-ups is dit slechts rond 25%.

Tabel 3: Percentages heimelijke drinkers, frequentie van alcoholmisbruik, en gemiddelde hoeveelheid geconsumeerde alcohol bij alle respondenten

Vraag	Vóór	opname	1	2	3
Drinkt heimelijk					
nee	= 1	52%	83%	88%	86%
soms	= 2	30%	13%	9%	11%
vaak	= 3	18%	5%	3%	3%
gemiddeld		1.7	1.2	1.1	1.2
Frequentie misbruik					
elke dag	= 4	47%	10%	8%	9%
weekend	= 3	17%	8%	8%	6%
< 2x per week	= 2	14%	12%	11%	12%
nooit	= 1	23%	70%	74%	72%
gemiddeld		2.9	1.6	1.5	1.5
Dagelijkse cc alcohol					
0- 40		23%	75%	79%	80%
41-200		43%	20%	14%	14%
201-400		24%	4%	5%	4%
> 400		10%	2%	3%	2%
gemiddeld		192 cc	47 cc	47 cc	40 cc

Dit betekent dat het percentage alcoholisten dat abtinent is of normaal drinkt (drie à vier glazen), bij Follow-up rond de 60 à 70% ligt. Het aantal (ex-)alcoholisten dat helemaal geen alcohol meer drinkt bedraagt bij Follow-up bijna 50% en ligt bij de overige Follow-ups op vergelijkbaar niveau.

Tabel 4 schetst een beeld van het gebruik van de overige middelen. Het gebruik van heroïne daalt van 24% bij Intake naar zo'n 10% bij de Follow-ups. Dit betekent dat zo'n 60% van de heroïnegebruikers clean is. Aan drugs besteedden alle respondenten vóór opname gemiddeld *f* 180,-, bij de drie Follow-ups respectievelijk *f* 30,-, *f* 40,- en *f* 20,- per week. De 25 respectievelijk 15% die meer dan *f* 50,- respectievelijk *f* 400,- per week aan drugs uitgaf, daalt bij Follow-up 1 tot 6 respectievelijk 2%. Ook hier zien we dat de uiteindelijke gemiddelde verbetering al tijdens Follow-up 1 bereikt wordt. Deze resultaten tonen een wat gunstiger beeld dan Onstein (1987) op grond van recent literatuuronderzoek voorspiegelt. Verder zien we bij psychofarmaca eveneens een gemiddelde daling van het gebruik.

Gezien het accent dat in dit onderzoek op de alcoholisten ligt, is de volgende uitkomst van belang. Bij Follow-up 2 komt bij 69% van de alcoholisten geen alcoholmisbruik meer voor, waarvan bijna tweederde goed functioneert en ruim eenderde slecht. Van de 31% die nog wel misbruik vertoont, functioneert ruim tweederde slecht en bijna eenderde goed.

Voorspellen van verbetering – Vervolgens is van belang na te gaan waar de zojuist beschreven verbetering aan toe te schrijven is. Hangt de verbetering samen met kenmerken die bij opname zijn vastgelegd,

Tabel 4: Percentages gebruikers van drugs en psychofarmaca bij alle respondenten

	Vóór opname	Follow-up		
		1	2	3
Heroïne	24	10	8	8
Cocaïne	18	5	5	6
Methadon	16	4	5	4
Amfetamine	15	3	3	3
Marihuana e.d.	24	14	12	13
Morfine	4	0	0	0
Snuifmiddelen e.d.	3	1	0	0
LSD	9	1	1	0
Slaapmiddelen	26	12	9	8
Zware kalmerende middelen	5	2	2	1
Antidepressiva	6	4	2	2
Gewone kalmerende middelen	43	23	16	13
Pijnstillers	16	9	9	12

met de eventuele verdere behandelingen, of met zowel Intake- als Behandelingsvariabelen? Deze vraag is te beantwoorden met behulp van multiële regressie-analyse. In dit geval wordt achtereenvolgens een aantal verbeteringscriteria van Follow-up 2 voorspeld. Ten eerste door Intake-variabelen, ten tweede door Behandelingsvariabelen en ten derde door Intake- en Behandelingsvariabelen samen. Voorafgaand aan de bespreking van de regressie worden de gebruikte Intake- en Behandelingsvariabelen toegelicht.

Uit het Intake-materiaal zijn twaalf onafhankelijke factoren met behulp van factoranalyse getrokken; voor de procedure zij korthedshalve naar Schaap (1987, p. 273 e.v.) verwezen. De factoren laten zich als volgt omschrijven.

Drugs Alcohol Contrast. Hoog op deze factor scoren alcoholisten en vooral degenen die heimelijk drinken. Druggebruikers scoren hierop laag en vooral degenen die druggerelateerde criminaliteit vertonen.

Neuroticisme. Hoog scoren zij die veel psychiatrische en lichamelijke klachten hebben. De NPV-schaal Inadequatie heeft een positieve lading op deze factor.

Psychosociale Klachten. Degenen die problemen hebben met sociale en seksuele relaties, scoren hoog.

Assertiviteit. NPV-Dominantie en NPV-Zelfwaardering hebben een positieve lading, Sociale Inadequatie van de NPV een negatieve lading. Dit betekent dat personen die graag leiding geven, een positieve instelling hebben en weinig sociale angst vertonen, hoog op de factor scoren.

Alcoholproblemen. Personen die veel alcohol drinken en een hoge MAST-score hebben, scoren hoog op de factor.

Psychiatrische Problematiek. Personen die vaak eerder behandeld zijn wegens afhankelijkheidsproblemen, veel psychofarmaca gebruiken, en suïcidaal zijn, scoren hoog.

Egocentrisme. NPV-Verongelijkheid en NPV-Zelfgenoegzaamheid hebben een hoge lading op de factor. Dit betekent dat zij die hoog scoren op de factor, weinig zelfkritiek en weinig vertrouwen in anderen hebben.

Lage SES. Lage sociaal-economische status. Het opleidingsniveau van de respondent en de sociaal-economische status van de vader heeft op de factor een negatieve lading.

Werkende mannen. Op deze – niet zo fraaie – factor scoren mannen hoog, en degenen die werk hebben en dat werk juist veel verzuimen.

Gescheiden. Hoe meer huwelijken iemand achter de rug heeft, hoe hoger deze scoort op de factor.

Zware Criminaliteit. Personen die lang in de gevangenis hebben gezeten, TBR hebben of een lange criminele carrière hebben, scoren hoog.

NHH-Recidivisme. Nieuw Hoog-Hullen Recidivisme. Hoe vaker iemand binnen Nieuw Hoog-Hullen is opgenomen of behandeld, hoe hoger de score.

De vragenlijsten bij Follow-up bevatten een aantal vragen die met behandeling tussen Intake en Follow-up te maken hebben. Op basis van die vragen zijn twaalf variabelen geselecteerd, die zich als volgt laten omschrijven.

Acht ervan hebben betrekking op de soort behandeling die men onderging tussen Follow-up 1 en 2: AA (Anonieme Alcoholisten), CAD, *Ambulant* buiten het CAD, heropname *Beukemakliniek*, *Verslavingskliniek* buiten Nieuw Hoog-Hullen, nog een ander *Ziekenhuis*, *Refusal* e.d., en *Anderszins*. Het aantal personen waarop de behandelingen van toepassing waren, varieerde van 5% (Ziekenhuis) tot 21% (CAD). Twee variabelen hebben betrekking op TG-behandeling tussen Intake en Follow-up 2: *Hoog-Hullen* en *Breegweestee*. Beide variabelen lopen van 'geen behandeling' via 'drop-out' via 'nog in behandeling' tot 'behandeling voltooid'; de frequentieverdeling is in beide gevallen ongeveer 80, 10, 5 en 5%. Ten slotte de twee laatste variabelen: *Aantal* behandelingen tussen Follow-up 1 en 2; en *Status* ten tijde van Follow-up 2 variërend van 'niet in behandeling', 'extramuraal behandeling' tot 'opgenomen'.

Anders dan tussen de Intake-factoren kunnen er correlaties bestaan tussen deze Behandelingsvariabelen. De hoogste, in de orde van .30 tot .40, zijn die tussen de variabele Aantal enerzijds, en de variabelen Beukemakliniek, Status, CAD en Ziekenhuis anderzijds.

In tabel 5 staat een overzicht van de multipel regressie. Alleen de coëfficiënten die significant ($p < .05$) zijn, staan in de tabel vermeld. Het aantal personen (N) waarover de analyses verricht zijn, is meestal 465. Sommige items zijn niet van toepassing op alle respondenten, in welk geval het aantal apart in de tabel staat. De criteria zijn dus de Verbeteringsvariabelen. Uit de kolommen met gekwadrateerde correlatiecoëfficiënten – gecorrigeerd voor kanskapitalisatie – blijkt dat bijna 10% van de variantie in de verbetering kan worden toegeschreven aan de Intake- en de Behandelingsvariabelen samen. Zo hangt vermindering van alcohol- en druggebruik samen met beide soorten predictoren. De Behandelingsvariabelen lijken wat meer variantie te verklaren dan de Intake-variabelen. (Soortgelijke analyses op de verbetering bij Follow-up 1 geven wat dat betreft eerder het omgekeerde beeld te zien.)

Enkele van de Verbeteringsvariabelen worden nu toegelicht: aangeduid wordt welke predictoren in de regressievergelijkingen van de eerste twee kolommen met correlaties in tabel 5 het belangrijkste zijn. Allereerst de verbetering van het alcoholgebruik. Zij die hoog op het Drugs Alcohol Contrast en op NHH-Recidivisme, en laag op Psychiatrische Problematiek, Psychosociale Klachten en op Werkende Mannen scoren, verminderen hun alcoholgebruik het meest. Een belangrijke Behandelingsvariabele is Hoog-Hullen: deze hangt positief met minder alcoholgebruik samen. De variabelen Refusal, Verslavingskliniek en Ziekenhuis correleren negatief met dit criterium. Hetgeen be-

Tabel 5: Regressie van Verbetering op Intake (I) en Behandeling (B): $R^2 | p < .05$

Verbeteringsvariabele	Intake	Behandeling	I en B
Woonsituatie			.03
Werksituatie	.03	.07	.09
Financiën	.02		.03
School/werk	.05	.06	.08
Lichamelijke toestand		.09	.08
Contacten leggen		.05	.05
Sociale relaties		.10	.11
Seksualiteit		.09	.09
Welbevinden 1	.05	.09	.12
Welbevinden 2	.06	.13	.16
Alcoholgebruik (N=324)	.07	.11	.16
Druggebruik (N=94)	.18	.15	.29
Psychofarmacagebruik (N=115)			
Algemene toestand 1	.05	.08	.13
Algemene toestand 2	.05	.12	.15
Hobby's	.02	.07	.08
Clubs e.d.	.03	.04	.04
Maatschappelijke activiteiten	.04		.03
Baat behandeling (N=249)	.12	.13	.21
Mediaan	.03	.08	.09

tekent dat deze behandelingen gepaard gaan met een iets minder grote afname van het alcoholgebruik. Dat de drie genoemde Behandelingsvariabelen negatief met het criterium samenhangen kan ook verklaard worden uit het feit dat de behandeling op dat moment nodig was omdat de patiënt terugviel. Terwijl Hoog-Hullen een meer geplande voortgezette behandeling is.

Wat druggebruik betreft verbeteren vooral Werkende Mannen. De variabelen Lage SES en Zware Criminaliteit hangen negatief met het criterium samen. Er zijn geen afzonderlijke belangrijke Behandelingsvariabelen te noemen. Verbetering van psychofarmacagebruik is blijkens tabel 5 niet te voorspellen met behulp van de gebruikte predictoren.

De vier globale vragen naar verbetering van welbevinden en algemene toestand leveren als belangrijkste Intake-variabelen Drugs Alcohol Contrast en NHH-Recidivisme op in positieve richting en Psychiatrische Problematiek, Egocentrisme en Werkende Mannen in negatieve richting. De Behandelingsvariabele die het meest samenhangt met algemene verbetering is Hoog-Hullen. Negatief hangen de variabelen Beukemakliniek, Aantal, Ziekenhuis, CAD en Refusal met het criterium samen.

Vatten we inhoudelijk alle resultaten van tabel 5 samen, dan ontstaat het volgende beeld. Het meest verbeteren mensen die eerder bin-

nen Nieuw Hoog-Hullen zijn opgenomen, die relatief weinig egocentrisme vertonen, die een relatief hoge sociaal-economische status hebben, en die relatief weinig ernstige psychiatrische problematiek vertonen. Behandelingen die met wat minder verbetering samenhangen zijn heropname in de Beukemakliniek, opname in een niet-categoriaal (psychiatrisch) ziekenhuis, Refusal e.d., en CAD-behandeling. De grootste verbetering treedt op bij opname in de beide HTG's van Nieuw Hoog-Hullen. Verantwoordelijk voor dit verband zijn echter vooral degenen die de TG voltooien. Wat betreft de Beukemakliniek kan gezegd worden dat een opname daar gunstig is gezien de verbetering van de gehele steekproef, evenals de factor NHH-Recidivisme. Heropname in de Beukemakliniek, gemeten bij Follow-up 2, is prognostisch een minder gunstig teken.

Intake en Behandeling – Bij de interpretatie van bovenstaande bevindingen is van belang te weten of patiënten die verschillende behandelingen krijgen ook zelf van elkaar verschillen. De vraag wie welke behandeling krijgen is tevens relevant in het kader van de indicatiestelling. Zo zou immers de bevinding dat een afgeronde TG-behandeling relatief succesvol is kunnen berusten op de mogelijkheid dat TG-patiënten minder problemen hadden dan de overigen (zie Jongasma en Van de Velde 1985). Om het verband tussen de Intake-variabelen en de soort behandeling in kaart te brengen is geen gebruik gemaakt van multi-pele regressie maar van een simpeler methode. Op grond van de soort behandeling zijn de respondenten in een aantal groepen ingedeeld. Respondenten die sinds Intake op Hoog-Hullen of de Breegweestee zijn behandeld, zijn ongeacht eventuele andere behandelingen ondergebracht in de groep Hoog-Hullen danwel Breegweestee. De Hoog-Hullen-groep is bovendien verdeeld in 'Drop-out', 'Opgenomen' en 'Voltooid' overeenkomstig de status tijdens Follow-up 2. Van de overigen die tussen Follow-up 1 en 2 Elders Klinisch behandeld zijn, is een tweede hoofdgroep gevormd; hieronder vallen ook heropnamen in de Beukemakliniek. De rest is onderverdeeld afhankelijk van het feit of ze Ambulant behandeld dan wel Onbehandeld zijn sinds Follow-up 1. In tabel 6 staan de gemiddelden van de Intake-factoren per groep. Ter vergelijking staan de gemiddelden van alle alcoholisten en alle druggebruikers ook in de tabel.

Op basis van de tabel en eerdere analyses met betrekking tot Follow-up 1 zijn enkele conclusies te trekken. De groep patiënten die naar Hoog-Hullen gaat is representatief voor de gemiddelde Beukemakliniek-alcoholist. De groep die naar de Breegweestee gaat en de buiten beide HTG's klinisch behandelden hebben relatief de meeste, de ambulant behandelden en de onbehandelden de minste problemen. Voor Hoog-Hullen geldt hoe meer problemen, hoe geringer de kans op voltooiing van de behandeling.

Aangezien de hier gehanteerde groepsindeling niet parallel loopt

Tabel 6: Gemiddelden op de 12 Intake-factoren van de Alcohol- en de Druggroep, en per soort vervolgbehandeling tijdens Follow-up 2

	N	337 Alcohol	79 Drugs	124	95	44	135	Hoog-Hullen			26	53
								Onbe- handeld	Ambulant Elders	Totaal		
Drugs-Alcohol Contrast		.3	-1.2	.1	0	0	.2	.2	.2	.3	.2	-.9
Neuroticisme		0	-.1	-.2	-.1	.1	0	.1	.1	.1	-.1	.4
Psychosociale Klachten		0	.2	-.2	-.2	0	.2	.3	.6	.6	-.2	.3
Assertiviteit		0	0	-.2	.1	.1	0	.1	0	0	.2	.3
Alcoholproblemen		.4	-1.0	.1	0	.1	.2	-.2	.2	.2	.3	-.8
Psychiatrische Problematiek		0	.3	-.1	0	.2	-.1	-.1	.1	.1	-.2	.2
Atweer		0	-.1	.1	0	.5	-.2	-.1	-.5	-.5	-.3	-.2
Lage SES		1	-.1	.1	.2	.1	-.2	-.1	0	0	-.6	-.2
Werkende mannen		0	.4	-.1	0	.2	.1	.2	0	0	-.1	-.1
Gescheiden		0	-.2	.1	-.1	.1	.1	0	.4	.4	.2	-.5
Zware Criminaliteit		0	-.2	0	-.1	-.1	.1	.3	-.2	-.2	-.4	-.1
NHH Recidivisme		0	0	-.2	-.3	-.2	.4	.5	.3	.3	.5	-.1

aan de multi-pele regressie van verbetering op behandeling is van belang aan te geven welke van deze groepen het meeste verbeteren. De grootste verbetering vindt plaats bij beide HTG-groepen en de geringste bij de buiten de HTG's klinisch behandelde. De verbetering van de onbehandelde en de ambulante behandelde ligt op een gemiddeld niveau. Binnen de groep Hoog-Hullen verbeteren voltooiers aanzienlijk meer dan drop-outs. Grosso modo komen deze uitkomsten overeen met die van de regressies.

Discussie

Uit het onderzoek blijkt dat patiënten die opgenomen zijn geweest in het detox-, crisis- en introductiecentrum, de Beukemakliniek, aanzienlijk verbeteren. Bijna de helft van de alcoholisten is na zo'n twee jaar abstinente. Bij Follow-up 2 drinkt 70% van de alcoholisten minder dan vier glazen alcohol per dag; bij de overige 30% vindt weinig tot geen verbetering van het drinkgedrag plaats. De uiteindelijke verbetering wordt al tijdens Follow-up I bereikt; individuele patronen vertonen een minder stabiel beeld. Vermindering van het alcoholgebruik gaat gepaard met verbetering op een aantal levensgebieden en vooral met verbeterd algemeen functioneren.

Ook bij drugaddicten valt een drastische daling van het gebruik waar te nemen, met uitzondering van dat van hash: ruim de helft van de betreffende respondenten is clean. Ook hier wordt de uiteindelijke verbetering al tijdens Follow-up 1 bereikt. Het gebruik van psychofarmaca daalt enigszins.

De vraag waaraan de geconstateerde verbetering is toe te schrijven, is te beantwoorden met: de opname in de Beukemakliniek, de bereidheid van de patiënt te veranderen, en de verdere behandeling die het merendeel van de patiënten onderging. Tevens speelt waarschijnlijk mee dat vele patiënten zich bij Intake in een crisissituatie bevonden, waarbij het te verwachten is dat het met een aantal van hen daarna sowieso beter gaat (zie Polich, Armor en Braiker 1981). De resultaten wijzen uit dat bepaalde patiëntkenmerken, zoals relatief weinig ernstige psychiatrische problemen, samenhangen met verbetering.

Wat betreft de verdere behandelingen in aansluiting op de Beukemakliniek blijken de HTG's het relatief goed te doen. Uit de bevinding dat degenen die weinig of geen vervolgbehandeling kregen, ook redelijk veel verbeteren, valt op te maken dat de langdurige intensieve HTG-behandeling niet voor elke patiënt geïndiceerd is. De praktijk is dat de HTG Hoog-Hullen open staat voor de 'doorsnee-alcoholist', hetgeen dit onderzoek bevestigt. Wel blijkt dat de behandeling in Hoog-Hullen voor die patiënten die relatief de beste uitgangspositie hebben, effectiever is dan voor diegenen die haar eigenlijk het meest nodig hebben. Ook voor Hoog-Hullen geldt dat gebrek aan bereidheid tot verandering, het voorkomen van ernstige psychopathologie en slecht sociaal

functioneren als een contra-indicatie moet worden beschouwd. Gevoegd bij de bevinding dat slechts 20% van de patiënten die in Hoog-Hullen worden opgenomen zonder onderbreking het behandelingsprogramma voltooit (Land en Van de Velde 1986) is het duidelijk dat een zorgvuldige indicatiestelling is aangewezen. Een probleem hierbij is echter dat er nauwelijks alternatieven zijn voor hen bij wie Hoog-Hullen niet aanslaat. In dit kader is ook het onderzoeksresultaat van belang, dat de minste verbetering geboekt wordt bij hen die elders klinisch, inclusief heropname in de Beukemakliniek, verder behandeld zijn. Te overwegen is het creëren van een klinische voorziening voor alcoholisten die nauwelijks te motiveren zijn tot innerlijke verandering maar wel behoefte aan opvang en begeleiding hebben. Dit zou inhouden dat alleen patiënten met een relatief gunstige prognose intensief behandeld worden. Daarentegen is een andere mogelijkheid patiënten met een gunstige prognose minder intensieve behandelvormen aan te bieden en de meest intensieve te reserveren voor patiënten met een slechte prognose (zie Luteijn en Ouborg 1986).

Belangrijk voor het interpreteren van de onderzoeksresultaten is de generaliseerbaarheid ervan. De aanvankelijke groep van 881 respondenten is zeker representatief te noemen voor de populatie van de Beukemakliniek. Ook is het behandelingsbeleid van Nieuw Hoog-Hullen en van andere relevante instellingen gelijk gebleven. Een probleem kan de uitval van respondenten bij Follow-ups zijn. Analyses op het huidige materiaal, elders gerapporteerd (Schaap 1987, p. 278 e.v.), laten zien dat de uitval niet at random is. Zo zijn er aanwijzingen dat de respondenten iets meer verbeterd zijn dan de non-respondenten. Het aantal non-respondenten is relatief hoger onder de druggebruikers dan onder de alcoholisten. Verder heeft Schaap (1987, p. 298 e.v.) de antwoorden van een deel van de respondenten vergeleken met beoordelingen door informanten, zoals vrienden en familie. Uit die analyse is niet gebleken dat de respondenten hun situatie bij Follow-up hebben geflatteerd. Toch is het verstandig, gezien de uitval die niet at random is, de gerapporteerde verbeteringspercentages met 5 à 10% te vermindern (zie ook Armor, Stambul en Polich 1977).

Een ander discussiepunt vormen de uitgevoerde regressies. Van de Intake-predictoren is de betrouwbaarheid optimaal, hetgeen niet gezegd kan worden van de Behandelingspredictoren, die summier gemeenten zijn. Zo ontbreken maten voor de frequentie, duur of intensiteit van de behandelingen. De bevinding dat de HTG's het beter doen dan andere behandelvormen, kan niet gebruikt worden als een hard bewijs. Zo is bij de HTG-behandeling gescoord of die is voltooid, bij de overige behandelingen niet. Als HTG-drop-outs minder verbeteren dan -voltooiers, zou de HTG in de regressies 'bevoordeeld' worden. Dit effect, dat zich bij Hoog-Hullen daadwerkelijk voordoet, is mede verantwoordelijk voor de gunstige uitslag van de regressie betreffende Hoog-Hullen.

In grote lijnen komen de onderzoeksresultaten overeen met die van andere grootschalige onderzoeken (Armor e.a. 1976, 1978; Polich e.a. 1980, 1981; DeLeon 1984; McLellan e.a. 1983; McLellan, Childress, Griffith en Woody 1984). Gesteund door die onderzoeken kunnen we uit ons onderzoek een aantal conclusies trekken. We volstaan met een korte opsomming; Schaap (1987, p. 305 e.v.) bespreekt deze conclusie uitvoerig.

1. De behandelingsduur is een belangrijke predictor van behandelingseffect. Voltooiers van Hoog-Hullen verbeteren immers beduidend meer dan de drop-outs. Hetgeen er ook op duidt dat de wijze van ontslag van belang is (zie ook Van Dijk en Van Dijk-Koffeman 1973; Bale 1979).
2. Een relatief korte follow-up-periode is voldoende om een goed beeld te krijgen van de toestand ook op wat langere termijn. Dit geldt echter voor het gemiddelde beeld van een groep. Toegespitst op individuele patronen is sprake van een meer instabiel beeld (zie ook Taylor 1985).
3. Predictoren van verbetering bij alcoholisten zijn minder ernstige psychiatrische problematiek (zie ook Rounsaville e.a. 1987), sociaal-economische status of opleidingsniveau, en eerdere ervaringen met de hulpverlenende instantie. En volgens de literatuur tevens relatief weinig afhankelijkheidsproblemen (zie ook Edwards 1986).
4. Niet voor alle alcoholisten bij wie klinische behandeling geïndiceerd is, is de HTG-behandeling nodig of wenselijk.
5. Voor een bepaalde groep alcoholisten en andere addicten is de TG 'the treatment of choice'.
6. De indicatiestelling dient uiterst zorgvuldig tot stand te komen. Dit geldt a fortiori voor de langdurige HTG-behandeling.

Literatuur

- Armor, D.J., M. Polich en H.B. Stambul (1976), *Alcoholism and Treatment* (prepared for the US NIAAA). Rand Corp., Santa Monica, Ca.
- Armor, D.J., H.B. Stambul en M. Polich (1977), The 'Rand Report': a response. *J. Stud. Alcohol*, 38, 1, 179-193.
- Armor, D.J., M. Polich en H.B. Stambul (1978), *Alcoholism and Treatment*. Wiley, New York.
- Bale, R.N. (1979), Outcome Research in Therapeutic Communities for Drug Abusers: a critical review 1963-1975. *Int. J. Addictions*, 14(8), 1053-1974.
- Casselmann, J. (1977), *Alcoholproblemen. Strafrechtsbedeling en hulpverlening*. Acco, Leuven.
- DeLeon, G. (1984), The Therapeutic Community: Study of Effectiveness. *NIDA*, Treatment Research Monograph Series, No. 84-1286.
- Dijk, W.K. van, en A. van Dijk-Koffeman (1973), A Follow-up Study of 211 Treated Male Alcoholic Addicts. *British J. Addiction*, 68, 3-24.
- Edwards, G. (1986), The Alcohol Dependence Syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *British J. Addiction*, 81, 171-183.
- Edwards, G., J. Orford, S. Egert, S. Guthrie, A. Hawker, C. Heusman, M. Mi-

- cheson, E. Oppenheimer en C. Taylor (1977), Alcoholism: A Controlled Trial of 'Treatment' and 'Advice'. *J. Stud. Alcohol*, 38, 4, 1004-1031.
- Emrick, C.D. (1974), A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism. I The Use and Interrelationships of Outcome Criteria and Drinking Behaviour Following Treatment. *Q. J. Stud. Alcohol*, 35, 523-549.
- Emrick, C.D. (1975), A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism. II The Relative Effectiveness of Different Treatment Approaches and the Effectiveness of Treatment versus No Treatment. *J. Stud. Alcohol*, 36, 1, 88-108.
- Jongsma, T., en J.C. van de Velde (1985), Therapeutische gemeenschappen en drugverslaafden: de mythe van de elite. *T. Alc. Drugs*, 11, 3, 131-135.
- Land, H., en J.C. van de Velde (1986), *Follow-up van verslaafden anderhalf jaar na opname binnen Nieuw Hoog-Hullen*. Huisdrukkerij, St. Nieuw Hoog-Hullen, Eelde.
- Luteijn, F. (1974), *De constructie van een persoonlijkheidsvragenlijst (de NPV)*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Luteijn, F., en M.J. Ouborg (1986), Toewijzing aan behandelingen. In: *Psychotherapie de maat genomen*. A.P. Cassee, P.E. Boeke en C.P.F. van der Staak (red.). Van Loghum Slaterus, Deventer, 29-41.
- Luteijn, F., J. Starren en H. van Dijk (1985), *Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst*. Herziene Uitgave, Swets en Zeitlinger, Lisse.
- McLellan, A. Th., L. Luborsky, G.E. Woody, C.P. O'Brien en K.A. Druley (1983), Predicting response to Alcohol and Drug Abuse Treatment. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40, 620-625.
- McLellan, A. Th., A.R. Childress, J. Griffith en G.E. Woody (1984), The Psychiatrically Severe Drug Abuse Patient: methadon maintenance or therapeutic community? *Am. J. Drug. Alc. Abuse*, 10, 77-95.
- Nace, E. PL., J.J. Saxon en N. Shore (1986), Borderline Personality Disorder and Alcoholism Treatment: A One-Year Follow-Up Study. *J. Stud. Alcohol*, 47, 3, 196-200.
- Onstein, E.J. (1987), Heroïneverslavingscarrières. *T. voor Psychiatrie*, 29, 8, 516-525.
- Polich, J.M., D.J. Armor en H.B. Braiker (1980), Patterns of Alcoholism over Four Years. *J. Stud. Alcohol*, 41, 5, 397-410.
- Polich, J.M., D.J. Armor en H.B. Braiker (1981), *The Course of Alcoholism. Four Years After Treatment*. Wiley, New York.
- Rounsaville, B.J., Z.S. Dolinsky, T.F. Babor en R.E. Meijer (1987), Psychopathology as a Predictor of Treatment Outcome in Alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 505-513.
- Schaap, G.E. (1982), De hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap. In: *Opgenomen in de groep*, psychotherapeutische gemeenschappen in Nederland. J. van de Lande (red.). Van Loghum Slaterus, Deventer, 241-281.
- Schaap, G.E. (1987), *De Therapeutische Gemeenschap voor Alcoholisten*. Van Gorcum, Assen.
- Smart, R.G. (1976), Outcome Studies of Therapeutic Communities and Half-way Houses, Treatment for Alcoholics. *Int. J. Addictions*, 11 (1), 143-159.
- Taylor, C., D. Brown, A. Duckitt, G. Edwards, E. Oppenheimer en M. Sheehan (1985), Pattern of Outcome: Drinking Histories over Ten Years Among a Group of Alcoholics. *British J. Addiction*, 80, 45-50.

- Tremonti, G.W., en J.E.A. Wagenborg (1976), *Ontstaan, beschrijving en verantwoording van de Nieuwkoopse Vragenlijst*. Follow-up Project PTG, Rapport 2.
- Velde, J.C. van de, J. Hartman en H. Land (1987), Hoeveel drugverslaafden voltooien de Therapeutische Gemeenschap de Breegweestee? *T. Alc. Drugs*, 13, 5, 151-156.

J.C. van de Velde en H. Land zijn psycholoog en betrokken bij de evaluatie van de behandeling binnen Nieuw Hoog-Hullen. G.E. Schaap is psychiater en was ten tijde van het onderzoek als zodanig werkzaam bij Nieuw Hoog-Hullen. Momenteel is hij psychiater/A-opleider in Wolfheze.

Dit artikel is gebaseerd op de dissertatie van G.E. Schaap (1987): *De Therapeutische Gemeenschap voor Alcoholisten*.

Correspondentieadres: Stichting Nieuw Hoog-Hullen, Oosterbroek 5, 9761 TG Eelde.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-7-'88.