

ARTIKEL

Hechting, therapeutische relatie en behandeluitkomsten binnen de ambulante verslavingszorg

Marjon van Dijk, Eric Blaauw

Samenvatting

Onderzoeken laten zien dat hechtingsstijlen veranderbaar zijn als gevolg van psychologische behandeling. Doel was om na te gaan of hechting ook binnen een psychologische behandeling van verslaving kan veranderen. Daartoe is bij 49 cliënten in de ambulante verslavingszorg gekeken of de therapeutische relatie invloed had op de hechting van een cliënt. Op groepsniveau werd gevonden dat de hechtingsstijl niet veranderde, maar op individueel niveau werd verband gevonden tussen de therapeutische relatie en de vermijdende component van hechting na de behandeling. Ook werd, in overeenstemming met ander onderzoek, verband gevonden tussen veranderingen in de angstige component maar niet de vermijdende component van hechting met veranderingen in sociaal steunende interacties en klachten. Binnen de groep mensen met een verslaving werden geen significante veranderingen van hechting (vermijding en angst) gevonden, terwijl dit in andere populaties wel werd gevonden. Wel werd, zoals verwacht, een relatie gevonden tussen een hechtingscomponent en uitkomstmaten.

Marjon van Dijk is werkzaam bij Verslavingszorg Noord Nederland in Groningen. **E-mail** ▪ M.vandijk@vnn.nl

Eric Blaauw is werkzaam bij Hanzehogeschool Groningen en Verslavingszorg Noord Nederland.

Attachment, therapeutic relationship and treatment outcomes within the ambulatory addiction care

Abstract

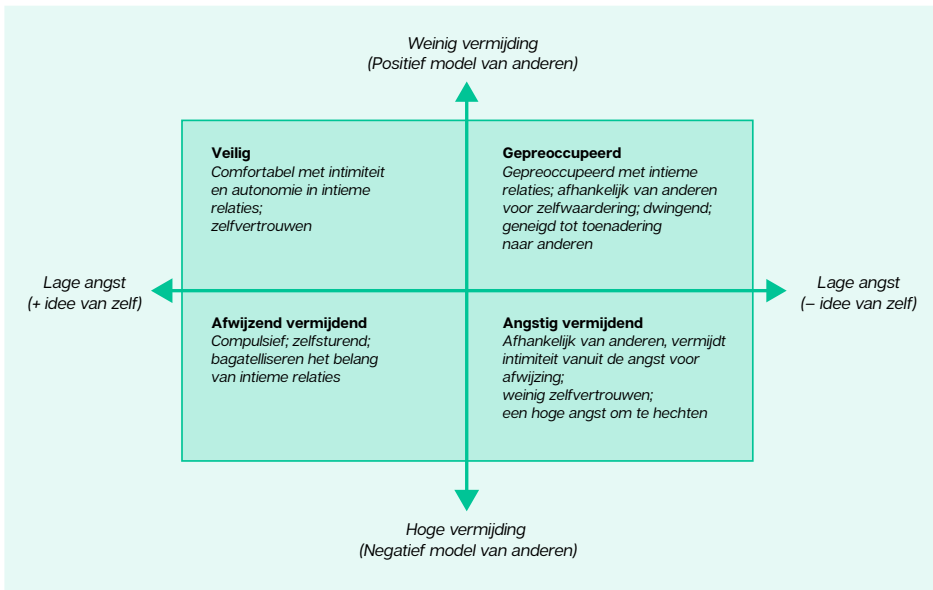
Empirical studies in different patient groups have shown that attachment styles can change as a result of psychological treatment. The aim of this study was to investigate whether attachment style can change over the course of a psychological treatment of addiction. 49 patients treated in an addiction mental health institute completed measures tapping quality of the therapeutic alliance as well as attachment style. At group level no changes were found in attachment style but at the individual level a relationship was found between quality of the therapeutic alliance and the avoidance component of attachment after treatment. In accordance with other research, a relationship was observed between the anxious component but not the avoidance component of attachment on the one hand, and changes in psychopathology and socially supportive connections after treatment on the other. Contrary to findings in other patient populations, changes in attachment style (at the anxiety and/or avoidance level) over the course of treatment do not necessarily extend to patients suffering from addiction problems. Similar to findings in different patient groups, a relationship was found between an attachment component and treatment effects.

Inleiding

Voorspellen veranderingen van hechtingsangst en vermijgend hechtingsgedrag over de loop van behandeling de kwaliteit van de therapeutische relatie en behandeluitkomsten binnen de ambulante volwassen verslavingszorg?

Er is weinig bekend over de invloed, betekenis en het belang van de therapeutische relatie op de hechtingsstijl van patiënten met een verslaving. Dit is opmerkelijk, omdat een gezonde hechtingsstijl van belang lijkt om verslaving te voorkomen (Iglesias e.a., 2014) en tegen te gaan.

Hechting kan worden gezien als de manier waarop men een duurzame verbinding aangaat met een ander. Bowlby (1988), grondlegger van de hechtingstheorie, schreef aan het hechtingssysteem een evolutionaire functie toe. Het beschermt het jonge kind om fysieke overleving te bewerkstelligen. Later bouwde Bowlby zijn theorie uit met de idee dat het hechtingssysteem de functie heeft om intieme en langdurige emotionele bindingen aan te gaan met anderen. Hechting is volgens hem een primaire factor voor effectief persoonlijk functioneren en de algemene geestelijke gezondheid. Een gezonde hechtingsstijl op volwassen leeftijd houdt in dat contact wordt gezocht met belangrijke anderen in perioden



Figuur 1 • Bartholomew's model van volwassen hechting

van stress en moeilijkheden (Allison e.a., 2008; Bartholomew & Thompson, 1995; Bowlby, 1988; Fonagy & Allison, 2014).

Allison en anderen (2008) onderscheiden drie onveilige vormen van hechting en een veilige vorm van hechting, die geoperationaliseerd worden langs twee orthogonale dimensies. Het gaat hierbij om de ervaren angst bij intimiteit en de neiging om deze intimiteit te vermijden. Zo komt men tot een onderverdeling in vier kwadranten, zoals weergegeven in **figuur 1** (Allison e.a., 2008). In drie van de vier kwadranten is sprake van een onveilige vorm van hechting en in het vierde kwadrant (linksboven) van een veilige vorm van hechting. Bij een veilige vorm van hechting is sprake van een positief zelfbeeld en een positief beeld van de ander, en van lage vermijding en weinig angst bij intieme contacten. Bij een afwijzend/vermijdende vorm van hechting is sprake van veel vermijding en een lage angst bij intieme contacten. Er is dan een positief zelfbeeld, maar een negatief model van anderen. Bij een gepreoccupeerde hechtingsstijl is sprake van een hoge angst, maar weinig vermijding bij intimiteit. Er is dan sprake van een negatief zelfbeeld en een positief beeld van de ander. Bij de angstig/vermijdende hechtingsstijl is sprake van een hoge vermijding en een hoge angst. Zowel het zelfbeeld als het beeld van de ander is negatief.

Een nadeel van het beschouwen van hechting als een categorisch systeem is dat veranderingen moeilijk te signaleren zijn (zie ook Sharfe & Bartholomew, 1994). Oorspronkelijk was dit niet een probleem omdat hechtingstijl werd gezien als een fenomeen dat zich in de vroege jeugd ontwikkelt door interacties met de primaire opvoeders en daarna onveranderlijk wordt ingezet over de hele verdere levensloop (Bowlby, 1988). Empirisch is vastgesteld dat een hechtingsstijl echter kan veranderen door ervaringen in de volwassenheid

(Davila, Burge & Hammen, 1997; Davila & Sargent, 2003; Lopez & Gormley, 2002; Levy e.a., 2006). In een meta-analyse door Levy en anderen (2011) is niet op categorisch, maar op dimensioneel niveau gekeken naar de associatie tussen hechtingsangst, vermijdend hechtingsgedrag en veilige hechting en de uitkomst van psychotherapie. Zij vonden een positief verband tussen de gunstige verandering in de angstdimensie van hechting en vermindering van psychopathologie. Dat verband werd niet gevonden tussen de vermijdingsdimensie van hechting en vermindering van psychopathologie. Deze meta-analyse onderstreept het belang van werken met een dimensionele benadering van hechting. Genoemde meta-analyse (Levy e.a., 2011) laat tevens zien dat hechting een belangrijk concept is voor psychotherapie: gezonde hechting bleek samen te hangen met vermindering van psychopathologie na behandeling. Evenzo laten meerdere onderzoeken een samenhang zien tussen hechtingsstijl en het aangaan van sociale interacties (Allison e.a., 2008; Bartholomew & Thompson, 1995; Bowlby, 1988; Fonagy & Allison, 2014). Ook omtrent het ontstaan van psychopathologie lijkt hechting een belangrijke rol te spelen: verschillende onderzoeken laten een verband zien tussen hechtingsproblematiek en het ontstaan van psychopathologie (Fonagy e.a., 1996; Hengartner e.a., 2015; Tops e.a., 2014). Dit geldt tevens voor verslaving: onderzoek laat een verband zien tussen hechtingsproblematiek en verslavingsproblematiek (Iglesias e.a., 2014; Tops e.a., 2014; Flores, 2004; Wedekind e.a., 2013). Zo vonden Wedekind en anderen (2013) in een onderzoek onder mensen met een alcoholverslaving dat slechts 33 procent een veilige hechtingsstijl had. Zij concludeerden dat onveilige vormen van hechting zijn geassocieerd met een hogere angstdispositie, meer cognitieve vermijding om de angst onder controle te kunnen houden en een hogere mate van psychopathologie. In hun review van onderzoek naar hechting als risico- of beschermende factor bij druggebruik onder adolescenten concludeerden Iglesias en anderen (2014) dat een veilige, alsmede een sterkere hechting tussen ouders en kinderen werkt als een beschermende factor tegen druggebruik.

Volgens Levy en anderen (2011) speelt de therapeutische relatie een belangrijke rol in de relatie tussen hechting en behandeluitkomsten en zou hechting als een proximale, veranderbare maat moeten worden beschouwd die te beïnvloeden is door de therapeutische relatie. Omgekeerd werd in ieder geval gevonden dat hechting van invloed is op de therapeutische relatie. Uit een meta-analyse van zeventien studies in ambulatoria van universiteitsklinieken (Diener & Monroe, 2011) kwam naar voren dat een hogere mate van veilige hechting van de cliënt is geassocieerd met een sterkere therapeutische relatie en dat een hogere mate van onveilige hechting is geassocieerd met een zwakkere therapeutische relatie. Uit een andere meta-analyse (Smith, Msetfi & Golding, 2010) van onderzoek onder diverse patiëntengroepen kwam een minder eenduidig beeld naar voren: weliswaar werd vastgesteld dat veilig gehechte patiënten een betere emotionele band lijken te kunnen aangaan met hun therapeut, maar vermijdende hechting en hechtingsangst bleken niet gerelateerd aan het kunnen aangaan van een emotionele band met hun therapeut. De precieze aard en richting van het verband tussen hechting en de therapeutische relatie is derhalve geenszins eenduidig, maar een relatie lijkt in ieder geval te bestaan.

In dit onderzoek wordt gekeken naar hechting in een groep patiënten met een verslaving. In navolging van eerdere bevindingen dat veranderingen in hechting mogelijk zijn, wordt ook bestudeerd of veranderingen in hechting mogelijk zijn in deze groep die zich

waarschijnlijk kenmerkt door relatief veel problemen in hechting (zie Wedekind e.a., 2013). In navolging van Diener en Monroe (2011) wordt onderzocht of verschillende dimensies van hechting samenhangen met de vorming van de therapeutische relatie. Bovendien wordt geanalyseerd of de kwaliteit van de therapeutische relatie samenhangt met verandering in hechting. Ten slotte wordt in navolging van Britse en Amerikaanse studies (zie bijvoorbeeld: Allison e.a., 2008; Bartholomew & Thompson, 1995; Bowlby, 1988; Fonagy, 2014; Levy e.a., 2011) geëxploreerd of er een relatie bestaat tussen verschillende dimensies van hechting en behandeluitkomsten. Om deze vragen te beantwoorden, wordt gebruikgemaakt van verschildmetingen in hechting na een half jaar psychologische behandeling.

Proefpersonen

Voor dit onderzoek zijn 94 patiënten benaderd die in de periode van april 2016 tot juli 2017 in aanmerking kwamen voor een psychologische behandeling binnen Verslavingszorg Noord Nederland (vnn). Bij geen van de patiënten was sprake van een acuut toestandbeeld, zoals een psychotische stoornis, suïcidaliteit, ernstige depressie of detoxificatie, en allen beheersten de Nederlandse taal. In totaal zeiden 84 patiënten hun medewerking toe. Elke patiënt was individueel in behandeling bij een van de 18 BIG-geregistreerde psychologen. Deze psychologen waren werkzaam op verschillende ambulante locaties van vnn, verdeeld over de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Van de 84 patiënten vielen 35 cliënten uit, omdat zij de voormeting niet invulden (3), de nameting niet invulden (9), de behandeling vroegtijdig stopten (10), of niet startten met de behandeling (13). De 35 uitgevallen patiënten weken niet af van de 49 cliënten in de onderzoeksgroep met betrekking tot leeftijd, geslacht, primaire stoornis en comorbiditeit. Van de 49 overgebleven patiënten was de gemiddelde leeftijd 41,5 jaar oud ($SD = 13,6$ jaar). Hun leeftijd varieerde van 22 tot 70 jaar, hetgeen representatief is voor de doelgroep binnen de verslavingszorg in Nederland (Zie Wisselink, Kuijpers & Mol, 2016) ($M = 41$ jaar). De onderzoeksgroep bestond uit 13 vrouwen (23%) en 36 mannen (77%), hetgeen eveneens representatief is voor de Nederlandse doelgroep binnen de verslavingszorg (76% mannen). Bij 24 cliënten (49%) was de primaire verslavingsstoornis alcoholgerelateerd. Bij 10 patiënten (20,5%) betrof dit een cannabisgerelateerde stoornis, bij 7 cliënten (14,2%) een harddruggerelateerde stoornis en bij 8 (16,3%) patiënten een andere middelengerelateerde stoornis. Ook deze verdeling komt overeen met die in de doelgroep in de Nederlandse verslavingszorg (45% alcohol, 17% cannabis, 29% harddrugs, 9% overig). Bij 21 patiënten was er naast een primaire verslavingsstoornis sprake van een comorbide psychiatrische stoornis op DSM-IV-TR AS-I. Bij 24 patiënten was er bovendien sprake van een comorbide persoonlijkheidsstoornis op AS-II. Bij één patiënt was er naast de primaire verslavingsstoornis uitsluitend sprake van een persoonlijkheidsstoornis op AS-II. Bij 3 patiënten was er geen sprake van comorbiditeit naast de primaire verslavingsstoornis.

Procedure

Verslavingszorg Noord Nederland (vnn) is een gespecialiseerde organisatie die professionele hulpverlening biedt aan mensen met een hulpvraag rondom verslaving en middelen-

gebruik. Dit onderzoek vond plaats bij patiënten die binnen vnn waren geïndiceerd voor een individuele psychologische behandeling gericht op aan de verslaving onderliggende problematiek.

Een patiënt die bij vnn via de huisarts wordt aangemeld voor specialistische zorg komt in aanmerking voor een intake. Deze intake bestaat uit een gesprek met een hbo-professional, afname van een 'kwaliteit van leven'-vragenlijst (*Manchester Short Assessment of quality of life* (MANSa): Van Nieuwenhuizen, Schene & Koeter, 2000) en afname van de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie: Schippers e.a., 2010). De MATE brengt onder andere het gebruik van middelen over de afgelopen 30 dagen en het hele leven in kaart. Daarnaast bestaat de intake uit een gesprek met een regiebehandelaar (klinisch psycholoog, psychiater of verslavingsarts), die op basis van de verzamelde gegevens de classificatie (DSM-5, eerder de DSM-IV-TR) stelt en een zorgtraject voor de desbetreffende patiënt inzet. Na de intake vindt een behandeladviesgesprek plaats. In de terugkoppeling van het behandeladvies aan de patiënt geeft de intaker informatie over dit onderzoek door middel van een cliëntenfolder waarin het onderzoek beschreven staat.

Ten behoeve van deze studie werd tijdens de intake ook de vraag gesteld of de hoofdonderzoeker contact mocht opnemen met de patiënt om meer informatie over het onderzoek te geven. Bij instemming van de patiënt nam de hoofdonderzoeker contact op met de patiënt om uitleg te geven over het onderzoek en een afspraak te maken voor afname van de vragenlijsten. Mocht de intaker zijn vergeten om het onderzoek met patiënt te bespreken, dan kon de hoofdonderzoeker ook contact opnemen met de patiënt na toestemming van de regiebehandelaar. Het 'informed consent' bestond uit een patiëntenfolder met uitleg over het onderzoek, mondelinge uitleg over het onderzoek en het tekenen van een toestemmingsformulier. Alle behandelaren die deelnamen aan de studie waren vooraf door de hoofdonderzoeker geïnstrueerd over het onderzoek.

Voor dit onderzoek werd voorafgaand aan de behandeling bij de patiënt de *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS: De Beurs e.a., 2001), de *Experiences in Close Relationships Questionnaire* (ECR: Brennan, Clark & Shaver, 1998; Nederlandse versie: Conradi e.a., 2006) en de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I: Van Sonderen, 2012) afgenomen en werden de gestelde diagnoses voorafgaand aan de behandeling opgezocht in het elektronisch patiëntendossier. Zes maanden na start van de behandeling werden de DASS, ECR en SSL-I nogmaals afgenomen, waaraan nu afname van de Werk Alliantie Vragenlijst (WAV: Vervaeke & Vertommen, 1996) werd toegevoegd. Er is voor gekozen om dit instrument na zes maanden af te nemen. Daarbij is het van belang te weten dat uit een meta-analyse van Flückiger en anderen (2012) naar voren komt dat stabiliteit in de therapeutische relatie al vanaf de derde tot vijfde zitting aanwezig is. Op deze manier waren er twee duidelijke meetmomenten. De afname van de vragenlijsten gebeurde ofwel in bijzijn van de onderzoeker, ofwel schriftelijk via de post.

Ethiek

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (METC UMCG) verklaarde dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) viel.

Meetinstrumenten

Hechting werd gemeten met de Nederlandse vertaling (Conradi e.a., 2006) van de *Experiences in Close Relationships Questionnaire* (ECR: Brennan, Clark & Shaver, 1998). De externe validiteit van de Nederlandse ECR ten opzichte van de Amerikaanse versie is adequaat gebleken (Conradi e.a., 2006). De operationalisatie van de term hechting vond plaats op basis van twee factoren: angst en vermijding. Hechtingsangst en hechtingsvermijding worden in de ECR elk gemeten aan de hand van 18 items, met een 7-puntslikertschaal (1 = zeer oneens, 7 = zeer eens). De totaalscores op de schalen kunnen variëren tussen 18 en 126, waarbij een hoge score respectievelijk veel hechtingsangst of veel vermijding weergeeft. Scores boven 72 worden gezien als problematisch (vallend in een van de kwadranten van een onveilige hechting). In het onderzoek werden beide schalen apart gescoord vanwege de veronderstelde orthogonaliteit. De subschalen van de Nederlandse versie van de ECR bleken betrouwbaar in de huidige steekproef, zowel in de voormeting als in de nameting, met Cronbachs alfa die hoger waren dan 78.

De therapeutische relatie werd gemeten met de Werk Alliantie vragenlijst (WAV: Vervaeke & Vertommen, 1996), een vertaling van de *Working Alliance Inventory* (WAI: Horvath & Greenberg, 1986, 1989). De WAI is wereldwijd een van de meest gebruikte instrumenten om de therapeutische relatie te meten. De drie kernaspecten die in de WAI aan bod komen, zijn de affectieve band tussen therapeut en cliënt, overeenstemming over therapeutische taken en overeenstemming over de doelen van de therapie. De vragenlijst kan zowel in een patiëntversie als therapeutversie worden afgenomen. Voor dit onderzoek werd de patiëntversie gebruikt. De WAI/WAV is een zelfinvulvragenlijst die bestaat uit zesendertig items, die alle beoordeeld dienen te worden op een 5-puntslikertschaal (1 = zelden of nooit, 5 = altijd). Een hoge score is een indicatie voor een goede therapeutische alliantie. Scores kunnen variëren tussen 36 en 180. In het onderzoek van Vervaeke en Vertommen (1996) werd een gemiddelde score gevonden van 140,76. Dit schaalgemiddelde werd als afkappunt gekozen voor een relatief goede dan wel een relatief tekortschietende therapeutische relatie. Klachten werden gemeten met de Depressie Angst Stress Schaal (DASS: De Beurs e.a., 2001). Voor dit onderzoek is de 21-itemversie van de DASS gebruikt. Op basis van onderzoek van De Beurs en anderen (2001) komt naar voren dat deze verkorte vragenlijst betrouwbaar is: de interne consistentie van de subschalen was bevredigend en de item-rest-correlaties lieten zien dat ook de items van iedere subschaal een homogene set vormden. De convergerende en divergerende validiteit van de subschalen waren eveneens voldoende (De Beurs e.a., 2001). Het instrument is echter niet onderzocht binnen een verslavings-setting. De items worden gescoord op een 4-puntslikertschaal (0 = helemaal niet of nooit van toepassing tot 3 = zeer zeker of meestal van toepassing). De schaalscore wordt berekend door de scores op te tellen. Hogere DASS-scores wijzen op meer klachten. Scores kunnen variëren van 0 tot 63. Scores boven 32 kunnen worden beschouwd als problematisch, als het schaal midden wordt beschouwd als grens voor een problematische hoeveelheid klachten. De totaalscore van de DASS bleek betrouwbaar in de huidige steekproef, voor zowel de voormeting als de nameting (Cronbachs alfa hoger dan 0,94).

Sociaal steunende interacties werden gemeten met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I: Van Sonderen, 1990). De SSL-I kan (aspecten van) van sociale steun betrouwbaar en valide

meten (Van Sonderen, 2012), maar is niet onderzocht binnen een verslavingssetting. De SSL-1 bestaat uit 34 items die betrekking hebben op ondersteunende interacties. Zeven items gaan over negatieve interacties. De items worden gescoord op een 4-puntslikert-schaal (1 = zelden of nooit tot 4 = erg vaak). Hoewel dit in de handleiding niet wordt voorgeschreven en er wordt gewerkt met twee afzonderlijke schalen voor sociaal steunende interacties, werd voor onderhavig onderzoek een totaalschaal gecreëerd en werd een totaalscore berekend door een optelling te maken van de positieve interacties en de gespiegelde scores op de negatieve interacties. Een hogere totaalscore duidt op een grotere mate van sociaal steunende interacties. Scores kunnen vanuit de optelling van de items variëren van 41 tot 164. Het schaal midden ligt daarbij op een score van 103 en deze afkapscore werd gedefinieerd als grenswaarde voor onvoldoende (scores lager dan 103) of voldoende sociaal steunende interacties (scores van 103 of hoger). De totaalscore van de SSL-1 bleek betrouwbaar in de huidige steekproef, voor zowel de voormeting als de nameting (Cronbachs alfa hoger dan 0,84).

Analyse van gegevens

Dit onderzoek had twee meetmomenten. Van de ECR, de DASS en de SSL-1, die op beide momenten werden afgenomen, werden verschilcores berekend en werd eerst gekeken hoe de hechting, klachten en sociale steun zich kenmerkten bij aanvang, om vervolgens met behulp van gepaarde t-toetsen te kijken of deze significant verschilden met het latere meetmoment. Daarna werden verschilcores van deze variabelen gemaakt en werden de verbanden onderzocht door middel van enkelvoudige lineaire regressie, waarbij de scores op de WAV op het tweede meetmoment werden gedefinieerd als criterium en de verschilcores op de vermijdingsschaal en de angstschaal van de ECR werden aangewezen als predictoren. Bij de enkelvoudige lineaire-regressieanalyses met de DASS en SSL-1 werden de verschilcores op de vermijdingsschaal en de angstschaal van de ECR telkens gezien als predictor-variabelen en de verschilcores op DASS en de SSL-1 als criteriumvariabelen. Hiermee werd onderzocht of een positieve hechting bij aanvang van de behandeling samenhangt met een goede therapeutische relatie op het tweede meetmoment (Hypothese 1), of een goede therapeutische relatie op het tweede meetmoment samenhangt met positieve veranderingen in hechting (Hypothese 2), of een positieve verandering in hechting samenhangt met een toename van sociale steunende interacties (Hypothese 3), en of een positieve verandering in hechting samenhangt met een afname van klachten (Hypothese 4).

Resultaten

Typering van de patiëntengroep op basis van de gebruikte meetinstrumenten. Gemiddeld genomen hadden cliënten een relatief lage score op vermijding hechtingsgedrag ($M = 66,3$; $SD = 21,4$), waarbij de score bij 29 procent was op te vatten als problematisch. Ook hadden de cliënten een relatief lage score op hechtingsangst ($M = 70,4$; $SD = 15,5$), waarbij de score

bij 41 procent te beschouwen was als problematisch. De gemiddelde totaalscore voor de angstschaal van de uitvallers bleek niet significant te verschillen van die van de cliënten in de onderzoeksgroep, $t(68) = 0,39, p = 0,70$. De gemiddelde totaalscore op de vermijdingsschaal van de uitvallers verschilde evenmin van die van de cliënten in de onderzoeksgroep, $t(68) = 1,6, p = 0,11$.

Gemiddeld genomen kwam op de voormeting van de DASS geen sterke mate van depressie-, angst- en stressklachten naar voren ($M = 24,7; SD = 13,4$), met 23 procent van de patiënten die een score hadden die als problematisch te beschouwen was. Gemiddeld rapporteerden patiënten bij de voormeting van de SSL-1 voldoende sociaal steunende interacties ($M = 113; SD = 12,6$), met 19 procent van de cliënten die een score hadden die als onvoldoende te beschouwen was. De WAV gaf een licht verhoogde score ($M = 152,2; SD = 16,2$) te zien, hetgeen een redelijk goede waardering van de therapeutische relatie impliceert, waarbij 19 procent met een lager dan gemiddelde score een minder goede therapeutische relatie aangaf.

Verandering scores meetinstrumenten voormeting ten opzichte van nameting. De score op de voormeting van de vermijdingsschaal van de ECR ($M = 66,3; SD = 21,4$) verschilde gemiddeld niet significant van de score op de nameting ($M = 65,5; SD = 21,4$), $t(47) = 0,41, p = 0,68$. Ook de score op de voormeting van de angstschaal van de ECR ($M = 70,4; SD = 15,5$) verschilde gemiddeld niet significant van de score op de nameting ($M = 70,3; SD = 15,8$), $t(47) = 0,04, p = 0,97$. Verder verschilde de gemiddelde score bij de voormeting van de DASS ($M = 24,7; SD = 13,4$) niet significant van de gemiddelde score bij de nameting ($M = 23,1; SD = 13,2$), $t(47) = 1,08, p = 0,29$. Wel was de gemiddelde score bij de voormeting van de sociale-interactieschaal ($M = 114,9; SD = 10,5$) significant lager dan de gemiddelde score bij de nameting ($M = 120,6; SD = 9,3$), $t(58) = 7,19, p = 0,001$. Dit gaf weer dat er na zes maanden psychologische behandeling meer sociaal steunende interacties werden gerapporteerd.

Predictoren ten opzichte van criterium. Een regressieanalyse liet geen significante samenhang zien tussen de beginmetingen op de vermijdingsschaal van de ECR en de ervaren kwaliteit van de therapeutische relatie $r(46) = 0,05, p = 0,74$. en evenmin tussen de voormetingen op de angstschaal van de ECR en de ervaren kwaliteit van de therapeutische relatie $r(46) = 0,068, p = 0,65$. De metingen van hechting bij aanvang van de behandeling hingen dus niet samen met de gemeten kwaliteit van de therapeutische relatie na zes maanden.

Hoewel er op groepsniveau geen verschillen tussen voor- en nameting werden gevonden in de scores op hechtingsschalen, werd toch een lineaire regressieanalyse uitgevoerd, omdat er wel sprake was van verschillen op individueel niveau. De regressieanalyse liet een significante relatie zien tussen de verschilcores op de vermijdingsschaal van de ECR, $F(1, 44) = 2,0, p = 0,049$, en de kwaliteit van therapeutische relatie, waarbij een afname (of toename) van vermijding hechtingsgedrag samenhangt met betere (of slechtere) therapeutische relatie op het tweede meetmoment. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen de verschilcores op de angstschaal van de ECR en de kwaliteit van de therapeutische relatie op het tweede meetmoment, $F(1, 43) = 0,40, p = 0,70$.

Lineaire regressieanalyse liet een significant verband zien tussen de verschilcores op de angstschaal van de ECR en de verschilcores van de sociale-interactieschaal, $F(1, 46) = 3,05, p = 0,004$, maar niet tussen de verschilcores op de vermijdingsschaal van de ECR en de

verschilscores op de sociale-interactieschaal, $F(1, 47) = 0,26, p = 0,80$. Alleen een afname (respectievelijk toename) in hechtingsangst hing samen met een verbetering (respectievelijk vermindering) in sociaal steunende interacties. Lineaire-regressieanalyses lieten tevens een significante relatie zien tussen de verschilscores op de angstschaal van de ECR en de verschilscores op de DASS, $F(1, 42) = 2,90, p = 0,006$, maar niet tussen de verschilscores op de vermijdingsschaal van de ECR en de verschilscore op de DASS, $F(1, 42) = 1,27, p = 0,21$. Alleen een afname (respectievelijk toename) van hechtingsangst hing samen met een afname (respectievelijk toename) van klachten.

Discussie

De resultaten tonen dat de patiënten in ons onderzoek gemiddeld genomen geen significante verandering van hechting (vermijding en angst) laten zien. In tegenstelling tot de onderzoeken die kortetermijnveranderingen in hechtingsstijl lieten zien (Baldwin & Fehr, 1995; Davila, Burge & Hammen, 1997; Davila & Sargent, 2003; Lopez & Gormley, 2002), geldt dit dus niet voor het huidige onderzoek waarin geen verandering in hechting wordt gezien na een half jaar psychologische behandeling. Dit verschil tussen onderhavig en eerder onderzoek kan mogelijk worden verklaard door het feit dat bij 94 procent van de onderzoeksgroep sprake was van comorbiditeit: een stoornis in middelengebruik en een andere psychische stoornis, en dat een psychologische behandeling dan doorgaans aanmerkelijk langer dan een half jaar duurt (Ford e.a., 2009; Rowe e.a., 2004; Rohde e.a., 2001). Dergelijke comorbiditeit is moeilijk te behandelen en heeft een slechtere prognose dan alleen een stoornis in middelengebruik (zie Myrick & Brady, 2003). Een review van Drake, O'Neal en Wallach (2008) van 44 gecontroleerde studies liet zien dat er bij comorbiditeit van verslaving en een psychische stoornis pas resultaten naar voren komen na 12 tot 18 maanden. Passend bij deze mogelijke verklaring is de constatering dat in het huidige onderzoek ook geen veranderingen te zien waren in depressie-, angst- en stemmingsklachten na een half jaar en slechts kleine verbeteringen in sociaal steunende interacties. Het verdient dus aanbeveling om bij toekomstig onderzoek naar deze patiëntengroep een langere behandelperiode te betrekken.

Een alternatieve verklaring voor het ontbreken van een significant verschil in hechting tussen de voormeting en nameting is dat in onze onderzoeksgroep bij aanvang van de behandeling al sprake was van relatief goede hechting, waardoor weinig veranderingen hierin nog mogelijk waren. Gemiddeld was sprake van een lage beginscore op de hechtingsschalen. Maar beide hechtingsschalen hadden een goede spreiding en er waren voldoende cliënten met scores die op problematische hechting wezen, waardoor deze alternatieve verklaring niet plausibel lijkt.

Het is tevens mogelijk dat de ECR niet voldoende sensitief is om veranderingen in hechting te kunnen meten bij een onderzoeksgroep waarbij sprake is van stevige comorbiditeit. De ECR is weliswaar in meerdere populaties toegepast, maar in navolging van de aanbeveling van Sharpe en Bartholomew (1994) werd in dit onderzoek gebruikgemaakt van dimensionele metingen in plaats van een categorale meting, om daarmee meer sensitiviteit

voor verandering te bewerkstelligen. Verdere (niet hier gepresenteerde) analyse van de onderzoeksgegevens laat daarbij zien dat in de onderzoeksgroep minder veranderingen in kwadranten te signaleren waren dan veranderingen in scores. Het is hierbij echter niet zeker of de dimensiescores van de ECR veranderingen in hechting goed kunnen meten en evenmin is bekend hoe gevoelig dit instrument is voor een toestandsbeeld op het moment van invulling van dit instrument. Baldwin en Fehr (1995) onderzochten metingen van veranderingen in hechting met behulp van een enkel item en stelden dat het toestandsbeeld eerder de variatie in scores leek te verklaren dan dat er sprake was van een stabiele trek. Dit kan ook een rol hebben gespeeld in het huidige onderzoek. Verder onderzoek is daarom wenselijk naar de mogelijkheden om veranderingen in hechting betrouwbaar en valide te meten.

Al werd op groepsniveau geen verandering gevonden in hechting, er waren wel individuele veranderingen waarneembaar en deze lieten verbanden zien die ook uit de meta-analyse van Levy en anderen (2011) naar voren kwamen. Vergelijkbaar met Levy en anderen (2011) werd in het huidige onderzoek een relatie gevonden tussen de angstdimensie van hechting met behandeluitkomsten. Die relatie ontbrak tussen de vermijdingsdimensie van hechting en behandeluitkomsten. Gevonden werd dat vermindering van hechtingsangst in de onderzoeksgroep samenhangt met afname van depressie-, angst- en stressklachten en met een toename in sociaal steunende interacties. Deze bevindingen ondersteunen het belang van aandacht voor hechting in de psychotherapeutische behandeling en het maken van onderscheid daarbij in angst en vermijding.

Het huidige onderzoek toont enkele verbanden aan tussen de therapeutische relatie en hechting. Evenmin als bij Smith, Msetfi en Golding (2010) was er een verband tussen de dimensionele hechtingsmaten bij aanvang van de behandeling en de therapeutische relatie die in de behandeling ontstaat. Het huidige onderzoek geeft geen aanleiding voor de gedachte dat hechtingsproblemen bij aanvang van een behandeling automatisch betekent dat geen goede therapeutische relatie kan ontstaan. Zoals eerder weergegeven, is dit echter niet een universele bevinding (zie Diener & Monroe, 2011) en is vervolgonderzoek hierin wenselijk. Ook werd in het huidige onderzoek gevonden dat de therapeutische relatie bij het vorderen van de behandeling samenhangt met een verandering in de vermijdingsdimensie van hechting, maar niet met de angstdimensie van hechting. Dit verschil laat zich mogelijk verklaren door het idee dat gedragingen sneller veranderen en gevoelens hier mogelijk op volgen (zie Laird & Lacasse, 2014). Verandering in hechtingsangst laat daardoor mogelijk langer op zich wachten dan verandering in vermijdend hechtingsgedrag. Deze gedachte pleit opnieuw voor een langere duur van behandeling als onderzoeksperiode. Een mogelijk andere verklaring voor het achterwege blijven van een eenduidige relatie tussen de therapeutische relatie en verandering in hechtingsmaten is dat bijna alle cliënten in het huidige onderzoek op het tweede meetmoment zich tevreden toonden over de therapeutische relatie, waardoor er sprake kan zijn van een plafondeffect dat het vinden van verbanden belemmert.

Een tekortkoming van het huidige onderzoek is dat de onderzoeksgroep slechts bestond uit 49 cliënten, waardoor alleen sterke verbanden kunnen leiden tot statistisch significante resultaten. Ook zou kunnen worden gesteld dat het pas meten van de therapeutische relatie na een half jaar een tekortkoming is, omdat een andere waardering van de kwaliteit

van de therapeutische relatie naar voren zou kunnen komen op een ander meetmoment binnen de behandeling. Dit mogelijke bezwaar kan echter worden gerelativeerd, omdat een meta-analyse van Flückiger en anderen (2012) aantoonde dat de therapeutische relatie na de vijfde sessie vrij stabiel is. Deze mogelijke tekortkomingen vragen om uitgebreid verder onderzoek. Verder onderzoek is ook aangewezen om de relevante variabelen over een langere duur van behandeling te bestuderen en om veranderingen in hechting betrouwbaar en valide te meten. Gezien de gevonden verbanden tussen bepaalde hechtingsaspecten en de therapeutische relatie en van de toename in sociaal steunende interacties en afname van klachten, lijkt het voor de klinische praktijk hoe dan ook van belang om binnen een psychologische behandeling aandacht te hebben voor de therapeutische relatie en hechting.

LITERATUUR

- Allison, C.J., Bartholomew, K., Maysless, O., & Dutton, D.G. (2008). Love as a battlefield; attachment and relationship dynamics in couples identified for male partner violence. *Journal of Family Issues, 29*, 125-150.
- Bartholomew, K., & Thompson, J.M. (1995). The application of attachment theory to counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 23*, 484-490.
- Baldwin, M.W., & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships, 2*, 247-261.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Marquenie, L.A., Lange, A., & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie, 34*, 35-54.
- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication and the therapeutic process. In J. Bowlby (Ed.), *A secure base: parent child attachment and healthy human development* (pp. 137-157). New York: Basic books.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY: Guilford.
- Conradi, H.J., Gerlisma, C., Duijn, M. van & Jonge, P. de (2006). Internal and external validity of the experiences in close relationships questionnaire in an American and two Dutch samples. *European Journal of Psychiatry, 20*, 258-269.
- Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 826-838.
- Davila, J., & Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predict changes in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1383-1397.
- Diener, M.J., & Monroe, J.M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy; a meta-analytic review. *Psychotherapy, 48*, 237-248.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., & Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*, 123-138.
- Flores, P.J. (2004). Addiction: An attempt at self-repair that fails. In P.J. Flores, *Addiction as an attachment disorder* (pp. 69-97). Oxford: The Rowman & Littlefield publishers.

- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta- analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., & Mattoon, G. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Ford, J.D., Gelernter, J., De Voe, J.S., Zhang, W., Weiss, R.D., Brady, K., e.a. (2009). Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 193-203.
- Hengartner, M.P., Wyl, A. von, Tanis, T., Halmi, W., Galynker I., & Cohen, L.J. (2015). Severity of personality disorders and domains of general personality dysfunction related to attachment. *Personality and Mental Health*, 9, 195-207.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 529-556). New York, NY: Guilford Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Iglesias, E.B., Fernandez del Rio, E., Calafat A., & Fernandez-Hermida, J.R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: a review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26, 77-86.
- Laird, J.D., & Lacasse, K. (2014). Bodily influences on emotional feelings: accumulating evidence and extensions of William James's theory of emotion. *Emotion Review*, 6, 27-34.
- Levy, K.N., Ellison, W.D., Scott, L.N., & Bernecker, S.L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 193-203.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F., e.a. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Lopez, F.G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 355-364.
- Myrick, H., & Brady, K. (2003). Current review of the comorbidity of affective, anxiety and substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 261-270.
- Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A. H., & Koeter, M. (2000). *Manchester-verkorte Kwaliteit van Leven meting*. Eindhoven: GGZ Eindhoven.
- Rohde, P., Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., & Kaufman, N.K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Psychiatry*, 40, 795-802.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., Greenbaum, P.E., & Henderson, C.E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 129-140.

- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., Koeter, M.W., & Brink, W. van den (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105, 862-871.
- Sharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43.
- Smith, A.E.M., Msetfi, R.M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 326-337.
- Sonderen, E. van. (2012). *Het meten van sociale steun met de sociale steun lijst – interacties (SSL-I) en Sociale steun lijst – discrepanties (SSL-D): een handleiding. Tweede herziene druk*. UMCG/ Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute.
- Sonderen, E. van. (1990). *Het meten van sociale steun*. Ongepubliceerde doctorale dissertatie. Universiteit van Groningen, Nederland.
- Tops, M., Koole, S.L., Ijzerman, H., & Buisman-Pijlman, F.T. (2014). Why social attachment and oxytocin protect against addiction and stress: Insights from the dynamics between ventral and dorsal corticostriatal systems. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 119, 39-48.
- Vervaeke, G., & Vertommen, H. (1996). De werkaliantievragenlijst (WAV), Translating the working alliance inventory (WAI). *Gedragstherapie*, 29, 139-144.
- Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K.R., & Huether, G. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 8, 1-7.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., & Mol, A. (2016). *Kerncijfers verslavingszorg 2016*. Houten: Stichting IVZ.