



Motiverende gespreksvoering bij middelengebruik

Referentie

Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, et al.
Motivational interviewing for substance use reduction. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub3

Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum
Suïcidepreventie
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering bij personen met een stoornis in middelengebruik op mate van middelengebruik, bereidheid tot verandering en therapietrouw, in vergelijking met geen behandeling, standaardbehandeling, informatie met mogelijkheid tot vragen of een andere actieve behandeling?

Achtergrond

Middelengebruik is een veelvoorkomend probleem. Uit de nationale gezondheidsenquête bij Belgen vanaf 15 jaar blijkt dat 6% van de bevolking overmatig alcohol gebruikt en 3% problematisch cannabisgebruik vertoont (1,2). Daarnaast experimenteerde 9% van de bevolking al met andere drugs dan cannabis, en gebruikte 2,9% van de bevolking andere drugs in het afgelopen jaar (1,2). Het gebruik van alcohol en drugs kunnen een aanzienlijke impact hebben op het individu, de omgeving en de maatschappij. Jaarlijks zijn er wereldwijd zo'n 3 miljoen overlijdens (5,3% van alle overlijdens) door problematisch alcoholgebruik en 494.000 overlijdens gerelateerd aan ander middelengebruik (3,4). Een effectieve behandeling voorzien om middelengebruik te verminderen is dus van uiterst belang. Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek gericht op samenwerking en doelen stellen om de motivatie tot verandering en therapietrouw te versterken (5-7). Binnen motivationele gespreksvoering wordt de ambivalentie omtrent verandering geëxploreerd. Oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik bij alcoholverslaving wordt deze techniek nu ook gebruikt voor behandeling bij andere middelen, risicovol gedrag en gezondheidsbevordering.

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyse (8).

Geraadpleegde bronnen

- CENTRAL en Cochrane Drugs and Alcohol Review Group (CDAG) Register, MEDLINE, Embase, PsycInfo, PsychExtra, tot 3 november 2022
- updates van eerdere zoekopdrachten (tot 24 maart 2022): International Bibliography of the Social Sciences; Sociological Abstracts, CINCH Australian Criminology Database, SveMed+ en National Criminal Justice Reference Service (NCJRS); SpringerLink en Library of the National Documentation Centre on Drug Use, ISI Web of Science, Wiley Interscience, Google (Scholar), DrugScope Library, C2-SPECTR

- websites (23 maart 2022): www.motivationalinterview.org, nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=182, www.controlled-trials.com, clinicalstudyresults.org, centrewatch, trialssearch.who.int
- mailinglijsten (23 maart 2022): MINT-listserv, Australian Criminology Listserv, Campbell Crime & Justice Group Steering Committee, Crimnet
- referentielijsten van geïnccludeerde studies.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria:
 - (quasi) gerandomiseerde gecontroleerde studies naar de effecten van motiverende gespreksvoering of motiverende verbeteringstherapie (individueel en face-to-face) op middelengebruik in vergelijking met geen behandeling, standaardbehandeling, informatie met mogelijkheid tot vragen, of een andere actieve interventie
 - motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek gericht op het vergroten van de motivatie en bereidheid tot verandering, alsook het vergroten van therapietrouw; het betreft een cliëntgerichte aanpak met de focus op samenwerking en gebruik van veranderingsgerichte taal; de vier voornaamste processen die binnen motiverende gespreksvoering gebruikt worden zijn engageren (d.w.z. opbouwen van een therapeutische relatie), focussen (d.w.z. een specifieke agenda opstellen en duidelijke doelen stellen), ontlokken (d.w.z. motivatie tot verandering en eigen argumenten hiervoor exploreren) en plannen (engagement tot verandering formuleren en een concreet actieplan opstellen)
 - motiverende verbeteringstherapie is een aangepaste vorm van motiverende gespreksvoering waarbij gepersonaliseerde feedback wordt geïntegreerd om verandering te faciliteren; de aanpak is dus iets specifiekker dan algemene motiverende gespreksvoering, met de nadruk op persoonlijke beoordeling, feedback en veranderplannen.
 - studies worden enkel geïnccludeerd als de interventie voldoet aan vooropgestelde kwaliteitscriteria van Miller en Rollnick, de ontwikkelaars van motiverende gespreksvoering; deze criteria betreffen de inhoud van de interventie, opleiding van de hulpverlener die de interventie uitvoert, kwaliteitsgarantie en betrouwbaarheid en transparante documentatie van het verloop.
 - een multi-component interventie kon alleen geïnccludeerd worden indien de aanvullende elementen (naast motiverende gespreksvoering/verbeteringstherapie) ook in de controlegroep aangeboden werden
 - deelnemers met een formele diagnose (ICD-10, ICD-11 of DSM-III-R, DSM-IV of DSM-V) van een stoornis in gebruik van middelen of met een positieve screening (a.d.h.v. gevalideerde screeningsinstrumenten) voor risicovol of gevaarlijk gebruik van middelen (alcohol, drugs, inhaleermiddelen en andere middelen die kunnen worden ingenomen, ingeademd, geïnjecteerd of op een andere manier toegediend en aanleiding kunnen geven tot afhankelijkheid en andere schadelijke gevolgen)
- exclusiecriteria:
 - nicotine als middel
 - studies met onvoldoende informatie over de kwaliteitscriteria aangaande inhoud van de interventie, opleiding, kwaliteitsgarantie en -trouw, rapportage van proces
 - controleconditie met actieve interventies waarbij therapeuten reflecteren over de ervaringen/percepties van deelnemers, vragen naar de perceptie van deelnemers over middelengebruik bij leeftijdsgenoten, leeftijdsadequate feedback geven over de mate van middelengebruik, deelnemers vragen hoe ze hun middelengebruik kunnen verminderen of met hen strategieën bespreken om schade te verminderen
- publicaties vanaf 1983
- geen taalrestricties

- uiteindelijke inclusie:
 - 91 RCT's en 2 quasi-RCT's uitgevoerd in de Verenigde Staten (N=72), Australië (N=5), Nederland (N=4), Verenigd Koninkrijk (N=4), Canada (N=2), Zweden (N=1), Duitsland (N=1), Zwitserland (N=1), Mexico (N=1), Zuid-Afrika (N=1), Nieuw-Zeeland (N=1); 73 studies waren monocentrisch en 20 multicentrisch ; studies rekruteerden uit zowel ambulante als residentiële centra, scholen/universiteiten/hogescholen, rekruteringscentra voor het leger, gezondheidscentra voor veteranen en gevangenen; bestudeerde middelen waren alcohol (N=43), alcohol en andere drugs (N=32), cannabis (N=10), meerdere drugs (N=5) en cocaïne (N=3)
 - studies bestudeerden motiverende gespreksvoering (N=70) en motiverende verbeteringstherapie (N=23) in vergelijking met geen interventie (N=34), standaardbehandeling (N=23), informatie en feedback (N=9) en andere actieve interventies (N=30); de motiverende interventies varieerden van 1 tot 9 sessies met een duur van 10 tot 148 minuten per sessie.

Bestudeerde populatie:

- 22 776 deelnemers (25 tot 1726 per studie); de meeste studies includeerden zowel mannen als vrouwen (N=84; n=20 867), 5 studies includeerden enkel mannen (n=993) en 4 studies includeerden enkel vrouwen (n=916), 54 studies bestudeerden volwassenen, 19 studies jongvolwassenen, 12 studies adolescenten en 8 studies adolescenten en jongvolwassenen.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: middelengebruik, gemeten aan de hand van verschillende gevalideerde vragenlijsten of instrumenten
- secundaire uitkomstmaten: bereidheid tot verandering en therapietrouw (in behandeling blijven)
- uitkomsten werden gemeten meteen na de interventie, op korte (<6 maanden na interventie), middellange (6-12 maanden na interventie), en lange termijn (>12 maanden na interventie)
- random-effects-meta-analyse, ITT-analyse.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat (*tabel 1*):
 - in vergelijking met geen behandeling: significant effect in het voordeel van de interventiegroepen meteen na de interventie, op korte en op middellange termijn; het effect was niet significant op lange termijn
 - in vergelijking met standaardbehandeling: significant effect in het voordeel van de controlegroepen meteen na de interventie en significant effect in het voordeel van de interventiegroepen op middellange termijn; geen significant effect op korte en lange termijn
 - in vergelijking met informatie en feedback: significante verschillen in het voordeel van de interventiegroepen op middellange en lange termijn; geen significant effect op korte termijn en onvoldoende data meteen na de interventie
 - in vergelijking met andere actieve behandelingen: geen significante verschillen meteen na de interventie, op korte, middellange of lange termijn

	Meteen na interventie	Korte termijn	Middellange termijn	Lange termijn
versus geen behandeling	SMD 0,48 95% BI van 0,07 tot 0,89 Lage bewijskracht I ² =75% N=6, n=471	SMD 0,20 95% BI van 0,12 tot 0,28 Zeer lage bewijskracht I ² =27%	SMD 0,12 95% BI van 0,05 tot 0,20 Lage bewijskracht) I ² =5% N=16, n=3 137	Niet significant N=9, n=1 525

		<i>N=19, n=3 351</i>		
versus standaard-behandeling	SMD -0,14 95% BI van -0,27 tot -0,02 Zeer lage bewijskracht I ² =0% <i>N=5, n=976</i>	Niet significant <i>N=14, n=3.066</i>	SMD 0,12 95% BI van 0,02 tot 0,22 Lage bewijskracht I ² =0% <i>N=9, n=1.694</i>	Niet significant <i>N=8, n=1 449</i>
versus informatie en feedback	Geen data	Niet significant <i>N=7, n=854</i>	SMD 0,24 95% BI van 0,08 tot 0,40 Matige bewijskracht I ² =0% <i>N=6, n=688</i>	SMD 0,24 95% BI van 0,07 tot 0,41 Matige bewijskracht I ² =0% <i>N=3; n=448</i>
versus actieve behandeling	Niet-significant <i>N=3, n=338</i>	Niet-significant <i>N=18, n=2 795</i>	Niet-significant <i>N=15, n=2 352</i>	Niet-significant <i>N=10, n= 1 908</i>

SMD: Standardized Mean Difference

- secundaire uitkomstmaten: geen significante verschillen tussen interventie- en controlegroepen gevonden voor bereidheid tot verandering en therapietrouw.

Besluit van de auteurs

Motiverende gespreksvoering kan het middelengebruik verminderen vergeleken met geen interventie op korte termijn. Motiverende gespreksvoering vermindert waarschijnlijk in beperkte mate middelengebruik vergeleken met opvolgen en geven van feedback op middellange en lange termijn. Motiverende gespreksvoering kan weinig tot geen verschil in middelengebruik maken versus de standaardbehandeling of een andere actieve interventie. Het is onduidelijk of motiverende gespreksvoering een effect heeft op de bereidheid tot verandering en het aanhouden van de behandeling. De studies die in deze review werden geïnccludeerd waren in veel opzichten heterogeen, op vlak van de kenmerken van de deelnemers, de gebruikte middelen en de interventies. Motiverende gespreksvoering wordt wijdverspreid gebruikt en onderzocht. Bijgevolg is het erg belangrijk dat hulpverleners zich houden aan de kwaliteitsvoorwaarden en deze ook rapporteren. Zo zullen onderzoeken waarvan de geïmplementeerde interventie daadwerkelijk motiverende gespreksvoering was, geïnccludeerd worden in systematische reviews en samenvattingen van bewijs. Algemeen hebben we matig tot geen vertrouwen in de evidentie, wat ons dwingt voorzichtig te zijn met deze conclusies. Bijgevolg zullen toekomstige studies de bevindingen en conclusies van deze review waarschijnlijk wijzigen.

Financiering van de studie

Geen gerapporteerde financiering.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen gerapporteerde belangenconflicten.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De huidige review betreft een Cochrane review en is dus uitgevoerd volgende de methodologisch hoogstaande standaarden van de Cochrane Collaboration. De zoektocht naar studies werd zeer uitgebreid uitgevoerd in veel verschillende bronnen, inclusief websites en mailinglijsten.

De auteurs brachten het risico van bias in kaart. Hierbij werd voor 69 studies een hoog risico van bias in minstens 1 domein vastgesteld. 24 studies hadden in geen enkel domein een hoog risico van bias. Het meeste risico van bias was voor blinding van deelnemers, hulpverleners en beoordelaars

(performatie- en detectiebias). Gezien de aard van de interventie is blinding echter moeilijk. Blinding van beoordelaars zou verbeterd kunnen worden door aanvullend gebruik van niet-zelfgerapporteerde uitkomstmaten (bijvoorbeeld drugtesten). Daarnaast stelde men voor 54 andere studies een onduidelijk risico van andere vormen van bias vast. Dit ging voornamelijk over het gebruik van alleen niet-fysiologische (zelfrapportage) uitkomstmaten. Andere aspecten die bijdroegen aan het risico van bias waren verschillen bij aanvang tussen interventie- en controlegroep, verschillende behandelingen bij follow-up, raadplegen van andere hulpverleners tijdens de duur van de studie. Ook publicatiebias werd bekeken aan de hand van funnel plots. Voor de vergelijkingen met geen behandeling was er een lichte asymmetrie voor kleinere studies, wat mogelijk zou kunnen wijzen op publicatiebias. Voor de andere vergelijkingen waren er geen aanwijzingen van publicatiebias. Sensitiviteitsanalyses die rekening hielden met risico van bias vonden vergelijkbare resultaten. Er werd beoordeeld of er op basis van de steekproefgrootte een statistisch significant effect gedetecteerd kon worden in de meta-analyse. Hieruit bleek dat 1 786 deelnemers nodig waren om een klein verschil (gestandaardiseerd gemiddeld verschil van 0,2) op te merken. Voor een medium verschil en groot verschil waren respectievelijk 290 en 116 deelnemers nodig. Voor een aantal vergelijkingen werd de kaap van 1 786 deelnemers bereikt, maar voor heel wat andere vergelijkingen niet. Mogelijk werden sommige effecten dus niet opgemerkt. Voor een aantal van de niet-significante resultaten waren echter wel voldoende deelnemers (en dus power) aanwezig. Een gebrek aan power kon dus niet alle niet-significante resultaten verklaren.

Beoordeling van de resultaten

In de review wordt de bestudeerde interventie duidelijk afgebakend. Studies met onvoldoende informatie over de kwaliteitscriteria voor motiverende gespreksvoering, werden niet geïncludeerd. De interventie zelf wordt niet uitvoerig besproken in deze review, maar er wordt wel verwezen naar de oorspronkelijke protocollen. Er is tussen de studies een aanzienlijke heterogeniteit in de duur en aantal sessies van de interventie. Ook de controlegroepen waren zeer heterogeen. De analyses worden dan wel opgesplitst per type controlegroep, maar de standaardbehandeling en actieve behandelingen omvatten zelf uiteenlopende interventies, die bovendien niet uitvoerig beschreven worden in het artikel. Voorts zijn ook de bestudeerde populaties zeer heterogeen. Zo waren er een aantal studies in zeer specifieke populaties zoals zwangere vrouwen (N=2, n=639), personen met een hiv-infectie (N=4, n=538), jongeren geclassificeerd als dakloos of weglopers (N=3, n=734), personen geclassificeerd als daders, gevangenen of plegers van partnergeweld (N=3, n=524). Dit maakt het moeilijk om te bepalen naar welke doelgroepen de resultaten al dan niet geëxtrapolerd kunnen worden. Er worden wel subgroepanalyses gedaan op basis van onder andere leeftijd en gebruikt middel, maar toch blijft er veel heterogeniteit bestaan. Hierbij vond men trouwens geen significante verschillen. Behalve voor het vergelijken van motivationele gespreksvoering o.o.v. de standaardbehandeling bleek er geen effect meer te bestaan bij personen die meer dan één soort drug gebruiken. Het was aanvullend interessant geweest om subgroepanalyses te doen op basis van geslacht, aangezien uit cijfers blijkt dat mannen doorgaans een hoger gebruik en risicoprofiel vertonen voor middelengebruik (1,2).

De gevonden effecten zijn bovendien klein en er wordt niet beschreven of deze effecten ook klinisch relevant zijn. Er wordt niet gekeken naar het aantal personen dat stopt met het gebruik van het middel, enkel naar de verandering in gebruik. Bovendien zijn er geen verschillen in secundaire uitkomstmaten, therapietrouw en bereidheid tot verandering, tussen interventie- en controlegroepen. Motiverende gespreksvoering heeft echter tot doel net de motivatie tot verandering en therapietrouw te vergroten. In interventiegroepen was dus een groter effect op deze uitkomstmaten te verwachten. Men kan zich trouwens de vraag stellen of deze uitkomstmaten niet meer geschikt waren als primaire uitkomstmaat.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In richtlijnen omtrent drugs (niet-opioïden) wordt op vlak van psychologische behandelingen voornamelijk CGT aangeraden (9). In CGT zitten wel enkele elementen die overlappen met

motiverende gespreksvoering, zoals onder andere het exploreren van motivatie en opstellen van doelen. Bij cannabis, cocaïne, amfetamine en GHB wordt aanbevolen om motiverende gespreksvoering te overwegen. Ook in de richtlijn rond alcohol, wordt motiverende gespreksvoering aangeraden (10).

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde Cochrane systematische review met meta-analyse toont aan dat er enkel kleine significante voordelen bestaan voor motiverende gespreksvoering meteen na behandeling, en op korte en middellange termijn in vergelijking met geen behandeling. Dit effect vervalt echter op lange termijn. In vergelijking met standaardbehandeling en informatie en feedback wordt een klein effect gevonden op middellange termijn, dat versus informatie en feedback aanhoudt op lange termijn. Algemeen is de bewijskracht in deze review laag tot zeer laag, en moeten we rekening houden met veel heterogeniteit in interventies, controlegroepen en bestudeerde populaties.

Referenties

1. Gisle L, Demarest D, Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018. Gebruik van alcohol. Sciensano, Rapportnummer: D/2019/14.440/59. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be
2. Gisle L, Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018 : Druggebruik. Sciensano, Rapportnummer : D/2019/14.440/59. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be
3. World Health Organization. Alcohol Fact Sheet; May 2022. Available at www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol. Geraadpleegd 25/03/2024.
4. United Nations: Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2022.
5. Miller WR. Motivational Interviewing with problem drinkers. Behaviour Psychother 1983;11:147-72.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford Press, 1991.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. Guilford Press, 2012.
8. Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, et al. Motivational interviewing for substance use reduction. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 12. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub3
9. GGZ-Standaarden. Drug (niet-opioïden). Url: <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/introductie>. Geraadpleegd 25/03/2024
10. GGZ-Standaarden. Alcohol. Url: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/introductie>. Geraadpleegd 25/03/2024.