

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Screening, diagnostiek en behandeling van problematisch middelengebruik in de ggz

Verplichte kost voor de gedragstherapeut

WENCKE DE WILDT

Samenvatting

Naar schatting heeft zeker 50% van de patiënten in de ggz naast een psychische stoornis ook een stoornis in het gebruik van een middel. Standaard screenen op problematisch middelengebruik is van belang. Het aanpakken van het middelengebruik dient prioriteit te hebben in de behandeling, omdat psychische klachten, zoals angst- en stemmingsklachten, het directe effect kunnen zijn van het middelengebruik, getriggerd kunnen worden door het middelengebruik, en omdat behandeling van psychische klachten minder succesvol is wanneer het problematisch middelengebruik in stand blijft. Middels kortdurende interventies en cognitieve gedragstherapie kan in de ggz een flink deel van de patiënten met problematisch middelengebruik en lichte verslavingsproblematiek worden geholpen. Waar nodig zal verwijzing naar de specialistische verslavingszorg moeten plaatsvinden. Afdelingen die behandeling van problematisch middelengebruik onderdeel willen maken van hun reguliere behandelaanbod dienen behandelaars aanvullend op te leiden om deze behandeling succesvol te kunnen uitvoeren.

Trefwoorden: verslaving, stoornissen in het gebruik van een middel, angststoornissen, depressie comorbiditeit, dubbeldiagnose

INLEIDING

Naar schatting heeft zeker 50% van de patiënten met een psychische stoornis ook een stoornis in het gebruik van een middel (Vollebergh et al., 2003). Deze groep patiënten heeft over het algemeen meer ernstige klachten en

meer beperkingen dan patiënten zonder comorbide verslaving. Daarnaast is vaak sprake van een slechtere behandeluitkomst en een minder gunstige prognose (Emmelkamp & Vedel, 2007). De relevantie van comorbiditeit voor de dagelijkse praktijk van de verslavingszorg en ggz wordt gelukkig steeds meer onderkend. Desalniettemin wordt problematisch middelengebruik vaak niet herkend wanneer patiënten hulp zoeken voor angstklachten, stemmingsklachten of andere psychische stoornissen. Als het wel herkend wordt, dan wordt problematisch middelengebruik vaak niet geagendeerd tijdens de behandeling. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de behandeling van de klachten waarvoor de patiënt hulp zoekt. In deze bijdrage wordt beschreven hoe screening en diagnostiek van stoornissen in het gebruik van een middel kan plaatsvinden in de ggz, en welke behandelinterventies kunnen worden ingezet door de gedragstherapeut. Focus ligt daarbij op angst- en stemmingsstoornissen, de meest prevalentie stoornissen in de ggz. Tot slot wordt kort ingegaan op problematisch middelengebruik bij patiënten met schizofrenie en patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

SCREENING EN DIAGNOSTIEK VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGBRUIK EN VERSLAVING

.....

Er zijn verschillende redenen waarom het standaard screenen op problematisch middelengebruik van belang is. Op de eerste plaats omdat verslaving een onderbehandelde stoornis is en deze patiënten zich relatief vaak met psychische klachten presenteren in de ggz (de Wildt & Vedel, 2013).

Een tweede reden is dat de psychische klachten waarvoor de patiënt hulp zoekt mogelijk het directe gevolg zijn van de toxische werking of de ontwenning van een psychoactieve stof. Wanneer middelen worden gebruikt, is een periode van abstinentie in de meeste gevallen noodzakelijk om betrouwbare diagnostiek van de psychische klachten te kunnen verrichten. Met name bij angst- en stemmingsklachten, maar bijvoorbeeld ook bij ADHD, kunnen klachten middelengeïnduceerd zijn en verminderen door het staken van het middelengebruik. Van patiënten in de verslavingszorg is bekend dat in ruim 80% van de gevallen depressieve klachten binnen enkele weken verdwijnen na het stoppen met alcoholgebruik (Brown & Schuckit, 1988; Schuckit, 2006). Het is bij een combinatie van angst- of stemmingsklachten en alcoholproblematiek daarom aan te raden twee tot drie weken abstinentie af te wachten alvorens vast te stellen of er sprake is van een zelfstandige comorbide depressieve stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Voor overige middelen bestaan geen eenduidige richtlijnen voor de duur van de middelenvrije periode, maar is het klinische advies om ten minste eenzelfde periode in acht te nemen. Wanneer niet wordt uitgesloten dat de psychische klachten wor-

den veroorzaakt door het middelengebruik, wordt mogelijk ten onrechte een diagnose gesteld en een onnodige behandeling gestart.

Een derde reden om standaard te screenen op problematisch middelengebruik is dat middelengebruik een belangrijke trigger kan zijn voor het problematische gedrag van de patiënt, bijvoorbeeld bij agressieproblematiek en huiselijk geweld. Aanpak van het middelengebruik is dan een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Tot slot kan middelengebruik een effectieve behandeling van de aanmeldklachten in de weg staan. Wanneer de patiënt benzodiazepinen gebruikt, is *exposure*-behandeling voor PTSS bijvoorbeeld minder effectief, vermoedelijk omdat deze middelen de slaapfasen verstoren waarin nieuwe ervaringen in het langetermijngeheugen worden opgeslagen en zo de effecten van de met *exposure* ingezette verwerking negatief beïnvloeden (van Minnen & Arntz, 2011). Ook bij de behandeling van paniekstoornis wordt erop gewezen dat het gebruik van benzodiazepinen of alcohol beschouwd kan worden als een vorm van veiligheidsgedrag en daarmee de werking van cognitieve gedragstherapie kan ondermijnen (Kampman, Keijsers, & Hendriks, 2011).

Het is dus aan te bevelen om bij patiënten in de ggz standaard te screenen op het gebruik van alcohol, drugs en benzodiazepinen, als onderdeel van de intakeprocedure. Voor alcohol zijn hiervoor in Nederlandse vertaling verschillende instrumenten beschikbaar, bijvoorbeeld de AUDIT (Schippers & Broekman, 2010), bestaande uit 10 vragen, en de MAST (Selzer, 1971), een zelfinvulvragenlijst van 22 items. De AUDIT heeft zijn waarde vooral bewezen in de eerste lijn, terwijl de MAST ook in de tweede lijn valide is gebleken. Een alternatief is de AUDIT-C (Gomez, Conde, Santara, & Jorin, 2005). Deze bestaat uit slechts vier vragen met afkappunten voor vrouwen en mannen, en doet qua validiteit niet onder voor de volledige AUDIT. Bij een positieve score is diagnostiek van het alcoholgebruik aangewezen om vast te stellen of er sprake is van stoornis in het gebruik van alcohol. Voor het screenen op het gebruik van drugs en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn veel minder screeningsinstrumenten ontwikkeld. Geen van deze screeners is in Nederlandse populaties gevalideerd. We verwijzen naar Hendriks (2009) voor een overzicht.

Vaak wordt gezegd dat het antwoord van de patiënt op dergelijke screeningsvragen gevoeglijk met twee vermenigvuldigd kan worden. Echter, de context en de houding van de behandelaar is in hoge mate van invloed op het voorkomen van onderrapportage: een niet-moraliserende attitude en de afwezigheid van sancties dragen bij aan het verkrijgen van een betrouwbaar beeld van het middelengebruik (Hendriks, 2009). Alternatief voor het gebruik van screeningsinstrumenten is het afnemen van een middelananamnese als onderdeel van de intake. Een gestructureerde wijze van uitvragen van het middelengebruik kan plaatsvinden met behulp van sectie 1 van de MATE. De MATE is een set van instrumenten, ontwikkeld voor de verslavingszorg (Schippers & Broekman, 2007) en vrij te gebruiken. Het bevat te-

vens een sectie om, bij positieve bevindingen, de diagnose met betrekking tot het middelengebruik te stellen middels de CIDI. Voor diagnosestelling wordt bij voorkeur een (semi)gestructureerd interview gebruikt, zoals de CIDI, MINI-plus of SCID-I.

MOTIVEREN TOT VERANDERING VAN HET MIDDELENGBRUIK

.....

Cruciaal is het besef dat de patiënt zich heeft gemeld voor andere klachten en problemen dan het middelengebruik. Met andere woorden, een hulpvraag met betrekking tot het middelengebruik, hoe problematisch wellicht ook vanuit het oogpunt van de behandelaar, is niet vanzelfsprekend aanwezig. Dit vergt derhalve van de behandelaar dat hij goed kan uitleggen waarom het middelengebruik op de agenda komt en de inzet van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014: zie ook de bijdrage van Baron et al. in dit themanummer). Het onderzoeken van, en het geven van informatie over, de mogelijke relatie tussen de psychische klachten en het middelengebruik is een goede manier om middelengebruik te agenderen, waarbij men ook aansluiting houdt met de hulpvraag van de patiënt. De patiënt krijgt uitleg dat het middelengebruik mogelijk een deel van de klachten veroorzaakt, of een mogelijke trigger is van het probleem waarvoor de patiënt hulp zoekt. Een periode van tijdelijke abstinentie wordt door de behandelaar voorgesteld om deze hypothese te onderzoeken, zodat de juiste behandeling voor de aanmeldklachten kan worden gegeven. De ervaring leert, en uit onderzoek blijkt ook, dat het met de inzet van motiverende gespreksvoering in veel situaties goed mogelijk is om patiënten hiertoe te motiveren (Miller & Rollnick, 2014). Er zijn patiënten die met deze uitleg en dit advies, een zogenoemde ‘minimale interventie’, het middelengebruik tijdelijk kunnen stoppen en daar geen verdere ondersteuning voor nodig hebben (Moyer, Finney, Swearington, & Vergun, 2002).

Bij angst- en stemmingsklachten is het altijd verstandig om het aanpakken van het middelengebruik prioriteit te geven. Soms is de patiënt, maar ook de behandelaar, bang dat het stoppen met middelengebruik tot een toename van de psychische klachten zal leiden. Het middelengebruik wordt dan gezien als een vorm van zelfmedicatie om de psychische klachten nog enigszins hanteerbaar te maken. Gedacht wordt ook dat het middelengebruik vanzelf minder wordt als de psychische klachten worden behandeld. Uit de klinische praktijk blijkt dat deze veronderstellingen over het algemeen onjuist zijn: zelfs wanneer het middelengebruik gestart is vanuit een behoefte om klachten te verminderen, zorgt het na verloop van tijd vaak voor toename of het in stand houden van de psychische klachten. Het behandelen van uitsluitend de psychische klachten leidt over het algemeen niet tot het verminderen van het middelengebruik wanneer er eenmaal sprake is van een stoornis in het gebruik van het middel. De huidige (inter)nationale richtlijnen geven

daarom aan dat bij aanwezigheid van een stoornis in het gebruik van een middel de beschikbare effectieve behandelingen dienen te worden uitgevoerd (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Het is belangrijk om eventuele misverstanden bij de patiënt te tackelen (en zo nodig bij de behandelaar zelf), omdat het adequate behandeling van het middelengebruik in de weg staat.

VERANDEREN VAN HET MIDDELENGBRUIK

.....

De groep patiënten bij wie het aanpakken van het middelengebruik prioriteit dient te krijgen en die daar ondersteuning bij nodig heeft, is heterogeen voor wat betreft ernst van het gebruik, mate van sociale integratie, en aard en ernst van de psychische klachten. Sommige patiënten zijn eerder behandeld voor verslavingsproblematiek, andere niet. Adequate aanpak van het middelengebruik vergt derhalve het bepalen welke interventie noodzakelijk is om de patiënt te ondersteunen om tot tijdelijke abstinentie te komen. Hierbij moet de behandelaar zich allereerst afvragen of de behandeling kan worden toegepast binnen het zorgprogramma waar de patiënt zich heeft gemeld of dat specialistische verslavingszorg is aangewezen.

Wel of niet specialistische verslavingszorg?

.....

In de afweging of het interveniëren op het middelengebruik kan plaatsvinden binnen het zorgprogramma waar de patiënt zich heeft gemeld, dan wel specialistische verslavingszorg is aangewezen, dient de behandelaar zichzelf twee vragen te stellen (zie ook: Vedel & de Wildt, 2013):

- 1 Is een poliklinische interventie geïndiceerd?
- 2 Indien een poliklinische interventie geïndiceerd is, kan deze binnen het eigen zorgprogramma uitgevoerd worden (reguliere ggz) of moet behandeling plaatsvinden binnen een gespecialiseerde verslavingszorginstelling?

Voor het merendeel van de patiënten met problematisch middelengebruik of verslavingsproblematiek volstaat een poliklinische interventie. Naast poliklinische behandeling kan behandeling van verslaving echter ook plaatsvinden in een meer intensieve vorm, zoals dagbehandeling of klinische behandeling. De algemene regel is dat patiënten met minder ernstige verslavingsproblematiek en minder ernstige psychiatrische comorbide problematiek, die redelijk sociaal geïntegreerd zijn, naar verwachting kunnen profiteren van een poliklinische behandeling. Patiënten die kampen met ernstige verslavingsproblematiek, die ernstige psychiatrische klachten hebben en die sociaal slecht zijn geïntegreerd, zijn geïndiceerd voor een meer

intensieve behandeling (Hendriks, 2009). De behandelaar zal zich dus allereerst moeten afvragen of een poliklinische behandeling haalbaar is, of dat intensievere behandeling is geïndiceerd.

Indien een poliklinische behandeling voor verslaving geïndiceerd is, moet de afweging gemaakt worden of de behandeling kan worden uitgevoerd als onderdeel van de ggz-behandeling of dat verwijzing naar de gespecialiseerde verslavingszorg geïndiceerd is. Deze beslissing wordt vooral ingegeven door de inschatting of medische behandeling noodzakelijk is als toevoeging aan de cognitief gedragstherapeutische behandeling. Medische behandeling bestaat uit medische begeleiding bij het stoppen met middelengebruik (ontgiftig/detoxificatie) en farmacotherapie ter voorkoming van terugval in middelengebruik. In het merendeel van de gevallen zijn de klachten en symptomen tijdens het ontwennen mild van aard en behoeven ze noch medische monitoring, noch farmacotherapeutische behandeling. Deze patiënten kunnen zelfstandig hun gebruik staken. Er zijn echter ook patiënten bij wie het stoppen met gebruik tot ernstige ontwenningverschijnselen leidt en bij wie risico bestaat op complicaties, zoals insulten of een delirium. Deze patiënten hebben medische begeleiding nodig, die erop gericht is de klachten van ontwenning te verminderen en complicaties bij het ontgiften te voorkomen. Die begeleiding kan ambulante, maar er zijn ook situaties waarin opname is aangevraagd. De specialistische kennis, disciplines en de voorzieningen die nodig zijn voor de medische behandeling van verslaving zijn over het algemeen niet voorhanden in de reguliere ggz en vergen verwijzing naar de verslavingszorg.

Behandeling van het middelengebruik in de ggz

Wanneer ingeschat is dat de behandeling kan plaatsvinden in de ggz, kan die plaatsvinden middels een kortdurende motiverende interventie of een cognitieve gedragstherapie. Patiënten met relatief lichte problematiek hebben vaak voldoende baat bij een kortdurende interventie. Kortdurende interventies beslaan zo'n drie tot vier sessies en omvatten naast psycho-educatie en het geven van advies ook het opstellen van veranderdoelen. Voorts krijgt het opstellen van zelfcontrolemaatregelen aandacht. Deze zijn gericht op vermijding van risicosituaties, het vertonen van ander gedrag in risicosituaties en beloning wanneer de patiënt erin slaagt een vooraf bepaald aantal dagen niet te gebruiken. Een beschrijving van zo'n korte interventie die goed toepasbaar is in de ggz is te vinden in de Wildt, Merckx, Vedel, en Schippers (2011).

Erica (48 jaar), aangemeld voor behandeling van depressieve klachten, drinkt dagelijks zes glazen alcohol. Erica ervaart naast een depressieve stemming ook problemen met doorslapen. Na uitleg van de behandelaar over de depressogene werking van alcohol en de negatieve invloed van alcohol op het slaappatroon is Erica bereid om de komende weken de al-

cohol te laten staan om zo te onderzoeken wat de invloed van het drinken is op haar klachten. Zij ziet er wel tegenop: de alcohol helpt haar door de lange avonden heen waarin ze zich vaak alleen voelt. Erica stelt zichzelf als doel om vier weken niet te drinken. Om dit voor elkaar te krijgen, zorgt ze ervoor de komende maand geen alcohol in huis te hebben. Ze maakt een plan om per week drie avonden een activiteit buitenshuis te hebben, met iemand die geen alcohol drinkt, of een activiteit die zich niet goed laat verenigen met alcohol (bijvoorbeeld saunabezoek). Voor de avonden dat ze wel alleen thuis is, spreekt ze met zichzelf af dat ze haar make-up vroeg op de avond verwijdt: Erica vertoont zich nooit buitenshuis zonder make-up, en met deze zelfcontrolemaatregel kan ze voorkomen dat ze 's avonds op een moeilijk moment alsnog de deur uit gaat om alcohol te kopen. Voor elke week dat het haar lukt om niet te drinken, beloont ze zichzelf met een glossy.

Voor andere patiënten zal meer nodig zijn dan een kortdurende interventie. Voor hen is cognitieve gedragstherapie aangewezen, waarin het identificeren van de functie van het middelengebruik en het aanleren van vaardigheden waarmee die functie kan worden veranderd, en gebruik kan worden verminderd of gestopt, centraal staat. De behandeling bevat verschillende componenten, namelijk (1) registratie en monitoren van gebruik, (2) opstellen van een veranderdoel en de motivatie daartoe vergroten en behouden, (3) opstellen van een functieanalyse, (4) leren van vaardigheden in de omgang met middelen, (5) veranderen van cognities, (6) leren omgaan met emoties, (7) verbeteren van interpersoonlijk functioneren en versterken van sociale steun, en (8) verbeteren van algemene en specifieke probleemoplossende vaardigheden (Schippers, Smeerdijk, & Merckx, 2014). Een beschrijving van het onlangs in Nederland geïntroduceerde nieuwe behandelprotocol voor behandeling van problematisch middelengebruik is te vinden in de bijdrage van Merckx, Korrelboom en de Wildt in dit themanummer. Deze behandeling is onverkort van toepassing in de ggz, maar kent wel een aantal extra aandachtspunten.

AANDACHTSPUNTEN TIJDENS DE BEHANDELING

.....

Monitoring van de psychische klachten

.....

Wanneer de tijdelijke abstinentie wordt ingezet om te onderzoeken of de psychische klachten gerelateerd zijn aan het middelengebruik (dit is met name het geval bij angst- en depressieve klachten) is het zaak om deze klachten in de eerste weken te monitoren. Doel is immers om de hypothese te onderzoeken of het middelengebruik gerelateerd is aan de psychische

klachten. Het monitoren vindt plaats met klachtspecifieke, gevalideerde instrumenten, zodat op objectieve wijze de voortgang voor de patiënt inzichtelijk wordt. Bij voorkeur wordt die grafisch voor de patiënt weergegeven. Bij depressieve klachten kan gedacht worden aan monitoring met de Beck Depression Inventory-II (BDI-II; van der Does, 2002) of de DASS21 (Depression Anxiety Stress Scale; de Beurs, van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001), welke tevens gebruikt kan worden voor het monitoren van angst- en spanningsklachten.

Indien na twee tot drie weken abstinentie de stemmingsklachten persistenten, is diagnostiek aangewezen om te bezien of er sprake is van een zelfstandige (niet middelengeïnduceerde) depressieve stoornis of angststoornis, en wordt met de patiënt bepaald welke behandeling hiervoor wordt ingezet.

Monitoren van het middelengebruik

Tijdens het uitvoeren van de behandeling is het belangrijk om voor ogen te houden dat het veranderen van middelengebruik een lastige opgave voor de patiënt kan zijn. Bij onvoldoende voortgang onderzoekt de behandelaar welke factoren de stagnatie veroorzaken. De behandelaar checkt of de patiënt voldoende het belang en de rationale van deze eerste behandelstap begrijpt, en voldoende bereid is om het middelengebruik aan te pakken. Zo niet, dan grijpt de behandelaar terug op motiverende interventies. Maar ook als de patiënt zeer gemotiveerd is, is behandel succes niet gegarandeerd. Vaak wordt bij onvoldoende voortgang te snel de conclusie getrokken dat de patiënt onvoldoende gemotiveerd is, terwijl de problematiek mogelijk ernstiger is dan is ingeschat en de patiënt feitelijk niet in staat is om te veranderen binnen de aangeboden behandeling. Het bespreken van mogelijke aanvullende interventies, zoals medicatie, detoxificatie of het verhogen van de intensiteit van de verslavingsbehandeling, en wellicht dus verwijzing naar de specialistische verslavingszorg, is dan aan de orde.

Behandelen van de psychische stoornis en het middelengebruik

Vaak wordt verondersteld dat er sprake moet zijn van langdurige abstinentie of het volledig afgerond hebben van de behandeling van het middelengebruik om de psychische klachten te kunnen gaan behandelen. Dat is onjuist. Wanneer duidelijk is dat er sprake is van een psychische stoornis die behandeling behoeft (met andere woorden: de diagnostiek heeft betrouwbaar plaatsgevonden na een periode van tijdelijke abstinentie) én van enige eerste controle over het gebruik, kan de behandeling van de psychische klachten worden gestart (National Institute for Health and Care Excellence, 2011; de Wildt & Vedel, 2014). In deze fase wordt dan aan beide stoornissen gewerkt. De behandelaar schat in of het monitoren van het gebruik voldoende is of dat de cognitieve gedragstherapie hiervoor moet worden voortgezet.

Indien monitoren voldoende lijkt te zijn, wordt de patiënt gevraagd om het middelengebruik te blijven registreren en wordt hier elke sessie bij stilgestaan. Bij terugval schakelt de therapeut over naar verslavingsinterventies zoals beschreven in het cognitief gedragstherapeutisch protocol.

Wanneer op voorhand ingeschat wordt dat cognitief gedragstherapeutische interventies voor het middelengebruik voortgezet moeten worden, is het goed mogelijk om de behandeling van het middelengebruik door een andere, specifiek opgeleide behandelaar te laten uitvoeren, parallel aan de behandeling van de depressieve stoornis, angststoornis of anderszins. Voordeel hiervan is dat niet iedere behandelaar hoeft te worden opgeleid in het kunnen behandelen van het middelengebruik. Ook voor de patiënt kan het prettig en overzichtelijk zijn om in twee verschillende modules aan de klachten te werken.

Voor de behandeling van de psychische stoornis geldt dat, ook wanneer er sprake is van comorbide verslavingsproblematiek, gewoon de multidisciplinaire richtlijnen voor de betreffende stoornis gevolgd kunnen worden (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Er zijn nog nauwelijks specifieke geïntegreerde behandelingen voor de verschillende combinaties van stoornissen beschikbaar. Er is wel een aantal aandachtspunten te geven bij het behandelen van de psychische stoornis als er ook sprake is van problematisch middelengebruik. Zo kan het middelengebruik een plek krijgen in het opstellen van functieanalyses. Een mooi voorbeeld hiervan is te vinden in een bijdrage van Oosterbaan en Korrelboom (2009) over een patiënt met een sociale angststoornis en benzodiazepinemisbruik. Ook bij de diverse behandelinterventies moet rekening gehouden worden met het feit dat de patiënt controle probeert te houden op het middelengebruik. Enkele voorbeelden:

- ▶ Bij het onderdeel activering, een belangrijke component in de behandeling van de depressieve stoornis, worden activiteiten gekozen die niet samenhangen of leiden tot middelengebruik. Complicatie hierbij kan zijn dat veel patiënten met verslavingsproblematiek een beperkt sociaal netwerk van niet-gebruikers hebben.
- ▶ Ook voor de exposure-onderdelen van de behandeling van de sociale fobie en paniekstoornis moet rekening worden gehouden met eventuele risicosituaties voor middelengebruik.
- ▶ Bij imaginaire exposure voor PTSS worden concrete afspraken met de patiënt gemaakt hoe middelengebruik te voorkomen vóór of na de exposure-oefeningen die in de sessies en thuis worden uitgevoerd.

In de praktijk zien we dat het volgen van de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van de psychische stoornis, wanneer er ook sprake is van comorbide verslavingsproblematiek, niet altijd een vanzelfsprekendheid is. Zo bestaat bij patiënten met een combinatie van PTSS en problematisch middelengebruik of verslaving vaak huiver om de PTSS met exposure

te behandelen. De veronderstelling is dat patiënten met een verslavingsprobleem niet in staat zijn om met de heftige emoties om te gaan die opgeroepen kunnen worden in een op verwerking gerichte behandeling, waardoor risico op terugval in middelengebruik ontstaat (of een toename van ander crisisgedrag). In de praktijk wordt daarom nog al eens teruggevallen op interventies die gericht zijn op stabilisatie. Hoewel middelengebruik de behandeling van PTSS compliceert, blijkt uit onderzoek dat er geen redenen zijn om patiënten met verslavingsproblematiek en PTSS een op verwerking gerichte behandeling te onthouden: patiënten bij wie de PTSS-klachten met exposure worden behandeld, raken niet vaker in crisis en vallen niet vaker of ernstiger terug in middelengebruik dan patiënten bij wie de PTSS niet wordt behandeld (van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012; van Dam, Vedel, Ehring, & Emmelkamp, 2012). Er is tot op heden geen gecontroleerd onderzoek verricht naar het effect van EMDR voor PTSS bij patiënten met verslavingsproblematiek. Wel zijn er enkele recente onderzoeken verschenen naar de effectiviteit van exposure-behandeling voor PTSS bij patiënten met verslavingsproblematiek. In een in Nederland door van Dam et al. uitgevoerde studie naar de effectiviteit van een geïntegreerde behandeling voor verslaving en PTSS werd cognitieve gedragstherapie voor verslaving vergeleken met cognitieve gedragstherapie voor verslaving in combinatie met exposure voor de PTSS middels gestructureerde schrijfopdrachten (van Dam, Vedel, Ehring, & Emmelkamp, 2013). Uit deze studie blijkt dat schrijftherapie effectiever was in het verminderen van de PTSS-klachten maar niet effectiever in het terugdringen van het middelengebruik ten opzichte van een reguliere cognitief gedragstherapeutische behandeling voor verslaving. Ook ander onderzoek naar behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met verslavingsproblematiek laat zien dat gecombineerde behandeling niet leidt tot minder terugval in middelengebruik in vergelijking met reguliere verslavingsbehandeling (zie de Wildt & Vedel, 2014), hoewel dat wel vaak wordt verondersteld. Echter, het is wel goed mogelijk om de psychische klachten te behandelen, ook wanneer er sprake is van problematisch middelengebruik of verslaving. Dit leidt niet tot escalatie van de psychische klachten en niet tot terugval in middelengebruik.

Samenvattend is er dus geen enkele reden om patiënten die problematisch middelen gebruiken een *evidence-based* behandeling voor hun psychische klachten te onthouden, maar men moet niet verwachten dat dit bijdraagt aan minder terugval in middelengebruik.

Behandeling van problematisch middelengebruik bij schizofrenie en persoonlijkheidsproblematiek

Bij meer dan 50% van de patiënten met schizofrenie is sprake van problematisch middelengebruik (Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan, & Cleary, 2014). Het is echter nog onduidelijk wat de beste aanpak is voor het midde-

lengtegebruik bij deze doelgroep. In een recente Cochrane review (Hunt et al., 2014) waarin 32 onderzoeken waren geïncludeerd naar verschillende behandelvormen voor problematisch middelengebruik (waaronder motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie) werd geen evidentie gevonden voor de toegevoegde waarde van zo'n behandeling. Er was geen effect op de therapietrouw en geen effect op het middelengebruik. Mogelijk is het bij deze doelgroep vooral van belang om te interveniëren in de omgeving van de patiënt. Interessant zijn de recente positieve bevindingen uit Nederlands gerandomiseerd onderzoek, waaruit blijkt dat het trainen van ouders in motiverende gespreksvoering en communicatievaardigheden resulteerde in een significante afname in cannabisgebruik bij patiënten met een recente eerste psychotische episode (Smeerdijk et al., 2012).

In de populatie patiënten met een persoonlijkheidsstoornis treffen we vooral bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) en de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) comorbide verslavingsproblematiek aan. Hoewel er van de behandelaar een flinke inspanning nodig is om tot een constructieve werkrelatie te komen, kunnen patiënten met een ASP even goed profiteren van een verslavingsbehandeling als patiënten zonder ASP (Verheul, Ball, & van den Brink, 1997). De klinische praktijk leert dat bij ernstige borderlineproblematiek het uitvoeren van een cognitief gedragstherapeutische behandeling gericht op verslaving vrijwel onhaalbaar is indien er geen aanvullende interventies worden ingezet. Voor deze patiënten is dialectische gedragstherapie aangewezen (DGT; Linehan, 1993). DGT is een behandelprogramma ontwikkeld voor de behandeling van borderlinepersoonlijkheidsstoornissen, en is gebaseerd op cognitieve en gedragstherapeutische methoden en acceptatiestrategieën (*mindfulness*). Uit onderzoek van van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, en van den Brink (2005) bleek DGT effectief in het reduceren van para-suïcidaal en impulsief gedrag bij borderlinepatiënten met comorbide middelenmisbruik. Bij *follow-up* na zes maanden was tevens sprake van afname van het alcoholgebruik in de DGT-behandeling. Dit gold echter niet voor drugsgebruik (van den Bosch et al., 2005). De afgelopen jaren zijn aangepaste DGT-varianten ontwikkeld specifiek voor borderlinepatiënten met comorbide middelenmisbruik (zie bijvoorbeeld: Dimeff & Linehan, 2008).

TOT SLOT

.....

We zien dat bij ggz-instellingen steeds vaker actief gescreend wordt op middelengebruik en, indien er sprake is van een stoornis in het gebruik van een middel, deze patiënten middels bewezen effectieve interventies worden behandeld, in plaats van hen automatisch naar de verslavingszorg te verwijzen. Dit is een belangrijke positieve ontwikkeling, die kan bijdragen aan het verminderen van de huidige onderbehandeling van deze patiëntengroep.

Tegelijkertijd is de kennis over problematisch middelengebruik bij de gemiddelde behandelaar nog niet toereikend. Er is nauwelijks doctoraal en postdoctoraal onderwijs op het gebied van problematisch middelengebruik, terwijl er wel ruime aandacht bestaat voor angst en depressie. Ook in specifieke opleidingstrajecten, zoals de registratie tot cognitief gedragstherapeut van de VGCT, komt de behandeling van problematisch middelengebruik nauwelijks aan bod. Gevolg hiervan is dat een doorsnee behandelaar met beperkte bagage op het gebied van verslaving een behandelprotocol gaat uitvoeren, vaak zonder supervisie van iemand die ervaren is in dit soort behandelingen. Verder bevindt deze behandelaar zich vaak in een praktijk of team waar weinig ervaring en kennis is over de behandeling van verslaving. Tijdens patiëntbesprekingen of werkbegeleiding is het dus mogelijk dat de behandelaar onvoldoende ondersteund wordt om de behandeling effectief uit te voeren, of dat hij bij stagnatie niet de juiste adviezen krijgt. Het is dus raadzaam dat afdelingen die verslavingsbehandeling deel willen laten uitmaken van hun reguliere behandel aanbod niet alleen behandelprotocollen beschikbaar stellen, maar behandelaars tevens aanvullend opleiden om deze behandeling succesvol te kunnen uitvoeren. Samenwerking zoeken met de verslavingszorg is hierbij essentieel, ook vanuit het oogpunt van de patiënt, die soms de overgang zal moeten maken van de ggz naar de specialistische verslavingszorg.

WENCKE (A. J. M.) DE WILDT is werkzaam als gz-psycholoog en directeur behandelzaken van Jellinek (onderdeel van Arkin) te Amsterdam.

Correspondentieadres: Jellinek, Jacob Obrechtstraat 92, Postbus 75848, 1070 AV Amsterdam. E-mail: wencke.de.wildt@jellinek.nl

Summary Rates of substance abuse among patients in mental health care are substantial, with estimates as high as 50%. Therefore, structured screening for substance use disorders is important. Interventions for reducing substance use have to be prioritized in treatment, because psychological symptoms, like anxiety and depressive mood, can be a consequence of substance use, can be triggered by substance use and because treatment of psychological disorders is less effective when the substance use is continued. Brief interventions and cognitive behavioral therapy are effective in mental health care for patients with mild and moderate substance use disorders. In severe disorders the patient needs to be referred to a specialized treatment centre for substance use disorders. In mental health care settings that wish to integrate treatment of substance use disorders in their treatment program professionals need additional education and training in order to treat these patients successfully.

Keywords: *addiction, substance use disorders, anxiety disorders, depression, comorbidity, dual diagnosis*

Literatuur

108

- Brown, S. A., & Schuckit, M. A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 412-417.
- de Beurs, E., van Dyck, R., 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.
- de Wildt, W. A. J. M., Merckx, M. J. M., Vedel, E., & Schippers, G. M. (2011). Protocollaire behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol: Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. In G. Keijsers, A. van Minnen en C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1* (pp. 381-406). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- de Wildt, W. A. J. M., & Vedel, E. (2013). Psychologische behandeling van verslaving: Focus voor de toekomst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 907-913.
- de Wildt, W. A. J. M., & Vedel, E. (2014). Screening, diagnostiek en behandeling van comorbide stoornissen bij verslavingsproblematiek. In G. M. Schippers, A. M. Smeerdijk & M. J. M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 312-336). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2008(4), 39-47.
- Emmelkamp, P. M. G. & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving: Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Gomez, A., Conde, A., Santara, J. M., & Jorrián, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of alcohol use disorders identification test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 305-308.
- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek Verslaving* (pp. 245-274). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sirtharthan, T., & Cleary, M. (2014). Psychosocial intervention for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 18-20.
- Kampman, M., Keijsers, G., & Hendriks, G. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten. Deel 1* (pp. 37-77). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* (Nederlandse vertaling). Leiden: Ekklesia.
- Moyer, A., Finney, J., Swearington, C., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment seeking and nontreatment seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Alcohol use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Manchester: NICE.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Oosterbaan, D., & Korrelboom, C. W. (2009). Sociale angststoornis. In E. ten Broeke, C. W. Korrelboom & M. Verbraak (Red.), *Praktijkboek ge-*

- integreerde cognitieve gedragstherapie* (pp. 93-128). Bussum: Coutinho.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2007). *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068*. Amsterdam: AIAR, AMC-Amsterdam, & Nijmegen: Bureau Bêta.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2010). *De AUDIT. Nederlandse vertaling van de Alcohol Use Disorders Identification Test* (Babor, T., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J., & Monteiro, M.G. (2001)). Beschikbaar op: <http://www.mateinfo.nl/audit/audit-nl.pdf>
- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken: Inleiding, toelichting en verantwoording. In G. M. Schippers, M. Smeerdijk & M. J. M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 23-52). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, *127*, 1653-1658.
- Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, *101*(suppl. 1), 76-88.
- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., ... Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *42*, 1627-1636.
- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent post-traumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *32*, 202-214.
- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., & Emmelkamp, P. M. G. (2013). Integrated trauma-focused treatment for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *19*, 172.
- van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behavioral Research and Therapy*, *43*, 1231-1241.
- van der Does, A. J. W. (2002). *Handleiding bij de Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory* (second edition (BDI-II-NL)). Amsterdam: Harcourt.
- van Minnen, A., & Arntz, A. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Red.), *Protocolaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten. Deel 1* (pp. 181-212). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *3*, 18805 - dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805
- Vedel, E., & de Wildt, W. A. J. M. (2013). Behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel. In P. M. G. Emmelkamp & C. A. L. Hoogduin (Red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 313-334). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Verheul, R., Ball, S., & van den Brink, W. (1997). Substance abuse and personality disorders. In H. R. Kranzler & B. J. Rounsaville (Eds.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric dis-*

- orders. New York: Marcel Dekkers.
- Vollebergh, W. A. M., Graaf, R., ten Have, M., Schoemaker, C. G., van Dorsselaer, S., Spijker, J., & Beekman, A. T. F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: Overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verder lezen

- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Vedel, E., & de Wildt, W. A. J. M. (2013). Behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel. In P. M. G. Emmelkamp & C. A. L. Hoogduin (Red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 313-334). Amsterdam: Uitgeverij Boom.