

De rol van sociale steun en bereidheid naasten te betrekken bij de verslavingsbehandeling

H.G. Leegstra¹, R.W. Blaauw

Samenvatting

Inleiding

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor het betrekken van naasten bij de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Naasten kunnen een belangrijke rol spelen voor cliënten, maar worden in de praktijk zelden meegenomen naar afspraken. We willen met deze studie onderzoeken of er een verband is tussen de bereidheid om een naaste bij de behandelafspraken te betrekken en ervaren sociale steun, en of gewenste sociale steun dit verband modereert. Sociale steun, indien ervaren als steunend en gewenst, wordt vanuit de stressbufferingstheorie gezien als een buffer tegen stress en kan een positieve invloed hebben op zowel de fysieke als mentale gezondheid.

Methode

De onderzoeksgroep bestond uit 75 volwassenen die aangemeld waren bij een van de poliklinieken van VNN in verband met een stoornis in het gebruik van middelen. De deelnemers waren tussen de 24 en 84 jaar, waarvan 77.4% mannen en 22.6% vrouwen.

De bereidheid om naasten te betrekken bij behandelafspraken werd uitgevraagd aan de hand van een zelf-geconstrueerde Visual Analogue Scale (VAS). Ervaren sociale steun werd gemeten met de Sociale Steunlijst Interacties (SSL-I). Gewenste sociale steun werd gemeten met de Sociale Steunlijst Discrepanties (SSL-D). De eerste hypothese is dat er een positief verband is tussen de bereidheid naasten te betrekken en ervaren sociale steun. Deze hypothese wordt getoetst met de Spearman's Rho correlatieanalyse. De tweede hypothese is dat de bereidheid om naasten te betrekken bij de behandeling en ervaren sociale steun wordt gemodereerd door gewenste sociale steun. Deze hypothese werd getoetst met een multiple regressieanalyse, waarbij ervaren sociale steun, gewenste sociale steun en het interactie-effect werden gebruikt als onafhankelijke variabelen, en bereidheid als afhankelijke variabele.

Resultaten

Van de deelnemers was 56% sterk bereid, 27% enigszins bereid en 17% niet bereid om een naaste bij de behandeling te betrekken. Iets meer dan 50% van de deelnemers gaf aan voldoende sociale steun te ervaren en deze steun ook te wensen. Er werd geen verband gevonden tussen de bereidheid een naaste te betrekken en ervaren sociale steun ($r(75) = .06, p = .31$). De multiple regressieanalyse liet ook geen significant verband zien tussen de bereidheid om naasten te betrekken en ervaren sociale steun

* Contactpersoon: hleegstra@fier.nl

($b = -.15$, $t = -.99$, $p = .36$). Gewenste sociale steun had niet een modererend effect op het verband tussen de bereidheid om naasten te betrekken en ervaren sociale steun ($b = -.08$, $t = -.66$, $p = .52$).

Conclusie

Een verband tussen bereidheid om een naaste bij de behandelafspraken te betrekken en ervaren en gewenste sociale steun werd niet gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het betrekken van een naaste vanzelfsprekend is voor deelnemers, omdat ze onderdeel uitmaken van een sociaal netwerk waarin naasten per definitie betrokken zijn. Een aanbeveling voor de klinische praktijk is daarom om met elke cliënt te bespreken welke naaste hij of zij eventueel bij de behandeling kan betrekken.

Trefwoorden

verslavingszorg, sociale steun, ervaren sociale steun, gewenste sociale steun, betrekken van naasten in de behandeling

Abstract

Introduction

In recent years, there has been increasing attention given to involving significant others in mental health care (GGZ). Significant others can play an important and supportive role for clients, but in practice they are rarely taken to appointments. This study aims to investigate the relationship between the willingness to involve a significant other in treatment appointments, perceived social support, and whether desired social support moderates this relationship. According to the stress buffering theory, social support from significant others is seen as a buffer against stress and can have a positive impact on both physical and mental health, provided that the support is experienced as supportive and is needed.

Method

The study group consisted of 75 who were submitted to one of the outpatient clinics of VNN for a substance use disorder. The participants were between the ages of 24 and 84 of which 77.4% were male and 22.6% were female. The willingness to involve significant others in treatment appointments was questioned using a self-constructed Visual Analogue Scale (VAS). Perceived social support was measured using the Social Support List Interactions (SSL-I). Desired social support was measured with the Social Support List Discrepancies (SSL-D). The first hypothesis is that there is a positive relationship between willingness to involve significant others and perceived social support. This hypothesis is tested using Spearman's Rho correlation analysis. The second hypothesis is that willingness to involve significant others in treatment and perceived social support is moderated by desired social support. Hypothesis 2 was tested using multiple regression analysis, with perceived social support, desired social support and the interaction-effect as independent variables, and willingness as the dependent variable.

Results

Of the participants, 56% were strongly willing, 27% were somewhat willing and 17% were almost unwilling to involve a significant other in the treatment. A little over 50% of the participants reported that they experienced sufficient social support and wished for this support. No relationship was found between willingness and perceived social support ($r(75) = .06, p = .31$). The multiple regression analysis also showed no significant relationship between the willingness to involve significant others and perceived social support ($b = -.15, t = -.99, p = .36$). Desired social support did not moderate the relationship between willingness to involve significant others and perceived social support ($b = -.08, t = -.66, p = .52$).

Discussion

The expected relationship between willingness and perceived and desired social support was not found. One possible explanation for this could be that involving a significant other is considered self-evident for participants because they are part of a social network where significant others are inherently involved. Therefore, a recommendation for clinical practice is therefore to discuss with each client which significant other they could possibly involve in their treatment.

Keywords

addiction care, social support, experienced social support, needed social support, significant other involvement in treatment

De rol van sociale steun en bereidheid naasten te betrekken bij de verslavingsbehandeling

Inleiding

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor het betrekken van naasten bij de behandeling in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (Ulrich & Kamevaar, 2018). Uit de kerncijfers van de verslavingszorg blijkt echter dat bij slechts 1% van de behandelafspraken een naaste betrokken is (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). Een belangrijke vraag is waarom naasten niet vaker worden betrokken, temeer omdat de steun van naasten essentieel is om abstinentie te bereiken en vast te houden (Snoek e.a., 2021). De bereidheid van de cliënt om naasten te betrekken lijkt daarbij een belangrijk startpunt te zijn voor de verslavingsbehandeling, omdat naasten een belangrijke rol spelen bij de beslissing om te stoppen met gebruik (Galea, Nandi, & Vlahov, 2004) en een belangrijke rol spelen in het herstel (Snoek e.a., 2021).

Het succesvol betrekken van naasten begint bij de bereidheid van de cliënt zelf om iemand mee te nemen naar afspraken met zijn behandelaar. Gevoelens van schuld en schaamte kunnen het voor cliënten soms lastig maken een naaste mee te nemen, omdat ze geneigd zijn zichzelf te isoleren (Locke, Shilkret, Everett, & Petry, 2015). Een onderzoek onder studenten met alcoholproblemen suggereerde dat gevoelens van schuld en schaamte vaak gepaard gaan met het zich isoleren van hun naasten (Locke e.a., 2015; Rahim & Patton, 2015). De cliënt is van mening dat het zijn eigen schuld is en dat hij nog een schuld heeft af te lossen (Snoek, McGeer, Brandenburg,

& Kennett, 2021). Schuld, schaamte en zelf beschuldiging roepen veel negatieve emoties (somberheid, angst, boosheid) en zelfevaluaties op, wat stress veroorzaakt en het succesvol stoppen met middelengebruik in de weg kan staan (Snoek e.a., 2021). Onderzoek suggereert dat als het lukt om naasten te betrekken dit in sommige gevallen de effectiviteit van de verslavingsbehandeling vergroot (Ariss & Fairbairn, 2020; McCrady, 2004; Powers, Vedel, & Emmelkamp, 2008; Arnaud, Sack, & Thomasius, 2019) en de kans op een terugval in gebruik verkleint (McKay, Foltz, Stephens, & Kissin, 2005). In een meta-analyse werden de behandelresultaten van individuele Cognitieve Gedragstherapie (CGT) vergeleken met de behandelresultaten van CGT voor echtparen. Belangrijke uitkomstmaten waren abtinent worden en abtinent blijven gedurende een half jaar. Over het algemeen werd gevonden dat CGT voor echtparen effectiever was dan individuele CGT (Powers e.a., 2008). In een meta-analyse uitgevoerd in 2020 werden dezelfde uitkomsten gevonden (Ariss & Fairbairn, 2020). Cliënten waarbij een naaste betrokken was bij de behandelafspraken bleken 6% meer dagen zonder gebruik te hebben dan cliënten die een individuele behandeling hadden gehad. Deze effecten werden waargenomen voor verschillende middelen, verschillende ernst van de verslaving en duur van de verslaving. Het betrekken van naasten bij de behandeling lijkt dus de effectiviteit van de behandeling te vergroten. Naasten kunnen echter soms ook een bron van stress zijn en daardoor een belangrijke factor bij een terugval, bijvoorbeeld een vriend die middelen aanbiedt of een conflict met een naaste (Ariss & Fairbairn, 2020). De kennis over wat precies de werkzame ingrediënten zijn die ervoor zorgen dat het betrekken van naasten een positief effect heeft op de behandeling is nog beperkt (Arnaud, Sack, & Thomasius, 2019). Een mogelijk werkzaam ingrediënt zou sociale steun kunnen zijn.

Volgens de stress-buffering theorie kan sociale steun gezien worden als een buffer voor stress, omdat de discrepantie tussen de inschatting van een moeilijke situatie en de ervaren mogelijkheden om met die situatie om te gaan door sociale steun kleiner wordt, wat leidt tot stressvermindering (Cohen & McKay, 1984). De verhouding tussen de stressor en draagkracht verandert positief, zonder dat er iets hoeft te veranderen aan de stressor. Het is echter belangrijk dat sociale steun pas helpend of steunend is als de steunontvanger de perceptie heeft dat steun beschikbaar is en de steun ook als steunend ervaart (Rankin, Paisley, Mulla, & Tomeny, 2018). Onderzoek onder de algemene bevolking suggereert dat ervaren sociale steun een positief effect kan hebben op de mentale en fysieke gezondheid en de algemene tevredenheid over het leven (Uchinio, 2009; Cao & Liang, 2017). In een ander onderzoek werd echter gevonden dat het verband tussen ervaren sociale steun en gezondheid minder werd of zelfs verdween wanneer iemand meer steun kreeg dan hij wenste (Melrose, Brown, & Wood, 2015). De stress-buffering theorie stelt dan ook dat sociale steun pas als steunend wordt gezien als deze door de steunontvanger als nodig wordt ervaren en gewenst is (Cohen & McKay, 1984; Wolff, Schmiedek, Brose, & Lindenberger, 2013). Er is de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar stress en verslaving (Fronk, Sant'Ana, Kaye, & Curtin, 2020). Stress speelt een belangrijke rol bij zowel het ontstaan als het in stand houden van verslaving (Sher, Bartholow, Peuser, Erickson, & Wood, 2007). Onderzoek lijkt te suggereren dat de sociale steun van naasten een belangrijke factor is voor cliënten om tot het besluit te komen om te stoppen met middelengebruik, hulp te zoeken om een nieuwe identiteit op te

bouwen, zonder gebruik (Galea e.a., 2004; Nuijen e.a., 2016; Snoek e.a., 2021). Dat onderstreept het belang van sociale steun.

Sociale steun lijkt dus een belangrijke factor voor de bereidheid van cliënten om een naaste te betrekken bij hun behandeling. Voor zover ons bekend is het concept bereidheid van cliënten in relatie tot sociale steun nog niet eerder onderzocht.

We willen daarom met deze studie onderzoeken of er een verband is tussen de bereidheid om een naaste bij de verslavingsbehandeling te betrekken en ervaren en gewenste sociale steun. Onze verwachting is dat de bereidheid om een naaste bij de behandeling te betrekken groter wordt als algemene steun van naasten wordt ervaren. Onze eerste hypothese is dus dat een positief verband bestaat tussen de bereidheid naasten te betrekken en ervaren sociale steun. Omdat sociale steun pas steunend is als deze gewenst is, verwachten we dat de bereidheid om naasten bij de behandeling te betrekken groter wordt naarmate de steun die een cliënt ontvangt meer aansluit bij zijn of haar wensen. We denken dat gewenste sociale steun het verband tussen de bereidheid om een naaste te betrekken en ervaren sociale steun positief modereert. Onze tweede hypothese is dus dat de bereidheid om naasten te betrekken bij de behandeling en ervaren sociale steun wordt gemodereerd door gewenste sociale steun.

Methode

Ethische toetsing

De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METc) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) beoordeelde in maart 2020 het onderzoeksvoorstel met dossiernummer 202000202. De METc concludeerde dat het onderzoek niet viel onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO). Het onderzoeksvoorstel is ook door de wetenschappelijk ethische commissie van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) geaccordeerd.

Participanten

In de periode november 2020 tot en met augustus 2021 werden 450 cliënten tijdens de intakefase benaderd, die waren aangemeld voor poliklinische behandeling in de specialistische GGZ bij de poliklinieken van VNN, een aanbieder voor verslavingszorg in de provincies Friesland, Groningen en Drenthe. Cliënten moesten 18 jaar of ouder zijn om deel te kunnen nemen. Verder moesten deelnemers voldoende begrip hebben van de Nederlandse taal om de vragenlijsten in te kunnen vullen. Er is bij de selectie geen onderscheid gemaakt tussen cliënten die zich voor het eerst aanmeldden voor verslavingszorg of cliënten die zich voor een tweede, derde keer of meer hadden aangemeld. Het hebben van ernstige psychiatrische problematiek in de vorm van een floride psychose of ernstige suicidaliteit waren exclusiecriteria. In de periode dat de data werden verzameld was sprake van een COVID-19 pandemie.

De onderzoeksgroep bestond uit 75 volwassenen tussen de 24 en 84 jaar. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep was 43.92 jaar (SD = 14.25 jaar). De spreiding van de leeftijd was groot: de jongste deelnemer was 24 jaar oud en de oudste 84 jaar. De onderzoeksgroep bestond voor 77.4% uit mannen voor 22.6% uit vrouwen. Dit is in lijn met de verdeling van mannen en vrouwen in de verslavingszorg (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016).

Procedure

Cliënten werden tijdens de intakefase via een brief door de onderzoeker benaderd met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. In de brief werd uitgelegd dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig was en dat het al dan niet deelnemen aan het onderzoek geen gevolgen zou hebben voor de behandeling. In de brief stond ook vermeld dat cliënten telefonisch of via de mail vragen konden stellen aan de onderzoeker, mocht dat gewenst zijn. In de brief werd ook beschreven dat gegevens anoniem en zorgvuldig zouden worden verwerkt en opgeslagen, wat gebeurde door gegevens zonder persoonsgegevens op te slaan op een beveiligde netwerkdrive van VNN.

Naast de informatiebrief werden in dezelfde envelop de toestemmingsverklaring en de vragenlijsten meegestuurd. Van de 450 benaderde cliënten gaven 84 cliënten schriftelijk aan mee te willen meewerken aan het onderzoek. Van deze 84 vulden 9 cliënten niet alle onderdelen van de vragenlijsten in en werden daarom geëxcludeerd. De onderzoeksgroep bestond daardoor uit 75 cliënten.

Meetinstrumenten

VAS

De bereidheid om naasten te betrekken in de behandeling werd uitgevraagd aan de hand van een zelf-geconstrueerde Visual Analogue Scale (VAS) met de vraag: “In hoeverre bent u bereid een naaste (familielid, vriend/ vriendin, collega of een belangrijke naaste) bij uw behandeling bij VNN te betrekken, door deze mee te nemen naar één van uw behandelafspraken?” De schaal liep van 0 (helemaal niet bereid) via 50 (neutraal) tot 100 (helemaal bereid). Dus hoe hoger de score op deze schaal des te meer bereid iemand was om een naaste bij zijn of haar behandeling te betrekken.

Sociale steunlijst interacties

Ervaren sociale steun werd gemeten met de Sociale Steunlijst Interacties (Van Sonderen, 1993). Van Sonderen definieerde sociale steun als een kenmerk van de relatie tussen een persoon en zijn/haar maatschappelijke omgeving. De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst zijn door het COTAN beoordeeld als voldoende (Egberink, De Leng, & Vermeulen, 2020). De Sociale Steunlijst Interacties bestaat uit 34 items, die betrekking hebben op allerlei vormen van ondersteunende interacties. Een voorbeeld van een item is: “Gebeurt het wel eens dat men u aanhaalt” of “Gebeurt het wel eens dat men u om raad vraagt”. Deelnemers dienen de items te scoren met een 1 (‘zelden of nooit’), een 2 (‘af en toe’), een 3 (‘regelmatig’) of een 4 (‘erg vaak’). Het bereik van de totaalscore ligt tussen 34 en 136 en geeft de mate aan waarin de deelnemer zich gesteund voelt. Een hogere score betekent meer ervaren steun. In eerdere studies onder de algemene bevolking zijn gemiddelde scores gevonden tussen 69.2 en 84.1 (Van Sonderen, 1993). In een eerdere studie in de verslavingszorg bleek de interne consistentie van de Sociale Steunlijst Interacties goed te zijn (Cronbach’s alfa = .84) (Dijk van & Blaauw, 2019). In het huidige onderzoek was de Cronbach’s alfa van de SSL-I zeer goed ($\alpha = .94$).

Sociale steunlijst discrepanties

Gewenste sociale steun werd gemeten met de Sociale Steunlijst Discrepanties. Van Sonderen definieerde gewenste sociale steun als ondersteunende interacties op het

moment dat iemand daadwerkelijk steun nodig heeft (1993). De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst zijn door het COTAN beoordeeld als voldoende (Egberink e.a., 2020). De Sociale Steunlijst Discrepanties bestaat uit 34 items. De items bestaan bijvoorbeeld uit: U aanhalen... of u om raad vragen... Deelnemers dienden de items te scoren met een 1 (*'mis ik, zou ik graag meer willen'*), een 2 (*'mis ik niet echt, maar het zou prettig zijn als het vaker gebeurde'*), een 3 (*'precies goed zo, ik zou het niet vaker of minder vaak willen'*) of een 4 (*'gebeurt te vaak, het zou prettig zijn als het minder vaak gebeurde'*). De scores zijn voor deze studie gehercodeerd, omdat we wilden weten in hoeverre de steun gewenst was: niet te veel en niet te weinig. Alle scores 1,2 en 4 zijn gehercodeerd naar 0 (*te veel of te weinig*) en de score 3 werd 1 (*precies goed*). Het bereik van de totaalscore ligt daarbij tussen de 0 en 34 en geeft de mate aan waarin de ontvangen steun gewenst is. Een lagere score betekent dat de sociale steun minder gewenst is en hoe hoger de score, hoe meer de steun gewenst is. De interne consistentie van de Sociale Steunlijst Discrepanties was in dit onderzoek hoog ($\alpha = .94$).

Statistische analyses

De analyses werden uitgevoerd met SPSS 27. De assumpties werden getoetst voor de onafhankelijke variabele (de bereidheid om naasten te betrekken, hierna bereidheid) en de afhankelijke variabelen (ervaren en gewenste sociale steun). Hieruit bleek dat niet werd voldaan aan de assumpties. De variabele bereidheid om naasten te betrekken bleek niet normaal verdeeld. Er waren uitschieters bij score 0, 50, maar vooral rond 100. Hypothese 1 werd daarom getoetst met de Spearman's Rho correlatieanalyse.

Hypothese 2 werd getoetst met een multiple regressieanalyse met ervaren sociale steun, gewenste sociale steun en het interactie-effect als onafhankelijke variabelen en bereidheid als afhankelijke variabele. De variabele bereidheid was niet normaal verdeeld en daarom hebben we de scores verdeeld in 3 klassen, zodat een indeling in drieën ontstond: categorie 1 met scores tussen 0 en 39 (vrijwel niet bereid), categorie 2 met scores van 40 tot 64 (enigszins bereid) en categorie 3 met scores van 65 tot en met 100 (sterk bereid). De verdeling werd hierdoor minder scheef, maar de variabele was nog steeds niet normaal verdeeld.

Om te corrigeren voor kanskapitalisatie werd gebruik gemaakt van Bonferonni-correctie (Zuuren, 2010). Om te kunnen spreken van een significante uitkomst diende $p < 0.030$ te zijn.

Steekproefgrootte en poweranalyse

De eerste hypothese werd getoetst met een enkelvoudige correlatieanalyse. Met behulp van het programma G*power (versie 3.1 voor Mac) werd een minimale steekproefomvang berekening gedaan, waarbij is uitgegaan van een minimale middelmatige effectgrootte (0.3). Er werd een power van 0.80 ($1-b=0.80$) gehanteerd en een alfa van 0.05. Er wordt in onderzoek vaak gekozen voor een power van 0.80 (Zuuren, 2010). In de huidige studie werd uitgegaan van eenzijdige toetsing, omdat er een positief verband werd verwacht. De totale minimale steekproefgrootte kwam uit op 64 ($N=64$).

Voor hypothese 2 werd een multiple regressieanalyse uitgevoerd. Ook voor deze analyses is een steekproefomvang berekening gedaan met G*power (versie 3.1 voor Mac). Bij de vaststelling van de steekproefomvang werd uitgegaan van een

minimaal te onderscheiden correlatie van 0.15 ($r=0.15$) en een power van 80% ($1-b=0.80$) en een alfa van 0.05. Er werd een eenzijdige toetsing gehanteerd. De totale steekproefgrootte kwam uit op 82 ($N=82$).

Resultaten

In Tabel 1 is te zien dat 42 deelnemers (56%) sterk bereid waren een naaste te betrekken bij hun behandeling, dat 20 (27%) enigszins bereid waren dat te doen en dat 13 deelnemers (17%) vrijwel niet bereid waren een naaste te betrekken. Aan de verdeling van de percentielen is te zien dat de verdeling van bereidheid linksscheef was. Dat betekent dat deelnemers in de steekproef een relatief grote bereidheid ervoeren om een naaste te betrekken. De deelnemers rapporteerden op ervaren sociale steun gemiddeld een score van 77.75 ($SD = 16.00$) binnen een bereik van 34 tot 136. Dit gemiddelde is net iets hoger dan de mediaan (76.64). De verdeling van de percentielen geeft aan dat de variabele ervaren sociale steun ongeveer normaal is verdeeld. Ongeveer de helft van de deelnemers gaf dus aan voldoende sociale steun te ervaren.

De deelnemers rapporteerden op gewenste sociale steun gemiddeld een score van 18.74 ($SD = 10.00$) binnen een bereik van 0 tot 34. De verdeling van de percentielen geeft weer dat de variabele gewenste sociale steun redelijk normaal verdeeld is. Iets meer dan de helft van de deelnemers rapporteerde dus dat de steun die ze kregen gewenst was.

Tabel 1

Frequenties en Interkwartielafstand van bereidheid naasten te betrekken, ervaren sociale steun en gewenste sociale steun

	N	Bereidheid naasten	Ervaren Sociale steun	Gewenste sociale
		te betrekken		Steun
		75	75	75
Gemiddelde		2.39	77.75	18.74
Mediaan		3	76.64	20.50
SD		.77	15.87	10.00
Bereik		1-3	38-136	0-34
Percentielen	25	2.00	66.00	7.41
	50	3.00	76.64	20.50
	75	3.00	86.75	28.00

Een Spearman's Rho correlatieanalyse liet geen significant verband zien tussen de bereidheid om naasten bij de behandeling te betrekken en ervaren sociale steun ($r(75) = .06, p = .31$). De multiële regressieanalyse liet tevens geen significant verband zien tussen de bereidheid om naasten te betrekken en ervaren sociale steun ($b = -.15, t = -.99, p = .36$). Daarnaast werd geen significant interactie-effect gevonden; gewenste sociale steun modereerde niet het verband tussen de bereidheid om naasten te betrekken en ervaren sociale steun ($b = -.08, t = -.66, p = .52$).

Discussie

Een belangrijke bevinding van deze studie is dat 56% van de deelnemers sterk bereid was en 27% enigszins bereid was om een naaste bij de behandeling te betrekken. Slechts een klein deel (17%) was vrijwel niet bereid een naaste te betrekken. Dat betekent dat maar liefst 83% van de deelnemers in ieder geval enigszins bereid was om een naaste te betrekken. De resultaten van deze studie lieten verder zien dat iets meer dan de helft van de deelnemers voldoende sociale steun ervoer. Ook iets meer dan de helft van de deelnemers vond dat de steun die ze ontvingen gewenst was. Uitgaande van de stressbufferingtheorie zou dit kunnen betekenen dat meer dan de helft van de deelnemers een buffer lijkt te hebben tegen de stress, die het aangaan van een verslavingsbehandeling mogelijk met zich mee zal brengen. De andere kant is dat er ook een grote groep is die zich sociaal onvoldoende gesteund voelt en meer steun zou wensen en deze buffer mogelijk ontbeert. De stressbufferingtheorie maakt echter geen onderscheid in de soorten stressors. Er zijn onderzoekers die een onderscheid maken tussen voorspelbare en onvoorspelbare stress. Recent onderzoek suggereert dat met name mensen met alcoholproblematiek sterker reageren op onvoorspelbare stress (Gorka, Kreutzer, Petrey, Radoman, & Phan, 2020). Onvoorspelbare stress lokt een vorm van angst uit die excessief is en ongericht, omdat geen controle wordt ervaren. Een voorbeeld van onvoorspelbare stress zijn sociale problemen en conflicten. Voorspelbare stress lokt een angst uit die gericht is op een duidelijke stimulus, waardoor meer controle wordt ervaren. De perceptie van de moeilijkheid van de taak lijkt groter voor onvoorspelbare stress dan voor voorspelbare stress. Alcohol lijkt vooral de ongerichte angst te verminderen, waardoor het de stress doet verdampen (Gorka e.a., 2020). De gevoeligheid voor onvoorspelbare stress is mogelijk een onderliggende factor voor het ontwikkelen van verschillende vormen van psychopathologie, waaronder middelengebruik (Carleton, 2016). Wanneer de perceptie is dat de taak moeilijker is bij een gelijkblijvende draagkracht, verandert deze verhouding tussen deze twee. In situaties van onvoorspelbare stress zal er meer sociale steun nodig zijn om de stress te verlagen en voldoende buffer tegen stress op te bouwen. In het licht van de onvoorspelbaarheid van onvoorspelbare stress schiet een gemiddelde ervaren sociale steun en gewenste sociale steun mogelijk tekort en is een grotere buffer wenselijk. Het is van belang dat de sociale steun ook als steunend wordt ervaren en ook gewenst is. Naasten die overbetrokken zijn of betuttelen sluiten vaak niet aan op de wensen van de hulpvragen. Zoals gezegd kan steun die niet gewenst is averechts werken (Melrose, Brown, & Wood, 2015).

Tegen de verwachting in werd geen verband gevonden tussen de ervaren sociale steun en de bereidheid een naaste te betrekken bij de behandeling. Ook werd geen verband gevonden tussen de gewenste sociale steun en de bereidheid om naasten bij de behandeling te betrekken. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn: iedereen maakt deel uit van een sociaal netwerk, waarin dus altijd naasten betrokken zijn (Nijen, e.a., 2016; Ulrich & Kamevaar, 2018). Dat zou mogelijk kunnen betekenen dat het voor deelnemers daardoor vanzelfsprekend is om (bereid te zijn) een naaste te betrekken. Juist omdat naasten al betrokken zijn en vaak ook een deel van de ziektelast dragen (Nuijen e.a., 2016).

Klinische en wetenschappelijke implicaties

Een klinische implicatie van dit onderzoek is dat het van belang is dat behandelaren

met elke cliënt te bespreken wie hij of zij bij de behandeling kunnen betrekken. De resultaten van dit onderzoek lijken te suggereren dat cliënten daar wel voor open staan. Mogelijk kunnen behandelaren hierin ondersteund worden door het implementeren van behandelprogramma's waarin het betrekken van naasten bij behandelafspraken is geïntegreerd in de werkwijze. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de evidence-based interventie CRA (Roozen e.a., 2004). Deze interventie combineert gedragstherapeutische interventies en systeemgerichte interventies.

Een wetenschappelijke implicatie van dit onderzoek is dat de stressbufferingtheorie een goed uitgangspunt lijkt om iets meer te begrijpen over het belang van het betrekken van naasten bij behandelafspraken. Tegelijkertijd lijkt het samenspel tussen stress en sociale steun complex, omdat sociale factoren juist ook een bron van stress kunnen zijn. Er lijkt daarom meer onderzoek nodig om beter te begrijpen wat de werkzame ingrediënten zijn van sociale steun op het stoppen met middelen en welke rol (verschillende vormen van) stress daarin speelt.

Een beperking van deze studie is dat de variabele bereidheid niet normaal verdeeld was. Dit omdat een grote meerderheid van de deelnemers in ieder geval enigszins bereid was om een naaste bij de behandeling te betrekken. Door deze scheve verdeling kon een eventueel bestaand verband, mocht dat er al zijn, tussen de bereidheid een naaste te betrekken en sociale steun, mogelijk niet gevonden worden. Dat bereidheid niet normaal verdeeld is heeft mogelijk te maken met dat bereidheid met één item is gemeten. Mogelijk is daardoor het concept bereidheid onvoldoende diepgaand gemeten. Mogelijk geeft een instrument dat het concept bereidheid op een meer gedifferentieerde wijze meet een completer beeld geven van bereidheid om naasten te betrekken bij behandelafspraken.

Conclusie

Een belangrijke bevinding van deze studie is dat de meerderheid van de cliënten bereid is een naaste te betrekken, ongeacht de mate van sociale steun die hij ervaart van zijn naasten. Onderzoek dat de afgelopen decennia is uitgevoerd suggereert dat sociale steun van een naaste kan, de effectiviteit van de verslavingsbehandeling vergroten. Het lijkt daarom goed om met elke cliënt het gesprek aan te gaan over wie hij of zij bij de behandeling kan betrekken, die helpend kan zijn om gebruik onder controle te krijgen of te stoppen.

Referenties

- Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 526-540.
- Arnaud, N., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2019). Current state of family-based prevention and therapy of substance-use disorders in children and adolescents: A review. [Zum aktuellen Stand der familienbasierten Prävention und Therapie bei substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein Überblick] *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 68(5), 376-401.

- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33-51.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., e.a. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addictive Behaviors*, 82, 94-100.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458-475.
- Brooks, A. T., Lopez, M. M., Ranucci, A., Krumlauf, M., & Wallen, G. R. (2017). A qualitative exploration of social support during treatment for severe alcohol use disorder and recovery. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 76-82.
- Cao, Q., & Liang, Y. (2017). Perceived social support and life satisfaction in drug addicts: Self-esteem and loneliness as mediators. *Journal of Health Psychology*, 1359105317740620.
- Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 5-21.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health: Vol. 4.* (pp. 253-267). NJ: Erlbaum: Hillsdale.
- Dijk van, M., & Blaauw, E. (2019). Hechting, therapeutische relatie en behandeluitkomsten binnen de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 45(3), 165.
- Dopp, A. R., Manuel, J. K., Breslau, J., Lodge, B., Hurley, B., Kase, C., e.a. (2022). Value of family involvement in substance use disorder treatment: Aligning clinical and financing priorities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132, 108652.
- Egberink, I. J. L., De Leng, W. E. & Vermeulen, C. S. M. (2020). Sociale steun lijst, interacties en discrepanties, SSL-I en SSL-D. Retrieved januari-23, 2020, from <https://www-cotandocumentatie-nl.proxy-ub.rug.nl/beoordelingen/b/14522/sociale-steun-lijst--interacties-en-discrepanties/>
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological Bulletin*, 144(5), 532-555.
- Fronk, G. E., Sant'Ana, S. J., Kaye, J. T., & Curtin, J. J. (2020). Stress allostasis in substance use disorders: Promise, progress, and emerging priorities in clinical research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 401-430.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic Reviews*, 26, 36-52.
- GGZ standaarden. (2021). Generieke module naasten. Retrieved 06, 24, 2022, from <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie>
- Gorka, S. M., Kreutzer, K. A., Petrey, K. M., Radoman, M., & Phan, K. L. (2020). Behavioral and neural sensitivity to uncertain threat in individuals with alcohol use disorder: Associations with drinking behaviors and motives. *Addiction Biology*, 25(3), e12774.

- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235-246.
- Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2015). Interpersonal guilt and substance use in college students. *Substance Abuse*, 36(1), 113-118.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (2003). *Replace prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McCrady, B. S. (2004). To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social network. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 18(2), 113-121.
- McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Fokas, K. F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(2), 08.
- McKay, J. R., Foltz, C., Stephens, R. C., Leahy, P. J., Crowley, E. M., & Kissin, W. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(Suppl1), S73-S82.
- Melrose, K. L., Brown, G. D. A., & Wood, A. M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? when it is needed. *Personality and Individual Differences*, 77, 97-105.
- Nuijen, J., Dorsselaer, S. v., Dekker, N., Ehrlich, E., Graaf, R. d., & Have, M. t. (2016). De ervaren belasting van naasten van personen met verslavingsproblemen: Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *The International Journal on Drug Policy*, 27, 146-153.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (1992). General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: An experimental study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 297-307.
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962.
- Rahim, M., & Patton, R. (2015). The association between shame and substance use in young people: A systematic review. *Peerj*, 3, e737.
- Rankin, J. A., Paisley, C. A., Mulla, M. M., & Tomeny, T. S. (2018). Unmet social support needs among college students: Relations between social support discrepancy and depressive and anxiety symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 65(4), 474-489.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), 1-13.
- Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, M. M., & Muchowski, P. (2018). Partner violence among drug-abusing women receiving behavioral couples therapy versus individually-based therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 92, 1-10.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., Peuser, K., Erickson, D. J., & Wood, M. D. (2007). Stress-response-dampening effects of alcohol: Attention as a mediator and moderator. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 362-377.

- Snoek, A., McGeer, V., Brandenburg, D., & Kennett, J. (2021). Managing shame and guilt in addiction: A pathway to recovery. *Addictive Behaviors*, 120, 106954.
- Song, Y., Song, H. J., Han, H. R., Park, S. Y., Nam, S., & Kim, M. T. (2012). Unmet needs for social support and effects on diabetes self-care activities in Korean Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(1), 77-85.
- Stout, R. L., Kelly, J. F., Magill, M., & Pagano, M. E. (2012). Association between social influences and drinking outcomes across three years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 489-497.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Uchino, B. N. (2009). What a lifespan approach might tell us about why distinct measures of social support have differential links to physical health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 53-62.
- Ulrich, P., & Kamevaar, A. M. (2018). Focus op gezondheid: Zorg voor herstel. Amersfoort: Landelijk platform psychische gezondheid.
- Van Sonderen, F. (1993). Het meten van sociale steun met de sociale steun lijst-interacties (SSL-I) en sociale steun lijst-discrepanties (SSL-D): Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2016). Kerncijfers verslavingszorg 2015. Houten: Stichting informatievoorziening zorg.
- Wolff, J. K., Schmiedek, F., Brose, A., & Lindenberger, U. (2013). Physical and emotional well-being and the balance of needed and received emotional support: Age differences in a daily diary study. *Social Science & Medicine*, 91, 67-75.
- Zuuren, F. J. v. (2010). Klein methodenboek klinische en gezondheidspsychologie. Amsterdam: VU University Press.