

# Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen

## **Addendum bij de MDR Angststoornissen Versie 1.0**

*Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een  
angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid*

**Anke Snoek, Elske Wits & Wim Meulders**

# Voorwoord

Nadat al eerder een handleiding voor comorbide “Middelenafhankelijkheid en depressie” door Resultaten Scoren is gepubliceerd (zie [www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)), zijn we verheugd dat nu ook een richtlijn voor “Angst en verslaving (richtlijn “Middelenmisbruik of –verslaving en angststoornissen”) in ons grote pakket beschikbaar is. Immers, klinisch en epidemiologisch onderzoek bewijst dat middelenproblematiek en angststoornissen vaak tegelijk voorkomen; in klinische populaties zelfs rond 50%. Hoewel het vaak om alcoholmisbruik of –verslaving en angststoornissen gaat, komen we in de praktijk ook regelmatig comorbide problemen met opiaten, cannabis en cocaïne en verschillende angststoornissen tegen. Deze richtlijn voorziet in adviezen bij het behandelen van al deze vormen van comorbiditeit.

Het doel van deze richtlijn is om een geïntegreerde diagnostiek en behandeling te bieden van zowel verslaving als angstklachten, waarbij patiënten nauw bij het behandelplan worden betrokken. Belangrijk nevensdoel is het verbeteren van de samenwerking tussen ggz en verslavingszorg, omdat comorbide patiënten met angstklachten en verslaving bij beide voorzieningen aangemeld worden.

De richtlijn maakt een belangrijk onderscheid in angstklachten die gebaseerd zijn op de diagnose angststoornis en anderzijds angstklachten die het gevolg zijn van middelengebruik, onthouding van middelen, angstklachten door lichamelijke problemen en angst die optreedt door het wegvallen van middelengebruik als “copingsmechanisme”.

Deze richtlijn sluit aan op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Ze kan als “addendum” daarbij beschouwd worden. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is het masterprotocol van Resultaten Scoren gevolgd. Het concept is bovendien door de ontwikkelaars IVO en Mondriaan voorgelegd en beoordeeld door het kwaliteitsinstituut CBO. Daartoe heeft het CBO de zogenaamde AGREE procedure gevolgd. De volgende en laatste stap is om de richtlijn voor beoordeling voor te leggen aan enkele beroepsorganisaties zoals de NVvP en het NIP.

De richtlijn is bedoeld voor psychiaters, psychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en andere professionals die in de ggz en verslavingszorg werken. Uiteraard kunnen ook andere behandelaars in bijvoorbeeld de eerste lijn hun voordeel met deze richtlijn opdoen.

Door de inspanningen die door de ontwikkelaars van het IVO en Mondriaan en de vele betrokken behandelaars van Iriszorg, PSYQ en Mondriaan bij de totstandkoming van deze richtlijn zijn geleverd, is nu een belangrijke bouwsteen beschikbaar bij een effectieve aanpak van angststoornissen en middelenmisbruik of –verslaving. Resultaten Scoren hoopt dat deze publicatie brede ingang zal vinden op zowel de werkvloer van de verslavingszorg als die van de ggz.

Amersfoort, februari 2012

Namens Resultaten Scoren

Drs. Wim Buisman, programmaleider

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	1
Dankwoord.....	6

## **DEEL I: SAMENVATTING .....**

1. Een combinatie van een angststoornis en problemen met verslavende middelen: wat betekent dat? .....	7
1.1. Fenomenologie.....	7
1.2. Prevalentie.....	9
1.3. Doelgroepen en aandachtspunten .....	9
2. Hoe vindt diagnostiek bij voorkeur plaats?.....	10
2.1. Momenten van triage, screening en assessment.....	10
2.2. De lengte van de observatieperiode tijdens abstinentie voorafgaand aan de diagnostiek .....	11
2.3. Instrumenten.....	11
2.4. Klinische diagnose.....	11
2.5. Diagnose van de relatie tussen angststoornis en middelenproblematiek .....	11
3. Hoe dient de behandeling te worden vormgegeven?.....	14
3.1. Behandeling comorbiditeit .....	14
3.1.2. Psychosociale behandeling .....	14
3.1.3. Farmacologische behandeling .....	15
3.2. Behandeling middelenmisbruik en –afhankelijkheid .....	17
3.2.1. Behandeling middelenmisbruik en –afhankelijkheid (geen comorbiditeit).....	17
3.2.2. Behandeling alcohol, roken, drugs en benzodiazepines met comorbide angststoornis.....	17
3.3. Behandeling angststoornissen .....	19
3.3.1. Behandeling angststoornissen (geen comorbiditeit) .....	19
3.3.2. Aanpassingen bij de behandeling van angststoornis en middelen bij comorbiditeit .....	19
Paniekstoornis zonder agorafobie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid .....	20
Sociale angst en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid .....	20
Specifieke fobie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid .....	21
PTSS en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid .....	21
Obsessief compulsieve stoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid .....	22
Hypochondrie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid .....	22
Overzicht behandelstappen.....	23

## **DEEL II: RICHTLIJN**

Algemene inleiding en leeswijzer .....	25
Leeswijzer.....	28
Leestips .....	29
1. Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek.....	31
1.1. Prevalentie.....	31
1.2. Fenomenologie.....	33
1.2.1. Algemene fenomenologie .....	33
1.2.2. Verhouding tussen angstklachten en angststoornissen .....	33
1.2.3. Verhouding tussen angststoornissen en middelenafhankelijkheid.....	35
1.3. Diagnostiek.....	37
1.3.1 Algemene richtlijnen voor diagnostiek .....	37
1.3.2. Diagnostische instrumenten .....	39
1.3.3. Klinische diagnose.....	40
1.3.4. Diagnose van de relatie tussen angststoornis en middelenmisbruik of -afhankelijkheid ...	41
1.4. Doelgroepen en aandachtspunten .....	44
1.4.1. Graad van marginalisatie.....	44
1.4.2. De mate van ernst van de comorbiditeit .....	45
1.4.3. Patiënten voor wie abstinentie niet haalbaar is .....	45
1.4.4. Multimorbiditeit (persoonlijkheidsstoornissen, depressies) .....	46
1.4.5. Patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) .....	47

1.4.6. Somatiek: lichamelijke complicaties .....	48
1.4.7. Culturele achtergrond .....	48
2. Algemene overwegingen en aanpassingen bij de behandeling van comorbiditeit angststoornis en middelenproblematiek .....	50
2.1. Algemene overwegingen .....	52
2.1.1. Geïntegreerd en al dan niet gelijktijdig.....	52
2.1.2. Zo vroeg mogelijk en langdurig.....	53
2.1.3 Stepped care, setting.....	54
2.1.4. Behandeldoel middelenmisbruik of -afhankelijkheid.....	55
2.2. Algemene overwegingen en aanpassingen van psychosociale interventies .....	56
2.3. Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies.....	58
2.3.1. Algemeen.....	58
2.3.2. Benzodiazepines.....	59
3. Behandeling middelenmisbruik en -afhankelijkheid .....	61
3.1. Algemeen.....	61
Algemene behandeladviezen middelenproblematiek.....	61
3.2. Alcohol.....	62
3.2.1. Algemeen.....	62
3.2.2. Alcohol en angststoornissen.....	63
3.3. Roken .....	65
3.3.1. Algemeen.....	65
3.3.2. Behandeling van roken en comorbide angststoornissen.....	66
3.4. Drugs .....	67
3.4.1. Algemeen.....	67
3.4.2. Cocaïne en angststoornis .....	69
3.4.3. Cannabis en angststoornis .....	69
3.4.4. Opiaten en angststoornis .....	69
3.5. Benzodiazepines .....	70
3.5.1. Algemeen.....	70
3.5.2. Benzodiazepines en angststoornis.....	71
4. Behandeling comorbiditeit met middelen per angststoornis.....	72
4.1. Angstklachten .....	72
4.2. Gegeneraliseerde angststoornis .....	72
4.2.1. Algemeen.....	72
4.2.2. Gegeneraliseerde angststoornis en alcohol .....	74
4.2.3. Gegeneraliseerde angststoornis en opiaten.....	74
4.2.4. Gegeneraliseerde angststoornis en cannabis .....	74
4.3. Paniekstoornis .....	75
4.3.1. Algemeen.....	75
4.3.2. Paniekstoornis en alcohol.....	76
4.3.3. Paniekstoornis en cannabis.....	77
4.3.4. Paniekstoornis en roken .....	77
4.4. Sociale angststoornissen.....	79
4.4.1. Algemeen.....	79
4.4.2. Sociale angst en alcohol.....	80
4.4.3. Sociale angst en opiaten .....	83
4.4.4. Sociale angst en cannabis.....	83
4.5. Specifieke fobie .....	85
4.6. Posttraumatische stressstoornis (PTSS).....	86
4.6.1. Algemeen.....	86
4.6.2. Post Traumatische Stress Stoornis en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid .....	91
4.6.3. Post Traumatische Stress Stoornis en opiaten .....	92
4.6.4. Post Traumatische Stress Stoornis en cocaïne.....	92
4.6.5. Post Traumatische Stress Stoornis en polymiddelenafhankelijkheid .....	93
4.7. Obsessief-compulsieve stoornis.....	94
4.7.1. Algemeen.....	94
4.7.2. Obsessief compulsieve stoornis en cannabis.....	96



4.7.3. Obsessief compulsieve stoornis en alcohol.....	96
4.8. Hypochondrie .....	97
Overzicht behandelstappen: middelenproblematiek en angststoornissen.....	97
Literatuurlijst .....	100
Bijlage 1: Patiëntenversie .....	109
Bijlage 2: Implementatieplan Richtlijn Angststoornissen en middelenmisbruik en -afhankelijkheid ...	115
Bijlage 3: Methode.....	119
Bijlage 4: Beslisbomen Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen.....	135
Bijlage 5: Verzamelde aanbevelingen van de Richtlijn Dubbele Diagnose Dubbele Hulp.....	142
Bijlage 6: Verzamelde aanbevelingen van de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009).....	144
Bijlage 7: Verzamelde aanbevelingen Richtlijn Detox.....	153

# Dankwoord

Graag willen wij de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de richtlijn:

In het bijzonder: Leon van Rens van de Dubbele diagnose afdeling van Iriszorg.

## Pilots

Aan de pilots hebben meegewerkt:

- Afdeling Dubbele Diagnose Iriszorg
- PSYQ (angststoornissen) in Heerlen
- PSYQ (angststoornissen) in Maastricht
- Afdeling Dubbele Diagnose Verslavingszorg Maastricht Mondriaan
- Ambulante Hulpverlening Verslavingszorg Maastricht Mondriaan
- Ambulante Hulpverlening Verslavingszorg Heerlen Mondriaan

## Cliëntenverenigingen

- Mark Ahsmann & de Stichting Omgaan met Angst
- Ellen Schrijen & de cliëntenvereniging van Mondriaan

## Experts & meelezers

- dr. Bas van der Hoorn (psychiater), Palier / Parnassia
- drs. Esther Derkse (GZ-psycholoog), Novadic-Kentron
- Ellen Struik (teamleider/expert-verpleegkundige), GGZ NHN
- drs. Leon van Rens (cognitief gedragstherapeut), Gelderse Roos
- drs. Loes Sietsma (psycholoog), GGZ Friesland
- dr. Els Noorlander (verslavingspsychiater), LOODDS
- dr. Martijn Guiot (psychiater) Brijder
- Yvonne Schulpen (eerste verantwoordelijke verpleegkundige van DD), Mondriaan
- drs. Suzanne van der Stam, GGZ Drenthe
- drs. Anneke van Wamel (Wetenschappelijk medewerker IDDT), Trimbos-Instituut
- dr. Jaap van der Stel (senior onderzoeker), GGZ InGeest
- dr. Annemiek Schadé (Psychiater) GGZ buitenamstel/VU Medical Centre
- drs. D.M. (Daphne) Schipper, adviseur CBO
- dr. J.S. Burgers, richtlijnadviseur, trustee AGREE Research Trust
- dr. ir. Hans (JJA) de Beer, senior adviseur, richtlijnmethodoloog, voedingsepidemioloog, CBO

## Werkgroep

- Drs. Luc de Vooght, (klinisch psycholoog/psychotherapeut), Mondriaan; divisie Verslavingszorg (Afdelingen Dubbele Diagnose en Forensische zorg)
- Dr. Koen Schruers (psychiater) Universiteit Maastricht/Mondriaan, Programmaleider Angststoornissen en Psychotrauma
- Dr. Michael Wellmer (beleidspsychiater Verslavingszorg, programmaleider dubbeldiagnose), Mondriaan
- Drs. Nele Gielen (psycholoog Klinische Detox en medewerker MAIAR) Divisie Verslavingszorg Mondriaan

# Samenvatting

In deze richtlijn ‘Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen’ vindt u informatie over het samen voorkomen van angststoornissen en problemen met verslavende middelen. Wat houdt deze combinatie in? Hoe wordt het vastgesteld? Welke behandelingen zijn er mogelijk? De richtlijn is ontwikkeld als aanvulling op de bestaande Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, maar is ook zodanig opgesteld dat hij naast de bestaande Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol kan worden gebruikt. Doelgroep zijn alle patiënten met een comorbide angststoornis en middelenproblematiek. De gebruikers van deze richtlijn zijn ggz-professionals die met deze doelgroep te maken krijgen. Het toepassingsgebied van de richtlijn is de ggz (inclusief verslavingszorg), zowel ambulante als klinisch. Het zal voornamelijk gaan om behandeling in de tweede lijn, maar ook psychiaters en psychologen in de eerste lijn kunnen de richtlijn gebruiken.

De richtlijn benadrukt het belang van een goede screening op een comorbide stoornis van alle patiënten die zich melden met angststoornissen óf middelenproblematiek. De behandelingen die in deze richtlijn worden beschreven zijn effectief gebleken. Aan de hand van deze richtlijn kunt u samen met uw patiënt een behandeltraject uitstippelen. U kunt bepalen of een behandeling bij een patiënt past door samen met uw patiënt te kijken naar zijn of haar persoonlijke omstandigheden en voorkeuren.

Dit document bundelt de benodigde informatie voor de GGZ en verslavingszorg in één richtlijn, en geeft aan wanneer er van de bestaande beslisbomen moet worden afgeweken. Bovendien biedt het een stroomdiagram voor het behandelen van comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek, en geeft het een update van (andere) bestaande richtlijnen. In hoofdstuk 1 worden prevalentie en doelgroepen beschreven. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de diagnostiek. Hoofdstuk 3 gaat in op de behandeling, op verschillende niveaus:

## *Enkelvoudig*

- Hoe behandel je de middelenafhankelijkheid? (hoofdstuk 3.2.)
- Hoe behandel je de angststoornis? (3.3.)

## *Comorbiditeit*

- Welke *algemene* aandachtspunten, aanpassingen en aanvullingen op de reguliere behandeling zijn nodig bij comorbiditeit? (3.1.)
- Wat is er bekend over de behandeling van *specifieke* comorbide combinaties? (3.3)

In deze samenvatting zijn diverse beslisbomen te vinden. De aanbevelingen zijn weergegeven in de grijze kaders.

## **1. Een combinatie van een angststoornis en problemen met verslavende middelen: wat betekent dat?**

### ***1.1. Fenomenologie***

Kenmerkend voor de comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid<sup>1</sup> is dat de verschillende stoornissen elkaar overlappen en beïnvloeden. Bij patiënten met een comorbide

---

<sup>1</sup> Middelenmisbruik of –afhankelijkheid vatten we in het vervolg samen met de term ‘middelenproblematiek’.

stoornis van sociale angst en alcoholafhankelijkheid zijn deze problemen echter vaak niet ernstiger of anders dan bij groepen met enkelvoudige problematiek. Wel is vaker sprake van *zwaardere bijkomende problematiek*. Mogelijk geldt dit ook voor andere comorbiditeit tussen angststoornissen en middelenproblematiek.

#### **Aanbeveling**

Het is van belang om bij comorbiditeit tussen angststoornissen en middelenproblematiek aandacht te besteden aan bijkomende problematiek op verschillende levensgebieden, zoals sociale relaties, werkloosheid en mishandeling.

Er zijn verschillende typen angstklachten te onderscheiden bij mensen met middelenafhankelijkheid, waarbij *geen* sprake is van een angststoornis. Dit zijn angstklachten:

- als gevolg van het gebruik van middelen, bijvoorbeeld bij hallucinaties.
- als gevolg van ontwenning van middelen, bijvoorbeeld een alcoholdelirium of paniekaanvallen.
- die voortkomen uit somatische problemen, bijvoorbeeld schildklierproblemen. De DSM-IV noemt dit 'angststoornis door een somatische aandoening'.
- na detoxificatie vanwege gebrekkige copingvaardigheden in moeilijke situaties.

Dit zijn dus geen symptomen van een angststoornis, hoewel zij daar lastig van te onderscheiden zijn. Zij gaan soms over na een periode van abstinentie, behandeling van lichamelijke problemen of het aanleren van copingstrategieën. Let op dat middelengebruik bestaande angststoornissen wel kan maskeren, of verergeren.

#### **Aanbevelingen**

Sluit diverse mogelijke oorzaken van angstklachten bij patiënten uit, om een onterechte diagnose van een angststoornis te vermijden. Onderzoek of het gebruik van middelen een angststoornis maskeert. Wacht met het starten van een (farmacologische) behandeling van angststoornissen totdat duidelijk is of daadwerkelijk sprake is van een angststoornis. Wacht een periode van detoxificatie en stabilisatie af, en wees daarbij alert op de noodzaak om gebrekkige copingvaardigheden te versterken wanneer angstklachten optreden.

De relatie tussen angststoornissen en middelenproblematiek is complex. Hoe langer de comorbiditeit duurt, hoe complexer de relatie wordt. De oorspronkelijke relatie wordt dan een vicieuze cirkel waarbij beide stoornissen elkaar versterken. Hoewel middelenmisbruik als zelfmedicatie begonnen kan zijn wordt, naarmate de middelenproblematiek toeneemt, deze problematiek een op zichzelf staand probleem. De behandeling van de angststoornis is dan niet meer voldoende om de *craving* naar middelengebruik te doen verdwijnen. Er zijn aanwijzingen dat **agorafobie**, **sociale angststoornis** en **obsessief compulsieve stoornis** eerder voorafgaan aan een alcohol- of middelenafhankelijkheid, terwijl **gegeneraliseerde angst** en een **paniekstoornis** juist vaker zouden volgen op een drankprobleem.

#### **Aanbeveling**

Het is van belang de patiënt door psycho-educatie zich ervan bewust te maken dat de angststoornis en de middelenproblematiek met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Samen met de patiënt moet worden onderzocht hoe de klachten precies samenhangen, en wat de functie van het gebruik is. Dit kan de patiënt motiveren om *beide* klachten te laten behandelen.

## 1.2. Prevalentie

Angststoornissen komen vaak voor in combinatie met middelenproblematiek. Er is weinig bekend over de prevalentie van specifieke combinaties. Vaak is er sprake van multimorbiditeit: meerdere vormen van middelenproblematiek in combinatie met meerdere psychische stoornissen. Hierbij hoeft de angststoornis niet altijd de meest dominante psychische stoornis te zijn. De meeste studies richten zich op alcoholafhankelijkheid, sociale angst en Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).

### **Aanbeveling**

Aangezien er vaak sprake is van comorbiditeit en multimorbiditeit is het van belang bij patiënten met een angststoornis en/of middelenproblematiek te screenen op comorbiditeit met (andere) angststoornissen, andere psychiatrische stoornissen of problemen met meerdere middelen. Let daarbij specifiek op benzodiazepine-afhankelijkheid of -misbruik.

## 1.3. Doelgroepen en aandachtspunten

Bij het toekennen van juiste zorg zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Marginalisatie en ernst: cognitieve gedragstherapie kan minder geschikt zijn voor patiënten met veel ernstige sociale problemen, zoals financiële problemen en huisvestingproblemen.
- Haalbaarheid abstinentie: voor veel comorbide patiënten zijn kleine hoeveelheden middelen al sterk ontregelend. Om deze reden heeft abstinentie van middelen de voorkeur als behandeldoel, boven gecontroleerd gebruik. Echter, dit is in sommige gevallen pas haalbaar op de lange termijn, of is niet wenselijk. Het blijven gebruiken van middelen kan wel de behandeling van de angststoornis beïnvloeden, met name bij exposure therapie maar ook cognitieve gedragstherapie en farmacologische behandeling. Belangrijk is dat de patiënt in zorg blijft en eventueel door psycho-educatie of motiverende gespreksvoering wordt gemotiveerd om beide problemen aan te pakken.
- Multimorbiditeit zorgt ervoor dat de complexiteit en de duur van de behandeling toenemen. Behandeling is echter wel zinvol. Er kan sprake zijn van verhoogd suïcidegevaar.
- LVG of cognitieve schade: cognitieve gedragstherapie is minder geschikt voor het behandelen van patiënten met een licht verstandelijke handicap of cognitieve schade. Met name huiswerkopdrachten en groepstherapie met mede-patiënten zonder cognitieve problemen zijn vaak te intensief voor deze doelgroep. Individuele therapie is geschikter. Angstbehandelingen zoals relaxatie therapie en exposure therapie zouden in aangepaste vorm effectief kunnen zijn.
- Somatiek: somatische aandoeningen komen vaak voor bij mensen met middelenafhankelijkheid en/of psychische stoornissen. Deze zijn vaak het gevolg, direct of indirect, van het gebruik van het middel waarvan iemand afhankelijk is, en/of jarenlang gebruik van medicatie.
- Culturele achtergrond: allochtone bevolkingsgroepen maken regelmatig gebruik van het aanbod van (naar westerse maatstaven) alternatieve behandelingen. Ook kunnen er verschillen voorkomen in farmacokinetiek en -dynamiek.

### **Aanbevelingen**

Stem de behandeling af op specifieke kenmerken of problemen van de patiënt, zoals graad van marginalisatie, ernst van de afhankelijkheid, ernst van de angststoornis en andere psychische klachten, het eventueel door blijven gebruiken van middelen, multimorbiditeit, licht verstandelijke beperkingen of cognitieve schade, somatische problemen of culturele achtergrond. Biedt zo nodig

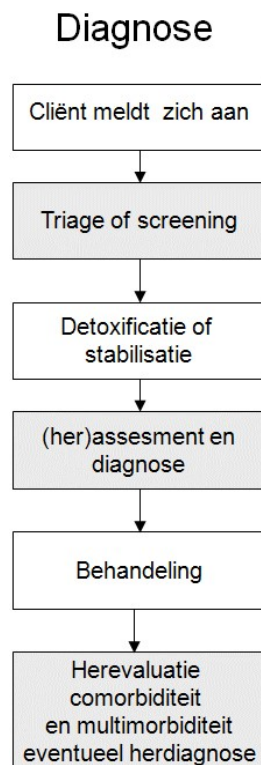
geschikte alternatieven aan voor cognitieve gedragstherapie bij gemarginaliseerde patiënten en patiënten met een licht verstandelijke handicap. Multimorbiditeit is geen reden om niet te behandelen. Patiënten halen evenveel winst uit de behandeling, hoewel deze complexer en langer is.

## 2. Hoe vindt diagnostiek bij voorkeur plaats?

### 2.1. Momenten van triage, screening en assessment

Diagnostiek kent minimaal drie evaluatiemomenten:

1. Bij aanmelding in de vorm van een globale screening of triage, waarbij ook aandacht is voor somatiek, andere psychiatrische problemen en problemen op diverse leefgebieden.
2. Na een detoxificatie of stabilisatieperiode in de vorm van een (her)assessment; in deze fase, overlappend met de behandeling, wordt ook de diagnose gesteld. Tijdens de behandeling wordt de diagnose eventueel herzien.
3. Na de behandeling, dan vindt opnieuw een evaluatie van de diagnose plaats.



*Figuur 1. Beknopt overzicht van de procedure bij de diagnose van middelenproblematiek en angststoornissen*

## **2.2. De lengte van de observatieperiode tijdens abstinentie voorafgaand aan de diagnostiek**

Een goede diagnose kan vaak pas worden gesteld na een periode van onthouding of stabilisatie van middelengebruik en levensomstandigheden. Hoe lang deze periode zou moeten zijn varieert. Vaak wordt in de literatuur een periode van 2 tot 3 weken genoemd. Indien dit niet haalbaar is, kan de diagnose ook voorlopig worden gesteld na 1 week.

De lengte van de observatieperiode gedurende abstinentie hangt af van de volgende variabelen:

- De mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis: soms blijkt uit de familiegeschiedenis en ziektegeschiedenis van de patiënt dat er waarschijnlijk sprake is van een primaire angststoornis;
- Het middel waarvan de patiënt afhankelijk is: middelen met een lange half-waarde tijd, zoals sommige benzodiazepines of methadon, vereisen meerdere weken van abstinentie voordat een accurate diagnose gesteld kan worden. Bij middelen met een kortere werking, zoals alcohol, cocaïne en benzodiazepines volstaat een kortere periode van abstinentie;
- De mate van urgentie van behandelen, gebaseerd op de conditie van de patiënt;
- De te verwachten baten en risico's van de voorgestelde behandeling;
- De voorkeur van de patiënt.

## **2.3. Instrumenten**

Voor triage kan de MATE gebruikt worden. Voor het in kaart brengen van middelenproblemen kan de AUDIT, AUDIT-C, CAGE of MAST gebruikt worden, eventueel aangevuld met de *Index of Suspicion*. Voor een uitgebreid assessment kan de ASI afgenomen worden. Voor het in kaart brengen van de psychiatrische problematiek kan de MINI gebruikt worden, en/of een nader psychiatrisch onderzoek op de relevante items.

## **2.4. Klinische diagnose**

Diagnostische vragenlijsten kunnen leiden tot een overdiagnosticering. Er kan vaak geen goed onderscheid gemaakt worden tussen verschillende typen angstklachten. Een combinatie met een klinische diagnose is vaak betrouwbaarder, omdat die meer variabelen genuanceerder mee kan nemen. De DSM-IV criteria lijken niet goed afgestemd op de comorbide patiënten en kunnen met enige flexibiliteit gehanteerd worden. Alléén een klinische diagnose brengt bij dubbele diagnose patiënten een risico met zich mee, met name als er onvoldoende klinische expertise op beide problemen in huis is.

## **2.5. Diagnose van de relatie tussen angststoornis en middelenproblematiek**

Een psychiatrische stoornis is vaak onafhankelijk en geen gevolg van middelengebruik bij:

- een duidelijke geschiedenis van psychiatrische symptomen voorafgaand aan het middelengebruik;

- aanhoudende symptomen, zelfs in langdurig abstinente periodes;
- het hebben van symptomen die niet vaak samengaan met middelengebruik;
- minstens één eerstegraads familielid met dezelfde stoornis.

Het is gewenst om een zo compleet mogelijke anamnese te maken van de geschiedenis van middelenafhankelijkheid; mogelijk gecombineerd met urinetests voor het scannen op ge- of bijgebruik en bloedtests voor het monitoren van leverfuncties.

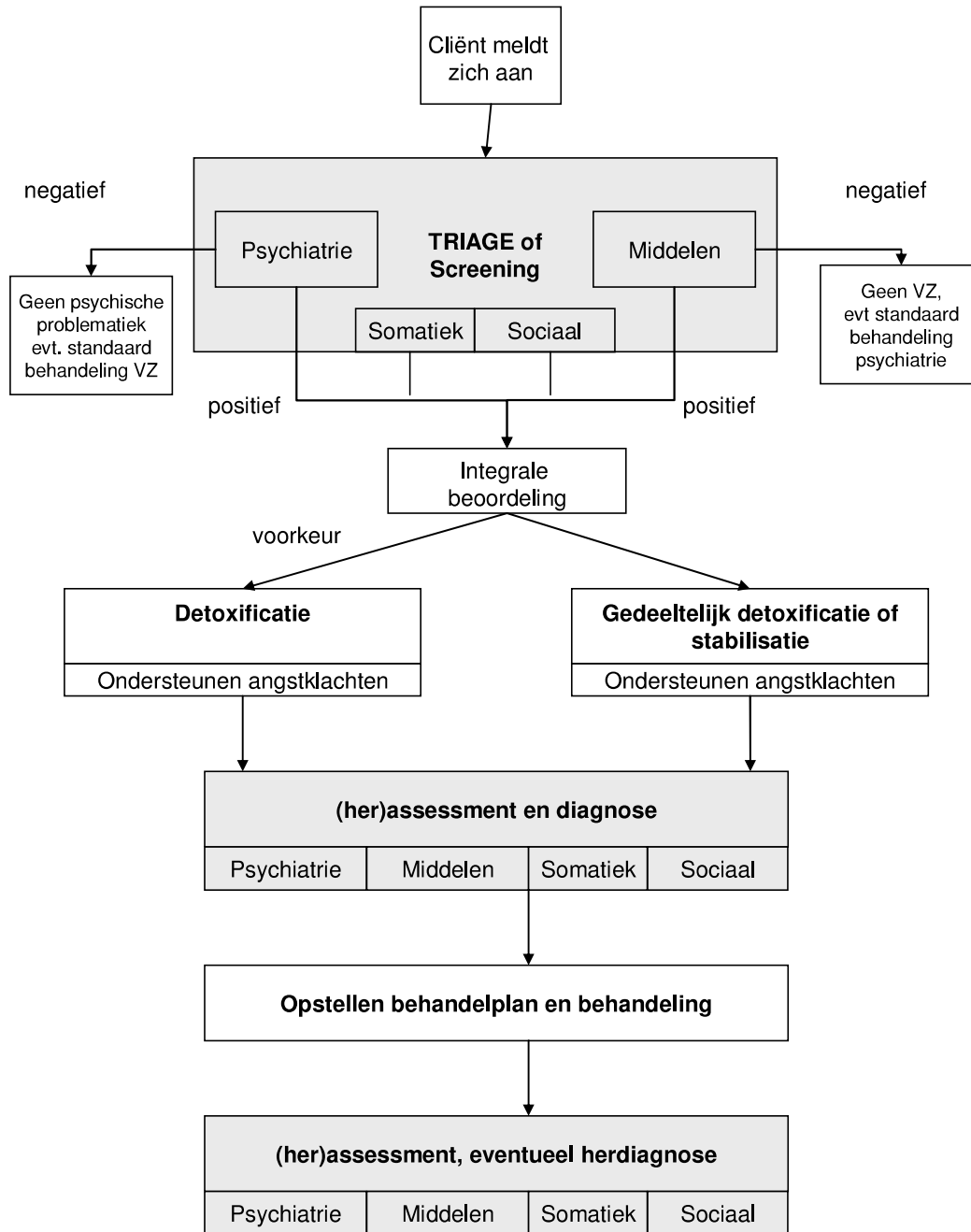
#### **Aanbevelingen**

De diagnostiek bestaat bij voorkeur uit minimaal drie momenten van evaluatie: bij aanmelding, na een detoxificatie of stabilisatieperiode, en na de behandeling. De lengte van de observatieperiode gedurende abstinentie moet worden gebaseerd op een afweging van de mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis, de halfwaardetijd van het middel waarvan de patiënt afhankelijk is, de urgentie van de behandeling, de te verwachten baten en risico's van de voorgestelde behandeling en de voorkeur van de patiënt. Diagnostische vragenlijsten dienen samen met een klinische diagnose te worden toegepast.

In de volgende beslisboom is de procedure bij diagnostiek van comorbide middelenproblematiek en angststoornissen weergegeven.



## Diagnostiek bij Comorbiditeit



Figuur 2. Beslisboom diagnostiek bij comorbiditeit. Overzicht van de procedure bij de diagnose van middelenproblematiek en angststoornissen.

## 3. Hoe dient de behandeling te worden vormgegeven?

### 3.1. Behandeling comorbiditeit

#### 3.1.1. Behandelingsetting en filosofie: geïntegreerd en gelijktijdig

De huidige standaard bij het behandelen van mensen met een comorbide stoornis van middelenafhankelijkheid en psychiatrie is het aanbieden van een geïntegreerde behandeling. Dit brengt echter niet noodzakelijkerwijs met zich mee dat verbeteringen in de ene stoornis ook vooruitgang in de andere laten zien. De behandeling moet in zoverre gelijktijdig zijn dat beide klachten vanaf het begin gemonitord worden. Aangeraden wordt om eerst het middelengebruik te ondervangen met een detoxificatie of stabilisatie, om de angstklachten die samenhangen met het middelengebruik te reduceren. De mogelijkheid en wenselijkheid om stoornissen in deze volgorde te behandelen hangt echter af van de specifieke angststoornis en de wensen van de patiënt.

#### **Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling om beide stoornissen geïntegreerd en al dan niet gelijktijdig te behandelen, omdat beide een hoge lijdenslast met zich meebrengen. Belangrijk is echter om als behandelaar en patiënt geen wonderen te verwachten; het succes van de behandeling van de ene stoornis resulteert meestal niet in een reductie van de andere klachten.

Het in een vroeg stadium behandelen van de angststoornis kan mogelijk middelenmisbruik als zelfmedicatie en afhankelijkheid van middelen voorkómen. Door middel van *stepped care* kan de minst belastende behandeling als eerste worden ingezet. Kortdurende interventies zijn voor deze comorbide doelgroep echter vaak minder effectief.

Patiënten met een ernstige angststoornis in de vorm van agorafobie of sociale angst ervaren vaak hoge drempels om deel te nemen aan een klinische of groepsbehandeling voor hun middelengebruik of angststoornis. Ambulant behandelen heeft in deze gevallen de voorkeur. Verder moet per geval worden bekeken of ambulante of klinische behandeling de voorkeur heeft. Voordeel van klinische behandeling is dat het middelengebruik goed kan worden gestabiliseerd.

Het behandeldoel bij comorbide middelenafhankelijkheid is bij voorkeur abstinentie en niet gecontroleerd gebruik. Een hiermee samenhangend behandeldoel is de patiënt door middel van psycho-educatie inzicht geven in hoe het gebruik van middelen de angstklachten beïnvloedt.

#### **Aanbeveling**

Bij comorbiditeit is zorg op maat van extra belang. Zorg door middel van *shared decision making* dat de behandeling (ambulant of klinische, groep of individueel) en de behandeldoelen (abstinentie of gereguleerd gebruik) zijn afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

#### 3.1.2. Psychosociale behandeling

Het onder invloed zijn van middelen kan de psychosociale behandeling beïnvloeden, met name bij exposure therapie voor angststoornissen, maar ook bij cognitieve gedragstherapie. Motivationeel interviewen is belangrijk bij het behandelen van een comorbide angststoornis en middelenproblematiek.

**Aanbeveling**

Of farmacologie of psychosociale behandeling de voorkeur heeft, of een combinatie van beide, is afhankelijk van het ziektebeeld van de patiënt en de haalbaarheid van abstinentie. Als er sprake is van stabiele abstinentie, is er een lichte voorkeur voor psychosociale behandelingen boven farmacologische behandelingen.

**3.1.3. Farmacologische behandeling**

Angststoornissen en middelenafhankelijkheid kunnen farmacologisch worden behandeld; de patiënt kan tegelijk ook voor andere aandoeningen medicatie gebruiken. Bij de farmacologische behandeling van comorbiditeit moeten de volgende elementen worden gemonitord:

- ongewilde synergie tussen de voorgeschreven medicatie en de gebruikte middelen indien er sprake is van terugval of gecontroleerd gebruik;
- drug-drug interactie die van invloed is op de effectiviteit van de psychiatrische behandeling;
- drugszoekend gedrag dat gericht kan zijn op het verkrijgen van de medicatie;
- intentionele of niet-intentionele overdosis;
- het risico op misbruik van een medicijn.

Naast de interactie moet ook worden gelet op de medicatietrouw.

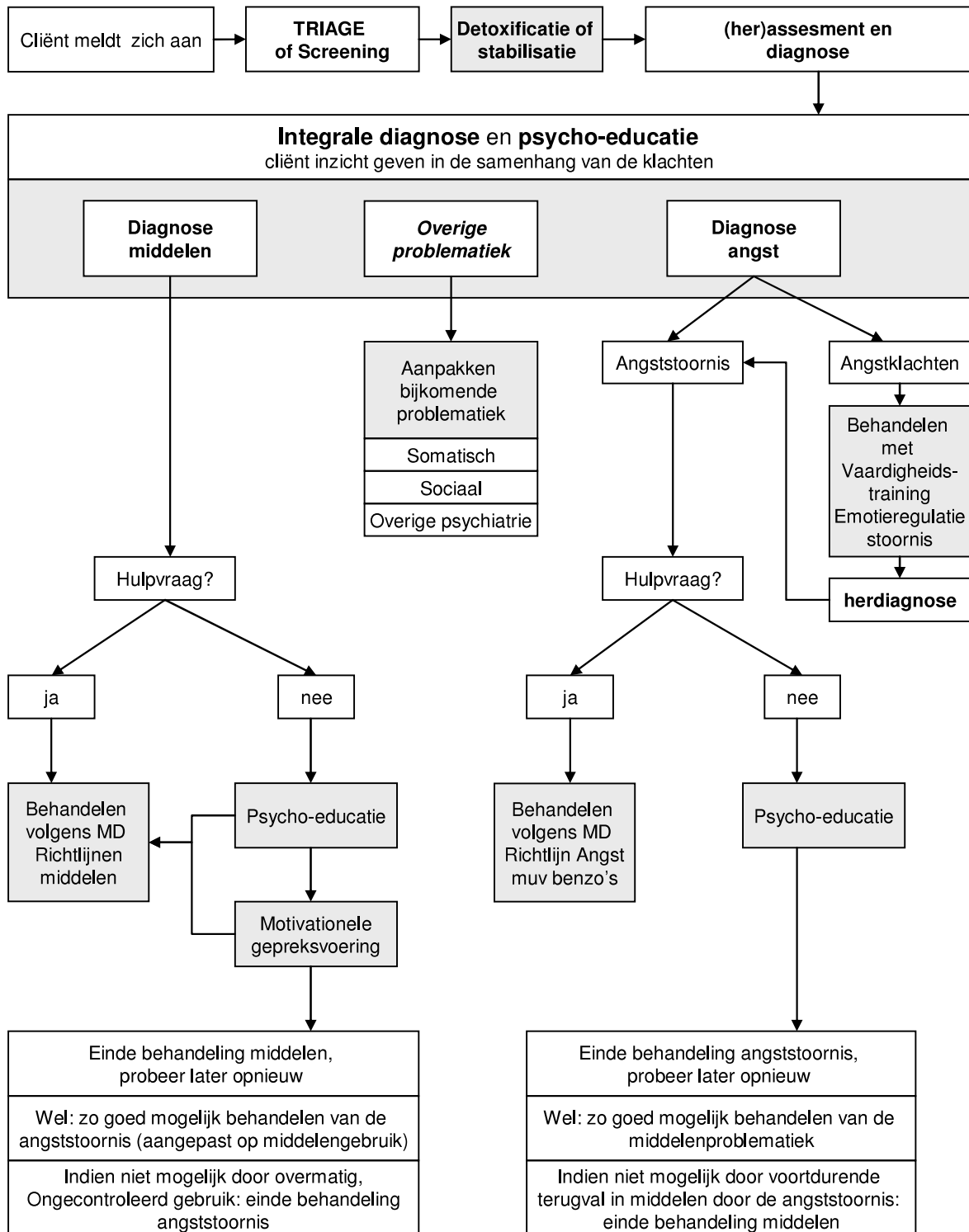
*Benzodiazepines en alcohol*

Benzodiazepines met een lange halfwaardetijd (zoals diazepam en chlordiazepoxide) zijn effectiever dan die met een korte halfwaardetijd om terugvalberoertes en delirium te voorkomen, maar worden slecht getolereerd door mensen met leverproblemen en ouderen. Voor hen zou oxazepam geschikter zijn. Bijwerkingen van benzodiazepines zijn ontremming, ademhalingsproblemen (deze laatste met name in combinatie met alcohol) en verslaving.

**Aanbeveling**

Benzodiazepines zijn behalve voor detoxdoeleinden (en dan onder strenge monitoring) niet geïndiceerd bij de behandeling van mensen met een middelenafhankelijkheid en een comorbide angststoornis.

## Behandeling comorbiditeit



Figuur 3. Beslisboom behandeling comorbiditeit. Overzicht van de procedure bij middelenmisbruik en angststoornissen.

### **Aanbeveling interactie behandelingen en comorbide problematiek**

Let op de verschillende interacties tussen de twee stoornissen en de behandelingen ervan, bijvoorbeeld de invloed van het middelengebruik op de psychosociale of farmacologische behandeling van de angststoornis en drug-drug interacties tussen de verschillende farmacologische behandelingen.

## **3.2. Behandeling middelenmisbruik en –afhankelijkheid**

### **3.2.1. Behandeling middelenmisbruik en –afhankelijkheid (geen comorbiditeit)**

De behandeling van middelenproblematiek kent globaal een aantal van de volgende componenten, waarvan de psychosociale interventies het meest worden gebruikt.

<b>Behandeladviezen middelenproblematiek (geen comorbiditeit)</b>	
<b>Detoxicatie</b>	Alcohol: - langwerkende benzodiazepines Harddrugs [verschillend per middel]
<b>Psychosociale interventies</b>	<i>Lichte varianten:</i> - psycho-educatie - motiverende gespreksvoering - cognitieve gedragstherapie - sociale vaardigheidstraining - zelfcontrole training <i>Zwaardere varianten:</i> - Community Reinforcement Approach - Minnesota model
<b>Farmacotherapeutische ondersteuning of interventie</b>	<i>Alcohol:</i> - acamprosaat & naltrexon (eerste keuze) - disulfiram (tweede keuze) <i>Harddrugs</i> - naltrexon (abstinentieondersteuning) - buprenorfine en methadon (substitutie therapie) - heroïne (palliatief)
<b>Nazorg</b>	- terugvalpreventie - zelfhulpgroepen
<b>Harmreductie</b>	- harmreductiestrategieën - casemanagement

### **3.2.2. Behandeling alcohol, roken, drugs en benzodiazepines met comorbide angststoornis**

Hieronder worden de feiten en adviezen voor de behandeling van de meest voorkomende combinaties van middelenafhankelijkheid en angststoornissen besproken.

### *Alcohol en comorbide angststoornis*

De meeste medicamenteuze behandelingen van angststoornissen (Buspiron, SSRI) lieten geen duidelijk effect zien op alcoholgebruik. Wel kunnen zowel de angststoornis als de middelenafhankelijkheid tegelijk succesvol worden behandeld.

#### **Aanbevelingen**

Een geïntegreerde behandeling van alcoholproblematiek en angststoornissen is gewenst, waarbij de patiënt bij voorkeur eerst een detoxificatie ondergaat. Er is enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik, en een gerichte aanpak van bijkomende problematiek. De enige aanpassing die noodzakelijk is bij het behandelen van beide stoornissen, is dat voor de angstbehandeling geen benzodiazepine dient te worden voorgeschreven. Ook wordt eerst een alcohol detoxificatie aanbevolen. Indien abstinentie niet haalbaar is, heeft een farmacologische behandeling van angstklachten de voorkeur ten opzichte van een psychosociale behandeling.

### *Roken en comorbide angststoornis*

Een groot deel van zowel de middelenafhankelijke als de psychiatrische patiënten overlijdt aan roken-gerelateerde ziekten. De meeste tabaksafhankelijke zijn te vinden onder mensen met een paniekstoornis, agorafobie, en andere angststoornissen waar paniek een grote rol speelt zoals PTSS en GAS. De relatie tussen beide stoornissen is dynamisch en bi-directionaal.

Roken kan invloed hebben op de opname van medicatie zoals antipsychotica en antidepressiva.

#### **Aanbevelingen**

Een patiënt met comorbide nicotineafhankelijkheid dient te worden gemotiveerd om te stoppen met roken en dient te worden gewezen op de hulpmogelijkheden bij het stoppen met roken. Stoppen met roken gebeurt bij voorkeur als de patiënt in psychiatrische zin stabiel is. Eventuele terugval of nieuwe psychiatrische klachten die door het stoppen kunnen ontstaan, moeten zorgvuldig worden gemonitord. Tijdens het stoppen of een terugval moeten eventuele medicatiedoseringen worden herzien.

### *Drugs en comorbide angststoornis*

De behandeling van drugsproblematiek lijkt grotendeels op die van alcoholproblematiek: een detoxificatie, een psychosociale behandeling grotendeels gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische interventies (zoals de leefstijltraining), en motiverende gespreksvoering. Community Reinforcement Approach kan worden ingezet bij ernstig middelenafhankelijke mensen die voldoende gemotiveerd zijn voor behandeling. Voor chronisch afhankelijke die onvoldoende gemotiveerd zijn voor behandeling kunnen *harmreduction*-strategieën of casemanagement worden ingezet. Eventueel kan er farmacologische ondersteuning worden geboden, afhankelijk van het middel. Voor opiaatafhankelijkheid bijvoorbeeld zijn de volgende medicijnen geïndiceerd: naltrexon (abstinentieondersteuning); buprenorfine en methadon (substitutietherapie); heroïne (palliatief).

#### **Aanbevelingen**

Let bij de keuze van een behandelstrategie op de ernst en chroniciteit van de middelenproblematiek en op de motivatie van de patiënt om deze te behandelen. Bijkomende problematiek dient zoveel mogelijk tegelijkertijd te worden aangepakt. Denk aan woonbegeleiding, financiële en juridische hulpverlening, dagbesteding, leer- en werkondersteuning, relatie- en familietherapie, gerichte aanpak en preventie bij somatische problemen.

### **Aanbeveling**

Er zijn te weinig studies gevonden om aanbevelingen te doen over de behandeling van problemen met specifiek cocaïne, cannabis, opiaten en comorbide angststoornissen.

#### *Benzodiazepineafhankelijkheid en comorbide angststoornis*

Het onder invloed zijn van een benzodiazepine beïnvloedt de therapieën voor middelenafhankelijkheid en angststoornissen. Met name gedragstherapieën met desensitisatie zijn minder effectief als iemand onder invloed is.

### **Aanbevelingen**

Het gebruik van benzodiazepines dient ten behoeve van de behandeling van een angststoornis te worden geminimaliseerd. Ontwenning van benzodiazepinegebruik moet geleidelijk gebeuren, met vervanging door benzodiazepines met een langere halfwaardetijd. Bovendien moet er rekening mee worden gehouden dat de ontwenning angstklachten oproept, of verergert.

## **3.3. Behandeling angststoornissen**

### **3.3.1. Behandeling angststoornissen (geen comorbiditeit)**

Aangezien deze richtlijn een addendum is bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, zal niet uitgebreid worden ingegaan op de behandeladviezen voor angststoornissen. Deze zijn terug te vinden in de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2003) en de update hiervan voor paniekstoornissen en PTSS (2009). Voor dit addendum wordt volstaan met het verwijzen naar de beslisbomen die de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen hanteert. Zie hiervoor:

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen. (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut/Cbo.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen. (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen: paniekstoornis en PTSS (eerste revisie)*. Utrecht: Trimbos-instituut/Cbo.

Hieronder volgen de benodigde aanpassingen bij deze beslisbomen voor de behandeling van comorbide angststoornissen en middelenproblematiek.

### **3.3.2. Aanpassingen bij de behandeling van angststoornis en middelen bij comorbiditeit**

#### *Gegeneraliseerde angststoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Er is geen reden gevonden om bij de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis en comorbide middelenproblematiek af te wijken van de algemene beslisboom van de MDR Angststoornissen, de behandeladviezen voor middelenproblematiek, of de algemene beslisboom voor comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek (deze richtlijn).

### **Aanbevelingen**

De diagnose van gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is vaak lastig te onderscheiden van de angstklachten die optreden na detoxificatie, wellicht als gevolg van gebrekkige copingmechanismen. Aangeraden wordt daarom om de diagnose GAS pas te stellen na een periode van detoxificatie, stabilisatie en het aanleren van nieuwe copingvaardigheden.

Over comorbiditeit met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is te weinig bewijs gevonden om aanbevelingen te kunnen doen voor behandeling.

#### *Paniekstoornis zonder agorafobie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Er is geen reden gevonden om bij de behandeling van een paniekstoornis en comorbide middelengebruik af te wijken van de algemene beslisboom van de MDR Angststoornissen, de behandeladviezen voor middelenproblematiek, of de algemene beslisboom voor comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek (deze richtlijn). Alleen indien abstinentie van middelen niet haalbaar is, is cognitieve therapie mogelijk minder effectief. In dat geval heeft een farmacologische behandeling mogelijk de voorkeur.

Behandeling van angst bij *alcohol*afhankelijke patiënten met een comorbide paniekstoornis vermindert de angstklachten. Echter, deze behandeling van de angstklachten heeft geen invloed op de kans op terugval in het gebruik van alcohol. Indien de patiënt geen hulpvraag heeft op het gebied van zijn angststoornis, kan wel de middelenafhankelijkheid succesvol behandeld worden.

### **Aanbevelingen**

Wanneer een paniekstoornis voorafgaat aan alcoholmisbruik lijkt een psychofarmacologische anti-paniek behandeling de voorkeur te hebben. Over comorbiditeit van een paniekstoornis met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is verder weinig bewijs gevonden.

#### *Sociale angst en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Een lange periode van abstinentie lijkt niet nodig voor het stellen van de diagnose, aangezien de angst voor interactie in sociale situaties, het hoofdkenmerk van sociale angst, niet een specifiek symptoom is behorend bij middelengebruik of ontweningsverschijnselen. Individuele behandeling van de middelenproblematiek in plaats van groepsbehandeling zou effectiever kunnen zijn bij patiënten met een sociale angststoornis, omdat het deelnemen aan een groepsactiviteit voor deze doelgroep vaak een hoge drempel heeft.

#### Alcohol

Hoewel alcoholproblematiek ooit ontstaan kan zijn als gevolg van sociale angst, blijven beide problemen in een vergevorderd stadium onafhankelijk van elkaar bestaan. Wanneer eenmaal sprake is van afhankelijkheid, doet de behandeling van de angststoornis het alcoholgebruik niet afnemen. Omgekeerd beïnvloedt het hebben van een sociale angststoornis de behandeling van alcoholproblematiek niet negatief. Deze conclusies zouden misschien ook kunnen gelden voor andere comorbiditeit tussen angststoornissen en middelenproblematiek.



Wat **psychosociale** behandeling betreft spreken de bestaande richtlijnen (Dubbele diagnose en MDR Alcohol) elkaar tegen als het gaat om de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van alcoholmisbruik bij patiënten met een sociale fobie.

Wat **farmacologische** behandeling betreft is er vooral evidentie voor de SSRI paroxetine, hoewel deze vooral effectief is voor de behandeling van sociale angst en wisselende uitkomsten laat zien in effect op alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. Ook werden Gabapentin en buspiron genoemd.

#### **Aanbevelingen**

Er is geen reden gevonden om bij sociale angst en comorbide middelenproblematiek af te wijken van de bestaande algemene adviezen voor het behandelen van middelenafhankelijkheid. Vanuit humane overwegingen wordt ervoor gepleit om bij *alcohol*problematiek beide problemen te behandelen: niet omdat anders het risico op terugval groter zou zijn, maar omdat beide problemen invaliderend werken. Deze conclusies zouden misschien ook kunnen gelden voor comorbiditeit tussen angststoornissen en andere vormen van middelenproblematiek.

De richtlijn voor de behandeling van een sociale fobie dient wel als volgt te worden aangepast. Gestart moet worden met *exposure in vivo*, waarna eventueel cognitieve gedragstherapie kan worden aangeboden. Het voorschrijven van benzodiazepines wordt bovendien afgeraden. Bij de bestaande richtlijn voor de behandeling van een dubbele diagnose moet worden opgemerkt dat, indien de patiënt wil blijven gebruiken, de kans groot is dat de behandeling van de sociale fobie minder effectief is.

#### *Specifieke fobie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Over de specifieke fobie en comorbiditeit met middelenafhankelijkheid is geen literatuur gevonden. Bij specifieke fobieën is meestal geen noodzaak om de relatie tussen de twee stoornissen te bepalen, aangezien deze stoornissen bij de meeste patiënten onafhankelijk verlopen.

#### **Aanbevelingen**

Er is geen reden gevonden om bij een specifieke fobie af te wijken van de algemene beslisboom voor Dubbele diagnose of de behandeladviezen voor middelenafhankelijkheid. De beslisboom van de MDR Angststoornissen dient wel licht te worden aangepast voor patiënten die middelen blijven gebruiken: *exposure in vivo* is voor hen waarschijnlijk niet effectief. Ook wordt aangeraden voorzichtig om te gaan met het eventueel voorschrijven van benzodiazepines, en deze bij voorkeur niet toe te dienen.

#### *PTSS en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Er dient afgeweken te worden van de algemene beslisboom voor dubbele diagnose omdat er direct veel aandacht voor de PTSS dient te zijn, tijdens en zo snel mogelijk na de detoxificatie.

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene behandeladviezen voor middelengebruik, behalve dat op *exposure* gebaseerde therapieën waarschijnlijk minder effectief zijn indien de patiënt nog onder invloed van middelen is.

#### Alcohol

Verbeteringen in PTSS symptomatologie leiden tot een sterke verbetering van symptomatologie van de alcoholafhankelijkheid. Het behandelen van PTSS kan belangrijk zijn voor het verbeteren van behandeluitkomsten op *beide* aandoeningen. Dit lijkt te pleiten voor een sterke nadruk op de PTSS behandeling tijdens de geïntegreerde behandeling.

PTSS symptomen spelen mogelijk / waarschijnlijk een rol bij terugval in alcoholgebruik bij alcoholpatiënten met PTSS. Behandeling van PTSS d.m.v. imaginary exposure lijkt een positief effect te hebben op zowel traumasymptomen als alcoholcraving. Er zijn aanwijzingen dat medicamenteuze behandeling met refusal en/of naltrexon van alcoholafhankelijke PTSS patiënten een positieve invloed heeft op zowel het alcoholgebruik als op PTSS symptomen. Verder is er enig bewijs voor de effectiviteit van sertraline.

#### **Aanbevelingen**

De resultaten uit de literatuur geven aan dat er moet worden afgeweken van de algemene beslisboom voor dubbele diagnose, omdat er direct veel aandacht voor de PTSS dient te zijn, tijdens en zo snel mogelijk na de detoxificatie. Ook tijdens de geïntegreerde behandeling dient er een sterke nadruk te liggen op de PTSS behandeling, bij alcoholafhankelijkheid en wellicht ook andere middelenproblematiek.

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene behandeladviezen voor middelengebruik, behalve dat op exposure gebaseerde therapieën waarschijnlijk minder effectief zijn indien de patiënt nog onder invloed van middelen is.

Behandel posttraumatische stresssymptomen en verslavingsproblematiek nooit alleen met psychofarmaca.

#### *Obsessief compulsieve stoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Het vaststellen van de diagnose van obsessief compulsieve stoornis (OCS) bij mensen met middelenproblematiek is minder problematisch dan met andere angststoornissen omdat de symptomen van OCS minder overlap heeft met angstklachten die ontstaan door het middelengebruik of ontwenningverschijnselen. De symptomen van OCS zijn over het algemeen goed herkenbaar. Een lange periode van observatie tijdens abstinentie lijkt hier dus niet nodig.

Er is geen reden gevonden om bij de behandeling van OCS en comorbide middelengebruik af te wijken van de algemene beslisboom van de MDR Angststoornis, de behandeladviezen voor middelenproblematiek, of de algemene beslisboom voor comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek (deze richtlijn).

#### **Aanbeveling**

Over comorbiditeit van OCS met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is te weinig bewijs gevonden om aanbevelingen te kunnen doen.

#### *Hypochondrie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid*

Er is geen informatie gevonden over hypochondrie. Op geen van de punten hoeft afgeweken te worden van de beslisboom voor angststoornissen en de algemene beslisboom (deze richtlijn). Alleen zou voor patiënten die middelen willen blijven gebruiken cognitieve gedragstherapie de voorkeur hebben boven exposure therapie.

#### **Aanbevelingen**

Over comorbiditeit van hypochondrie met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is te weinig bewijs gevonden om aanbevelingen te kunnen doen.

## Overzicht behandelstappen

<b>Diagnose</b>	
Voor het stellen van een diagnose op het gebied van <i>angststoornissen</i> is een periode van abstinentie of stabilisatie van middelen nodig	
1. Maak een keuze in wat haalbaar is: - Abstinentie - Stabilisatie	<i>Bepaal dit aan de hand van:</i> - De mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis - De halfwaardetijd van het middel waarvan de patiënt afhankelijk is - De ernst van de conditie van de patiënt
2. Bepaal de duur van de periode van abstinentie of stabilisatie die nodig is	- De verwachten baten en risico's van de voorgestelde behandeling - De voorkeur van de patiënt
3. Stel na de periode van abstinentie of stabilisatie een diagnose op het gebied van - Angst: is er sprake van een <i>angststoornis</i> of van <i>angstklachten</i> ? (zie 1.1.) - Overige psychiatrie: met name depressie - Middelen: let ook op roken en benzodiazepineafhankelijkheid - Somatiek - Sociale problemen	
<i>Zie beslisboom diagnostiek, p. 9</i>	

<b>Behandeling</b>
Middelengebruik kan de psychosociale behandeling van angststoornissen beïnvloeden. De eerste afweging die daarom gemaakt moet worden bij de behandeling van beide stoornissen is: - Is abstinentie van middelen haalbaar en/of gewenst?

<b>Optie 1: abstinentie haalbaar en/of gewenst</b>	
1. Geef door middel van psycho-educatie de patiënt inzicht in de samenhang van zijn klachten	
2. Besteed gelijktijdig <i>aandacht</i> aan beide stoornissen, <i>monitor</i> beide stoornissen	
3. Bepaal in hoeverre gelijktijdige <i>behandeling</i> van beide klachten wenselijk en mogelijk is. Bepaal waar de lijdenslast als eerste verlicht moet worden	
4. Bepaal wat er nodig is aan zorg en biedt deze aan op het gebied van: - overige psychiatrie - somatiek - sociale problemen - <i>angstklachten</i> door gebrek aan copingstrategieën	
5. Bepaal de setting van behandeling - ambulante of klinisch - groeps of individueel	Bepaal dit aan de hand van de eigenschappen en voorkeuren van de patiënt. Behandeling voor middelen is vaak in groepsverband, dit kan confronterend zijn voor patiënten met sociale angst
6. Indien is gekozen voor een farmacologische behandeling voor angststoornis (of middelen): - Bepaal hoe deze de psychotherapie voor middelen (of angststoornis) beïnvloedt.	Let op: - ongewilde synergie tussen de voorgeschreven medicatie en de gebruikte middelen indien er sprake is van terugval of gecontroleerd gebruik - drug-drug interactie die van invloed is op de effectiviteit van

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controleer of er bij comorbiditeit moet worden afgeweken (zie hoofdstuk 3.3.)</li> <li>- Let op eventuele terugval in middelengebruik en de invloed hiervan op de farmacologische behandeling van de angststoornis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de psychiatrische behandeling</li> <li>- drugs-zoekend gedrag dat gericht kan zijn op het verkrijgen van de medicatie</li> <li>- intentionele of niet-intentionele overdosis</li> <li>- het risico op misbruik van een medicijn</li> </ul>
<p>7. Indien is gekozen voor een psychosociale behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controleer of er bij comorbiditeit moet worden afgeweken (zie hoofdstuk 3.3.)</li> <li>- Controleer of er beïnvloeding is door medicatie (op exposure-therapieën)</li> <li>- Controleer of er sprake is van cognitieve schade of een verstandelijke beperking (dit kan de effectiviteit van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie negatief beïnvloeden).</li> <li>- Let op eventuele terugval in middelengebruik en de invloed hiervan op de psychosociale behandeling van de angststoornis.</li> </ul>	
<p><i>Zie de beslisboom comorbiditeit (p.12)</i>  <i>Zie de behandeladviezen voor middelengebruik (hoofdstuk 3.2)</i>  <i>Zie de behandeladviezen voor aanpassingen bij comorbiditeit (hoofdstuk 3.3.)</i></p>	

<p><b>Optie 2: abstinentie <u>niet</u> haalbaar en/of gewenst</b></p>
<p>1. Geef door middel van psycho-educatie de patiënt inzicht in de samenhang van zijn klachten</p>
<p>2. Indien de behandelaar abstinentie wel gewenst vindt, probeer motiverende gespreksvoering om de cliënt te motiveren voor behandeling</p>
<p>3. Maak een afweging tussen de volgende opties:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is <u>niet</u> genoeg stabiliteit of controle in middelengebruik om toch te behandelen voor angststoornissen</li> <li>- Er is genoeg stabiliteit of controle in middelengebruik om toch te behandelen voor angststoornissen</li> </ul>
<p><b>Behandeling: abstinentie <u>niet</u> haalbaar en/of gewenst, <u>niet</u> mogelijk om angststoornis te behandelen</b></p>
<p>1. Geef de patiënt een onderbouwing van de beslissing</p>
<p>2. Bied de patiënt motiverende gespreksvoering aan</p>
<p>3. Probeer op een later punt de patiënt opnieuw te motiveren voor zorg, houd contact met de patiënt</p>
<p><b>Behandeling: abstinentie <u>niet</u> haalbaar en/of gewenst, <u>wel</u> mogelijk om angststoornis te behandelen</b></p>
<p>1. Bepaal in hoeverre het middelengebruik de <i>psychosociale</i> behandeling voor de angststoornis zal beïnvloeden (bijvoorbeeld ongevoeligheid voor exposuretherapie)</p>
<p>2. Bepaal in hoeverre het middelengebruik de <i>farmacologische</i> behandeling voor de angststoornis zal beïnvloeden (bijvoorbeeld drug-drug interactie)</p>
<p>3. Maak een keuze voor de meest geschikte behandeling voor de angststoornis. Monitor beide klachten goed.</p>
<p>4. Bied de patiënt op een later punt opnieuw zorg aan voor middelen.</p>
<p><i>Zie de beslisboom comorbiditeit (p.12)</i>  <i>Zie de behandeladviezen voor aanpassingen bij comorbiditeit (hoofdstuk 3.3.)</i></p>

# Algemene inleiding en leeswijzer

## *Aanleiding*

Dit addendum 'Verslaving' bij de MDR Angststoornissen is ontwikkeld voor de behandeling van mensen met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid. De Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen gaat voornamelijk uit van patiënten zonder comorbide psychiatrische stoornis, met uitzondering van depressie. De vraag is in hoeverre deze richtlijn ook van toepassing is op patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Patiënten met een comorbide stoornis hebben een slechtere prognose en een slechtere uitkomst van behandeling dan patiënten met slechts één stoornis. Negatieve uitkomsten zijn onder andere meer suïcidaal gedrag, meer kans op dakloosheid, meer hospitalisatie en slechtere medicatietrouw (Schatzberg, Weiss, Brady & Culpepper, 2008). In deze richtlijn wordt nagegaan welke diagnostiek en behandeling bij comorbiditeit van een angststoornis en verslaving passend en effectief is. De structuur van dit addendum sluit zoveel mogelijk aan bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen en het ontwikkelde Addendum Ouderen. Aangezien het addendum zich richt op de comorbiditeit van angststoornissen met middelenproblematiek, zou dit addendum ook gelezen kunnen worden als een addendum bij de multidisciplinaire richtlijnen voor Alcohol (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009) of Heroïnebehandeling (in ontwikkeling).

## *Doel, doelgroep en toepassing*

**De doelgroep** van deze richtlijn (het addendum) zijn alle patiënten met een comorbide angststoornis en middelenproblematiek. *De richtlijn benadrukt het belang van een goede screening op een comorbide stoornis van alle patiënten die zich melden met angststoornissen óf middelenproblematiek.*

**Het doel** van de richtlijn is vierledig:

- Diagnostiek is gericht op zowel verslaving als op angstklachten
- De patiënt wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan
- Er is aandacht voor beide stoornissen tijdens de behandeling
- Betere samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg

**De gebruikers** van deze richtlijn zijn ggz-professionals die met deze doelgroep te maken krijgen.

**Het toepassingsgebied** van de richtlijn is de ggz (inclusief verslavingszorg), zowel ambulante als klinisch. Het zal voornamelijk gaan om behandeling in de tweede lijn, maar ook psychiaters en psychologen in de eerste lijn kunnen de richtlijn gebruiken. De meeste van de huidige behandelaars hebben primair een expertise opgebouwd ofwel in de psychiatrie, ofwel in de verslavingszorg. Dit addendum geeft daarom vanuit beide perspectieven aanwijzingen hoe een geïntegreerde behandeling vorm te geven. In paragraaf 2.1.1 is beschreven wat in deze richtlijn onder een geïntegreerde behandeling wordt verstaan.

## *Uitgangsvragen*

De volgende uitgangsvragen waren leidend bij het opstellen van de richtlijn:

- Wat is de prevalentie van comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek?
- Zijn er bepaalde combinaties van specifieke angststoornissen en specifieke middelen die vaker voorkomen? (Voor al deze verschillende combinaties zijn, indien daar aanleiding voor was, zijn de hieronder geformuleerde uitgangsvragen apart onderzocht)
- Is de prevalentie van angststoornissen bij verslaafden anders dan bij niet-verslaafden?

- Zijn er verschillen in de classificatie of fenomenologie (specifieke inhoud/kleuring) van angststoornissen bij verslaafden?
- In hoeverre verloopt het diagnostisch proces van angststoornissen bij verslaafden anders dan bij niet-verslaafden?
- Welke differentiaal diagnostische overwegingen moet men bij angststoornissen bij verslaafden maken?
- Welke diagnostische instrumenten kunnen zinvol zijn voor deze doelgroep?
- Is de behandeling bij verslaafden met een angststoornis anders dan bij niet-verslaafden?
- Wat zijn de belangrijkste doelstellingen bij de behandeling van patiënten met middelenproblematiek en een comorbide angststoornis?
- Zijn er argumenten voor ambulante dan wel klinische (detoxificatie en) behandeling?
- Heeft het stoppen of beperken van middelengebruik enig (gunstig) effect op de comorbide angststoornis?
- Welke effectieve medicamenteuze interventies zijn er beschikbaar bij de behandeling van deze comorbiditeit?
- Welke effectieve psychosociale interventies zijn er beschikbaar bij de behandeling van deze comorbiditeit?
- Zijn combinaties van medicamenteuze interventies en psychotherapie effectiever dan elk van deze interventies apart?

In de richtlijn is er voor gekozen om ten eerste een naslagwerk te leveren van alle evidentie die er bekend is over specifieke comorbiditeit, en ten tweede om algemene adviezen te geven over de mogelijke interacties tussen stoornissen op elkaar, op elkaars behandeling, en de interactie tussen de behandelingen onderling. Daarnaast worden in aparte hoofdstukken aanbevelingen gedaan voor subdoelgroepen (LVG, multimorbiditeit, gemarginaliseerde groepen). Bij de klinische vragen bleek diagnostiek een belangrijk knelpunt. Tenslotte bleek dat benzodiazepinegebruik, -misbruik en – afhankelijkheid specifieke aandacht behoeven in de richtlijn.

#### *Werkwijze en wetenschappelijke overwegingen*

De richtlijn is opgesteld door de volgende werkgroep:

- Drs. Luc A. E. de Vooght, (klinisch psycholoog/psychotherapeut), Mondriaan; divisie Verslavingszorg (Afdelingen Dubbele Diagnose en Forensische zorg)
- Dr. Koen Schruers (psychiater) Universiteit Maastricht/Mondriaan, Programmaleider Angststoornissen en Psychotrauma
- Dr. Michael Wellmer (beleidspsychiater Verslavingszorg, programmaleider dubbeldiagnose), Mondriaan
- Drs. Wim Meulders (Senior beleidsmedewerker) Mondriaan
- Drs. Nele Gielen (psycholoog Klinische Detox en medewerker MAIAR) Divisie Verslavingszorg Mondriaan
- Ir. Elske Wits (onderzoekscoördinator) IVO
- Drs. Anke Snoek (onderzoeker) IVO

De opstellers van de richtlijn waren onafhankelijk en niet beïnvloed door belangen van de farmaceutische industrie of de opdrachtgever. Goede zorg aan de patiënten stond centraal. Er waren geen conflicterende belangen van de werkgroepleden.

Het addendum is ontwikkeld volgens de methodiek van het Masterprotocol van Resultaten Scoren<sup>2</sup>, waarbij zowel een intensieve veldverkenning plaatsgevonden heeft, als bestudering van de wetenschappelijke literatuur. Via pilots en raadpleging van experts is een concept richtlijn getoetst. Dit addendum is dus gebaseerd op zowel (a) evidentie uit de wetenschappelijke literatuur als (b) inzichten uit de praktijk (practice based). Daarbij is in grote lijnen als volgt te werk gegaan:

Ad a. In de literatuur is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen en systematische reviews of meta-analyses (zie paragraaf 2 van bijlage 2: Methode). De artikelen uit de literatuursearch zijn als volgt ingedeeld. Er is een matrix gemaakt van mogelijke combinaties tussen verschillende middelen en angststoornissen. Deze is in eerste instantie ingevuld met bewijsvoering uit de bestaande reviews en behandelrichtlijnen (Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006; Kerkmeer & Hendriks, 2003; Lingford-Hughes, Welch, Nutt, & British Association for Psychopharmacology, 2004; Holmwood, 2003; Health Canada, 2003). Dit is aangevuld met wat bekend is uit recente studies (2007-2009). Op basis van deze matrix zijn conclusies geformuleerd, en op basis van de input van de veldanalyse en de werkgroep, tentatieve aanbevelingen. Deze zijn voorgelegd aan 6 experts in het veld en 2 cliëntenwerkgroepen. Op basis van deze conclusies en de reacties van de experts en cliënten, zijn door de werkgroepleden de uiteindelijke aanbevelingen geformuleerd. Uitgangspunt was altijd de gepubliceerde literatuur. Dit resulteerde in een eerste concept richtlijn.

Ad b. Na afronding van het eerste concept is de richtlijn getoetst via twee pilots: een zogenoemde interne en externe pilot (zie bijlage 2). De interne pilot vindt plaats binnen de instelling die bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken is (Mondriaan), De richtlijn is getoetst bij verschillende afdelingen binnen Mondriaan: zowel op twee angstpoli's als twee ambulante settings voor verslavingszorg en een klinische dubbele diagnose (DD). De richtlijn is positief beoordeeld. De externe pilot vindt plaats binnen een collega-instelling, in dit geval bij de dubbele diagnose afdeling van Iriszorg. De richtlijn is ook hier positief beoordeeld. De conclusies en aanbevelingen (zie ook bijlage 2) zijn verwerkt in de richtlijn.

Na goedkeuring van het tweede concept door de Stuurgroep Resultaten Scoren is het addendum voorgelegd aan enkele leden van het CBO, om na te gaan of het document voldoet aan de AGREE-criteria<sup>3</sup>. Op basis van dit commentaar is de richtlijn door de werkgroep opnieuw bijgesteld en is de definitieve versie vastgesteld door Resultaten Scoren.

#### *Wat staat niet in de richtlijn?*

Dit addendum heeft de volgende beperkingen. Vaak is er sprake van meerdere vormen van middelengebruik in combinatie met meerdere psychische stoornissen. Bijvoorbeeld angst, depressie en middelenafhankelijkheid, of polydrugsgebruik en PTSS. Naar een combinatie van meerdere middelen en meerdere psychische stoornissen is nog weinig onderzoek gedaan. Als er onderzoek is gevonden dat hier wel op in gaat is dit uiteraard meegenomen, maar dit addendum richt zich voornamelijk op de comorbiditeit van angststoornissen en middelenafhankelijkheid, en niet op de multimorbiditeit (in de zin van andere psychiatrische stoornissen en polymiddelengebruik) die in de realiteit vaak aanwezig is.

---

<sup>2</sup> Het Masterprotocol is speciaal ontworpen voor het ontwikkelen van richtlijnen, protocollen en kennisdocumenten in de verslavingszorg, en sluit qua werkwijze grotendeels aan bij die van de richtlijnontwikkeling van het CBO.

<sup>3</sup> Het AGREE Instrument is een product van The AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation). Dit is een internationaal samenwerkingsverband van onderzoekers uit 13 landen met als doel de methodologie van richtlijnontwikkeling en -implementatie te onderzoeken en op elkaar af te stemmen.

Binnen de groep mensen met een angststoornis en middelenmisbruik of –afhankelijkheid zijn verschillende subdoelgroepen te onderscheiden. In deze richtlijn is ervoor gekozen deze doelgroepen in te delen aan de hand van specifieke combinaties tussen angststoornis en middel. Naast deze indeling is er een aantal kenmerken van patiënten of bijkomende problematiek die specifieke aandacht behoeven in de behandeling. Hoewel in de literatuur weinig evidentie is gevonden voor specifieke behandeladviezen voor deze doelgroepen, wordt kort ingegaan op de graad van marginalisatie van patiënten, de mate van middelenafhankelijkheid, patiënten voor wie abstinentie niet haalbaar is, multimorbiditeit (persoonlijkheidsstoornissen, depressies), en patiënten met licht verstandelijke beperkingen (LVG). Ook heeft de richtlijn alleen betrekking op middelenafhankelijkheid, en niet op gedragsverslavingen zoals die kunnen voorkomen rondom gokken, internet en eten. Uit de pilots kwam naar voren dat er behoefte bestaat aan richtlijnen voor (het opzetten van) een goede multidisciplinaire samenwerking (ggz-verslavingszorg). Hier voorziet dit addendum niet in.

## Leeswijzer

Dit addendum presenteert richtlijnen voor een geïntegreerde behandeling van de comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of –afhankelijkheid. Dit houdt in dat er tegelijkertijd *aandacht* is voor beide stoornissen. De beschikbare bewijsvoering blijkt echter vaak opgebouwd te zijn vanuit een bepaalde expertise: in de ene studie wordt het type middelenafhankelijkheid niet gespecificeerd, in de andere de angststoornis niet. Aangezien er niet over elke specifieke comorbide combinatie (tussen een bepaalde angststoornis en een bepaald type middelenafhankelijkheid) studies zijn gevonden, biedt deze informatie een waardevolle aanvulling.

De basis van een goede behandeling van een angststoornis en middelenafhankelijkheid of -misbruik, is een adequate behandeling van beide stoornissen zoals ook gedaan zou worden bij een enkelvoudige diagnose. Daarnaast zijn er specifieke aanpassingen en aanvullingen behorende bij de behandeling van een dubbele diagnose. Behandeling gebeurt dus op verschillende niveaus:

### *Enkelvoudig*

- Hoe dient middelenafhankelijkheid te worden behandeld? (**hoofdstuk 3**)
- Hoe dient de angststoornis te worden behandeld? (**bijlage beslisbomen Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen<sup>4</sup>**)

### *Comorbiditeit*

- Welke *algemene* aandachtspunten, aanpassingen en aanvullingen op de reguliere behandeling zijn nodig bij comorbiditeit? (**hoofdstuk 2**)
- Wat is *per angststoornis* bekend over de behandeling bij comorbide middelenproblematiek? (**hoofdstuk 4**)

Overige aandachtspunten bij de behandeling zijn:

- Hoe vindt diagnostiek plaats? (**paragraaf 1.3**)
- Hoe om te gaan met bijkomende problematiek? (**paragraaf 1.4.**)

---

<sup>4</sup> De behandeling van angststoornissen wordt uitgebreid besproken in de MDR Angststoornissen. Uit deze richtlijn zijn alleen de beslisbomen opgenomen.



**Hoofdstuk 1** gaat nader in op prevalentie, fenomenologie en diagnostiek bij comorbide angststoornissen en middelenproblematiek. Verder wordt ingegaan op specifieke doelgroepen en aandachtspunten betreffende bijkomende problematiek, zoals problemen met maatschappelijke participatie, huisvesting, financiën en sociale relaties.

**Hoofdstuk 2** richt zich op de algemene overwegingen en aanpassingen bij de behandeling van *comorbide* angststoornissen en middelenproblematiek, bijvoorbeeld bij de volgorde van behandeling, de geïntegreerdheid van de behandeling, behandeldoelen, aandachtspunten bij de keuze tussen een individuele en een groepsbehandeling, ambulante of klinische behandelingen. Verder worden algemene overwegingen en aandachtspunten bij psychosociale en farmacologische behandelingen genoemd. Aan het eind van hoofdstuk 2 wordt een algemene beslisboom gepresenteerd voor de behandeling van comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek.

**Hoofdstuk 3** gaat nader in op wat bekend is over de behandeling van middelenproblematiek, zowel in algemene zin, als – voor zover bekend – in relatie tot angststoornissen in het algemeen. Het gaat hier dus om studies die de angststoornis niet gespecificeerd hebben. In dit hoofdstuk worden algemene behandeladviezen voor middelengebruik gepresenteerd.

**Hoofdstuk 4** geeft per angststoornis een zo compleet mogelijk overzicht van wat bekend is over de behandeling bij comorbide middelenproblematiek (roken, alcohol, drugs, benzodiazepinen).

Over twee angststoornissen met comorbiditeit van middelenafhankelijkheid of –misbruik werd geen literatuur gevonden: hypochondrie en specifieke fobie. Voor deze stoornissen kunnen de algemene aanbevelingen over de behandeling van een angststoornis met comorbide middelenafhankelijkheid of –misbruik worden gebruikt (hoofdstuk 2 en 3).

Conclusies uit de literatuur zijn samengevat in niet gearceerde vakken. De aanbevelingen zijn weergegeven in gearceerde vakken.

## Leestips

Er zijn verscheidene andere (Nederlandstalige) richtlijnen en kennisdocumenten waar in dit addendum naar wordt verwezen en die gebruikt kunnen worden bij het vormgeven van de behandeling:

Richtlijn	Heeft betrekking op:
<i>Dubbele Diagnose Dubbele Hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling.</i> Van der Meer, C., Hendriks, V., & Vos, R. (2003). Amersfoort/Den Haag: GGZ Nederland/ Parnassia.	Dubbele diagnose algemeen
<i>Angststoornissen &amp; gebruik van middelen. Een quickscan van de literatuur.</i> Van der Stel, J. (2006). Haarlem: Resultaten Scoren.	Dubbele diagnose angststoornis en middelen (kennisdocument)
<i>Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity.</i> Stewart, S. H., & Conrod, P. J. (Eds.). (2008). New York: Springer	Angststoornissen en middelenproblematiek (kennisdocument)
<i>Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen.</i> Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2003). Utrecht: Trimbos-instituut/Cbo. <i>Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: paniekstoornis en PTSS (eerste</i>	Angststoornissen

<b>Richtlijn</b>	<b>Heeft betrekking op:</b>
<i>revisie</i> ). Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2009). Utrecht: Trimbos-instituut/Cbo.	
<i>Intercultureel addendum angststoornissen</i> . De Jong, J. (2008). Rotterdam: Mikado, kenniscentrum interculturele zorg.	Intercultureel addendum angststoornissen
<i>Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol</i> . Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2009). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut.	Alcoholafhankelijkheid
<i>Alcohol- en drugsverslaving. Een gids voor effectief gebleken behandelingen</i> . Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2007). Amsterdam: Nieuwezijds.	Middelenafhankelijkheid algemeen (kennisdocument)
<i>Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie</i> . De Jong, et al. (2004). Amersfoort: GGZ-Nederland.	Detoxificatie middelenafhankelijkheid
<i>Richtlijn benzodiazepines dosisreductie</i> . Hovens, J., & Vink, L. (2003). Leiden: LUMC.	Benzodiazepine-afhankelijkheid
<i>Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegaledrugsgebruikers</i> . Matheï, C. (2008). Brussel: VAD.	Benzodiazepine en middelenafhankelijkheid
<i>Richtlijn behandeling van tabaksverslaving</i> . CBO, (2004). Utrecht: CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.	Tabaksafhankelijkheid
<i>RIOB. Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling</i> . Loth, C., Oliemeulen, L., & De Jong, C. (2006). Nijmegen: NISPA.	Opiaatonderhouds-behandeling
<b>In ontwikkeling:</b>	
<i>Multidisciplinaire richtlijn Heroïnebehandeling</i> (verwacht in 2011)	Heroïne

# 1. Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek

## 1.1. Prevalentie

Klinisch en epidemiologisch onderzoek geeft onomstotelijk aan dat problemen met middelengebruik en angststoornissen vaak met elkaar voorkomen (Wittenberg, 2007). De prevalentie van een comorbide angststoornis en alcoholafhankelijkheid in de algemene bevolking en in een klinische setting is hoger dan verwacht zou worden op basis van kansberekening alleen (Marquenie et al., 2007). In verschillende prevalentie-onderzoeken werd bij 20 tot 30% van de **alcoholafhankelijken** een angststoornis gevonden. Omgekeerd worden ook hoge percentages alcoholafhankelijken gevonden onder patiënten met een angststoornis (Schadé, Marquenie, Van den Brink, & Van Dyck, 1998). Onderzoek onder de algemene (Amerikaanse) bevolking laat zien dat, als er ooit sprake is geweest van een angststoornis, de kans op een alcohol- of drugsafhankelijkheid twee- tot viermaal groter is (Wittenberg, 2007; Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000). Een Duits onderzoek vond in de klinische populatie bij 42% van de alcoholafhankelijke patiënten een comorbide angststoornis (Scheider et al. 2001).

### *Veel voorkomende combinaties*

Het aantal mogelijke combinaties tussen middelengebruik en angststoornissen is enorm. Er zijn geen prevalentiecijfers gevonden over welke combinaties het meest voorkomen. Waarschijnlijk komt dit doordat er in de praktijk vaak sprake is van multimorbiditeit: meerdere vormen van middelenmisbruik of -afhankelijkheid (waarbij medicatieafhankelijkheid niet onderschat moet worden) in combinatie met meerdere psychische stoornissen. Een Nederlandse studie (Blom et al., 2011) vond echter wel onder mannen in de algemene bevolking een significant hogere prevalentie van comorbiditeit van middelenproblematiek met obsessief compulsieve stoornissen in vergelijking met een comorbiditeit tussen middelenproblematiek en andere psychiatrische stoornissen. Volgens Goodwin et al. (2005) komt een zuivere **paniekstoornis**, zonder comorbiditeit, zelden voor. Paniekstoornis en agorafobie treden vaak op in combinatie met andere angststoornissen, en/of somatoforme, affectieve en aan middelengebruik gerelateerde stoornissen. In een Nederlandse studie vonden De Graaf et al. (2002) dat slechts 59% van de mensen met een angststoornis enkel deze stoornis hadden. "Alles komt met alles voor", in alle combinaties (practice based).

Bepaalde combinaties van middelenafhankelijkheid en een psychische stoornis zijn vaker onderzocht zijn dan anderen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat deze combinaties daadwerkelijk het meeste voorkomen. Wat comorbiditeit met middelenafhankelijkheid betreft, richten de meeste studies zich op alcohol. Wanneer het gaat om angststoornissen, richten de meeste studies zich op sociale angst en PTSS (Wittenberg, 2007). De combinatie van sociale angst en alcoholafhankelijkheid is het vaakst onderzocht.

In hoofdstuk 4 worden de prevalentiecijfers van de specifieke combinaties van stoornissen besproken. Hier geven we een korte schets van de mate waarin de verschillende comorbiditeiten voorkomen.

- **Sociale angst** komt veelvuldig voor bij personen met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis, en omgekeerd (Van der Stel, 2006). In een Amerikaanse bevolkingsstudie werd bij 19% van de mannen met een **alcoholafhankelijkheid** ook een **sociale fobie** vastgesteld en

bij 6,5% een **agorafobie**. Onder vrouwen met een **alcoholafhankelijkheid** werd bij 30% een **sociale fobie** gediagnosticeerd en bij 18,5% een **agorafobie** (Marquenie, 2003). Sociale fobie en agorafobie lijkt dus onder alcoholafhankelijke vrouwen nog vaker voor te komen dan bij alcoholafhankelijke mannen.

- Lieb, Becker en Altamura (2005) **vonden** een hoge comorbiditeit van **gegeneraliseerde angststoornis** met middelenafhankelijkheid.
- In een recent en nog niet gepubliceerd Nederlands onderzoek van Gielen et al. (2010, in preparation) waarbij 429 patiënten met middelenafhankelijkheid werden geïncludeerd, scoorde 37% positief op PTSS. Driessen et al. (2008) **onderzochten** 459 patiënten (in Duitsland) met alcohol- of drugsafhankelijkheid. Hun conclusie is dat de prevalentie van **PTSS** hoger is bij **drugsafhankelijkheid** dan bij **alcoholafhankelijkheid**.

Een angststoornis is vaak niet de voornaamste psychische stoornis bij mensen met comorbiditeit van middelenproblematiek en angststoornissen. Andere psychische stoornissen zoals bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis staan vaak op de voorgrond (practice based). Wat dit betekent voor de diagnose en de behandeling valt buiten de reikwijdte van deze richtlijn.

Een belangrijk probleem bij het onderzoek naar de prevalentie van middelenafhankelijkheid met een comorbide angststoornis is dat symptomen van beide stoornissen onderling sterke overlap vertonen. Zo is het moeilijk onderscheid te maken tussen de onthoudingsverschijnselen bij middelenmisbruik en -afhankelijkheid en symptomen van een angststoornis (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001). In paragraaf 1.2.2 wordt dit probleem besproken. In paragraaf 1.3 wordt nader ingegaan op de diagnostiek.

#### **Mate waarin comorbiditeit voorkomt**

Angststoornissen komen vaak voor bij mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid, en omgekeerd: middelenmisbruik of -afhankelijkheid komt vaak voor bij mensen met een angststoornis. Vaak is er sprake van multimorbiditeit: meerdere vormen van middelenmisbruik of -afhankelijkheid in combinatie met meerdere psychische stoornissen. Hierbij hoeft de angststoornis niet altijd de meest dominante psychische stoornis te zijn. De meeste studies richten zich op alcoholafhankelijkheid, sociale angst en PTSS.

*Goodwin et al., 2005; De Graaf et al., 2002; Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Schadé, Marquenie, Van den Brink, & Van Dyck, 1998; Wittenberg, 2007*

#### **Aanbeveling**

Aangezien er vaak sprake is van comorbiditeit en multimorbiditeit is het van belang bij patiënten met een angststoornis en/of middelenproblematiek te screenen op comorbiditeit met (andere) angststoornissen, andere psychiatrische stoornissen of problemen met meerdere middelen. Let daarbij specifiek op benzodiazepine-afhankelijkheid of -misbruik.

## 1.2. Fenomenologie

### 1.2.1. Algemene fenomenologie

Zijn er verschillen in de classificatie of fenomenologie (specifieke inhoud/uiting) van angststoornissen bij mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid? Schadé et al. (2004) onderzochten drie groepen behandeling-zoekende patiënten: alcoholafhankelijken met een fobische stoornis (N=110), alcoholafhankelijken (N=148) en patiënten met sociale fobie of agorafobie (N=106). Zij vonden niet een ernstiger of ander type alcoholafhankelijkheid en angststoornis onder de dubbele diagnose groep in vergelijking met de groepen met enkelvoudige problematiek. Wel vonden zij meer bijkomstige problematiek: het merendeel had geen partner, was werkloos en een belangrijk deel was emotioneel, fysiek en seksueel mishandeld. Van der Meer et al. (2003) stellen dat bij dubbele diagnose de bijkomende problematiek zo belangrijk is, dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken (Richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp). Behalve deze directe fenomenologie, is kenmerkend voor de comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid dat de verschillende stoornissen elkaar overlappen en beïnvloeden (Schatzberg et al., 2008; Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006; Holmwood, 2003).

#### **Wat is kenmerkend aan deze comorbiditeit**

Kenmerkend voor de comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid is dat de verschillende stoornissen elkaar overlappen en beïnvloeden. Bij patiënten met een comorbide stoornis van sociale angst en alcoholafhankelijkheid is vaak niet sprake van een ernstiger of ander type alcoholafhankelijkheid of angststoornis in vergelijking met groepen met enkelvoudige problematiek. Wel is vaak sprake van zwaardere bijkomende problematiek.  
*Schatzberg et al., 2008; Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006; Holmwood, 2003; Schadé et al., 2004.*

#### **Aanbeveling**

Het is van belang om bij comorbiditeit tussen angststoornissen en middelenproblematiek aandacht te besteden aan bijkomende problematiek op verschillende levensgebieden, zoals sociale relaties, werkloosheid en mishandeling.

### 1.2.2. Verhouding tussen angstklachten en angststoornissen

Bij mensen met middelenafhankelijkheid komen veel angstklachten voor. Niet al deze angstklachten duiden daadwerkelijk op een angststoornis. De DSM-IV maakt onderscheid tussen 'angststoornis door een somatische aandoening', 'angststoornis door een middel' en overige angststoornissen. De angstklachten kunnen als volgt worden ingedeeld (Schatzberg et al., 2008; Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006; practice based):

- A. Angstklachten als gevolg van middelengebruik
- B. Angstklachten als gevolg van onthouding van middelen
- C. Angsten die komen door lichamelijke problemen, bijvoorbeeld schildklierproblemen.
- D. Buitensporige existentiële angst door gebrekkige copingstrategieën (practice based)
- E. Angststoornissen

#### *A. Angstklachten als gevolg van middelengebruik*

Middelengebruik, met name psychoactieve stoffen, kunnen angstklachten tot gevolg hebben. Het is vaak lastig onderscheid te maken tussen psychiatrische symptomen als gevolg van middelengebruik en symptomen van een onafhankelijke psychiatrische stoornis (Schatzberg et al., 2008; Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006).

#### *B. Angstklachten als gevolg van onthouding van middelen*

Behalve dat het gebruik van middelen angst op kan roepen, kan onthouding en ontwenning van middelen ook angst opwekken. Een voorbeeld is het delirium dat op kan treden als gevolg van alcoholonthouding (Van der Stel, 2006; Wittenberg, 2007; Schadé, 2003a). De snel fluctuerende bloedspiegels bij heroïnegebruik kunnen angststoornissen verergeren als gevolg van onthoudingsverschijnselen bij lage spiegels (Holmwood, 2003). Erb (2011) ziet een relatie tussen angst tijdens ontwenning en een door stress veroorzaakte drang om weer cocaïne te gebruiken. De angstklachten A en B worden door de DSM-IV benoemd als 'angststoornis door middelengebruik'.

#### *C. Angstklachten als gevolg van somatische problemen*

Naast 'angststoornis door middelengebruik' onderscheidt de DSM-IV ook 'angststoornis door een somatische aandoening'. Vooral schildklierproblemen kunnen angstklachten tot gevolg hebben.

#### *D. Existentiële angst*

Mensen die jarenlang gewend zijn emoties chemisch te reguleren, weten na detoxificatie vaak niet meer wat een normale emotie is en wat niet. Bovendien is met de detoxificatie hun voornaamste copingstrategie (het gebruik van middelen) weggevallen en zijn de andere copingstrategieën vaak onderontwikkeld. De normale existentiële angsten die iedereen ervaart – angst bij relatieproblemen, angst bij het aangaan van nieuwe ervaringen – blijken voor ex-middelenafhankelijken in eerste instantie ondraaglijk, doordat zij geen goede copingstrategieën meer hebben. De angst kan dan hoog oplopen, doordat ze geen instrumenten meer hebben om met normale angst om te gaan. Zij moeten opnieuw leren met normale angsten om te gaan (practice based).

Het geconfronteerd worden met je leven na de detoxificatie levert ook veel existentiële angst op: de angst afgesneden te worden van de stof die je leven bepaalt, daarna de angst om de wereld clean onder ogen te zien, de angst dat het leven nooit meer de moeite waard zal worden zonder die stof, daarna de angst dat het niet gaat lukken, dat je het niet aankunt en ten onder zult gaan, de angst dat je omgeving je nooit meer als volwaardig zal accepteren, enz. Het lastige is dat deze existentiële angst moeilijk te onderscheiden is van een gegeneraliseerde angststoornis (practice based).

#### *E. Angststoornis*

Er zijn ook angstklachten die blijven na detoxificatie en het aanleren van copingstrategieën voor existentiële angsten. Deze angstklachten duiden vaak op een angststoornis. Ook kunnen zich na detoxificatie angstklachten manifesteren, die niet verdwijnen na het aanleren van copingvaardigheden. De aanwezigheid van afhankelijkheid van alcohol of drugs kan de aanwezigheid van een sociale angst of paniekstoornis maskeren (Westenberg & Liebowits, 2004). Hierdoor wordt psychopathologie bij mensen die in behandeling zijn voor middelenmisbruik soms onderschat. Na een periode van ontwenning kan blijken dat er ook sprake is van een angststoornis.

Er zijn verschillende typen angstklachten te onderscheiden bij mensen met middelenafhankelijkheid. De meeste klachten zijn *geen* symptomen van een *angststoornis*, hoewel zij daar lastig van te onderscheiden zijn. Angstklachten zijn soms het gevolg van het gebruik of ontwenning van middelen, of van somatische problemen zoals schildklierproblemen. Deze klachten gaan soms over na een periode van abstinentie, of bijvoorbeeld behandeling van de somatische problemen. Wanneer deze angstklachten verkeerd worden geïnterpreteerd kan de psychopathologie worden overschat. Het gebruik van middelen kan psychopathologie ook maskeren, waardoor deze wordt onderschat. *Schatzberg et al., 2008; Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006; Holmwood, 2003; Westenberg & Liebowits, 2004; practice based*

### Aanbevelingen

Sluit diverse mogelijke oorzaken van angstklachten bij patiënten uit, om een onterechte diagnose van een angststoornis te vermijden. Onderzoek of het gebruik van middelen een angststoornis maskeert. Wacht met het starten van een (farmacologische) behandeling van angststoornissen totdat duidelijk is of daadwerkelijk sprake is van een angststoornis. Wacht een periode van detoxificatie en stabilisatie af, en wees daarbij alert op de noodzaak om gebrekkige copingvaardigheden te versterken wanneer angstklachten optreden.

## 1.2.3. Verhouding tussen angststoornissen en middelenafhankelijkheid

Er zijn vier verklaringsmodellen die de verhoogde comorbiditeit van een angststoornis en middelenafhankelijkheid trachten te verklaren (Marquenie, 2007):

1. Angststoornis veroorzaakt middelenafhankelijkheid
2. Middelenafhankelijkheid veroorzaakt angststoornis (substance-induced anxiety disorder)
3. Gemeenschappelijke factor veroorzaakt beide (kwetsbaarheid, genetische of familiefactor)
4. Beide bestaan onafhankelijk van elkaar / bij comorbiditeit is er sprake van een andere stoornis, die te onderscheiden is van de twee afzonderlijke stoornissen

Deze modellen kunnen het inzicht vergroten in de complexe relatie tussen angststoornissen en middelenafhankelijkheid. De verklaring zal uiteindelijk per individu en per angststoornis en combinatie van comorbiditeit met middelenafhankelijkheid verschillen.

Een Nederlandse studie (Marquenie et al., 2007) onderzocht de geldigheid van de eerste drie modellen onder mensen met **alcoholafhankelijkheid** en een **sociale fobie** of **agorafobie**. Hieruit blijkt dat mensen die bij de voormeting een angststoornis hebben, een verhoogde kans hebben om later een alcoholafhankelijkheid te krijgen. Anderzijds hebben mensen met een alcoholafhankelijkheid bij de voormeting geen verhoogde kans op een latere angststoornis. Bij tweederde van de comorbide respondenten gaat de angststoornis aan de alcoholafhankelijkheid vooraf (ondersteuning **model 1** en niet **model 2**). Sekse en het type angststoornis waren niet bepalend voor deze relatie. Comorbide respondenten startten op jongere leeftijd met alcoholgebruik en hadden ook op jongere leeftijd al last van angstklachten in vergelijking met respectievelijk respondenten met een pure alcoholafhankelijkheid of een pure angststoornis. Een sociale fobie of agorafobie verhoogt dus de kans op het ontwikkelen van alcoholafhankelijkheid, terwijl alcoholafhankelijkheid niet het risico verhoogt op het ontwikkelen van een sociale fobie of agorafobie. Ook Schadé et al. (2003b) vonden aanwijzingen dat agorafobie en sociale angststoornissen eerder voorafgaan aan een alcoholafhankelijkheid. De zelfmedicatiehypothese (mensen gebruiken middelen om hun angstklachten onder controle te krijgen, passend binnen **model 1**) geeft wellicht een versimpeld beeld

van de complexe relatie tussen middelengebruik en angststoornissen (Wittenberg, 2007). Emmelkamp en Vedel (2007) stellen dat de relatie tussen een angststoornis en het gebruik van een middel niet noodzakelijkerwijs in één richting verloopt; in sommige gevallen is er sprake van een vicieuze cirkel. Over het algemeen worden dempende middelen eerder gebruikt als zelfmedicatie bij angststoornissen dan stimulerende producten (practice based). Mancebo et al. (2008) rapporteren dat bij 70% van de patiënten met een comorbiditeit van middelengebruik en een **obsessief compulsieve stoornis (OCS)** de OCS vooraf ging aan het middelengebruik.

**Gegeneraliseerde angst en paniekstoornissen** zouden vaker volgen op een drankprobleem, conform **model 2** (Schadé et al., 2003b).

**Model 3** wordt niet ondersteund voor wat betreft de aanwezigheid van een genetische of familiale factor. Respondenten met een angststoornis hebben wel vaker ouders met alcoholafhankelijkheid, maar respondenten met een alcoholafhankelijkheid hebben niet vaker ouders met een angststoornis. (Marquenie et al., 2007) **Model 3** wordt wel gedeeltelijk ondersteund voor traumatisering in de jeugd. Vooral voor vrouwen gold dat als zij een jeugdtrauma rapporteerden dit de bovengenoemde associatie tussen angststoornis en alcoholafhankelijkheid verzwakte.

Hoewel de angststoornis vooraf kan gaan aan het middelengebruik, hoeft dit niet te betekenen dat als iemand succesvol is behandeld voor de angstklachten, het middelengebruik ook afneemt. Wanneer afhankelijkheid is ontstaan, is het middelengebruik een op zichzelf staand probleem geworden (practice based). Holmwood (2003) stelt dat, ongeacht de etiologie en de vraag wat er eerst was, de combinatie van een angststoornis en alcoholafhankelijkheid problematisch is, omdat ze elkaar verergeren. De vraag welk probleem als eerste is ontstaan, is wellicht vooral van belang om de patiënt inzicht te geven in zijn ziekteproces en te motiveren voor bijvoorbeeld behandeling van zijn middelenaafhankelijkheid, waarbij abstinentie centraal staat, of op zijn minst sterke matiging (Klott & Jongasma, 2006). In paragraaf 1.3.4 wordt beschreven hoe op individueel niveau kan worden beoordeeld of een psychiatrische stoornis onafhankelijk is en geen gevolg van middelengebruik, of andersom.

#### **Welke stoornis was er het eerst?**

Een angststoornis gaat vaker vooraf aan middelenmisbruik of –afhankelijkheid dan omgekeerd. Er is enige aanwijzing dat gegeneraliseerde angst en paniekstoornissen vaker volgen op een drankprobleem, dan omgekeerd. Traumatisering in de jeugd is een gemeenschappelijke risicofactor voor zowel een angststoornis als voor middelenmisbruik of –afhankelijkheid.

*Schadé et al., 2003b; Mancebo et al., 2008; Marquenie et al., 2007*

#### **Aanbeveling**

Het is van belang de patiënt door psycho-educatie zich ervan bewust te maken dat de angststoornis en de middelenproblematiek met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Samen met de patiënt moet worden onderzocht hoe de klachten precies samenhangen, en wat de functie van het gebruik is. Dit kan de patiënt motiveren om *beide* klachten te laten behandelen.



## 1.3. Diagnostiek

### 1.3.1 Algemene richtlijnen voor diagnostiek

In hoeverre verloopt het diagnostisch proces van angststoornissen bij mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid anders dan bij mensen die geen middelen misbruiken? De variatie in angstklachten en de interactie met middelengebruik bemoeilijkt de diagnostiek (Kelly, Daley & Douaihy, 2012). Een goede diagnose kan vaak pas worden gesteld na een periode van onthouding of, indien dit niet mogelijk is, stabilisatie van middelengebruik en levensomstandigheden. Hoe lang deze periode zou moeten zijn varieert. Vaak wordt in de literatuur een periode van 2 tot 3 weken genoemd (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009). Indien dit niet haalbaar is, kan de diagnose ook voorlopig worden gesteld na 1 week (Lingford-Hughes et al., 2004). De lengte van de observatieperiode gedurende abstinentie moet worden gebaseerd op een afweging van de volgende variabelen:

- de mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis: de symptomen van sommige angststoornissen overlappen in mindere mate met de symptomen geïnduceerd door middelengebruik, bijvoorbeeld bij een obsessief-compulsieve stoornis. Soms blijkt uit de familiegeschiedenis en ziektegeschiedenis van de patiënt dat er waarschijnlijk sprake is van een primaire angststoornis;
- het middel waarvan de patiënt afhankelijk is: middelen met een lange half-waarde tijd, zoals sommige benzodiazepines of methadon, vereisen meerdere weken van abstinentie voordat een accurate diagnose gesteld kan worden. Bij middelen met een kortere werking, zoals benzodiazepines met een korte halfwaardetijd, alcohol en cocaïne, kan de diagnose worden gesteld na een kortere periode van abstinentie (Myrick & Brady, 2003);
- de mate van urgentie van behandelen, gebaseerd op de conditie van de patiënt;
- de verwachte baten en risico's van de voorgestelde behandeling.

Diagnosticering blijft een continu proces. 'Diagnostiek' is niet 'een eenmalige vaststelling', maar een herhaalde activiteit die leidt tot werkhypothesen waar steeds weer nieuwe – diagnostische – informatie aan kan worden toegevoegd, die vervolgens weer kan leiden tot aanpassing van het behandelplan (MDR Angststoornissen). Belangrijk is dat er drie evaluatiemomenten zijn in het diagnostisch proces:

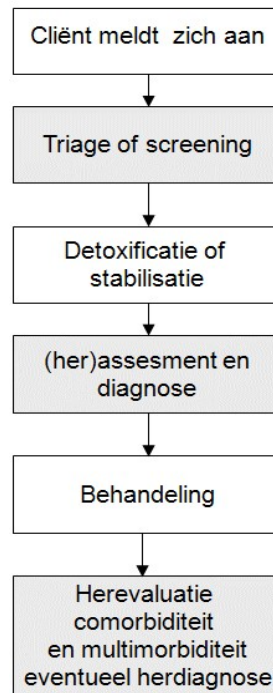
1. De eerste is voor de detoxificatie en is oriënterend of screenend van aard. Deze bepaalt de grote lijnen van toewijzing aan zorg (screening of triage). Tijdens de screening of triage wordt aandacht besteed aan de problematiek in brede zin (niet alleen de angststoornissen en middelenafhankelijkheid): somatische klachten, bijkomende problematiek op andere levensgebieden en multimorbiditeit, bijvoorbeeld depressie en persoonlijkheidsstoornissen.

Vervolgens vindt de detoxificatie plaats. Tijdens deze detoxificatie worden de klachten op het gebied van psychische problematiek en ontwenningverschijnselen goed gemonitord.

2. Het tweede evaluatiemoment voor de diagnostiek is na de detoxificatie of een periode van stabilisatie: dan kan nader worden ingegaan op de klachten die een patiënt heeft (assessment). Hierop volgt een multidisciplinaire beoordeling van de klachten van de patiënt in de vorm van een diagnose en wordt een behandelplan opgesteld.

3. De diagnose wordt ten slotte geëvalueerd als de behandeling wordt afgerond. Tijdens en aan het einde van de behandeling worden de klachten op beide gebieden gemonitord en wordt eventueel de diagnose herzien (Schatzberg et al., 2008; practice based). Schematisch ziet dit er als volgt uit:

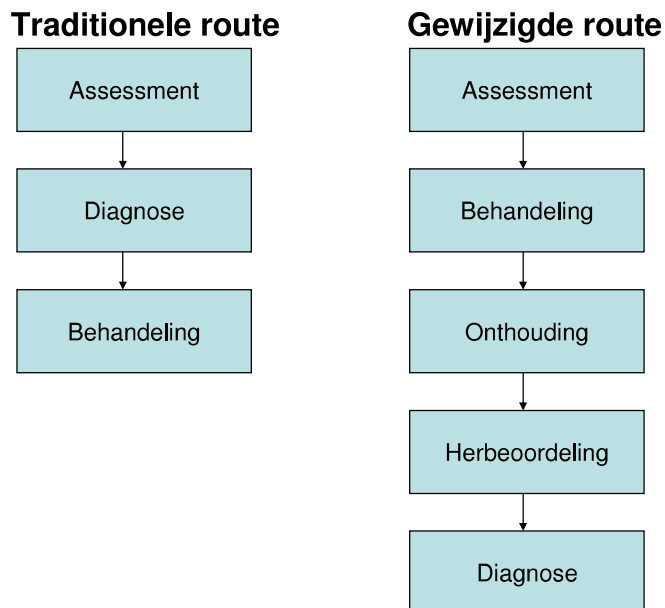
## Diagnose



Figuur 1: Kort overzicht van de procedure bij de diagnose van middelenmisbruik en angststoornissen

Schatzberg et al. (2008) stellen het volgende model voor bij diagnostiek. De 'gewijzigde route' zou dus opgaan voor de comorbiditeit van angst en middelenafhankelijkheid. Ook zij wijzen erop dat er tussendoor steeds ruimte moet zijn om de diagnose te herzien (zie figuur 2).

### Beoordelingsroutes bij de diagnose van comorbiditeit



Figuur 2: Beoordelingsroutes bij de diagnose van comorbiditeit. Vertaald uit: Schatzberg et al. (2008)

### **Diagnostiek**

Een goede diagnose kan pas worden gesteld na een periode van onthouding of, indien dit niet mogelijk is, stabilisatie van middelengebruik en levensomstandigheden. Hoe lang deze periode zou moeten zijn varieert. Vaak wordt in de literatuur een periode van 2 tot 3 weken genoemd. Indien dit niet haalbaar is, kan de diagnose ook voorlopig worden gesteld na 1 week. Er zijn drie evaluatiemomenten in het diagnostisch proces: voor detoxificatie of stabilisering, na detoxificatie of stabilisering en gedurende de behandeling (monitoring).

*American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2006; Lingford-Hughes et al., 2004; Myrick & Brady, 2003; Schatzberg et al., 2008; MDR Angststoornissen, 2008; practice based*

### **Aanbevelingen**

De diagnostiek bestaat uit minimaal drie momenten van evaluatie: bij aanmelding, na een detoxificatie of stabilisatieperiode, en na de behandeling. De lengte van de observatieperiode gedurende abstinentie moet worden gebaseerd op een afweging van de mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis, de halfwaardetijd van het middel waarvan de patiënt afhankelijk is, de urgentie van de behandeling, de te verwachten baten en risico's van de voorgestelde behandeling en de voorkeur van de patiënt. Diagnostische vragenlijsten dienen samen met een klinische diagnose te worden toegepast.

## **1.3.2. Diagnostische instrumenten**

De richtlijn Dubbele Diagnose Dubbele Hulp (Van der Meer et al., 2003) beveelt de volgende instrumenten aan voor screening- en assessment.

	<b>Screening</b>	<b>Assessment</b>
<b>Middelengebruik</b>	CAGE en CAGE-AID, in combinatie met een <i>Index of Suspicion</i> .	Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties.
<b>Psychische problematiek</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview	Mini International Neuropsychiatric Interview, en/of een psychisch consult op de relevante items

De *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009) beveelt de AUDIT aan als eerste keus voor het opsporen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Het aanbevolen afkappunt van de AUDIT is voor mannen 8, voor vrouwen en ouderen 5. Vanuit praktische overwegingen kan men ook gebruik maken van de verkorte vorm van de AUDIT: de AUDIT-C. Voor de AUDIT-C zijn deze afkappunten respectievelijk 5 en 4. De CAGE en de MAST blijken ook valide, maar zijn in deze richtlijn tweede en derde keus. De MAST is een valide instrument om alcoholmisbruik en -afhankelijkheid in een psychiatrische setting en ook bij ouderen op te sporen.

Hendriks (2009) noemt de volgende geschikte screeners voor alcohol- en/of drugsproblemen bij psychiatrische patiënten: AUDIT, CAGE en CAGE-AID. De DALI (Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument) is een screener voor middelenproblematiek bij mensen met psychische problemen. De bruikbaarheid van de DALI is nog onvoldoende onderzocht.

De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een relatief nieuw triage- en monitorinstrument (Schipper & Broekman, 2004) voor de verslavingszorg, waarin ook aandacht is voor psychosociale problemen en problemen op levensgebieden als sociale integratie. Deze zou kunnen worden gebruikt voor de triage (practice based).

De Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen stelt dat de diagnostiek en classificatie van de verschillende angststoornissen kunnen worden verricht met verschillende instrumenten. Zo kan gebruik worden gemaakt van gestructureerde en semi-gestructureerde interviews, van zelfbeoordelvragenlijsten en van observatie- en gedragsmaten. Voor de meeste angststoornissen zijn ook aparte vragenlijsten. De richtlijn geeft een overzicht van beschikbare meetinstrumenten (waaronder de MINI), maar beveelt niet specifiek een bepaald instrument aan.

#### **Keuze van diagnostische instrumenten**

Voor triage kan de MATE worden gebruikt. Voor het in kaart brengen van middelenproblemen kan de AUDIT, AUDIT-C, CAGE of MAST worden gebruikt, eventueel aangevuld met de *Index of Suspicion*. Voor een uitgebreid assessment kan de ASI worden afgenomen. Voor het in kaart brengen van de psychiatrische problematiek kan de MINI worden gebruikt, en/of een nader psychiatrisch onderzoek op de relevante items.

*Hendriks, 2009; MDR Alcohol, 2009; Van der Meer et al. 2003*

### **1.3.3. Klinische diagnose**

Antony en Rowa (2005) wijzen op de problematiek van assessment bij een 'pure' angststoornis. Zij geven een overzicht van op evidentie gebaseerde assessmentmethoden van angststoornissen bij volwassenen. Om twee redenen raden zij aan om niet te zeer op de DSM-IV criteria te leunen bij het uitkiezen van de juiste behandeling. Ten eerste hebben patiënten met een angststoornis vaak veelvoudige problemen, terwijl bewezen werkzame en effectieve behandelingen meestal slechts op één diagnostische categorie gericht zijn. Ten tweede voldoen patiënten vaak niet aan de volledige symptoomcriteria van de DSM-IV en ontbreken er aanwijzingen wat er in zo'n geval gedaan moet worden. Als de nadruk op diagnostische categorieën wordt gerelativeerd, geeft dit meer flexibiliteit om behandeltechnisch om te gaan met de grote heterogeniteit van de aan angst gerelateerde problemen van patiënten. Dit brengt echter bij dubbele diagnose patiënten een risico met zich mee, met name als er onvoldoende klinische expertise op beide problemen in huis is. In de VZ wordt de angst vaak niet voldoende onderkend en behandeld en de GGZ het omgekeerde. Juist bij dubbel diagnose patiënten zijn instrumenten daarom van waarde (practice based).

Antony en Rowa noemen de volgende gebieden waarvoor assessment bij angststoornissen van belang is: diagnostische kenmerken, angstcues, vermijdingsgedrag, dwangmatig en overbeschermend gedrag, fysieke symptomen en responsen, vaardigheidstekorten, ernstige problemen en functionele beperkingen, de ontwikkeling en het beloop van de problematiek, hulpverleningsgeschiedenis,

gezinsfactoren, medische en gezondheidszaken, bijkomende problemen en comorbiditeit, en mate van inzicht. Nog lang niet op alle gebieden zijn er gestandaardiseerde metingen mogelijk - bij afwezigheid daarvan moeten klinici nog hun toevlucht zoeken bij ongestructureerde interviews of andere niet-gestandaardiseerde instrumenten (Van der Stel, 2006).

Ook in de praktijk wordt vaak niet gebruik gemaakt van diagnostische vragenlijsten, omdat dit zou leiden tot een overdiagnosticering (*practice based*). Er kan vaak geen goed onderscheid worden gemaakt tussen verschillende typen angstklachten. Een klinische diagnose is vaak betrouwbaarder omdat die meer variabelen genuanceerder mee kan nemen.

#### **Toepassing van diagnostische instrumenten**

Diagnostische vragenlijsten leveren vaak geen goed onderscheid op tussen verschillende typen angstklachten, en leiden dan tot overdiagnosticering. Een goede klinische diagnose is betrouwbaarder, omdat die meer variabelen genuanceerder mee kan nemen. Het toepassen van enkel een klinische diagnose volstaat echter niet wanneer onvoldoende klinische expertise op beide problemen in huis is.

*Antony en Rowa, 2005; practice based*

### **1.3.4. Diagnose van de relatie tussen angststoornis en middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Al eerder is gesteld dat een goede diagnose van de angststoornis pas kan worden gesteld na een periode van abstinentie of eventueel stabilisatie van middelengebruik. Een ander belangrijk punt is de relatie tussen beide stoornissen in kaart te brengen. Dit kan helpen de patiënt te motiveren voor de behandeling van *beide* stoornissen en geeft de patiënt inzicht in hoe de stoornissen elkaar beïnvloeden. Schatzberg et al. (2008) noemen de volgende aandachtsgebieden die inzicht geven in de relatie tussen de angststoornissen en het middelengebruik, en de noodzaak van en voorkeur voor behandeling.

<b>Assessmentstappen bij comorbiditeit</b> (Schatzberg et al., 2008)
Geschiedenis van middelengebruik
Geschiedenis van behandeling voor middelengebruik en/of psychiatrische stoornissen
Medische en psychiatrische geschiedenis
Kwalitatieve en kwantitatieve bloed en urine screening
Screening voor infectieziektes en andere ziektes
Familiegeschiedenis en sociale geschiedenis
Individuele voorkeuren, motivatie en barrières voor behandeling

De volgende factoren zijn een indicatie voor de waarschijnlijkheid dat een psychiatrische stoornis onafhankelijk is, en geen gevolg van middelengebruik (Schatzberg et al., 2008):

- een duidelijke geschiedenis van psychiatrische symptomen voorafgaand aan het middelengebruik;
- aanhoudende symptomen, zelfs in langdurig abstinente periodes;
- het hebben van symptomen die niet vaak samengaan met middelengebruik;

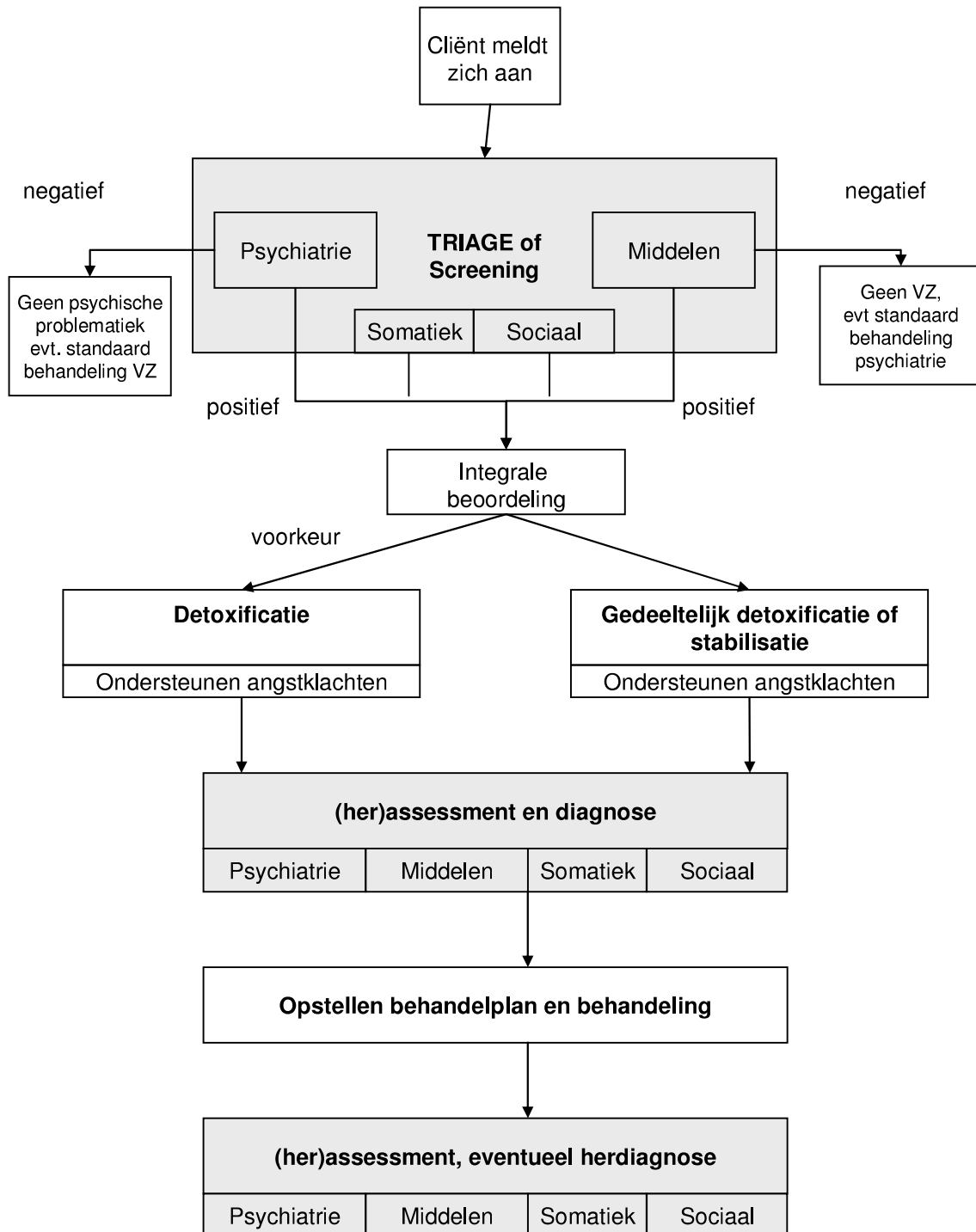
- minstens één eerstegraads familielid met een vastgelegde geschiedenis over dezelfde stoornis.

Het kan helpen om een chronologische tijdstabel te maken over de geschiedenis van de symptomen op het gebied van middelengebruik en psychiatrie. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van het *Time-Line Follow-Back*-interview (Emmelkamp & Vedel, 2007).

De British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et al., 2004) stelt dat het gewenst is om een zo compleet mogelijke anamnese te maken van de geschiedenis van middelenafhankelijkheid, mogelijk gecombineerd met urinetests voor het scannen op ge- of bijgebruik en bloedtests voor het monitoren van leverfuncties.

Hieronder is de procedure weergegeven bij diagnostiek van comorbide middelenproblematiek en angststoornissen, uitgewerkt in een beslisboom (figuur 3).

## Diagnostiek bij Comorbiditeit



Figuur 3: Beslisboom diagnostiek bij comorbiditeit. Overzicht van de procedure bij middelenmisbruik en angststoornissen.

### **De relatie tussen beide stoornissen**

Het in kaart brengen van de relatie tussen beide stoornissen kan helpen de patiënt te motiveren voor de behandeling van beide stoornissen en geeft de patiënt inzicht in hoe de stoornissen elkaar beïnvloeden. De kans dat een psychiatrische stoornis onafhankelijk is, en geen gevolg van middelengebruik, wordt mede bepaald door een duidelijke geschiedenis van psychiatrische symptomen voorafgaand aan het middelengebruik en aanhoudende symptomen.

*Emmelkamp & Vedel, 2007; Schatzberg et al., 2008*

## **1.4. Doelgroepen en aandachtspunten**

De patiëntengroep met een comorbide angststoornis en middelenafhankelijkheid kan worden ingedeeld in een aantal doelgroepen. In deze richtlijn is ervoor gekozen deze doelgroepen in te delen aan de hand van specifieke combinaties tussen angststoornis en middel. Naast deze indeling is er een aantal kenmerken van patiënten of is er bijkomende problematiek, die specifieke aandacht behoeven in de behandeling, namelijk: de graad van marginalisatie van patiënten, de mate van ernst van comorbiditeit, patiënten voor wie abstinentie niet haalbaar is, multimorbiditeit (persoonlijkheidsstoornissen, depressies), licht verstandelijke beperking (LVB), somatiek en allochotone patiënten. In de literatuur is weinig evidentie gevonden voor specifieke behandeladviezen voor deze doelgroepen. Toch worden in deze paragraaf een aantal aandachtspunten voor behandeling kort opgesomd.

### **1.4.1. Graad van marginalisatie**

Met de graad van marginalisatie wordt bedoeld in hoeverre iemand aansluiting heeft bij normale huisvesting, werk en sociale relaties. Patiënten met comorbide middelenafhankelijkheid en angststoornis zijn vaak in ernstigere mate gemarginaliseerd dan mensen met een van beide stoornissen. In Nederland voerde Schadé et al. (2004) een klinisch-epidemiologisch onderzoek uit naar de kenmerken van alcoholafhankelijke patiënten met een sociale fobie of een paniekstoornis. Zij vergeleken deze patiëntengroep met patiënten die enkel een angststoornis of enkel een alcoholafhankelijkheid hadden. Patiënten met een angststoornis en een comorbide afhankelijkheid van middelen vertoonden de volgende kenmerken:

- Hoge scores voor depressie en algemene psychopathologie;
- De meerderheid heeft geen partner en is werkloos;
- Een hoge incidentie van gebruik van andere middelen (benzodiazepine, cocaïne, cannabis);
- Een aanzienlijk deel is emotioneel, fysiek of seksueel misbruikt;
- De karakteristieken van de alcoholafhankelijkheid of de angststoornis zijn gelijk aan patiëntgroepen waarbij geen sprake is van comorbiditeit.

De mate van marginalisatie kan bepalend zijn voor de behandeling: er moet veel aandacht worden besteed aan de bijkomende problematiek rondom huisvesting, sociale relaties en financiën. Cognitieve gedragstherapie voor alcoholproblemen kan minder geschikt zijn voor patiënten met veel ernstige sociale problemen zoals financiële problemen en huisvestingproblemen (practice based).



### 1.4.2. De mate van ernst van de comorbiditeit

De mate van ernst, zowel van middelenafhankelijkheid als van psychiatrische problematiek, speelt een rol bij het vaststellen van de juiste behandeling. Hoewel middelengebruik kan starten als zelfmedicatie om angstklachten te verminderen, kan het middelengebruik gaandeweg een op zichzelf staand probleem worden (practice based). Dit zou kunnen betekenen dat alleen in een heel vroeg stadium van misbruik het behandelen van de angstklachten het middelengebruik doet afnemen. Dit geeft de noodzaak aan om goed onderscheid te maken in de mate van afhankelijkheid of misbruik. In welke fase van hun middelengebruik zitten patiënten? Maar ook: hoe ernstig is de angststoornis en eventuele andere bijkomende psychiatrische problematiek?

De kwadrantenindeling van Minkoff & Regner (1999) maakt een indeling op basis van de ernst van de psychiatrie en de ernst van de middelenafhankelijkheid, die bruikbaar kan zijn bij het toewijzen van patiënten aan een goede behandeling:

1. Psychiatrie laag, middelenafhankelijkheid laag	2. Psychiatrie hoog, middelenafhankelijkheid laag
3. Psychiatrie laag, middelenafhankelijkheid hoog	4. Psychiatrie hoog, middelenafhankelijkheid hoog

Minkoff & Regner (1999)

De mate van middelenafhankelijkheid en psychiatrie is richtinggevend voor de triage en het toekennen van stepped care, en bepaalt welke intensiteit van zorg en welke modaliteit van zorg geschikt is voor de patiënt (practice based).

#### **Ernst van de problematiek**

Bij het toekennen van juiste zorg zijn twee aandachtspunten van belang bij de groep met comorbide angststoornis en middelenmisbruik of –afhankelijkheid: de graad van marginalisatie en de mate van ernst van de afhankelijkheid en psychiatrie. Cognitieve gedragstherapie kan minder geschikt zijn voor gemarginaliseerde patiënten.

*Minkoff & Regner, 1999; Schadé et al., 2004; practice based*

### 1.4.3. Patiënten voor wie abstinentie niet haalbaar is

De Richtlijn *Dubbele Diagnose Dubbele Hulp* (Van der Meer et al., 2003) stelt dat voor veel dubbele diagnosepatiënten kleine hoeveelheden cannabis of cocaïne al ontregelend zijn. Abstinentie is daarom een gewenst behandeldoel, zij het soms op de lange termijn. Patiënten met een hulpvraag op het gebied van hun angstklachten hebben niet per se ook een hulpvraag op het gebied van middelengebruik (practice based). Hier moet onderscheid gemaakt worden tussen patiënten die willen blijven gebruiken/drinken naast de behandeling voor hun angstklachten, en patiënten die abstinentie willen bereiken voor hun middelenafhankelijkheid.

In de betreffende richtlijn is besloten om mensen die willen blijven gebruiken niet zonder meer uit te sluiten van een behandeling voor hun angstklachten. Als mensen redelijke controle hebben over hun middelengebruik, zouden ze wel kunnen worden behandeld voor hun angststoornis. Er moet dan wel rekening worden gehouden met een mogelijk verminderde effectiviteit van de psychosociale behandelingen, met name exposure therapie en in mindere mate cognitieve gedragstherapie. Wat betreft de farmacologische interventies moet rekening worden gehouden met drug-drug interacties. Wilson, Ipser & Stein (2009) stellen dat CGT in de behandeling van angststoornissen gelimiteerd wordt door een aanwezigheid van een comorbide alcoholafhankelijkheid, omdat alcoholconsumptie kan zorgen voor een desensitisatie van stressoren en maladaptieve cognities, de hoofdthema's van CGT. Als er SSRI's worden gebruikt als behandeling voor de angstklachten, kan dit ook de effectiviteit van de CGT voor alcoholafhankelijkheid doen afnemen. Het gebruik van verdovende middelen maakt exposure therapie minder effectief, doordat patiënten minder reageren op de *cues* waar ze aan worden blootgesteld (practice based). Een studie van McEvoy en Shand (2008) komt juist tot de conclusie dat middelenmisbruik niet noodzakelijkerwijs de behandeldoelen limiteert, tenzij de middelen worden gebruikt in sociale-interactie settingen van behandeling.

In ieder geval moet worden voorkomen dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt doordat er ten aanzien van zijn middelenmisbruik te hoge eisen worden gesteld. Belangrijk is de patiënt motiverende gespreksvoering aan te bieden, hem of haar door middel van psycho-educatie inzicht te geven in de samenhang van zijn klachten en het in belang om beide problemen te laten behandelen.

#### **Geen abstinentie bereikt**

Voor veel patiënten met een angststoornis zijn kleine hoeveelheden middelen al sterk ontregelend, en middelengebruik kan de behandeling van de angststoornis negatief beïnvloeden. Om deze reden heeft abstinentie van middelen de voorkeur als behandelgoal, boven gecontroleerd gebruik. Echter, abstinentie is in sommige gevallen pas haalbaar op de lange termijn, of is niet wenselijk. Belangrijk is dat de patiënt in zorg blijft en eventueel door psycho-educatie of motiverende gespreksvoering wordt gemotiveerd om beide problemen aan te pakken.

*Practice based; Van der Meer et al., 2003.*

#### **1.4.4. Multimorbiditeit (persoonlijkheidsstoornissen, depressies)**

Een ander aandachtspunt is multimorbiditeit. Hoewel er vaak sprake is van het gebruik van meerdere middelen en het optreden van meerdere psychiatrische klachten (Goodwin et al., 2005; De Graaf et al., 2002), is hier nog weinig onderzoek naar gedaan. AS-II-stoornissen zoals borderline en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis liggen vaak aan de basis van zowel middelenaafhankelijkheid als andere AS-I stoornissen. Ook stemmingsstoornissen komen vaak voor onder patiënten met een angststoornis en middelenaafhankelijkheid. Stemmingsstoornissen bepalen vaak de urgentie van de behandeling, aangezien er suïcidegevaar bij komt. Bij het optreden van meerdere stoornissen wordt de behandeling complexer en treden er mogelijk meer complicerende factoren op. Toch is het optreden van multimorbiditeit, bijvoorbeeld bijkomende persoonlijkheidsstoornissen, geen reden om de angststoornissen niet te behandelen. Patiënten vertrekken vaak wel vanuit een hoger klachtenniveau en komen op een hoger klachtenniveau uit dan patiënten zonder multimorbiditeit, maar halen evenveel winst uit de behandeling, hoewel deze moeilijker en langer is. Multimorbiditeit zorgt ervoor dat de complexiteit en de duur van de behandeling toeneemt (practice based). Tijdens de

behandeling moet er rekening mee worden gehouden dat de aanwezigheid van andere problematiek de behandeling kan beïnvloeden.

Voor de behandeling van comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen: zie de Richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp (Van der Meer et al., 2003), of de verzamelde aanbevelingen uit deze richtlijn in de bijlage.

#### **Consequenties van multimorbiditeit**

Multimorbiditeit zorgt ervoor dat de complexiteit en de duur van de behandeling toenemen. Met name op verhoogd suïcidegevaar moet worden gelet.

*Practice based*

### **1.4.5. Patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB)**

#### *Middelenafhankelijkheid*

Emmelkamp en Vedel (2007) besteden in hun overzicht naar effectieve behandelingen voor alcohol- en drugsafhankelijkheid geen aandacht aan patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Wel noemen zij cognitieve schade als complicerende factor van de behandeling. Als gevolg van middelengebruik kan cognitieve schade optreden, en dit kan bijdragen aan een slechtere behandeluitkomst. Dit verhoogt het risico op drop-out, doordat de behandelingen niet goed genoeg aansluiten bij de cognitieve vaardigheden van de patiënt. Drop-out bij cognitieve gedragstherapie lijkt samen te hangen met slechter functioneren wat betreft aandacht, geheugen, ruimtelijke capaciteiten, snelheid, accuratesse en algemeen functioneren.

Reguliere cognitieve gedragstherapie lijkt voor LVB-patiënten minder geschikt. Met name huiswerkopdrachten zoals behorend bij de leefstijltraining, zijn vaak te moeilijk of worden vergeten. Emmelkamp en Vedel (2007) stellen dat ook groepstherapie minder geschikt lijkt voor de doelgroep met cognitieve beperkingen, doordat het tempo van de therapie niet kan worden aangepast aan de behoeften van deze patiënten. Zij bevelen individuele therapie aan, het betrekken van iemand uit de naaste omgeving bij de behandeling, en eventueel opname.

#### *Angststoornissen*

Davis, Saeed en Antonacci (2008) voerden een literatuurstudie uit naar angststoornissen onder personen met 'developmental disabilities' zoals verstandelijke beperkingen en autisme. Zij stellen dat een angststoornis vaak wordt ondergediagnosticeerd onder mensen met een verstandelijke beperking, doordat de symptomen van de angststoornis vaak worden overschaduwd door hun verstandelijke beperking en ze soms de communicatieve vaardigheden missen om hun symptomen adequaat te beschrijven. Er is nog te weinig onderzoek gedaan naar angststoornissen bij deze specifieke doelgroep om behandelaanbevelingen te geven, maar er is enig bewijs dat voor de farmacologische behandeling antidepressie medicatie effectief is, evenals buspirone en risperidone. Wat de psychosociale interventies betreft is er enige evidentie dat een aangepaste versie van de standaard angstbehandelingen zoals relaxatie therapie en exposure, effectief kan zijn.

#### **Behandeling bij een licht verstandelijke beperking**

Cognitieve gedragstherapie lijkt minder geschikt voor het behandelen van patiënten met een licht verstandelijke beperking of cognitieve schade. Met name huiswerkopdrachten en groepstherapie met mede-patiënten zonder cognitieve problemen zijn vaak te intensief voor deze doelgroep. Individuele

therapie is geschikter, omdat die beter op de patiënt kan worden afgestemd. Angstbehandelingen zoals relaxatie therapie en exposure therapie zouden in aangepaste vorm effectief kunnen zijn. *Emmelkamp & Vedel, 2008; Davis, Saeed & Antonacci, 2008.*

### **1.4.6. Somatiek: lichamelijke complicaties**

Middelenafhankelijkheid komt vaak voor in combinatie met somatische aandoeningen (Van der Stel, 2009). Deze zijn vaak het gevolg, direct of indirect, van het gebruik van het middel waarvan iemand afhankelijk is. Ook zijn er diverse niet aan middelengebruik gerelateerde vormen van somatische comorbiditeit. Verschillende aandoeningen compliceren de behandeling van middelenafhankelijkheid, zoals infectieziekten als hepatitis C, hiv en aids. Ook obstetrische complicaties bij vrouwen met opiaatafhankelijkheid zijn een belangrijk aandachtspunt (Draper & Mccance-Katz, 2005).

Vooraf sterk gemarginaliseerde patiënten hebben veel somatische klachten, vaak doordat zij weinig contact met medische zorg hebben en ernstiger middelenmisbruik vertonen. Hierdoor lopen ze een groter risico op medische complicaties. Bij deze doelgroep is het belangrijk dat hulpverleners toezien op inname van medicijnen om de therapietrouw te verhogen en bij complicaties snel in te kunnen grijpen (Van der Stel, 2009).

Ook mensen met psychische stoornissen hebben vaak meerdere somatische aandoeningen. Deze kunnen verergerd of ontstaan zijn door jarenlang gebruik van medicatie. Zo worden veel antipsychotica in verband gebracht met een verhoogd risico op diabetes (Van der Stel, 2009). Bij patiënten met een angststoornis en een middelenafhankelijkheid is vaak ook sprake van hartklachten. Deze zijn soms moeilijk te onderscheiden van paniekaanvallen (practice based).

#### **Somatische aandoeningen**

Middelenafhankelijkheid komt vaak voor in combinatie met somatische aandoeningen. Deze zijn vaak het gevolg, direct of indirect, van het gebruik van het middel waarvan iemand afhankelijk is. Ook mensen met psychische stoornissen hebben vaak meerdere somatische aandoeningen. Deze kunnen verergerd of ontstaan zijn door jarenlang gebruik van medicatie. Angstklachten kunnen ook worden veroorzaakt door somatische klachten, zoals problemen met de schildklier (hyperthyroïdie) of bijschildklieren (hyperparathyroïdie).

*Van der Stel, 2009; practice based.*

### **1.4.7. Culturele achtergrond**

Kenniscentrum voor interculturele zorg Mikado heeft een intercultureel addendum ontwikkeld bij de MDR Angststoornissen (De Jong, 2008). In de revisie van de MDR Angststoornissen is ook een verwijzing naar dit addendum opgenomen. Bij een in Nederland woonachtige allochtone patiënt met een paniekstoornis dient op dezelfde wijze te worden gehandeld als bij een autochtone patiënt zou gebeuren. Wel moet bij in Nederland woonachtige allochtone bevolkingsgroepen rekening worden gehouden met het aanbod van (naar westerse maatstaven) alternatieve behandelingen en de mogelijkheid dat een patiënt deze volgt. Het wordt aangeraden hier naar te informeren. Bij het voorschrijven van psychofarmaca wordt aangeraden alert te zijn op verschillen in farmacokinetiek en – dynamiek. Voor meer aanbevelingen en handreikingen, zie het Interculturele addendum.

**Culturele achtergrond**

Bij een in Nederland woonachtige allochtone patiënt met een angststoornis dient op dezelfde wijze te worden gehandeld als bij een autochtone patiënt. Wel moet rekening gehouden worden met het aanbod van (naar westerse maatstaven) alternatieve behandelingen en de mogelijkheid dat een patiënt deze volgt. Psychofarmaca kunnen verschillen laten zien in farmacokinetiek en –dynamiek.

*De Jong, 2008*

**Aanbevelingen bij § 1.4**

Stem de behandeling af op specifieke kenmerken of problemen van de patiënt, zoals graad van marginalisatie, ernst van de afhankelijkheid, ernst van de angststoornis en andere psychische klachten, het eventueel door blijven gebruiken van middelen, multimorbiditeit, licht verstandelijke beperkingen of cognitieve schade, somatische problemen of culturele achtergrond. Biedt zo nodig geschikte alternatieven aan voor cognitieve gedragstherapie bij gemarginaliseerde patiënten en patiënten met een licht verstandelijke beperking. Multimorbiditeit is geen reden om de angststoornis niet te behandelen. Patiënten halen evenveel winst uit de behandeling, hoewel deze complexer en langer is.

## 2. Algemene overwegingen en aanpassingen bij de behandeling van comorbiditeit angststoornis en middelenproblematiek

In het vorige hoofdstuk is de diagnostiek besproken, en hoe om te gaan met bijkomende problematiek. In dit hoofdstuk wordt specifiek ingegaan op de behandeling. De basis van een goede behandeling van een angststoornis en middelenafhankelijkheid of -misbruik is een adequate behandeling van beide stoornissen zoals ook gedaan zou worden bij een enkelvoudige diagnose. Behandeling gebeurt dus op verschillende niveaus. Vragen hierbij zijn:

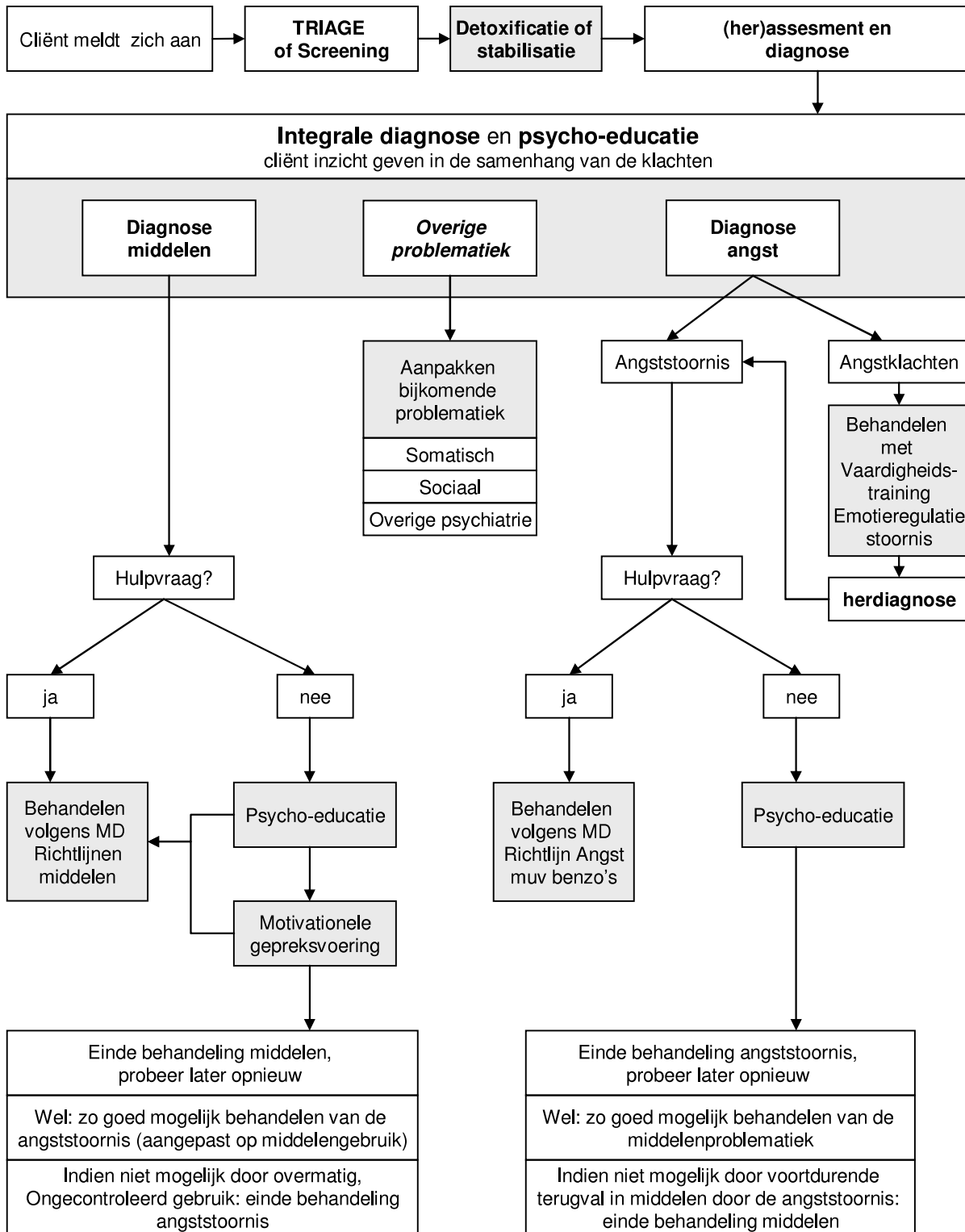
- Hoe behandel je de angststoornis?
- Hoe behandel je de middelenafhankelijkheid?
- Hoe behandel je de combinatie? Welke aanpassingen en aanvullingen op de reguliere behandeling is nodig?

De behandeling van angststoornissen wordt uitgebreid besproken in de MDR Angststoornissen. Uit deze richtlijn zijn alleen de beslisbomen opgenomen (zie bijlage 3). De behandeling van middelenafhankelijkheid wordt in hoofdstuk 3 beschreven. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op *algemene* overwegingen en aanpassingen die nodig zijn bij het behandelen van een comorbide angststoornis en middelenproblematiek. Hierbij wordt ingegaan op algemene overwegingen, psychologische interventies en farmacologische interventies.

Aangezien onder de term angststoornis verschillende angststoornissen vallen, en middelenproblematiek opgesplitst kan worden in verschillende typen middelen, wordt in hoofdstuk 4 gekeken wat bekend is over de behandeling van *specifieke* comorbide combinaties.

Hierna vindt u de beslisboom voor de behandeling van comorbiditeit, die is gebaseerd op de bevindingen in dit hoofdstuk en reeds bestaande beslisbomen.

# Beslisboom behandeling comorbiditeit angststoornis en middelenproblematiek



Figuur 4: Beslisboom behandeling comorbiditeit. Overzicht van de procedure bij middelenmisbruik en angststoornissen.

## 2.1. Algemene overwegingen

### 2.1.1. Geïntegreerd en al dan niet gelijktijdig

De huidige standaard bij het behandelen van mensen met een dubbele diagnose is het aanbieden van een geïntegreerde behandeling. Er is enige verwarring rond de term 'geïntegreerd': deze wordt vaak gezien als synoniem met gelijktijdig. Dat er tegelijkertijd *aandacht* is voor beide stoornissen, hoeft echter niet te betekenen dat beide problemen ook tegelijkertijd volledig worden *behandeld*. Dit hangt af van de angststoornis. Wel wordt aanbevolen om beide typen klachten vanaf het begin goed te monitoren.

De Integrated Treatment of Dual Diagnose (IDDT) is ontworpen door Mueser, Noordsy, Drake en Fox (2003)<sup>5</sup>. Kenmerken van deze methode is dat de behandeling aangeboden wordt door één team, op één locatie en dat er tegelijkertijd aandacht is voor beide problemen. De hulpverleners hebben kennis van de interactie tussen de angststoornis en de middelenafhankelijkheid. Belangrijk is dat de behandeling aansluit bij de motivatie van de patiënt: is de patiënt vooral gemotiveerd zijn angstproblematiek aan te pakken, of ook zijn middelengebruik? Verder moet de behandeling sterk gericht zijn op het aanpakken van de bijkomende problematiek, bij dubbele diagnose patiënten is deze eerder regel dan uitzondering. Het heeft voordelen als er één verantwoordelijke is die het gehele proces bewaakt. Als de behandeling door twee zorglijnen of behandelaars gebeurt, moet er structureel zorg worden gedragen voor een goede uitwisseling over de voortgang van de behandeling en de toestand en wensen van de patiënt (practice based).

Aangezien middelenafhankelijkheid en angststoornissen elkaar versterken, lijkt het voor de hand liggend dat behandelstrategieën die zich op beide vormen van psychopathologie richten, effectief zullen zijn. Dit is ook wat de meeste richtlijnen voorschrijven. Echter, hier is nog weinig wetenschappelijk bewijs voor gevonden (Hesse, 2009; Wilson et al., 2009). Bovendien raden huidige richtlijnen bij *angststoornissen* (met uitzondering van PTSS) een sequentiële (opeenvolgende) behandeling aan, waarbij het middelengebruik eerst wordt aangepakt. Deze behandelvolgorde wordt aanbevolen omdat, als het middelengebruik afneemt, de angstklachten die worden veroorzaakt door het middelengebruik vaak aanzienlijk verminderen (Van der Meer et al., 2003). Dit advies komt overeen met het gevonden bewijs in deze richtlijn dat er pas een adequate diagnose kan worden gesteld na een periode van detoxificatie of stabilisatie, waarna de (meer gelijktijdige) behandeling gestart kan worden. Bij PTSS wordt wel vanaf het begin een gelijktijdige aanpak aanbevolen. Reden hiervoor is dat de lijdensdruk bij PTSS hoog is, zodat snelle verlichting hiervan gewenst is. Het hebben van een trauma zou bovendien zorgen voor een snellere terugval en uitval uit de behandeling. Daarbij gaat PTSS vaak vooraf aan middelengebruik. Het behandelen van het trauma zou daarmee een belangrijke reden om te gebruiken weg kunnen nemen. Er zijn echter ook redenen waarom niet met een gelijktijdige behandeling wordt gestart. Traumabehandeling kan namelijk minder effectief zijn bij patiënten die middelen gebruiken. Dit zou ervoor pleiten eerst middelengebruik te behandelen. Bovendien wil niet iedereen die behandeling zoekt voor zijn middelengebruik ook behandeld worden voor het trauma. Tot slot kunnen gebruikende personen vaak minder goed omgaan met sterk negatieve emoties die het gevolg kunnen zijn van trauma. Dit bemoeilijkt de traumabehandeling (Triffleman, Carroll, & Kellogg, 1999).

---

<sup>5</sup> Het Trimbos-Instituut zorgt voor de implementatie van deze methode in de Nederlandse verslavingszorg.



### **Behandeling comorbiditeit: geïntegreerd en al dan niet gelijktijdig**

De huidige standaard bij het behandelen van mensen met een comorbide stoornis van middelenafhankelijkheid en psychiatrie is het aanbieden van een geïntegreerde behandeling. Het tegelijkertijd behandelen van angststoornissen en middelenafhankelijkheid brengt echter niet noodzakelijkerwijs met zich mee dat verbeteringen in de ene stoornis ook vooruitgang in de andere laten zien. De behandeling moet in zoverre gelijktijdig zijn dat beide klachten vanaf het begin worden gemonitord. Aangeraden wordt om eerst het middelengebruik te ondervangen met een detoxificatie of stabilisatie, om de angstklachten die samenhangen met het middelengebruik te reduceren. De mogelijkheid en wenselijkheid om stoornissen in deze volgorde te behandelen hangt echter af van de specifieke angststoornis en de wensen van de patiënt.

*Meuser, Noordsy, Drake & Fox, 2003; practice based*

### **Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling om beide stoornissen geïntegreerd en al dan niet gelijktijdig te behandelen, omdat beide een hoge lijdenslast met zich meebrengen. Belangrijk is echter om als behandelaar en patiënt geen wonderen te verwachten; het succes van de behandeling van de ene stoornis resulteert meestal niet in een reductie van de andere klachten.

*Practice based*

### **2.1.2. Zo vroeg mogelijk en langdurig**

Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb (2004) deden een follow-up onderzoek onder kinderen die een behandeling van hun angststoornis hadden ondergaan. Zij keken naar middelengebruik en depressie op latere leeftijd onder deze doelgroep. Hieruit bleek dat vroegtijdig behandelen van angststoornissen opvolgend alcoholmisbruik reduceerde.

In het geval dat middelengebruik als zelfmedicatie wordt gebruikt, is het van belang de problemen zo vroeg mogelijk te signaleren en te behandelen om te voorkomen dat er afhankelijkheid van middelen ontstaat (practice based).

Zowel middelenafhankelijkheid als psychische problemen kennen een zekere chroniciteit. Vandaar dat de behandeling en de monitoring ook *continu of langdurig* moet zijn (Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2008a; Schatzberg, 2008). Ook aan terugvalpreventie moet aandacht worden besteed (Schatzberg et al., 2008). Grothues et al. (2008) deden onderzoek naar het effect van kortdurende alcohol interventies voor patiënten met problematisch drinkgedrag en een comorbide angststoornis of depressieve stoornis. Zij komen tot de conclusie dat kortdurende interventies geen significant effect hebben op de reductie van drinken in comorbide patiënten. Dit resultaat kan deels worden verklaard door het feit dat kortdurende interventies minder effectief blijken bij patiënten met ernstige afhankelijkheid.

De behandeling van beide chronische aandoeningen vraagt vaak om een lange adem. Belangrijk is dat patiënten na een afgebroken behandeling of een terugval de weg naar de instelling weer kunnen vinden. Soms komt een behandeling voor de patiënt te vroeg, en vindt hij of zij op een later moment de motivatie weer.

### **Behandeling comorbiditeit: zo vroeg mogelijk en langdurig**

Het in een vroeg stadium behandelen van de angststoornis kan mogelijk middelenmisbruik als zelfmedicatie en afhankelijkheid van middelen voorkomen.

Zowel middelenafhankelijkheid als psychische problemen kennen een zekere chroniciteit. De behandeling van comorbiditeit is vaak langduriger dan van enkel een angststoornis of middelenafhankelijkheid. Kortdurende interventies zijn voor deze comorbide doelgroep vaak minder effectief.

*Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb, 2004; Grothues et al., 2008; Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2008a*

### **2.1.3 Stepped care, setting**

Morris, Stewart & Ham (2005) raden aan om de gecombineerde behandeling zo min mogelijk belastend voor patiënten te maken, terwijl deze toch alle essentiële elementen bevat. Stepped care zou hiervoor een methode kunnen zijn, hierbij wordt de minst belastende behandeling als eerste ingezet. Het begrip 'stepped care' wordt vaak verward met het inzetten van een lichte behandeling in een trial-en-error model. Het gaat echter om een direct passende behandeling aansluitend bij een zorgvuldige diagnostiek. Een mislukte 'lichte' behandeling kan namelijk ernstige motivatieproblemen tot gevolg hebben.

De vraag of patiënten met een angststoornis en middelenmisbruik ambulante behandeld moeten worden of niet, is niet eenduidig te beantwoorden. Dit hangt af van de ernst van de problemen en de overige problemen.

De aanbeveling in de Richtlijn Dubbele diagnose (Van der Meer et al., 2003) pleit voor een ambulante aanpak van *dubbele diagnose* in het algemeen: 'Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond' (Van der Meer et al., 2003). Een voordeel van ambulante behandelen is dat dit hospitalisatie voorkomt. Bovendien zijn sommige angststoornissen zo ingrijpend dat patiënten hun huis niet uit durven, hetgeen klinische behandeling lastig maakt.

Anderzijds pleit de MDR Alcohol voor een klinische behandeling van zware gevallen: 'Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid.' (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009).

Klinische behandeling heeft een duidelijke meerwaarde voor met name 'zware' afhankelijkheidsgevallen. Het herhaaldelijk terugvallen, of het onder invloed op afspraken verschijnen maakt ambulante behandeling bij ernstig middelenafhankelijke patiënten lastig. Klinische behandeling biedt dan meer mogelijkheden tot behandeling, monitoren en het opvangen van terugval. Bovendien is een integrale behandeling klinisch ook makkelijker te realiseren. Klinische behandeling kan ook noodzakelijk zijn bij mensen die dusdanig gemarginaliseerd zijn dat zij geen vaste woon- en verblijfplaats hebben. Een nadeel van een klinische behandeling is dat mensen zich in deze setting veilig voelen, maar niet genoeg kunnen oefenen in de buitenwereld. Semi-residentieel zou dan een optie kunnen zijn (practice based).

Studies naar de psychosociale behandeling van dubbele diagnose in het algemeen raden een residentiële voorziening aan (Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2008a; Drake, O'Neal & Wallach, 2006). Hoewel deze onderzoeken zich met name richten op schizofrene en zwaar depressieve patiënten, zou dit ook voor angststoornissen kunnen gelden.

Over de vraag of ambulante of klinische behandelen de voorkeur heeft, valt geen eenduidig advies te geven, het moet per geval bekeken worden en is ook afhankelijk van de voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt.

Het hebben van een angststoornis, met name agorafobie of sociale fobie kan een drempel zijn om deel te nemen aan een behandeling voor middelengebruik of andere klachten (practice based). Book

et al. (2009) concludeerden dat voor individuen met sociale angst vooral het deelnemen aan groepsbehandelingen voor middelenafhankelijkheid hoge drempels met zich meebrengt.

#### **Behandeling comorbiditeit: stepped care, eventueel ambulant en individueel**

Door middel van *stepped care* kan de minst belastende behandeling als eerste worden ingezet. Patiënten met een ernstige angststoornis in de vorm van agorafobie of sociale angst ervaren vaak hoge drempels om deel te nemen aan een klinische of groepsbehandeling voor hun middelengebruik of angststoornis. Ambulant behandelen heeft in deze gevallen de voorkeur. Voor de rest moet per geval bekeken worden of ambulante of klinische behandeling de voorkeur heeft. Voordeel van klinische behandeling is dat het middelengebruik goed gestabiliseerd kan worden.

*Morris, Stewart & Ham, 2005; Richtlijn Dubbele Diagnose; MDR alcohol; Book et al., 2009*

#### **2.1.4. Behandeldoel middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Wegens de negatieve invloed van middelengebruik op angstklachten ligt de nadruk van behandeling meestal op totale abstinentie van middelen en verslavende medicatie. Dit is echter niet altijd haalbaar of door de patiënt gewenst. Het bereiken van totale abstinentie is voor veel mensen met middelenafhankelijkheid een langdurig proces. Voorkomen moet worden dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt doordat er te hoge eisen aan zijn middelengebruik worden gesteld (Van der Meer et al., 2003).

McEvoy en Shand (2008) komen tot de conclusie dat middelenmisbruik niet noodzakelijkerwijs de behandeldoelen van de angststoornis limiteert, tenzij de middelen gebruikt worden tijdens of iemand onder invloed bij de behandeling. In het algemeen was de studie positief over de behandel mogelijkheden voor mensen met comorbide angststoornis en middelenafhankelijkheid.

In *The co-occurring disorders treatment planner* (Klott & Jongsma, 2006) is een groot deel van de behandeldoelen erop gericht de patiënt inzicht te geven en bewust te maken van de interactie tussen de angstklachten en het middelenmisbruik, er ligt veel nadruk op het motiveren van patiënten om beide problemen aan te pakken.

De British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et al., 2004) stelt dat ook al worden middelenafhankelijkheid en psychische stoornissen tegelijkertijd behandeld, dit niet noodzakelijkerwijs met zich meebrengt dat verbeteringen in de ene stoornis ook vooruitgang in de andere laten zien. Uit Nederlands onderzoek (Schadé, 2003a) bleek dat alcoholafhankelijken met een angststoornis niet sneller terugvallen na behandeling van de alcoholafhankelijkheid dan die zonder angststoornis. Behandeling van de angststoornis verbeterde de behandeling van alcoholafhankelijkheid niet, maar het was wel mogelijk om een comorbide angststoornis succesvol te behandelen naast de behandeling van alcoholafhankelijkheid.

Omgekeerd kunnen mensen ook alleen voor hun middelenafhankelijkheid behandeld willen worden, en niet voor hun angststoornis. Dit lijkt in eerste instantie minder problematisch tenzij er sprake is van zelfmedicatie (practice based). Vanuit de praktijk blijkt dat een gunstig effect van cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen niet altijd de verslaving ten gunste beïnvloed. Zelfs als vanuit de functie-analyse op te maken is dat het middelengebruik een functie heeft in het reduceren van angst, wil dat niet zeggen dat afname van angst ook afname van middelenafhankelijkheid betekent. In een heel aantal gevallen gebeurt dit echter wel, en verbetert ook de verslavingsproblematiek bij behandeling van de angststoornis. Probleem is dat het op voorhand moeilijk te voorspellen is wanneer en bij wie de angstbehandeling ook gunstig doorwerkt ten aanzien van de middelenverslaving. Vanuit de praktijk wordt gepleit voor het voordeel van de twijfel wat betreft de behandeling van de angststoornis. In het gunstigste geval werkt deze behandeling door in verslaving en in het minder

gunstige geval is er altijd nog een verbetering van de angstklachten, dus minder lijdensdruk en betere kwaliteit van leven (practice based).

#### **Behandeling comorbiditeit: behandeldoel middelenafhankelijkheid**

Het behandeldoel bij comorbide middelenafhankelijkheid is bij voorkeur abstinentie en niet gecontroleerd gebruik. Een hiermee samenhangend behandeldoel is de patiënt door middel van psycho-educatie inzicht geven in hoe het gebruik van middelen de angstklachten beïnvloedt. Het belangrijkste doel is de patiënt in contact met de zorg houden.

*Van der Meer et al., 2003; Kloot & Jongsma, 2006*

#### **Aanbeveling**

Bij comorbiditeit is zorg op maat van extra belang. Zorg door middel van *shared decision making* dat de behandeling (ambulant of klinische, groep of individueel) en de behandeldoelen (abstinentie of gereguleerd gebruik) zijn afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

## **2.2. Algemene overwegingen en aanpassingen van psychosociale interventies**

De eerste fase van de behandeling bestaat vaak voornamelijk uit stabiliseren, tot rust komen en het aanpakken van lichamelijke klachten. Na een stabilisatie kan vaak een juistere diagnose gesteld worden en kan gestart worden met psychologische interventies, al dan niet na het eerst behalen van abstinentie (practice based).

Myrick en Brady (2003) pleiten voor het maximaliseren van non-farmacologische behandelingen. Ten eerste omdat het aanleren van strategieën om de angst- en stemmingssymptomen zelf te reguleren de patiënt helpt om de gewoonte te doorbreken om externe middelen te gebruiken om ondraaglijke emotionele toestanden de baas te worden. Zij leren alternatieve copingstrategieën door middel van cognitieve gedragstherapie. Deze copingstrategieën zijn ondersteunend niet alleen specifiek voor het omgaan met angst- en stemmingstoornissen, maar ook voor het herstelproces in het algemeen. Bovendien horen cognitieve gedragstherapieën tot een van de meest effectieve behandelmethoden voor zowel angststoornissen als middelenafhankelijkheid.

Echter, het onder invloed zijn van middelen of medicatie kan bepaalde psychosociale interventies beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld cue-exposure. Het is belangrijk hier met de patiënt afspraken over te maken en eventueel te controleren met urinecontrole.

Er is weinig onderzoek gedaan op de effectiviteit van psychologische interventies bij de comorbide doelgroep. De meeste RCT's betreffen farmacologische interventies. Wel zijn in 2008 verschillende reviews verschenen naar de effectiviteit van psychosociale interventies voor mensen met een comorbide stoornis. Het gaat hier dus niet specifiek om de dubbele diagnose angststoornis en middelenafhankelijkheid.

Cleary, Hunt, Matheson & Walter (2008a) hebben een review uitgevoerd naar psychosociale interventies bij patiënten met een comorbide stoornis van psychiatrie en middelenafhankelijkheid<sup>6</sup>. Zij concluderen dat hoewel er bepaalde inconsistenties zijn in het bewijs, **motivationaleel interviewen** het meeste evidentie heeft voor het terugdringen van middelengebruik op korte termijn. Als motivationeel interviewen wordt **gecombineerd** met **cognitieve gedragstherapie**, dan verbetert ook de mentale toestand van patiënten. Voor cognitieve gedragstherapie alleen werd weinig bewijs gevonden. Ondersteuning is gevonden voor **lange-termijn, geïntegreerde, residentiële** programma's. Ook contingentie management lijkt veelbelovend. Deze conclusies zijn heel algemeen toepasbaar voor deze richtlijn, omdat ze geen onderscheid maken in middel en stoornis.

Drake, O'Neal & Wallach (2008) voerden ook een review uit naar psychologische interventies voor mensen met een dubbele diagnose. Zij vinden positieve effecten op middelengebruik bij drie typen behandeling: **groep-counseling, contingentie management** en **residentiële behandeling**. Maar ook bij dit onderzoek geldt dat het algemene conclusies zijn over de dubbele diagnose psychische problemen en middelenafhankelijkheid. Om welke psychische stoornissen of welke middelen het gaat is niet nader gespecificeerd in de conclusies.

Wilson, Ipser & Stein (2009) voeren een literatuuronderzoek uit naar farmacotherapie voor angststoornis en een comorbide alcoholafhankelijkheid. In de probleemstelling van hun onderzoek stellen zij dat CGT in de behandeling van angststoornissen wordt gelimiteerd door een aanwezigheid van een comorbide alcoholafhankelijkheid, omdat alcoholconsumptie kan zorgen voor een desensitisatie van stressoren en maladaptieve cognities, de hoofdcomponenten van CGT. Als er SSRI's worden gebruikt als behandeling voor de angstklachten, kan dit ook de effectiviteit van de CGT voor alcoholafhankelijkheid doen afnemen.

Als alcohol voornamelijk wordt gebruikt als middel om spanning te reduceren, dan is er een mogelijkheid dat mensen sneller terugvallen in hun alcoholgebruik als ze voor hun angststoornis behandeld worden met behandelmethoden die juist blootstellen aan stress, zoals cue exposure. Wegens deze beperkingen van psychotherapeutische behandelingen komen de auteurs tot de conclusie dat farmacotherapie als behandeling aan waarde toeneemt bij comorbiditeit van angst en middelenafhankelijkheid.

#### **Behandeling comorbiditeit: psychosociaal**

Het onder invloed zijn van middelen kan de psychosociale behandeling beïnvloeden, met name bij exposure therapie voor angststoornissen, maar ook bij cognitieve gedragstherapie.

Motivationaleel interviewen speelt een belangrijke rol bij het behandelen van een comorbide angststoornis en middelenmisbruik of -afhankelijkheid.

*Practice based; Cleary, Hunt, Matheson & Walter (2008a)*

#### **Aanbeveling**

Of farmacologie of psychosociale behandeling de voorkeur heeft, of een combinatie van beide, is afhankelijk van het ziektebeeld van de patiënt en de haalbaarheid van abstinentie. Als er sprake is van stabiele abstinentie, is er een lichte voorkeur voor psychosociale behandelingen boven farmacologische behandelingen.

<sup>6</sup> Resultaten van hun review hebben ze onder nagenoeg dezelfde titel in drie verschillende tijdschriften gepubliceerd, maar met verschillende resultaten en gericht op verschillende doelgroepen. Hier wordt alleen het artikel behandeld dat over de algemene dubbele diagnosegroep gaat, en niet over schizofrene patiënten.

## 2.3. Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies

### 2.3.1. Algemeen

De behandeling moet uitgevoerd worden in partnerschap van de patiënt. Farmacotherapie voor zowel angststoornissen als middelenafhankelijkheid is primair een aanvullende behandeling die gebruikt moet worden binnen een veelomvattend behandelplan gericht op een scala van interventies zoals: psychosociale steun op maat, CGT, copingskilltraining en educatieve strategieën. Op de juiste manier gebruikt, biedt farmacotherapie een mogelijkheid om mensen te engageren voor behandeling en om morbiditeit en mortaliteit te reduceren (Marshall, 2008).

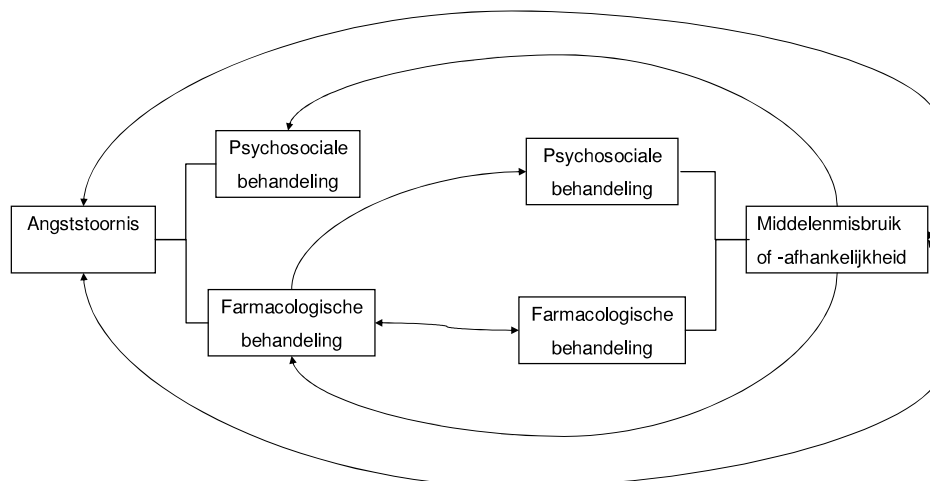
Een uitzondering is als abstinentie voor patiënten niet haalbaar is. Dan is farmacotherapie vaak de meest effectieve manier om toch de angst te behandelen (best practice).

Schatzberg et al. (2008) bevelen aan om te wachten met farmacologische behandeling voor angstklachten tot na een periode van minstens 3 weken gemonitorde abstinentie. Bij het voorschrijven van medicatie moet op de volgende dingen gelet worden:

- ongewilde synergie tussen de voorgeschreven medicatie en de gebruikte middelen indien er sprake is van terugval of gecontroleerd gebruik
- drug-drug interactie die van invloed is op de effectiviteit van de psychiatrische behandeling
- drugs-zoekend gedrag dat gericht kan zijn op het verkrijgen van de medicatie
- intentionele of niet-intentionele overdosis
- het risico op misbruik van een medicijn

Of schematisch weergegeven:

### Interacties tussen psychologische en farmacologische behandeling



De British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et al., 2004) stelt dat het noodzakelijk is om bij het voorschrijven van medicijnen niet alleen te letten op drug-druginteracties

maar ook op hoe de medicatie wordt toegediend en bewaakt. Dit is van belang voor het tegengaan van opzettelijke zelfbeschadiging.

### 2.3.2. Benzodiazepines

Er is een hoge prevalentie van benzodiazepinegebruik, -misbruik en/of -afhankelijkheid onder mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Het gaat hier vaak om een iatrogene afhankelijkheid: de benzodiazepines zijn in eerste instantie voorgeschreven door een arts.

De prevalentiecijfers verschillen per onderzoek, sommige studies tonen prevalenties van 90% of hoger wat betreft het gebruik van benzodiazepines in het afgelopen jaar. De prevalentie van afhankelijkheid van benzodiazepines onder gebruikers wordt geschat op 15-45%. Zowel gebruikers van stimulantia als van opiaten gebruiken daarnaast vaak benzodiazepines. Ook onder alcoholisten wordt veel benzogebruik gerapporteerd (practice based).

Het meest problematische gebruik van benzodiazepines lijkt voor te komen onder patiënten van methadonprogramma's; gelijktijdig gebruik van benzodiazepines door opiaatgebruikers verhoogt de kans op een overdosis sterk. De relatie hiertussen is nog niet verhelderd: het kan gaan om een farmacologische interactie of verhoogd risicogedrag onder deze doelgroep in het algemeen (Matheï, 2008).

Het gebruik van benzodiazepines leidt niet tot negatievere uitkomsten in de behandeling van middelenafhankelijkheid, maar vergroot wel de kans dat de patiënt afhankelijk raakt van benzodiazepines (Brunette et al., 2003). De meeste richtlijnen raden het gebruik van benzodiazepines af vanwege hun verslavende werking (abuse potential). Andere richtlijnen adviseren benzodiazepines alleen in de eerste fase (detoxificatie) van de behandeling (onder strenge monitoring) omdat de werking van de SSRI's dan vertraagd is (Van der Stel, 2006). De Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol (Landelijke Stuurgroep MDR, 2009), stelt dat benzodiazepines, behalve voor detox doeleinden, niet geïndiceerd zijn bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid en een comorbide angststoornis. In België verschenen de *Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegaledrugsgebruikers* (Matheï, 2008). Hierin staat dat er niet genoeg evidentie is om mensen met een geschiedenis van middelenmisbruik nooit benzodiazepines voor te schrijven. Toch manen zij tot voorzichtigheid: benzodiazepines mogen enkel overwogen worden in gevallen van therapieresistentie en dit voor een duur van maximaal enkele weken.

Zo bleek uit een studie onder veteranen met PTSS dat benzodiazepines minder vaak werden voorgeschreven als er ook sprake was van een geschiedenis van middelenmisbruik 26% versus 45%. Echter, een behandeling met benzodiazepines was niet geassocieerd met meer middelenmisbruik of andere negatieve uitkomstmaten. Daar staat tegenover dat er ook geen therapeutisch effect werd gevonden met betrekking tot vermindering van de angstklachten (Kosten et al., 2000). Uit een prospectief cohort onderzoek naar personen met een dubbele diagnose bleek dat personen die benzodiazepines kregen voorgeschreven significant vaker een probleem op het gebied van afhankelijkheid of misbruik ontwikkelden, in vergelijking met diegenen die geen benzodiazepines kregen voorgeschreven (Brunette et al., 2003).

Mensen met middelenmisbruik hebben vaak een andere perceptie van de functie van medicatie. De reden dat zij medicatie innemen is niet om op de lange duur grip op het ziektebeeld te krijgen, maar omdat ze zich op zeer korte termijn beter willen voelen. Dit maakt dat een benzodiazepine onder mensen met middelenafhankelijkheid vaak een populaire medicatie is, in tegenstelling tot een SSRI, waarbij de therapietrouw lastiger is doordat van SSRI niet direct effect wordt gevoeld.

De aanwezigheid van benzodiazepines op een afdeling of in een polikliniek waar drugsverslaafden worden ehandeld, kan ervoor zorgen dat drug-zoekende gedrag zich richt op deze medicatie. Dit kan ervoor zorgen dat de symptomen van een angststoornis door patiënten onderling doorgegeven worden, inclusief de namen van artsen die daarvoor benzodiazepines verschaffen. In ambulante settingen is een belangrijk aandachtspunt dat er geen hele maanddosis in een keer wordt meegegeven, omdat dan het risico bestaat op misbruik (practice based).

#### *Benzodiazepines en alcohol*

Benzodiazepines met een lange halfwaardetijd (zoals diazepam en chlordiazepoxide) zijn effectiever dan die met een korte halfwaardetijd om terugvalberoertes en delirium te voorkomen, maar worden slecht getolereerd door mensen met leverproblemen en ouderen. Voor hen zou oxazepam geschikter zijn. Bijwerkingen van benzodiazepines zijn ontremming, ademhalingsproblemen (deze laatste met name in combinatie met alcohol) en verslaving (Marshall, 2008).

#### **Behandeling comorbiditeit: farmacologisch**

Angststoornissen kunnen farmacologisch behandeld worden en bij middelenafhankelijkheid kan farmacologische ondersteuning worden geboden. Er kan bovendien ook sprake zijn van andere medicatie in verband met andere psychiatrische stoornissen zoals depressie of psychose.

Bij de farmacologische behandeling van comorbiditeit moeten de volgende elementen goed gemonitord worden:

- ongewilde synergie tussen de voorgeschreven medicatie en de gebruikte middelen indien er sprake is van terugval of gecontroleerd gebruik
- drug-drug interactie die van invloed is op de effectiviteit van de psychiatrische behandeling
- drugs-zoekend gedrag dat gericht kan zijn op het verkrijgen van de medicatie
- intentionele of niet-intentionele overdosis
- het risico op misbruik van een medicijn

Naast de interactie moet ook gelet worden op de medicatietrouw.

*Schatzberg et al., 2008; Linford-Hughes et al., 2004*

#### **Aanbeveling**

Benzodiazepines zijn behalve voor detoxdoeleinden (en dan onder strenge monitoring) niet geïndiceerd bij de behandeling van mensen met een middelenafhankelijkheid en een comorbide angststoornis.

*MDR Alcohol, 2009; Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006*

#### **Aanbeveling**

Let op de verschillende interacties tussen de twee stoornissen en de behandelingen ervan, bijvoorbeeld de invloed van het middelengebruik op de psychosociale of farmacologische behandeling van de angststoornis, en drug-drug interacties tussen de verschillende farmacologische behandelingen.



## 3. Behandeling middelenmisbruik en -afhankelijkheid

### 3.1. Algemeen

Naast de detoxificatie bestaat de behandeling van middelengebruik (alcohol en drugs) uit een medicamenteuze behandeling of ondersteuning en een psychosociale behandeling. Daarnaast speelt het aanpakken van bijkomende problematiek en somatiek een belangrijke rol. Als psychosociale behandeling wordt vooral de leefstijltraining (4 of 10 sessies) veel gebruikt. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en wordt de patiënt gewezen op de beschikbaarheid van zelfhulpmaterialen en -groepen.

Hieronder vindt u de algemene behandeladviezen voor middelenproblematiek samengevat.

### Algemene behandeladviezen middelenproblematiek

Behandeladviezen middelenmisbruik en -afhankelijkheid	
<b>Detoxificatie</b>	<i>Alcohol:</i> - langwerkende benzodiazepines <i>Drugs:</i> [verschillend per middel]
<b>Psychosociale interventies</b>	<i>Lichte varianten:</i> - psycho-educatie - motiverende gespreksvoering - cognitieve gedragstherapie - sociale vaardigheidstraining - zelfcontrole training <i>Zwaardere varianten:</i> - Community Reinforcement Approach - Minnesota model
<b>Farmacotherapeutische ondersteuning of interventie</b>	<i>Alcohol:</i> - acamprosaat & naltrexon (eerste keuze) - disulfiram (tweede keuze) <i>Harddrugs</i> - naltrexon (abstinentieondersteuning) - buprenorfine en methadon (substitutietherapie) - heroïne (palliatief)
<b>Nazorg</b>	- terugvalpreventie - zelfhulpgroepen
<b>Harmreduction</b>	- harmreduction-strategieën - casemanagement

Hieronder zal per middel nader worden ingegaan op de behandeling en hetgeen bekend is over comorbiditeit met angststoornissen.

## 3.2. Alcohol

### 3.2.1. Algemeen

De Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009) brengt de volgende aanbevelingen. Deze zijn dus *niet* specifiek voor comorbiditeit, maar voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid in het algemeen. Voor **detoxificatie** is het middel van eerste keuze een langwerkende benzodiazepine. Alleen bij ouderen en patiënten met een leverfunctiestoornis hebben kortwerkende benzodiazepines de voorkeur. Ook bij het voorkomen en behandelen van een onthoudingsdelier zijn benzodiazepines met een lange werkingsduur de eerste keuze. Neuroleptica kunnen eventueel ter aanvulling worden gegeven bij agitatie en perceptuele stoornissen. Behandeling op basis van het beloop van de onthoudingsverschijnselen, onder monitor van die verschijnselen met behulp van de CIWI-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised) wordt aanbevolen. Meer over detoxificatie is te vinden in de *Richtlijn Detox* en in bijlage 7.

Als **farmacotherapeutische interventie**, gericht op abstinentie of reductie in het gebruik van alcohol, is acamprosaat de eerste keuze. Dit wordt bij voorkeur voorgeschreven aan onlangs gedetoxificeerde patiënten, maar er kan ook mee worden gestart tijdens de detoxificatie. Ook Naltrexon wordt gezien als een veilig en effectief middel in de behandeling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Vanwege mogelijke bijwerkingen dient tijdens de behandeling de nodige aandacht te worden besteed aan het motiveren van patiënten tot regelmatige inname van medicatie. Als tweede keuze kan eventueel Disulfiram worden gebruikt. Disulfiram is wel minder veilig en heeft meer contra-indicaties dan acamprosaat en naltrexon. Als disulfiram onder toezicht wordt ingenomen kan het patiënten helpen in het handhaven van abstinentie.

Als **psychosociale interventie** worden door de richtlijn vooral motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapeutische interventies en zelfhulpmaterialen aanbevolen. Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid. Cognitieve gedragstherapeutische interventies dienen elementen van sociale vaardigheidstraining en van zelfcontroletraining te bevatten. Alle patiënten met alcoholafhankelijkheid dienen tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte te worden gebracht van bestaan en werkwijze van de AA en verwante organisaties en hoe ermee in contact te komen.

CRA (Community Reinforcement Approach) kan worden ingezet bij ernstig middelenafhankelijke mensen die niet sterk gemotiveerd zijn, maar die nog wel een steunende sociale omgeving hebben. De zorg voor ernstige chronisch afhankelijke patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Intensieve vormen van casemanagement hebben daarbij de voorkeur boven het zogenaamde makelaarsmodel. In geval van relatieproblemen of huiselijk geweld heeft gedragstherapeutische partnerrelatie-therapie de voorkeur boven individuele cognitieve gedragstherapeutische interventies.

In algemene zin verdient groepsbehandeling de voorkeur boven individuele behandelingen en verdienen gedragsgeoriënteerde groepstherapieën de voorkeur boven andere groepsmethodieken. Voor de verzamelde aanbevelingen uit de MDR Alcohol: zie bijlage 5.

### 3.2.2. Alcohol en angststoornissen

Alcohol is het middel dat het vaakst met angst in verband wordt gebracht (Van der Stel, 2006). Deze paragraaf behandelt de wetenschappelijke evidentie voor de behandeling van comorbiditeit van alcohol met angststoornissen in algemene zin (niet nader gespecificeerd).

Aangezien alcohol en angststoornissen elkaar versterken, lijkt het voor de hand liggend dat behandelstrategieën die zich op de symptomen van beide vormen van psychopathologie richten, effectief zullen zijn. Dit is ook wat de meeste richtlijnen voorschrijven. Echter, hier is nog weinig wetenschappelijk bewijs gevonden (Wilson et al., 2009). Toch wordt ook bij deze comorbiditeit gepleit voor een geïntegreerde behandeling, waarbij de patiënt bij voorkeur eerst een detoxificatie ondergaat (Holmwood, 2003; Lingford-Hughes, 2004). Er is enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik, en een gerichte aanpak van bijkomende problematiek (Van der Meer et al., 2003).

Ongeacht de etiologie en de vraag wat er eerst was, is de combinatie van een angststoornis en alcoholafhankelijkheid problematisch omdat ze elkaar verergeren (Holmwood, 2003). Dit lijkt echter niet te betekenen dat als een van beide stoornissen wordt behandeld, de ander ook verbetert (Schadé et al., 2003b). Wel kunnen zowel de angststoornis als de middelenafhankelijkheid tegelijk succesvol worden behandeld (Schadé et al., 2003b). Vroegtijdige diagnostiek is hierbij belangrijk (Holmwood, 2003).

Er is geen evidentie dat de combinatie van psychosociale therapie en farmacotherapie beter is dan de componenten afzonderlijk (Van der Meer et al., 2003). Holmwood et al (2003) spreken een voorkeur uit voor een psychologische behandeling boven een farmacologische. De farmacologische behandeling van de angststoornis is geïndiceerd wanneer een op het gedrag gerichte therapie niet mogelijk of succesvol is.

#### *Psychosociale behandeling*

De Richtlijn Dubbele diagnose (Van der Meer et al., 2003) raadt als psychosociale behandeling cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) aan gericht op middelenmisbruik en in sommige gevallen op psychopathologie. Wittenberg (2007) stelt dat cognitieve gedragstherapie een positief effect kan hebben op de angstklachten.

#### *Farmacologische behandeling*

Hoewel de farmacologische behandeling van de *angststoornis* met **buspiron** of **SSRI** een positief effect hebben op de angststoornis, is er weinig bewijs gevonden dat dit ook een positief effect heeft op de middelenproblematiek (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009; Wittenberg, 2007). Er is dus weinig bewijs dat buspiron of SSRI's effectief zijn bij patiënten met alcoholafhankelijkheid en een comorbide angststoornis wat betreft het verminderen van het *alcoholgebruik* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009). Desondanks beveelt de MDR Alcohol aan om bij ernstige angstklachten, die na twee weken abstinentie nog steeds aanhouden, SSRI's te overwegen. Een tweede keuze zou (paroxetine) buspiron zijn, hetgeen aangeraden wordt door de Richtlijn Dubbele diagnose (Van der Meer et al., 2003) en Wittenberg (2007). Echter, buspiron wordt afgeraden door de MDR Alcohol en Lingford-Hughes et al. (2004). Wat betreft de farmacologische behandeling van *alcohol*, zouden specifieke anti-craving therapieën zoals **naltrexon** of **acamprosaat** kunnen mogelijk bruikbaar zijn bij deze patiëntengroep (Holmwood, 2003), hoewel weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit bij comorbide stoornissen.

Uit een RCT van Liappas et al. (2003) bleek dat het toevoegen van mirtazapine aan een standaard psychotherapeutische georiënteerde alcohol detoxificatie ondersteunend kan werken voor het detoxificatieproces, doordat het psychologische discomfort hiermee wordt geminimaliseerd.

**Benzodiazepines** zijn, behalve voor detox-doeleinden, niet geïndiceerd bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid met een comorbide angststoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009). Lingford-Hughes et al. (2004) pleiten voor een beoordeling door een gespecialiseerde verslavingsinstelling voorafgaande aan het voorschrijven van een benzodiazepine om de angststoornis te behandelen.

#### *Indien abstinentie niet haalbaar is*

Wilson, Ipser & Stein (2009) voerden een literatuuronderzoek uit naar farmacotherapie voor angststoornis en een comorbide alcoholafhankelijkheid. In de probleemstelling van hun onderzoek stellen zij dat CGT in de behandeling van angststoornissen wordt gelimiteerd door een aanwezigheid van een comorbide alcoholafhankelijkheid, omdat alcoholconsumptie kan zorgen voor een desensitisatie van stressoren en maladaptieve cognities, de hoofdcomponenten van CGT. Als er SSRI's worden gebruikt als behandeling voor de angstklachten, kan dit ook de effectiviteit van de CGT voor alcoholafhankelijkheid doen afnemen.

Als alcohol voornamelijk wordt gebruikt als middel om spanning te reduceren, dan is er een mogelijkheid dat mensen sneller terugvallen in hun alcoholgebruik als ze voor hun angststoornis worden behandeld met behandelmethode die juist blootstellen aan stress, zoals cue exposure. Wegens deze beperkingen van psychotherapeutische behandelingen komen de auteurs tot de conclusie dat farmacotherapie als behandeling aan waarde toeneemt. Zij stellen dat SSRI's vaak de eerste keuze zijn voor de behandeling van angstklachten. Het effect van SSRI's op de vermindering van alcoholgebruik is echter niet ondubbelzinnig; SSRI's lijken vooral een positieve invloed te hebben op patiënten met een nog niet ernstige alcoholafhankelijkheid. Het gebruik van SSRI's kan zoals gezegd wel de effectiviteit van CGT voor alcoholafhankelijkheid negatief beïnvloeden.

Indien abstinentie niet haalbaar is, heeft een farmacologische behandeling van angstklachten de voorkeur ten opzichte van een psychosociale behandeling.

#### **Behandeling alcoholproblematiek en niet nader gespecificeerde angststoornissen**

Er is geen bewijs gevonden dat een bepaalde reguliere behandeling van een van beide stoornissen een positief effect heeft op de andere stoornis. De meeste medicamenteuze behandelingen van angststoornissen (Buspiron, SSRI) lieten geen duidelijk effect zien op alcoholgebruik. Wel kunnen zowel de angststoornis als de middelenafhankelijkheid tegelijk succesvol behandeld worden. Alleen voor het gebruik van benzodiazepines is een negatief effect gevonden op verslavingsproblematiek. *Holmwood, 2003; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009; Lingford-Hughes, 2004; MDR alcohol, 2009; Schadé et al., 2003b; Van der Meer et al., 2003; Wilson, Ipser & Stein, 2009; Wittenberg, 2007*

#### **Aanbevelingen**

Een geïntegreerde behandeling van alcoholproblematiek en angststoornissen is gewenst, waarbij de patiënt bij voorkeur eerst een detoxificatie ondergaat. Er is enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik, en een gerichte aanpak van bijkomende problematiek. De enige aanpassing die noodzakelijk is bij het behandelen van beide stoornissen, is dat voor de angstbehandeling geen benzodiazepine dient te worden voorgeschreven. Ook wordt eerst een

alcoholdetoxificatie aanbevolen. Indien abstinentie niet haalbaar is, heeft een farmacologische behandeling van angstklachten de voorkeur ten opzichte van een psychosociale behandeling.

### 3.3. Roken

#### 3.3.1. Algemeen

Roken komt veelvuldig voor zowel onder mensen met psychiatrische klachten als met middelenaafhankelijkheid: twee tot vier keer zoveel als onder de gewone bevolking (Kalman, Morissette, & George, 2005). Uitgesplitst naar verschillende psychiatrische ziektebeelden staat de prevalentie tussen roken en gegeneraliseerde angststoornis in Amerika op de tweede plaats (Lasser et al., 2000; Hall & Prochaska, 2009). Toch krijgt de behandeling van roken onder deze doelgroep vaak weinig aandacht, deels door de sociale acceptatie (het brengt momenteel weinig psychosociale en/of maatschappelijke problematiek met zich mee, alleen grote schade aan de gezondheid). Daar staat weer tegenover dat door de striktere rookwetgeving (werkplek - waaronder intramurale zorgvoorzieningen -, horeca) roken steeds minder sociaal geaccepteerd lijkt. Van der Stel (2009) pleit ervoor om tabak en nicotine als verslavende middelen niet te onderschatten gezien de sterk verslavende werking hiervan en de hoge mortaliteit die ermee samenhangt.

##### *Middelenaafhankelijkheid*

Meer dan 75% van de middelenaafhankelijke (alcohol en drugs) personen in de VS die starten met een behandeling zijn (zware) rokers. De mortaliteit samenhangend met roken overtreft de mortaliteit samenhangend met alcohol in deze populatie (Kalman, Morissette, & George, 2005). Craving naar alcohol of drugs hangt vaak samen met craving naar roken. Lukt het te stoppen met harddrugs, dan is vaak ook een vermindering in het roken te zien.

##### *Angststoornissen*

Nicotine is de door patiënten met een psychische stoornis meest gebruikte psychoactieve stof (Van der Stel, 2009). Kalman et al. (2005) onderzochten de prevalentie van roken onder mensen met een angststoornis. Voor **paniekstoornis** werd een prevalentie van tussen de 19 en 56% gevonden. Uit twee longitudinale studies bleek dat dagelijks roken een voorspeller is voor de manifestatie van paniekaanvallen. Deze relatie is niet wederkerig. De prevalentie bij Posttraumatische Stress Stoornis varieerde tussen de 53 en 66%. Zware rokers rapporteerden meer PTSS-klachten. Ook nicotine-ontwenningssverschijnselen zijn sterker bij rokers met PTSS dan rokers zonder. De evidentie uit de literatuur lijkt te suggereren dat blootstelling aan PTSS of blootstelling aan trauma, de kans op nicotineafhankelijkheid vergroot. Voor de **obsessief-compulsieve** angststoornis was de prevalentie van roken het laagst: tussen de 8 en 22%. De reden hiervoor is onbekend, maar kan te maken hebben met de specifieke angsten behorend bij een obsessief-compulsieve stoornis, bijvoorbeeld angst voor ziekten en besmetting (Kalman, Morissette, & George, 2005). Zvolensky et al. (2008b) stellen dat de prevalentie van huidig nicotinegebruik het hoogst is onder mensen met een paniekstoornis, agorafobie, als ook onder andere angststoornissen waar paniek een grote rol speelt zoals PTSS en GAS. Deze relatie hangt niet samen met sociaal-demografische kenmerken, andere psychiatrische klachten of symptoom-overlap.

Hypotheses om de comorbiditeit tussen roken en psychiatrische stoornissen te verklaren zijn:

1. Genetische factoren die zowel een kwetsbaarheid voor roken als voor psychiatrische stoornissen veroorzaken
2. Zelfmedicatie door middel van roken voor klinische symptomen, bijwerkingen van medicatie en cognitieve problemen door psychiatrische stoornissen.
3. Omgevingsfactoren die zowel stress veroorzaken als psychiatrische symptomen in stand houden

Cosci (2007) deed onderzoek naar de relatie tussen paniekstoornis en nicotine. Roken heeft een specifiek panicogeen effect bij patiënten met een paniekstoornis. Verder trekken haar resultaten de kalmerende effecten van nicotine enigszins in twijfel, maar ondersteunen het idee dat nicotine bijdraagt aan het induceren van angst bij gezonde vrijwilligers via een specifieke stimulatie van het noradrenerge systeem.

### **3.3.2. Behandeling van roken en comorbide angststoornissen**

De interactie tussen psychiatrische klachten, middelenafhankelijkheid en roken is complex, temeer wanneer er sprake is van multimorbiditeit (niet alleen een angststoornis, maar ook depressie of een persoonlijkheidsstoornis). Stoppen met roken kan resulteren in de manifestatie van een depressie, ook bij patiënten die geen voorgeschiedenis hebben op het gebied van depressies (Aubin, 2009).

Stoppen met roken heeft invloed op medicatie voor psychische klachten (Van der Stel, 2009). In tabak zitten stoffen die het cytochroom-P450 (CYP1A2) enzymstelsel stimuleren. Dit systeem is betrokken bij het metabolisme van verschillende stoffen, zoals antipsychotica (clozapine, olanzapine, haloperidol en flufenazine) en antidepressiva (amitriptyline, nortriptyline, imipramine, clomipramine, fluvoxamine en trazodon). Maar ook andere medicijnen hebben met dit systeem te maken. Het gebruik van tabak kan leiden tot een reductie van 40% van het gehalte van bepaalde medicijnen in het serum of kan – om dezelfde werking te hebben – leiden tot evenredig hogere doses (Van der Stel, 2009). Roken kan dan leiden tot noodzakelijke verhoging van de medicatiedosis voor psychische stoornissen bij patiënten die roken. Omgekeerd kan het effect van stoppen met roken zijn dat de werking van antidepressiva en antipsychotica toeneemt, waardoor er meer bijwerkingen kunnen optreden zoals parkinsonisme en epileptische aanvallen (Haustein et al., 2002).

Uit een RCT-studie van Patkar et al. (2003b) betreffende de invloed van roken op de behandeling van 105 Afro-Amerikaanse cocaïne-afhankelijke patiënten, bleek dat de ernst van tabakgebruik een voorspeller is voor slechtere behandelresultaten (in de zin van meer drugsgebruik) voor cocaïne-afhankelijke patiënten die abtinent zijn op het moment van behandeling.

Gezien het feit dat een groot deel van de alcohol- en opiaatafhankelijke patiënten overlijdt aan roken-gerelateerde ziekten, is het van belang de patiënt te wijzen op de mogelijkheden om te stoppen met roken. Zie hiervoor de Richtlijn Behandeling van Tabaksafhankelijkheid (CBO, 2004).

Hall en Prochaska (2009) pleiten sterk voor een geïntegreerde behandeling in de GGZ of verslavingszorg. Het is onduidelijk of de behandeling van nicotine-afhankelijkheid in combinatie met middelenafhankelijkheid of psychiatrische klachten gelijk moet starten met de behandeling van de andere klachten, of pas na stabilisatie van de andere klachten (Kalman, Morissette, & George, 2005). Er lijkt een lichte voorkeur te zijn voor een sequentiële (opeenvolgende) behandeling, waarbij eerst de behandeling van middelengebruik en psychiatrische klachten start, en na stabilisatie pas behandeld wordt voor nicotineafhankelijkheid. Patkar et al. (2003a) raden aan om pas te beginnen met stoppen met roken wanneer de patiënt in psychiatrische zin stabiel is. Anderzijds speelt de motivatie en

voorkeur van de patiënt ook een grote rol: indien de patiënt gemotiveerd is om met al zijn middelengebruik te stoppen, kan gelijk worden gestart met beide behandelingen. Zowel Patkar et al. (2003) als Kalman et al. (2005) raden een combinatie van psychosociale en farmacologische interventies aan, en zien een belangrijke rol weggelegd voor motiverende gesprekstechnieken. Als effectieve farmacologische interventies voor het aanpakken van nicotine-afhankelijkheid bij psychiatrische patiënten raden Patkar et al. (2003) nicotinevervangingstherapie, bupropion en varenicline aan.

Kalman et al. (2005) geven de volgende adviezen voor het behandelen van roken onder patiënten met een dubbele diagnose:

- Signaleren van roken bij patiënten;
- In kaart brengen van de motivatie om te stoppen met roken;
- De motivatie van de rokers versterken om te stoppen met roken aan de hand van motivationele gespreksvoering, stimuluscontrol, en technieken van terugvalpreventie;
- Diepgaande behandeling van de psychiatrische symptomen en de overige middelenafhankelijkheid. Daaropvolgend de behandeling van nicotineafhankelijkheid.
- Gebruik maken van gecombineerde behandelingen (psychosociaal en farmacologisch);
- Gebruik maken van farmacotherapieën om de onderliggende pathofysiologie van middelengebruik en psychiatrische stoornissen te ondervangen, die een kwetsbaarheid voor roken tot gevolg hebben (antipsychotica bij schizofrenie, antidepressie medicatie bij depressie en naltrexone voor alcoholisme).

#### **Behandeling: Roken en comorbide angststoornissen**

Een groot deel van zowel de middelenafhankelijke als de psychiatrische patiënten overlijdt aan roken-gerelateerde ziekten. De prevalentie van huidig nicotinegebruik is het hoogst onder mensen met een paniekstoornis, agorafobie, als ook onder andere angststoornissen waar paniek een grote rol speelt zoals PTSS en GAS. De relatie tussen beide stoornissen is dynamisch en bi-directionaal.

Roken kan invloed hebben op de opname van medicatie zoals antipsychotica en antidepressiva.

*Van der Stel, 2009; Patkar et al., 2003; Kalman, Morissette, & George, 2005; Zvolensky et al., 2008b*

#### **Aanbevelingen**

Een patiënt met comorbide nicotineafhankelijkheid dient te worden gemotiveerd om te stoppen met roken en dient te worden gewezen op de hulpmogelijkheden bij het stoppen met roken. Stoppen met roken gebeurt bij voorkeur als de patiënt in psychiatrische zin stabiel is. Eventuele terugval of nieuwe psychiatrische klachten die door het stoppen kunnen ontstaan, moeten zorgvuldig worden gemonitord. Tijdens het stoppen of een terugval moeten eventuele medicatiedoseringen worden herzien.

## **3.4. Drugs**

### **3.4.1. Algemeen**

De richtlijn *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp* (Van der Meer et al., 2004) geeft een overzicht van de best practice behandeling bij middelengebruik. Volgens de richtlijn wordt het volgende algoritme het meeste toegepast:

> Een leefstijltraining gebaseerd op (cognitieve) gedragstherapie, met name geschikt voor milde en/of beginnende verslavingsproblematiek.

> Bij onvoldoende resultaat wordt ondersteunende medicamenteuze behandeling toegevoegd. Voor opiaatafhankelijkheid zijn de volgende medicijnen geïndiceerd: naltrexon (abstinentieondersteuning); buprenorfine en methadon (substitutietherapie); heroïne (palliatief).

> Bijkomende problematiek dient zoveel mogelijk tegelijkertijd te worden aangepakt. Het gaat hierbij om woonbegeleiding, financiële en juridische hulpverlening, dagbesteding, leer- en werkondersteuning, relatie- en familie therapie, gerichte aanpak en preventie bij somatische problemen.

Als de hierboven beschreven aanpak onvoldoende resultaat geeft, zijn over het algemeen twee scenario's denkbaar. Bij de keuze tussen de twee is de motivatie van de patiënt tot gedragsverandering een belangrijke leidende factor.

> Intensivering van het aanbod wanneer de patiënt gemotiveerd is; de mogelijkheden zijn:

- Community Reinforcement Approach (CRA), een combinatie van cognitieve gedragstherapie, systeeminterventies en medicatie als intensief, ambulant aanbod gericht op abstinentie en maatschappelijke (re)integratie;
- Korte klinische behandeling (bijvoorbeeld volgens het Minnesota-model) gericht op abstinentie en maatschappelijke (re)integratie;
- (Gemodificeerde) Therapeutische gemeenschap, met name voor drugsafhankelijke patiënten met forse bijkomende problematiek.

> Harmreduction strategieën wanneer de patiënt onvoldoende gemotiveerd is voor behandeling:

- combinaties van substitutietherapie, casemanagement / trajectbegeleiding en praktische interventies gericht op wonen, dagbesteding, inkomen, algemene gezondheid en hygiëne (inclusief spuitproblemen).

Voor de detoxificatie wordt doorverwezen naar de *Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie* (De Jong et al., 2004).

#### **Behandeling: middelenproblematiek en comorbide angststoornissen**

De behandeling van middelenproblematiek lijkt grotendeels op die van alcoholproblematiek: een detoxificatie, een psychosociale behandeling grotendeels gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische interventies (zoals de leefstijltraining), en motiverende gespreksvoering. Community Reinforcement Approach kan worden ingezet bij ernstig middelenafhankelijke mensen die voldoende gemotiveerd zijn voor behandeling. Voor chronisch afhankelijken die onvoldoende gemotiveerd zijn voor behandeling kunnen *harmreduction*-strategieën of casemanagement worden ingezet.

Eventueel kan er farmacologische ondersteuning worden geboden, afhankelijk van het middel. Voor opiaatafhankelijkheid bijvoorbeeld zijn de volgende medicijnen geïndiceerd: naltrexon (abstinentieondersteuning); buprenorfine en methadon (substitutietherapie); heroïne (palliatief).

*Van der Meer et al., 2004; Emmelkamp & Vedel, 2007*

#### **Aanbevelingen**

Let bij de keuze van een behandelstrategie op de ernst en chroniciteit van de middelenproblematiek en op de motivatie van de patiënt om deze te behandelen. Bijkomende problematiek dient zoveel mogelijk tegelijkertijd te worden aangepakt. Denk aan woonbegeleiding, financiële en juridische hulpverlening, dagbesteding, leer- en werkondersteuning, relatie- en familie therapie, gerichte aanpak en preventie bij somatische problemen.



### 3.4.2. Cocaïne en angststoornis

Cocaïne werkt op het noradrenergische systeem, hetgeen verklaart waarom het gebruik ervan kan leiden tot angstsymptomen. Cocaïne kan angstaanvallen oproepen bij individuen die geen voorgeschiedenis van paniekstoornissen hebben (Myrick & Brady, 2003). Er is enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik en gerichte aanpak van bijkomende problematiek. Er is geen evidentie dat de combinatie van psychosociale therapie en medicijnen beter is dan de componenten afzonderlijk (Van der Meer et al., 2003).

Wat de *farmacologische behandeling* betreft raadt de Richtlijn Dubbele Diagnose reguliere anxiolytica aan. Voor de *psychosociale behandeling* raden ze cognitieve gedragstherapie aan (met motiverende gespreksvoering), gericht op middelenmisbruik en in sommige gevallen op de psychopathologie (Van der Meer et al., 2003).

### 3.4.3. Cannabis en angststoornis

Vanwege het angstveroorzakende effect van cannabis bij sommige patiënten moet hen worden geadviseerd het gebruik te stoppen of te minderen zodat hun angstsymptomen beter kunnen worden onderzocht. Vaak resulteert dit in een algehele reductie van de angstsymptomen. Wanneer de angstsymptomen pas optraden na de start met cannabis of een ander hallucinoogeen, is de angst waarschijnlijk een secundair verschijnsel en is stoppen geïndiceerd (Holmwood, 2003).

Als invulling van de psychosociale behandeling zou cognitieve gedragstherapie een goede optie zijn. Wat de farmacologische behandeling betreft zijn er ongewenste effecten gerapporteerd wanneer een SSRI tesamen met cannabis wordt gebruikt. Hoewel het risico op een serotoninesyndroom waarschijnlijk klein is, moeten patiënten hierover worden voorgelicht (Holmwood, 2003).

### 3.4.4. Opiaten en angststoornis

Fatséas et al. (2010) voerden een review uit naar de prevalentie van angststoornissen en opiaatafhankelijkheid en de relatie tussen beide stoornissen. Zij hebben niet gekeken naar behandelingen. Zij vonden een lifetime prevalentie tussen de 26 en 35% van angststoornissen voor mensen met een opiaat afhankelijkheid, beide gediagnosticeerd volgens de DSM-IV. Zij vonden als meest voorkomende angststoornissen onder opiaat afhankelijke mensen fobieën zoals een sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis, hoewel de studies die zij citeren vaak niet naar PTSS hebben gekeken. De studies die wel naar PTSS keken, noteren ook hiervoor een hoge prevalentie. Fobieën gingen vaak (90%) vooraf aan de opiaatafhankelijkheid terwijl de gegeneraliseerde angststoornis in 65% van de gevallen na de opiaat afhankelijkheid optrad. De weinige studies die er zijn over deze relaties suggereren wel dat bij opiaatafhankelijkheid angststoornissen als gevolg van middelengebruik minder vaak voor lijken te komen dan bij alcoholafhankelijkheid.

De snel fluctuerende bloedspiegels bij heroïnegebruik (lage halfwaardetijd) kunnen angststoornissen verergeren als gevolg van onthoudingsverschijnselen bij lage spiegels. Daarom moeten patiënten worden aangemoedigd hun gebruik te verminderen en zo mogelijk te stoppen (Holmwood, 2003). Er is enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik en een gerichte aanpak van bijkomende problematiek. Er is geen evidentie dat de combinatie van psychosociale therapie en medicijnen beter is dan de componenten afzonderlijk (Van der Meer et al., 2003).

Wat de *psychosociale* behandeling betreft raadt de Richtlijn Dubbele Diagnose cognitieve gedragstherapie aan (met motiverende gespreksvoering) gericht op middelenmisbruik en in sommige gevallen op psychopathologie (Van der Meer et al., 2003). Wat de *farmacologische* behandeling betreft pleiten zij voor reguliere anxiolytica. Holmwood (2003) stelt dat als medicatie voor de behandeling van de angststoornis geïndiceerd is, een niet-sederende medicatie (SSRI's, venlafaxine) de voorkeur heeft. Wanneer langdurend gebruik van een benzodiazepine is geïndiceerd moet dit plaatsvinden op basis van een behandelcontract (afhankelijk van de geldende regels vindt registratie plaats en is bepaald dat slechts één arts het middel voorschrijft). Overwogen moet worden om benzodiazepines tesamen met methadon of buprenorfine dagelijks te verstrekken. Een methadon- of buprenorfine-onderhoudsprogramma verbetert de gezondheid en moet worden aangemoedigd / aangeboden (Holmwood, 2003).

McRae et al. (2004) onderzochten in een gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek (n=36, follow-up: 8 en 12 weken) het effect van buspiron of een placebo. Buspiron hielp het middelengebruik te reduceren, maar liet geen afname zien van de angstsymptomen. Wel waren er minder depressieve symptomen.

#### **Aanbeveling**

Er zijn te weinig studies gevonden om aanbevelingen te doen over de behandeling van problemen met specifiek cocaïne, cannabis, opiaten en comorbide angststoornissen.

## **3.5. Benzodiazepines**

### **3.5.1. Algemeen**

Matheï (2008) beschrijft drie typen van benzodiazepine-afhankelijkheid. Ten eerste kunnen mensen afhankelijk raken van de therapeutische doses als zij die langdurig voorgeschreven hebben gekregen. Zij voelen zich vaak niet verslaafd, omdat zij de medicatie op een reguliere manier voorgeschreven hebben gekregen. Ten tweede zijn er patiënten die starten met benzodiazepines op voorschrift en in de loop van de tijd steeds hogere doses nodig hebben. Als ze bij hun reguliere behandelaar een plafond hebben bereikt, verkrijgen zij op andere (illegale) manieren extra benzodiazepines en doen zij aan 'zelfmedicatie'. Ten derde komt recreatief gebruik van benzodiazepines voor.

Wat betreft de behandeling van benzodiazepine-afhankelijkheid is vooral informatie gevonden omtrent de detoxificatie of dosisreductie. Zo is er een *Richtlijn benzodiazepines dosisreductie*.

(Hovens & Vink, 2003) van het LUMC, die onder andere gebruik maakt van de *Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire* (Tyrer, 1990). Ook in de *Richtlijn Detoxificatie* (De Jong et al., 2004) staan aanbevelingen betreffende de detoxificatie van benzodiazepine. Aanbevolen wordt om de benzodiazepines om te zetten in een equivalente hoeveelheid diazepam. De startdosering wordt een week gestabiliseerd, waarna er met 25% van de totale dosis per week wordt afgebouwd. Te overwegen valt om 2 mg. tabletten te gebruiken vanwege het psychologische affect van duidelijke visuele dosisvermindering. Er wordt geen verslavingsgerelateerde medicatie aanbevolen. Wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden gekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is. Ontwenning van benzodiazepines moet geleidelijk gebeuren, en veroorzaakt vaak angst.

### 3.5.2. Benzodiazepines en angststoornis

Het onder invloed zijn van benzodiazepines beïnvloedt de therapieën voor middelenafhankelijkheid en angststoornissen. Gedragsgerichte therapie met desensitisatie is alleen effectief als de patiënt zich angstig voelt gedurende de blootstelling. Daarom moet de benzodiazepine dosering worden geminimaliseerd. Dit kan in enkele weken of maanden geleidelijk en veilig plaatsvinden. Er moet een behandelprogramma zijn gemaakt waar de patiënt mee heeft ingestemd. In het algemeen moeten kortwerkende benzodiazepines worden vervangen door benzodiazepines met een langere halfwaardetijd en moeten de doses in enkele weken of maanden geleidelijk worden teruggebracht. Met specifieke anxiolytische medicatie zoals SSRI's kan worden begonnen wanneer de patiënt nog benzodiazepines gebruikt. Citalopram en sertraline zijn de SSRI's met de minste kans op cytochroom P450 gemedieerde farmacologische interacties. Wanneer de dosering van de benzodiazepine is geminimaliseerd kan de patiënt deelnemen aan cognitieve gedragstherapie (Holmwood, 2003).

#### **Behandeling: benzodiazepine-afhankelijkheid en comorbide angststoornis**

Het onder invloed zijn van een benzodiazepine beïnvloedt de therapieën voor middelenafhankelijkheid en angststoornissen. Met name gedragstherapieën met desensitisatie zijn minder effectief als iemand onder invloed is.

*Holmwood, 2003*

#### **Aanbevelingen**

Het gebruik van benzodiazepines dient ten behoeve van de behandeling van een angststoornis te worden geminimaliseerd. Ontwenning van benzodiazepinegebruik moet geleidelijk gebeuren, met vervanging door benzodiazepines met een langere halfwaardetijd. Bovendien moet er rekening mee worden gehouden dat de ontwenning angstklachten oproept, of verergert.

## 4. Behandeling comorbiditeit met middelen per angststoornis

De benodigde behandeling kan worden bepaald door een vergelijking van drie behandeladviezen of beslisbomen aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe de angststoornis te behandelen? (*zie de beslisbomen in de MD richtlijn Angststoornissen, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2003, opgenomen in bijlage 3*)
- Hoe de middelenproblematiek te behandelen? (*zie de behandeladviezen aan het begin van hoofdstuk 3, gebaseerd op de MDR Alcohol, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009*)
- Hoe de comorbiditeit te behandelen? (inclusief diagnose en volgorde van behandeling) (*zie de algemene beslisboom in deze richtlijn, op pagina 35*)

Aangezien onder de term angststoornis verschillende angststoornissen vallen, en middelenproblematiek kan worden opgesplitst in verschillende typen middelen, wordt in dit hoofdstuk gekeken naar wat bekend is over de behandeling van *specifieke* comorbide combinaties.

Per specifieke comorbide combinatie wordt afgewogen in hoeverre aanpassingen nodig zijn bij de bovenstaande beslisbomen of behandeladviezen:

- De algemene beslisboom voor comorbiditeit (deze richtlijn, pagina 35)
- De beslisbomen uit de MDR Angststoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2003)
- De behandeladviezen voor middelengebruik (deze richtlijn, gebaseerd op MDR Alcohol, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009)

Indien nodig is een nieuwe beslisboom gemaakt.

Eerst wordt de comorbiditeit van de angststoornis met middelenproblematiek in het algemeen behandeld. Vervolgens worden de studies besproken die ingaan op comorbiditeit met specifieke middelen.

### 4.1. Angstklachten

Angstklachten die niet wijzen op een angststoornis kunnen worden behandeld met een training in emotionele vaardigheden die door Linehan voor borderlinepatiënten is ontwikkeld: de Vaardigheidstraining Emotionele Regulatie Stoornissen (VERS). Deze training kan voorafgaan aan een psychotherapeutische aanpak en reduceert vaak al een groot gedeelte van de angstklachten. Eventueel kan aan het einde van de behandeling ook een training in het omgaan met sociale situaties die stress opleveren worden gegeven (practice based).

### 4.2. Gegeneraliseerde angststoornis

#### 4.2.1. Algemeen

##### Prevalentie

Lieb, Becker en Altamura (2005) vonden een hoge comorbiditeit van gegeneraliseerde angststoornis met middelenafhankelijkheid. In de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (Loth & Oliemeulen, 2005) wordt een prevalentie tussen de 20 en 30% gemeld bij opiaatafhankelijke patiënten.

### **Volgorde van behandeling**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de volgorde van behandeling zoals die beschreven wordt in de Richtlijn Dubbele Diagnose (Van der Meer et al., 2003), dat wil zeggen dat eerst detoxificatie van middelen plaatsvindt, en dan een integrale behandeling van de angststoornis en de middelenafhankelijkheid. Omdat het vaak lastig is onderscheid te maken tussen een gegeneraliseerde angststoornis en de algemene onrust behorend bij de detoxificatieperiode, wordt aangeraden niet te snel een diagnose te stellen voor gegeneraliseerde angststoornis, en de angstklachten goed te monitoren.

### **Psychosociale behandeling**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de bestaande richtlijnen wat betreft de psychosociale behandeling.

Zowel de MDR Angststoornissen en de richtlijnen voor middelenmisbruik en afhankelijkheid bevelen de cognitieve gedragstherapie aan als eerste keuze voor een psychologische interventie. Cognitieve therapie bij een gegeneraliseerde angststoornis is, net al bij andere angststoornissen, gericht op de identificatie en de bijstelling van disfunctionele cognities. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van verbale uitdaging ('Socratische dialoog'), gedragsexperimenten en 'worry-exposure'.

De psychologische interventies van tweede keuze voor de behandeling van de *gegeneraliseerde angststoornis*, namelijk anxiety management, applied relaxation en exposure therapie, zijn waarschijnlijk minder effectief als de patiënt nog geen abstinentie heeft bereikt.

De cognitieve gedragstherapie die bij *middelenmisbruik* veel wordt gebruikt, is de leefstijltraining. Dit is een serie van korte, ambulante interventies die individueel of in groepsverband kunnen worden gegeven. De training is gericht op gedragsverandering van de patiënt. Daarnaast speelt motivationele gespreksvoering een belangrijke rol bij de behandeling van middelenmisbruik.

### **Farmacologische behandeling**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de bestaande richtlijnen voor de farmacologische behandeling. De MDR Angststoornissen beveelt als farmacotherapie voor de *gegeneraliseerde angststoornis* (GAS) een van de volgende drie medicamenten aan: venlafaxine, paroxetine of buspiron. De resultaten uit de reviews bevestigen de keuze van de MDR Angststoornissen om te behandelen met venlafaxine, buspiron of SSRI's. Uit de literatuur blijkt dat buspiron, venlafaxine of SSRI's ook kunnen bijdragen aan de vermindering van alcoholconsumptie, hoewel het bewijs hiervoor niet eenduidig is (Brady & Verduin, 2005). Hoewel het bewijs niet eenduidig is, lijkt Buspiron een goede keuze voor het behandelen van comorbide GAS en middelenproblematiek, vanwege het lage risico op misbruik van buspiron (Myrick & Brady 2003).

Als farmacotherapie voor *alcoholbehandeling* wordt aangeraden: acamprosaat, naltrexon, disulfiram (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2009).

### **Beslisboom**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene beslisboom voor comorbiditeit, de beslisboom van de MDR Angststoornissen, of de behandeladviezen voor middelenmisbruik.

## 4.2.2. Gegeneraliseerde angststoornis en alcohol

Er zijn twee reviews gevonden betreffende GAS en alcoholproblematiek. Deze betroffen beide de *farmacologische behandeling* van GAS met buspiron. Beide studies vonden een wisselend positief effect van buspiron op de vermindering van alcoholconsumptie. Voordeel van buspiron is dat het een nonbenzodiazepine anxiolyticum is en daardoor geen risico op misbruik met zich meebrengt. Dit gold ook voor venlafaxine of SSRI's (Schatzberg et al., 2008; Brady & Verduin, 2005).

## 4.2.3. Gegeneraliseerde angststoornis en opiaten

Er werd één RCT-studie gevonden specifiek naar GAS en opiatenmisbruik en –afhankelijkheid. De resultaten suggereren dat de dubbeldiagnose van een gegeneraliseerde angststoornis en heroïnegebruik van weinig invloed is op de behandelresultaten voor heroïneafhankelijkheid (Gerra et al., 2006).

## 4.2.4. Gegeneraliseerde angststoornis en cannabis

Er werd één behandelplanner gevonden met specifieke informatie over GAS en cannabisproblematiek (Klott & Jongsma, 2006). *The co-occurring disorders treatment planner* biedt niet zozeer een behandeling alswel behandeldoelen. Lange termijn doelen zijn bijvoorbeeld: het stoppen met cannabisgebruik, het verlichten van angst en komen tot een niveau van functioneren, weer deelnemen aan 'gezonde' dagelijkse activiteiten, zoals werk, en zorg voor fysisch, spiritueel en emotioneel welzijn. De korte termijn doelen zijn onder andere gericht op: het identificeren van de negatieve effecten van het cannabisgebruik, voorzien in psycho-educatie, het afnemen van vragenlijsten met betrekking tot angststoornissen en middelenafhankelijkheid, inzicht krijgen in het historische en huidige sociaal, relationeel, werk- of studiegerelateerd en psychologisch functioneren, psychotrope medicatie voorschrijven en toezien op de toediening daarvan, inzicht krijgen in huidig en historisch suïcidaal gedrag, overeenkomst krijgen over een crisisinterventieplan.

### **Behandeling: Gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Er is geen reden gevonden om bij de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis en comorbide middelenproblematiek af te wijken van de algemene beslisboom van de MDR Angststoornissen, de behandeladviezen voor middelenproblematiek, of de algemene beslisboom voor comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek (deze richtlijn).

De diagnose van gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is vaak lastig te onderscheiden van de algehele angst die optreedt na detoxificatie, wellicht als gevolg van gebrekkige copingmechanismen.

*Van der Meer et al., 2003; practice based*

### **Aanbeveling**

De diagnose van gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is vaak lastig te onderscheiden van de angstklachten die optreden na detoxificatie, wellicht als gevolg van gebrekkige copingmechanismen. Aangeraden wordt daarom om de diagnose GAS pas te stellen na een periode van detoxificatie, stabilisatie en het aanleren van nieuwe copingvaardigheden.

Over comorbiditeit met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is te weinig bewijs gevonden om aanbevelingen te kunnen doen voor behandeling.

## 4.3. Paniekstoornis

### 4.3.1. Algemeen

#### Prevalentie

Volgens Goodwin et al. (2005) komt een zuivere paniekstoornis, zonder comorbiditeit, zelden voor. Paniekstoornis en agorafobie treden vaak op in combinatie met andere angststoornissen en met somatoforme, affectieve en aan middelengebruik gerelateerde stoornissen. De MDR maakte in de eerste versie van de richtlijn onderscheid tussen paniekstoornis met en zonder agorafobie, maar bij de revisie in 2009 bleek dit onderscheid niet zinvol. De richtlijn maakt wel onderscheid tussen lichte en ernstige paniekstoornis. Dit onderscheid werd echter in de literatuur niet teruggevonden.

In de Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (Loth & Oliemeulen, 2005) wordt een prevalentie tussen de 2 en 9% gemeld bij opiaatafhankelijke patiënten. In een Amerikaanse bevolkingsstudie werd bij 6,5% van de **mannen** met een **alcoholafhankelijkheid** ook een agorafobie vastgesteld. Onder **vrouwen** met een **alcoholafhankelijkheid** werd bij 18,5% een agorafobie gediagnosticeerd (Marquenie, 2003). Agorafobie lijkt dus onder alcoholafhankelijke vrouwen vaker voor te komen dan onder mannen.

#### Volgorde van behandeling

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de volgorde van behandeling zoals die beschreven wordt in de Richtlijn Dubbele diagnose (Van der Meer et al., 2003), dat wil zeggen dat eerst detoxificatie van middelen plaatsvindt, en dan een integrale behandeling van de angststoornis en de middelenaafhankelijkheid.

#### Psychosociale behandeling

Er is één review gevonden over de psychosociale behandeling van paniekstoornissen en middelenproblematiek (Toneatto & Rector, 2008). Zij pleiten sterk voor een functieanalyse van zowel de paniekstoornis als het middelengebruik. Zij gebruiken hiervoor het volgende voorbeeld:

Dimension of PDA	Example of symptoms	Example of intended effect	Example of unintended effect
Somatic	shallow breath; rapid heart beat	Relax	increased heart rate
Behavioral	avoidance; agitation	overcome avoidance	substance-induced avoidance
Cognitive	fears of death; fears of fainting	eliminate thoughts	fear of loss control
Affective	fear; despair; embarrassment	comfort	exacerbate fear
Imaginal	social judgment; rejection	relief from fear imagery	self-critical imagery
Interpersonal	social isolation; feeling misunderstood	social facilitation	social conflict

Bron: Toneatto & Rector, 2008

Kushner et al. (2006) hebben een geïntegreerde behandeling ontworpen voor paniekstoornis en middelenproblematiek, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Hiervan zijn echter nog te weinig resultaten om deze aan te bevelen.

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de psychosociale behandelingen voor middelen en paniekstoornis (licht en zwaar): psychosociale begeleiding, (begeleide) zelfhulp en e-health interventies (stoornis) of aanvullende cognitieve gedragstherapie (zwaar). Bij middelenafhankelijkheid wordt aangeraden de basisinterventies te combineren met leefstijltraining, en voor de behandeling van angststoornissen met benzodiazepine altijd eerst cognitieve gedragstherapie te hebben toegepast. Indien de patiënt geen behandelvraag heeft op het gebied van middelen, en zich hier ook niet voor laat motiveren via gemotiveerde gespreksvoering, is cognitieve therapie mogelijk minder effectief. Eventueel kan gekozen worden voor een farmacologische behandeling van de paniekstoornis (zwaar), of kan de behandeling voorlopig beëindigd worden indien motiverende gespreksvoering niet afdoende is om de patiënt te motiveren voor een behandeling gericht op de middelenproblematiek. Alleen indien abstinentie van middelen niet haalbaar is.

### **Farmacologische behandeling**

Voor de lichte paniekstoornis wordt geen farmacologische behandeling aangeraden door de MDR Angststoornissen. Er is geen reden gevonden om af te wijken van de farmacologische behandelingen voor middelenproblematiek of paniekstoornissen (zwaar).

Er zijn twee reviews gevonden specifiek over de farmacologische behandeling van paniekstoornis met middelenproblematiek (Brady & Verduin, 2005). Deze ondersteunen de conclusies uit de MDR Angststoornissen en de behandeladviezen van de MDR Alcohol.

Brady en Verduin (2005) vullen de bevindingen aan met de aanbeveling dat stemmingsstabilisatoren (valproaat en carbamazepine) effectief zijn voor de behandeling van paniekstoornis, vooral wanneer er sprake is van comorbide gebruik van psychostimulantia (Brady & Verduin, 2005). Myrick en Brady (2003) waarschuwen ervoor dat het gebruik van antidepressanten als TCA's en SSRI's het risico met zich meebrengen dat de paniek symptomen in eerste instantie verergeren hetgeen een terugval in middelengebruik zou kunnen veroorzaken. Zij bevelen aan om te starten met lage doseringen, opgebouwd over een langere tijd, 2 tot 6 weken. Ook manen zij tot voorzichtigheid bij het voorschrijven van MAOI's zonder dieet restricties. MAOI's kunnen in interactie met tyramine of met stimulerende middelen een hypertensieve crisis opwekken.

### **Beslisboom**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene beslisboom voor comorbiditeit, de beslisboom van de MDR Angststoornissen, of de behandeladviezen voor middelenmisbruik. Alleen indien abstinentie van middelen niet haalbaar is, is cognitieve therapie mogelijk minder effectief. In dat geval heeft een farmacologische behandeling mogelijk de voorkeur.

## **4.3.2. Paniekstoornis en alcohol**

Er werden twee reviews, vier RCT-studies en een regressieanalyse gevonden betreffende paniekstoornis en alcoholafhankelijkheid.

De MDR Alcohol vond geen aanwijzingen dat behandeling met CGT toegevoegde waarde heeft. Ook een RCT van Bowen et al. (2000, n=231) vond dat het toevoegen van 12 uur CGT voor



paniekstoornissen aan de reguliere alcoholafhankelijkheidsbehandeling geen significante verbetering liet zien ten opzichte van alleen de reguliere alcoholafhankelijkheidsbehandeling bij personen met alcoholafhankelijkheid en een paniekstoornis. De CGT moet dus gericht zijn op de behandeling van de angststoornis en niet van het middelengebruik. De MDR Angststoornissen beveelt de cognitieve gedragstherapie ook aan gericht op de angststoornis. Voor de middelenproblematiek beveelt zij de leefstijltraining aan. Deze is wel gericht op principes uit de cognitieve gedragstherapie, maar dit is een bredere interventie.

Cosci, Schruers, Abrams en Griez (2007) onderzochten in een review de relatie tussen alcoholafhankelijkheid en paniekstoornis. Als paniek voorafgaat aan alcoholmisbruik, dan is er sprake van zelfmedicatie. In dit geval zou het beste ingezet kunnen worden op een vroege psychofarmacologische anti-paniek behandeling. Als alcoholmisbruik vooraf gaat aan de paniekstoornis, dan kan paniek het gevolg zijn van hypersensitisatie. Dan moet zo vroeg mogelijk ingezet worden op het biochemische proces van hypersensitisatie door terugval te voorkomen en matiging te promoten.

Perugi et al. (2002) onderzochten door middel van een logistische regressie-analyse (n=43) de *farmacologische* behandeling van de paniekstoornis met alcoholafhankelijkheid bij patiënten resistent voor stemmingsstabilisatoren met een bipolaire stoornis. De resultaten lieten de meeste respons op behandeling met gabapentin zien.

Schadé (2003a) waarschuwt voor optimisme over de resultaten van geïntegreerd behandelen. Hoewel beide stoornissen succesvol kunnen worden behandeld, betekent een verbetering in de ene stoornis niet automatisch een verbetering in de andere stoornis. In een naturalistisch follow-up studie van twee groepen alcoholafhankelijken met fobische stoornis (n=81) en zonder fobische stoornis (n=88) werd de uitkomst van de alcoholbehandeling met elkaar vergeleken. Er werd geen significant verschil gevonden in de alcohol-uitkomst van beide groepen (Marquenie et al., 2006).

Verschillende studies onderzochten de terugval in alcoholgebruik bij een comorbide paniekstoornis met agorafobie en alcoholafhankelijkheid. In een follow-up studie (Schadé, 2003a; Schadé et al., 2005) werd gevonden dat alcoholafhankelijken met een angststoornis niet sneller terugvielen na behandeling van de alcoholafhankelijkheid dan die zonder angststoornis. In een review van 12 studies, werd er maar één studie gevonden die tot de conclusie kwam dat alcoholafhankelijke patiënten met een comorbide angststoornis een significant hoger terugvalpercentage hebben dan alcoholafhankelijken zonder comorbide angststoornis.

### **4.3.3. Paniekstoornis en cannabis**

Er is één niet-gerandomiseerd studie (n=66) gevonden specifiek voor paniekstoornis met cannabis. In deze studie (Damon et al., 2004) vertoonden zowel cannabisgebruikers als niet-gebruikers een goede respons op de behandeling met paroxetine, zowel na acht weken als na twaalf maanden. Er was geen verschil in angstsymptomen, bijwerkingen of terugval. De conclusie was dat als paniekstoornissen ontstaan als gevolg van cannabisgebruik, een dergelijke paniekstoornis dan goed reageert op behandeling met paroxetine.

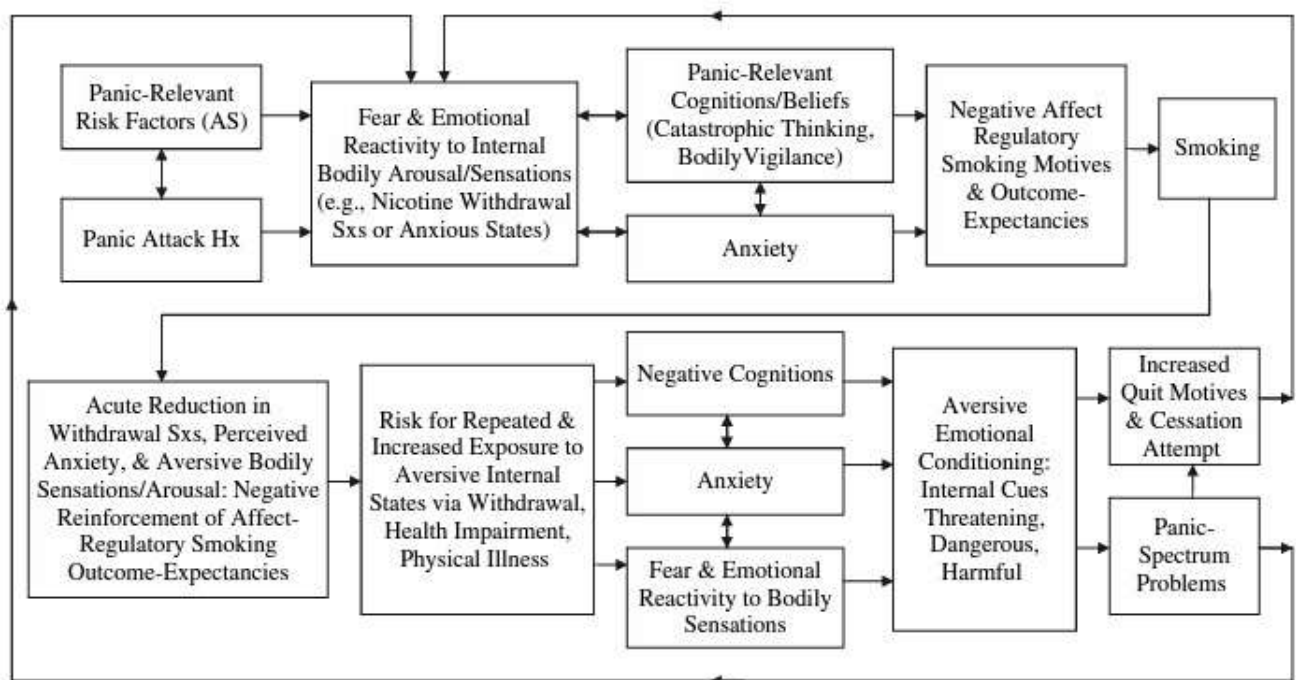
### **4.3.4. Paniekstoornis en roken**

Er is een overzichtsartikel gevonden betreffende paniekstoornis en roken. Zvolensky et al. (2008b) stellen dat de prevalentie van huidig tabaksgebruik het hoogst is onder mensen met een

paniekstoornis, met en zonder agorafobie, als ook onder andere angststoornissen waar paniek een grote rol speelt zoals PTSS en GAS.

Roken is zowel een risicofactor voor paniekaanvallen en -stoornissen, als voor de instandhouding van deze stoornissen. Daarnaast kunnen kwetsbaarheid voor paniek en problemen met paniek leiden tot op roken gerichte copingsstrategieën en het in stand houden van rookgedrag. Mensen met paniekproblemen hebben meer moeite om te stoppen met roken, en rapporteren intensere angstklachten bij ontwenning. Acute ontwenning verhoogt de kans op een angstige reactie (Zvolensky et al., 2008b).

De relatie tussen roken en paniek is dus dynamisch en bi-directioneel. Roken wordt gebruikt als copingsstrategie door mensen met paniekkklachten, maar paradoxaal genoeg verhoogt roken het risico op het ontstaan, het behoud en de ernst van de paniekkklachten (Zvolensky et al., 2008b). Zvolensky et al. (2008b) ontwikkelden het onderstaande model om de relatie tussen paniekkklachten en roken weer te geven:



Figuur 5: de relatie tussen paniekkklachten en roken (Zvolensky et al., 2008b).

De **behandeling** moet gericht zijn op het gelijktijdig aanpakken van de kern van beide problemen: angst-gevoeligheid. Dit wordt bereikt via cognitieve gedragstherapie gericht op paniekproblemen, gecombineerd met stoppen-met-roken-strategieën die zijn afgestemd op paniek-gevoelige individuen. Deze behandeling die Zvolensky et al. (2008b) beschrijven, is echter nog niet geëvalueerd en moet beschouwd worden als een best-practice.

Zie voor meer behandeladviezen paragraaf 3.3: behandeladviezen roken.

**Behandeling: Paniekstoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Er is geen reden gevonden om bij de behandeling van een paniekstoornis en comorbide middelengebruik af te wijken van de algemene beslisboom van de MDR Angststoornissen, de behandeladviezen voor middelenmisbruik, of de algemene beslisboom voor comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Alleen indien abstinentie van middelen

niet haalbaar is, is cognitieve therapie mogelijk minder effectief. In dat geval heeft een farmacologische behandeling mogelijk de voorkeur.

Behandeling van angst bij *alcoholafhankelijke* patiënten met een comorbide paniekstoornis vermindert de angstklachten. Echter, deze behandeling van de angstklachten heeft geen invloed op de kans op terugval in het gebruik van alcohol. Indien de patiënt geen hulpvraag heeft op het gebied van zijn angststoornis, kan wel de middelenafhankelijkheid succesvol worden behandeld.

*Brady & Verduin, 2005; Schadé, 2003a; Myrick en Brady, 2003*

#### **Aanbevelingen**

Wanneer een paniekstoornis voorafgaat aan alcoholmisbruik lijkt een psychofarmacologische anti-paniek behandeling de voorkeur te hebben. Over comorbiditeit van een paniekstoornis met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is verder weinig bewijs gevonden.

## **4.4. Sociale angststoornissen**

### **4.4.1. Algemeen**

#### **Prevalentie**

Sociale angst komt veelvuldig voor bij personen met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis en omgekeerd (Van der Stel, 2006), vooral met alcohol (Emmelkamp & Vedel, 2007). In een Amerikaanse bevolkingsstudie werd bij 19% van de **mannen** met een **alcoholafhankelijkheid** ook een sociale fobie vastgesteld. Onder **vrouwen** met een **alcoholafhankelijkheid** werd bij 30% een **sociale fobie** gediagnosticeerd (Marquenie, 2003). Sociale fobie lijkt dus onder alcoholafhankelijke vrouwen vaker voor te komen.

De Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (Loth & Oliemeulen, 2005) noemt fobieën (sociale en specifieke fobie) de meest voorkomende angststoornis onder opiaatafhankelijke patiënten.

Prevalentiecijfers variëren tussen de 12 en 45%.

#### **Volgorde van behandeling**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de volgorde van behandeling zoals die beschreven wordt in de Richtlijn Dubbele diagnose (Van der Meer et al., 2003), dat wil zeggen dat eerst detoxificatie van middelen plaatsvindt, en dan een integrale behandeling van de angststoornis en de middelenafhankelijkheid. Een lange periode van abstinentie lijkt niet nodig voor het stellen van de diagnose, aangezien de angst voor interactie in sociale situaties, het hoofdkenmerk van sociale angst niet een specifiek symptoom is behorend bij middelengebruik of ontwenningsverschijnselen (Myrick & Brady 2003).

#### **Psychosociale behandeling**

Er is reden gevonden om af te wijken van de beslisboom van de MDR Angststoornissen in het geval abstinentie niet haalbaar is. Deze beslisboom schrijft als psychosociale behandeling van de sociale fobie *exposure in vivo* voor. Deze behandeling is echter minder effectief als iemand onder invloed is van middelen tijdens de behandeling. Indien voor de patiënt afname van zijn middelengebruik absoluut geen behandeldoel is, kan ook de behandeling van de sociale fobie niet plaatsvinden (practice based).

Er werden drie reviews en een retrospectieve studie gevonden betreffende sociale fobie en middelenproblematiek. Deze geven een aanvulling op de behandeladviezen betreffende de middelenproblematiek.

Individuele behandeling van de middelenproblematiek in plaats van groepsbehandeling zou effectiever kunnen zijn bij patiënten met een sociale angststoornis, omdat het deelnemen aan een groepsactiviteit voor deze doelgroep vaak een hoge drempel heeft (Myrick & Brady, 2003).

Hoewel de MD richtlijn alcohol geen aanwijzingen vond dat behandeling met CGT toegevoegde waarde heeft, richten zij zich vooral op alcoholuitkomsten, en niet op de angstuitkomsten. De CGT moet dus gericht zijn op de behandeling van de angststoornis en niet van het middelengebruik. De richtlijn DD (Van der Meer, Hendriks & Vos, 2003) beveelt echter wel CGT aan. De resultaten voor cognitieve gedragstherapie wisselen; exposure in vivo zou de voorkeur hebben. Indien dit niet het gewenste resultaat heeft, zou alsnog voor CGT kunnen worden gekozen.

Thevos et al. (2000) vergeleken in een retrospectieve studie (n=397) **vrouwelijke** alcoholisten met een sociale fobie met niet-alcoholisten. De onderzochte interventie was **CGT** of **Twelve-Step** (TSF). Vrouwelijke alcoholisten met een sociale fobie met CGT bleken significant minder snel terug te vallen dan met TSF. Was er geen sociale fobie, dan leverde TSF juist een significant langere periode tot terugval op. Voor mannen werd het effect niet gevonden. De gegevens suggereren dat **CGT** superieur is aan **TSF** voor behandeling van alcoholproblematiek bij vrouwen met een sociale fobie die ambulante behandeling zoeken.

### **Farmacologische behandeling**

Er werden twee reviews gevonden (Brady & Verduin, 2005; Myrick & Brady, 2003) en één RCT-studie (Book, Thomas, Randall & Randall, 2008) betreffende sociale fobie en middelenproblematiek. De RCT-studie van Book et al. (2008) onder 42 patiënten met zowel sociale angst als alcoholproblemen laat een positief effect zien van de behandeling met paroxetine op de sociale angst klachten. De resultaten uit de nieuw gevonden studies sluiten aan bij de aanbevelingen van de MDR angststoornissen.

### **Beslisboom**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de adviezen voor het behandelen van middelenafhankelijkheid.

De beslisboom voor de sociale fobie wordt als volgt aangepast:

- beginnen met exposure in vivo, daarna eventueel cognitieve gedragstherapie.
- geen benzodiazepines.

De algemene beslisboom voor comorbiditeit wordt als volgt aangepast:

- indien de patiënt abstinentie niet als behandeldoel heeft, is de kans groot dat de behandeling van de sociale fobie minder effectief is.

## **4.4.2. Sociale angst en alcohol**

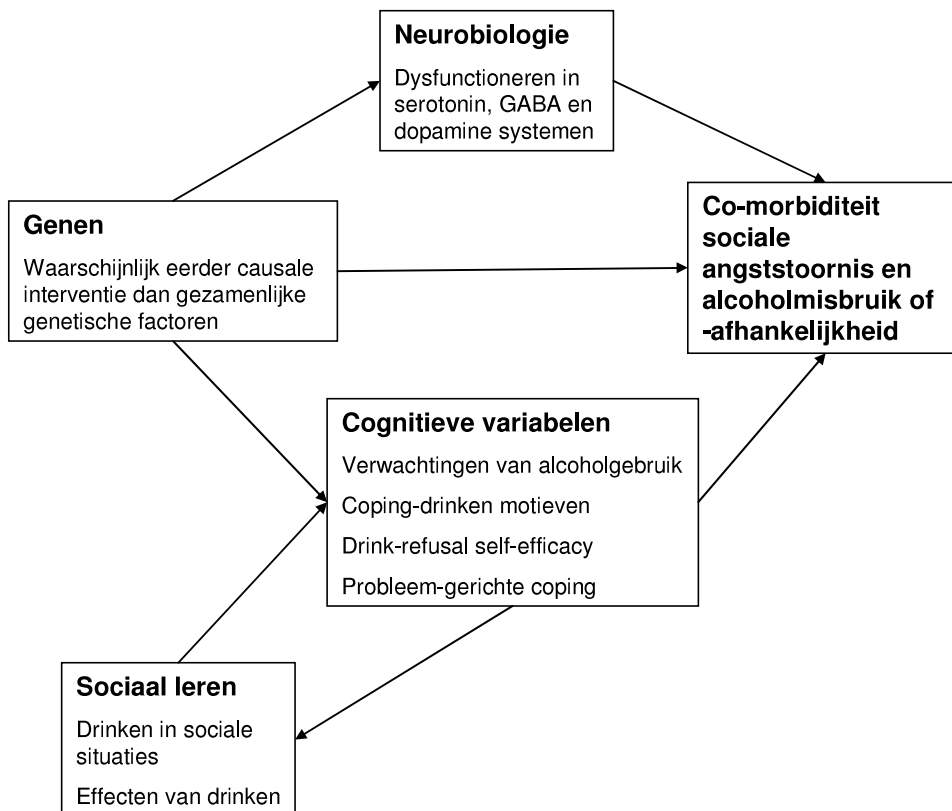
Wat de comorbiditeit tussen angststoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid betreft, is het meeste onderzoek gedaan naar de combinatie van sociale angst en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid (Wittenberg, 2007). Dit onderzoek heeft echter weinig directe behandeladviezen opgeleverd, maar wel inzichten in prevalentie, fenomenologie, de relatie tussen sociale angst en alcohol en de invloeden van de behandeling op uitkomsten van comorbiditeit.

## Prevalentie, fenomenologie en relatie tussen sociale angst en alcohol

Volgens epidemiologisch onderzoek hebben mensen met een sociale angststoornis of alcoholafhankelijkheid twee tot drie keer zoveel kans op de andere stoornis (Tran & Smith, 2008). Wat fenomenologie betreft, werd gevonden dat alcoholafhankelijken met een fobische stoornis, in vergelijking met patiënten met een enkelvoudige problematiek, meer depressieve en algemene psychopathologie kenmerken hebben en ze hadden vaker een depressieve stoornis. De meerderheid had geen partner en was werkeloos. Verder was er sprake van overmatig benzodiazepines, cocaïne en cannabis gebruik, en is een belangrijk deel emotioneel, fysiek en seksueel mishandeld. Ze hebben geen ernstigere of ander type alcoholafhankelijkheid en angststoornis dan de twee groepen met enkelvoudige problematiek. De vergelijking vond plaats zes weken na detoxificatie (Schadé et al, 2004). Een Turkse studie (Evren et al., 2009) vond middels een multivariate analyse (n=176) een relatie tussen dissociatie en sociale angst onder alcoholafhankelijke mannen, met name onder mannen die in hun kindertijd trauma's hebben ervaren. De dissociatieve symptomen betreffen vooral depersonalisatie en amnesia.

Tran en Smith (2008) deden onderzoek naar de relatie tussen sociale angst en alcoholstoornissen en kwamen tot het volgende model (figuur 6):

### Relatie alcoholmisbruik en sociale angst



Figuur 6: De relatie tussen sociale angst en alcoholstoornissen (Tran en Smith, 2008)

## Invloeden van de behandeling op uitkomsten van comorbiditeit

De meeste van deze onderzoeken richten zich op de relatie tussen sociale angst en alcoholmisbruik: verbetert met de behandeling van de sociale angst ook het alcoholmisbruik? Een van de hypothesen was dat mensen met alcoholafhankelijkheid een comorbide sociale angststoornis sneller terugvielen als ze enkel een behandeld waren voor hun alcoholafhankelijkheid, en niet voor hun angst (Driessen et al., 2001). Als dit het geval zou zijn, zou dit pleiten voor een gelijktijdige behandeling om terugval te voorkomen op alcoholafhankelijkheid. Dit bleek wat terugval in middelengebruik betreft echter niet het geval.

Alcoholafhankelijken met een angststoornis vallen niet sneller terug na behandeling van de alcoholafhankelijkheid dan die zonder angststoornis. Behandeling van angst bij alcoholafhankelijke patiënten met een comorbide fobische stoornis vermindert de angstklachten, maar heeft geen invloed op de kans op terugval in het gebruik van alcohol (Schadé et al, 2005; 2003a). De onderzoekers kunnen niet concluderen, maar ook niet uitsluiten, dat alcoholafhankelijken met een angststoornis specifieke behandeling van hun angstklachten nodig hebben om terugval in alcoholgebruik te voorkomen (Schadé et al, 2003b).

Behandeling van het alcoholprobleem heeft daarentegen wel een positief effect op angstsymptomen bij alcoholpatiënten met tevens een sociale fobie of een paniekstoornis (MDR alcohol, 2009).

Het is wel mogelijk om een comorbide angststoornis succesvol te behandelen naast de behandeling van alcoholafhankelijkheid (Schadé et al., 2005; 2003a). Marquenie et al. (2006) vergeleken de uitkomsten van de alcoholbehandeling van alcoholafhankelijken met en zonder fobische stoornis. Zij vonden geen significant verschil in de alcoholuitkomsten van beide groepen.

Randall, Thomas & Thevos (2001) vonden in hun RCT-studie (n=93) dat, in tegenstelling tot hun hypothese, de groep patiënten die gelijktijdig werd behandeld voor hun sociale fobie en hun alcoholisme slechter uitkomsten op alcohol hadden dan de groep die alleen voor alcoholisme behandeld werd. Hypothesen hiervoor zijn dat de behandeling van angstklachten met exposure resulteerde in meer drinken als copingvaardigheid. Ze kunnen ook slechtere uitkomsten op alcoholuitkomsten hebben doordat ze minder alcoholbehandeling kregen (15 minuten minder per week).

Deze studies lijken te suggereren dat, hoewel alcoholproblematiek ooit ontstaan is als gevolg van sociale angst, beide problematieken in een vergevorderd stadium onafhankelijk van elkaar blijven bestaan. Vanuit humane overwegingen wordt gepleit om beide problematieken te behandelen, niet omdat anders het risico op terugval groter zou zijn, maar omdat beide problematieken invaliderend werken.

### **Psychosociale behandeling**

Wat psychosociale behandeling betreft spreken de bestaande richtlijnen (Dubbele diagnose en MDR alcohol) elkaar tegen betreffende of cognitieve gedragstherapie wel of niet effectief zou zijn bij de behandeling van alcoholmisbruik bij patiënten met een sociale fobie (Van der Meer et al., 2003; MDR alcohol, 2009). Volgens de MDR alcohol heeft CGT geen toegevoegde waarde, volgens de Richtlijn DD wel.

### **Farmacologische behandeling**

Wat farmacologische behandeling betreft werden vier review-artikelen gevonden. Er is vooral evidentie voor de effectiviteit van de SSRI paroxetine (Schatzberg et al., 2008; Morris, Stewart & Ham, 2005; Brady & Verduin, 2005; Van der Meer et al., 2003). Hoewel deze vooral effectief is voor de behandeling van sociale angst en wisselendere uitkomsten laat zien in effect op alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. Ook werden Gabapentin (Schatzberg et al., 2008; Brady & Verduin, 2005) en buspiron (Van der Meer et al, 2003; Schadé et al, 2003b) genoemd als effectieve medicamenten.

Verder werden er twee RCT-studies gevonden. Thomas, Randall, Book en Randall (2008) onderzochten (n=42) of behandeling met **paroxetine** het alcoholgebruik deed afnemen onder patiënten met sociale angst die alcohol dronken als copingstrategie. De conclusie is dat dit niet het geval is. Succesvolle behandeling voor sociale angst met paroxetine deed het drinken van deze groep dubbele diagnose patiënten, die geen hulp zochten voor hun alcoholgebruik, niet afnemen. Wel kan het de redenen waarom iemand drinkt veranderen, er wordt niet meer gedronken om om te gaan met angst.

Liappas, Paparrigopoulos, Tzavellas, en Christodoulou (2003) onderzochten (n=54) twee interventies aansluitend op de alcoholdetoxicatie: een kortdurende psychotherapie al of niet in combinatie met mirtazapine. In beide groepen waren de angstsymptomen afgenomen, maar de patiëntengroep met mirtazapine was significant meer vooruitgegaan.

### **Algemeen**

Verder werd een behandelplanner gevonden, die niet zozeer ingaat op de behandeling zelf, alswel op de behandeldoelen (*The co-occurring disorders treatment planner* Klott & Jongasma, 2006). Doelen zijn onder andere gericht op: het identificeren van de negatieve effecten van het alcoholgebruik, het afnemen van vragenlijsten met betrekking tot sociale fobie, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid, inzicht krijgen in de huidige toestand en ontwikkeling in de psychologische evaluatie, psychotrope medicatie voorschrijven en toezien op de toediening daarvan, inzicht krijgen in huidig en historisch suïcidaal gedrag, stabiliseren in een setting waar medisch toezicht is, overeenkomst krijgen over een crisisinterventieplan, de patiënt helpen met het verbaliseren van een bewustwording van de noodzaak om te veranderen en het verlangen om dit ook daadwerkelijk te doen, de patiënt helpen met het verbaliseren van een begrip van de interactie tussen alcohol en sociale fobie, de patiënt helpen met het identificeren van stressoren en resulteren symptomen op het gebied van alcohol en sociale fobie, de patiënt helpen met het implementeren van oplossingsgerichte vaardigheden om met stressors om te gaan die alcohol misbruik en sociale fobie oproepen, de patiënt helpen met het verbaliseren van hoopvolle gedachten dat hij zijn behaalde vaardigheden behoudt, terugvalpreventie, een heradministratie van de testen op het gebied van sociale fobie, angststoornissen en alcohol gebruik om de uitkomst van de behandeling te meten, patiënttevredenheid meten.

### **4.4.3. Sociale angst en opiaten**

Er werd één RCT-studie (n=307) gevonden naar sociale angst en opiaten. De hypothese van Avants et al. (1998) was dat laag-intensieve behandeling meer succes zou hebben bij sociaal-angstige patiënten op een methadon-onderhoudsbehandeling dan de hoog-intensieve behandeling. Inderdaad waren sociaal-angstige patiënten langer middelenvrij gedurende de behandeling, vaker abtinent, en vertoonden minder HIV risicogedrag bij een laag-intensieve behandeling.

### **4.4.4. Sociale angst en cannabis**

Er werd in één review (Myrick & Brady, 2003) informatie gevonden over sociale angst en cannabis. De conclusie in deze studie was dat sociale angsten die ontstaan enkel in periode van intoxicatie met marihuana of stimulantia niet beschouwd moeten worden als een voldoende criterium voor de diagnose sociale angststoornis.

**Diagnostiek: Sociale angst en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid**

Een lange periode van abstinentie lijkt niet nodig voor het stellen van de diagnose, aangezien de angst voor interactie in sociale situaties, het hoofdkenmerk van sociale angst, niet een specifiek symptoom is behorend bij middelengebruik of ontwenningverschijnselen.

*Myrick & Brady, 2003*

**Behandeling: Sociale angst en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Indien de patiënt wil blijven gebruiken is de kans groot dat de behandeling van de sociale fobie minder effectief is. Individuele behandeling van de middelenproblematiek in plaats van groepsbehandeling zou effectiever kunnen zijn bij patiënten met een sociale angststoornis, omdat het deelnemen aan een groepsactiviteit voor deze doelgroep vaak een hoge drempel heeft.

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de adviezen voor het behandelen van middelenafhankelijkheid. De beslisboom voor de sociale angststoornis (MDR Angststoornissen) wordt wel aangepast:

- beginnen met *exposure in vivo*, daarna eventueel cognitieve gedragstherapie.
- geen benzodiazepines.

*MDR Angststoornissen; Myrick & Brady, 2003*

**Behandeling: Sociale angst en comorbide alcoholmisbruik of -afhankelijkheid**

Alcoholmisbruik treedt vaak op als zelfmedicatie voor sociale angst. Echter, beide problemen blijven in een vergevorderd stadium onafhankelijk van elkaar bestaan. Wanneer eenmaal sprake is van afhankelijkheid, doet de behandeling van de angststoornis het alcoholgebruik niet afnemen.

Omgekeerd blijkt het hebben van een sociale angststoornis de behandeling van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid niet negatief te beïnvloeden.

*Schadé et al., 2005; 2003a; Marquenie et al.; 2006; MDR alcohol, 2009*

**Psychosociale behandeling: Sociale angst en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid**

Over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met alcoholmisbruik en een sociale fobie spreken de bestaande richtlijnen (Dubbele diagnose en MDR Alcohol) elkaar tegen.

*Van der Meer et al., 2003; MDR alcohol, 2007*

**Farmacologische behandeling: Sociale angst en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid**

Wat farmacologische behandeling betreft is er vooral evidentie voor de SSRI paroxetine, hoewel deze vooral effectief is voor de behandeling van sociale angst en wisselende uitkomsten laat zien in effect op alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. Ook werden Gabapentin en buspiron genoemd.

*Schatzberg et al., 2008; Morris, Stewart & Ham, 2005; Brady & Verduin, 2005; Van der Meer et al., 2003; Schadé et al, 2003b*

**Aanbevelingen**

Er is geen reden gevonden om bij sociale angst en comorbide middelenproblematiek af te wijken van de bestaande algemene adviezen voor het behandelen van middelenafhankelijkheid. Vanuit humane overwegingen wordt ervoor gepleit om beide problemen te behandelen, niet omdat anders het risico op terugval groter zou zijn, maar omdat beide problemen invaliderend werken. Deze conclusies zouden misschien ook kunnen gelden voor andere comorbiditeit tussen angststoornissen en andere vormen van middelenproblematiek.



De richtlijn voor de behandeling van een sociale fobie dient wel als volgt te worden aangepast. Gestart moet worden beginnen met exposure in vivo, waarna eventueel cognitieve gedragstherapie kan worden aangeboden. Het voorschrijven van benzodiazepines wordt bovendien afgeraden. Bij de bestaande richtlijn voor de behandeling van een dubbele diagnose moet worden opgemerkt dat, indien de patiënt wil blijven gebruiken, de kans groot is dat de behandeling van de sociale fobie minder effectief is.

## **4.5. Specifieke fobie**

Over de behandeling van een specifieke fobie en comorbiditeit met middelenafhankelijkheid is geen literatuur gevonden. Emmelkamp & Vedel (2007) stellen dat bij specifieke fobieën meestal geen noodzaak is om de relatie tussen de twee stoornissen te bepalen, aangezien deze stoornissen bij de meeste patiënten onafhankelijk verlopen.

### **Prevalentie**

De Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (Loth & Oliemeulen, 2005) noemt fobieën (sociale en specifieke fobie) de meest voorkomende angststoornis onder opiaatafhankelijke patiënten, prevalentiecijfers variëren tussen de 12 en 45%.

### **Volgorde van behandeling**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de volgorde van behandeling zoals die beschreven wordt in de Richtlijn Dubbele diagnose (Van der Meer et al., 2003), dat wil zeggen dat eerst detoxificatie van middelen plaatsvindt, en dan een integrale behandeling van de angststoornis en de middelenafhankelijkheid.

### **Psychosociale behandeling**

De beslisboom schrijft als psychosociale behandeling van de specifieke fobie *exposure in vivo* voor. Deze behandeling is echter minder effectief als iemand onder invloed is van middelen tijdens de behandeling. Indien voor de patiënt afname van zijn middelengebruik absoluut geen behandeldoel is, kan ook de behandeling van de specifieke fobie niet plaatsvinden (practice based).

### **Farmacologische behandeling**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de farmacologische behandeling, met als aantekening dat er voorzichtig moet worden omgegaan met benzodiazepines, en deze bij voorkeur niet toe te dienen.

### **Beslisboom**

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene beslisboom voor comorbiditeit of de behandeladviezen voor middelenafhankelijkheid. De beslisboom van de MDR Angststoornissen dient licht te worden aangepast voor patiënten die middelen blijven gebruiken, exposure in vivo is voor hen waarschijnlijk niet effectief. Ook wordt aangeraden voorzichtig om te gaan met het eventueel voorschrijven van benzodiazepines, en deze bij voorkeur niet toe te dienen.

### **Behandeling: Specifieke fobie en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Over de specifieke fobie en comorbiditeit met middelenafhankelijkheid is geen literatuur gevonden. Bij specifieke fobieën is meestal geen noodzaak om de relatie tussen de twee stoornissen te bepalen, aangezien deze stoornissen bij de meeste patiënten onafhankelijk verlopen.

### **Aanbevelingen**

Er is geen reden gevonden om bij een specifieke fobie af te wijken van de algemene beslisboom voor Dubbele diagnose of de behandeladviezen voor middelenafhankelijkheid. De beslisboom van de MDR Angststoornissen dient wel licht te worden aangepast voor patiënten die middelen blijven gebruiken: *exposure in vivo* is voor hen waarschijnlijk niet effectief. Ook wordt aangeraden voorzichtig om te gaan met het eventueel voorschrijven van benzodiazepines, en deze bij voorkeur niet toe te dienen (Emmelkamp & Vedel 2007).

## **4.6. Posttraumatische stressstoornis (PTSS)**

### **4.6.1. Algemeen**

#### **Prevalentie**

In de algemene bevolking komen onder middelengebruikers ongeveer twee keer zo vaak traumatische ervaringen voor als onder niet-gebruikers. Reynolds et al. (2004) vonden in een cross-sectionele studie in Groot-Brittannië dat bijna de helft van de opgenomen patiënten in een klinische instelling voor verslavingszorg voldoet aan een of meer criteria voor PTSS. Driessen et al. (2008) onderzochten 459 patiënten (in Duitsland) met alcohol- of drugsafhankelijkheid (cocaïne en/of opiaten). Hun conclusie is dat de prevalentie van PTSS hoger is bij drugsafhankelijkheid dan bij alcoholafhankelijkheid. In een cohortstudie in Australië werd gevonden dat PTSS zeer vaak voorkomt bij personen met **heroïne**afhankelijkheid (Mills et al., 2005).

Vrouwen maken vaker dergelijke ervaringen mee dan mannen (Langeland, 2009). Gielen et al. (2010, manuscript in preparation) vonden dat ongeveer 95% van patiënten met middelenafhankelijkheid ooit in hun leven geconfronteerd werd met een traumatische ervaring.

Uit de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (Loth & Oliemeulen, 2005) blijkt dat PTSS een significant probleem is onder opiaatafhankelijke patiënten (al dan niet met een methadononderhoudsdosering). Verschillende studies melden prevalenties tussen de 29 en 36%. Onder vrouwen komt het vaker voor (20%) dan mannen (11%). De meest voorkomende oorzaak voor PTSS was bij vrouwen een verkrachting, en bij mannen het zien dat een andere persoon gewond raakte of overleed.

#### **De relatie tussen PTSS en middelenmisbruik**

Traumatische ervaringen kunnen een causale factor zijn bij het ontstaan van verslaving. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat chronische traumatische stress, vooral op jonge leeftijd, samenhangt met de ontwikkeling van verslavingsproblemen. Maar traumatisering is noch een voldoende, noch een noodzakelijke voorwaarde voor het ontstaan van middelenproblemen (Langeland, 2009).

Er zijn verschillende verklaringenmodellen voor de samenhang tussen traumatisering en verslaving.

#### *1. Trauma -> middelenafhankelijkheid*

De meeste studies vinden dat traumatisering voorafgaat aan middelenproblematiek (Jacobsen et al., 2001; Hien et al., 2010), het is echter de vraag of het hier gaat om een causaal verband (Langeland, 2009). Middelen worden in eerste instantie gebruikt om de PTSS symptomen te beïnvloeden. Naar mate de afhankelijkheid zich ontwikkelt, resulteert onthouding in PTSS symptomen, hetgeen bij kan dragen aan een terugval in middelengebruik (Jacobsen et al, 2001).

Deze relatie kan op verschillende manieren verklaard worden:

- a. Trauma leidt tot psychiatrische stoornissen in het algemeen (PTSS, depressie, fobie, BPS), waarvoor vervolgens middelen worden gebruikt als zelfmedicatie hetgeen leidt tot afhankelijkheid van middelen. Middelen worden dan gebruikt om stress, negatieve gevoelens en opwinding te reguleren (Conrad & Stewart, 2003).  
Trauma -> PTSS/depressie/fobie/BPS -> middelenafhankelijkheid als zelfmedicatie
- b. Een hypothese is dat vroeg getraumatiseerde personen mentaal afstand van zichzelf nemen via alcoholgebruik, een soort chemische dissociatie (Langeland, 2009).  
Vroeg trauma -> chemische dissociatie -> (alcohol)afhankelijkheid
- c. Een neurobiologisch verklaring is dat vroeg trauma leidt tot ontregelde stressreactie. Deze ontregeling kan leiden tot neuroanatomische veranderingen in de hersenen, vooral in de prefrontale cortex en amygdala. De prefrontale cortex speelt ook een belangrijke rol bij het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (De Bellis, 2002; Dass-Brailsford & Myrick, 2010).  
Vroeg trauma -> ontregelde stressreactie -> onderontwikkeling prefrontale cortex -> verslaving

## *2. Middelenafhankelijkheid -> traumatische ervaring (-> PTSS)*

Problematisch middelengebruik gaat in sommige gevallen samen met een leefstijl die het risico op het ondergaan van geweldsincidenten vergroot (Emmelkamp & Vedel, 2007). De levensstijl van veelal gemarginaliseerde mensen met middelenafhankelijkheid maakt hen kwetsbaar voor het oplopen van trauma en een PTSS. Vooral indien er ook sprake is geweest van vroegkinderlijke traumatisering kan naar aanleiding van geweldservaringen PTSS optreden (Langeland, 2009). In deze gevallen gaat de middelenafhankelijkheid vooraf aan de PTSS of kan er sprake zijn van een vicieuze cirkel.

## *3. Een derde oorzaak gaat aan beide vooraf*

Een gemeenschappelijke onderliggende factor kan een verklaring zijn voor de samenhang tussen traumatisering en verslaving, bijvoorbeeld vroegkinderlijke negatieve omstandigheden of genetische kwetsbaarheid (Langeland, 2009).

- Vroegkinderlijke negatieve omstandigheden -> trauma & middelenafhankelijkheid

- Genetische kwetsbaarheid voor middelenafhankelijkheid & trauma -> middelenafhankelijkheid

Coffey, Read & Norberg (2008) noemen negatieve emotie en affecten als een centraal kenmerk voor zowel PTSS als middelenproblematiek, onafhankelijk van elkaar. Uit een kwalitatieve studie (Tekelenburg, 2009) blijkt dat patiënten (n=9) met PTSS en middelenproblematiek hun stoornis over het algemeen ervaren als medicatie voor bestaande problemen.

Recente neurologische studies kijken naar de mechanismes in de hersenen die bij beide stoornissen betrokken zijn (Dass-Brailsford & Myrick, 2010; Logrip, Zorrilla & Koob, 2011).

## **Volgorde van behandeling**

Najt, Fusar-Poli en Brambilla (2011) stellen dat een comorbiditeit van PTSS en middelenproblematiek een voorspeller is van een moeizamere behandeling in vergelijking met andere comorbiditeit tussen middelenproblematiek en psychische problemen. Met name de juiste behandelvolgorde is lastig te bepalen. De behandelaar en de patiënt hebben drie keuzes: eerst de middelenproblematiek

behandelen, eerst de PTSS behandelen of gelijktijdig behandelen. Voor alledrie de opties zijn voor- en tegens (Riggs & Foa, 2008). Deze worden hieronder besproken.

#### *Eerst middelenproblematiek behandelen*

Bij veel comorbiditeit tussen angststoornissen en middelenmisbruik wordt aangeraden eerst het middelenmisbruik aan te pakken in de zin van een detoxificatie, voordat de angstklachten behandeld worden. Er vinden vaak wel ondersteunende gesprekken plaats voor de angstklachten. Deze behandelvolgorde heeft in het algemeen de voorkeur, omdat als het middelengebruik afneemt de angstklachten vaak aanzienlijk verminderen. Hien et al. (2011) vonden inderdaad dat een verbetering in de alcoholafhankelijkheid samenhangt met een lichte verbetering in de PTSS symptomen.

Er kleven echter veel nadelen aan het eerst behandelen van de middelenafhankelijkheid:

- Bij PTSS zijn de angstklachten vaak zo heftig en is de lijdensdruk vaak zo hoog dat snelle verlichting hiervan gewenst is.
- Het hebben van een trauma zou zorgen voor een snellere terugval en uitval uit de behandeling.
- PTSS vaak vóóraf aan middelengebruik. Het behandelen van het trauma zou daarmee een belangrijke reden om te gebruiken weg kunnen nemen.

#### *Eerst het trauma behandelen*

De hierboven genoemde argumenten lijken te pleiten voor het eerst behandelen van de PTSS. Een studie (Back, Brady, Sonne & Verduin, 2006) lijkt erop te wijzen dat het inderdaad mogelijk is PTSS eerst te behandelen, terwijl de alcoholafhankelijkheid wordt gemonitord. Ook deze volgorde heeft echter nadelen:

- traumabehandelingen zouden minder effectief zijn bij gebruikende patiënten,
- niet iedereen die behandeling zoekt voor zijn middelengebruik wil eerst behandeld worden voor het trauma.
- gebruikende personen kunnen vaak minder goed omgaan met sterk negatieve emoties, hetgeen de behandeling van PTSS bemoeilijkt (Triffleman, Carroll, & Kellogg, 1999).
- de behandelaar moet er zeker van zijn dat de PTSS de juiste diagnose is. Soms verdwijnen bepaalde PTSS-symptomen na stabilisering en ontwenning en blijkt er geen sprake te zijn van PTSS (practice based). Een goede beoordeling van PTSS-symptomen is pas mogelijk na een ontwenningperiode, om de mogelijke invloed van onthoudingsverschijnselen uit te sluiten (Langeland, 2009).

Om deze redenen zou detoxificatie dus een voorwaarde kunnen zijn voor behandeling van de PTSS.

#### *Geïntegreerde behandeling*

Twee reviewstudies pleiten voor een geïntegreerde benadering die tegelijkertijd aandacht geeft aan de posttraumatische stoornis als aan het middelenmisbruik. Dit zou meer effect opleveren dan beginnen met alleen behandeling van de middelenproblematiek (Health Canada, 2002; Wittenberg, 2007). De resultaten van Hien, Nunes, Levin, & Fraser (2000) suggereren dat de aanwezigheid van PTSS de behandeling voor middelengebruik (cocaïne) negatief beïnvloedt. Dit kan zowel pleiten voor een geïntegreerde aanpak als het eerst behandelen van PTSS. De resultaten van een andere studie (Zatzick et al., 2004) pleiten ook voor een geïntegreerde aanpak. McDermott et al. (2009) onderzochten in hun studie dat problemen met emotieregulatie een grote rol speelde bij het ontwikkelen van comorbiditeit van PTSS en crack/cocaïne afhankelijkheid. Dit zou ook pleiten voor een geïntegreerde aanpak.

Kortom, een geïntegreerde behandeling heeft de voorkeur. Back, Waldrop en Brady (2009) noemen als voornaamste uitdagingen hierbij het prioriteren en integreren van behandelonderdelen, omgaan met zelf-destructiviteit van patiënten en hun ernstige symptomatologie, en het ondersteunen van patiënten bij het behouden van abstinentie. Langeland (2009) raadt aan om - ongeacht de behandelvolgorde - te starten met psycho-educatie, waarbij de patiënt wordt geïnformeerd over de symptomen en de onderlinge samenhang tussen zijn klachten. Dit versterkt het gevoel van controle van de patiënt. Riggs en Foa (2008) en Dass-Brailsford en Myrick (2010) beschrijven een aantal geïntegreerde behandelingen voor PTSS en middelenproblematiek:

<b>Naam</b>	<b>Inhoud</b>	<b>Ontwikkelaars</b>
Treatment of PTSD and Alcohol Dependence'	Naltrexone en CGT	Foa en Grant
Concurrent Treatment of PTSD and cocaine dependence (CTPCD)	coping skill training en verlengde exposure	Brady en collega's
Substance Dependence PTSD Therapy (SDPT)	coping skill training, ontspannings training, anger management, omgaan met negatieve emoties, assertiviteit en het gebruikmaken van sociale netwerken	Triffleman en collega's
Project Transcend	psychodynamische en constructivistische technieken, CGT en het 12-stappen programma	Donovan
Seeking safety	exposure-technieken, casemanagement, CGT	Najavits
Addictions and Trauma Recovery Integration (ATRIUM)	CGT, relatietherapie, ontspanning en mindfulness, creatieve therapie, holistische benadering	Miller en Guidry
Helping Women Recovery (HWR)	Relatietherapie en creatieve therapie,	Covington
Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET)	Psychoeducatie en vaardigheidstraining	Ford en Russo
Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM)	CGT en psychoeducatie	Fallot en Harris
Triad Women's project	Geïntegreerde casemanagement, steungroepen en behandeling voor middelenproblematiek en trauma	Clark en Fearday

Resultaten van de eerste studies naar deze nieuwe behandelingen suggereren dat deze effectief zijn bij de patiëntenpopulatie met comorbide PTSS en middelenproblematiek. Maar de conclusies over deze programma's zijn beperkt vanwege de beperkte steekproefomvang en het ontbreken van controlegroepen (Riggs & Foa, 2008). Deze behandelingen zijn dus nog niet voldoende geëvalueerd om te worden aangeraden, met uitzondering van Seeking Safety. De Seeking Safety therapie is speciaal ontwikkeld voor vrouwen met middelenafhankelijk en PTSS, maar kan ook voor mannen gebruikt worden (Hien et al., 2009; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2008; Wittenberg, 2007). Aangezien deze behandeling intensief is, er voor de trainers een certificering aan vast zit, en er effectieve alternatieven zijn wordt aangeraden deze eerst te proberen (zie hieronder).

Dass-Brailsford en Myrick (2010) concluderen in hun review dat er een consensus is voor geïntegreerde behandeling, maar dat er nog geen empirisch bewijs voor de effectiviteit is hoewel sommige resultaten veelbelovend zijn. Zij noemen institutionele barrières en gebrek aan training de belangrijkste uitdagingen voor een geïntegreerde behandeling. Zij pleiten ook voor gender-based groepen.

### **Psychosociale behandeling**

Er zijn zes reviews en een onderzoeksrapport gevonden over (behandeling van) PTSS en comorbide middelenafhankelijkheid. De gevonden studies ondersteunen de aanbevelingen van de MDR Angststoornissen om te behandelen met **imaginary exposure** (behandeling van PTSS d.m.v. imaginary exposure lijkt een positief effect te hebben op zowel traumasymptomen als alcoholcraving, MDR Alcohol, 2009) en met **EMDR** (beide aandoeningen kunnen met EMDR succesvol behandeld worden, Shapiro, Vogelmann-Sine & Sine, 1994). Deze methodes zijn minder effectief indien de patiënt onder invloed is van middelen.

Er zijn twee studies die bewijs vonden voor de behandeling van PTSS en middelenmisbruik of –afhankelijkheid met cognitieve gedragstherapie (Langeland, 2009; Health Canada, 2002). Dit sluit aan bij de algemene behandeladviezen voor middelenproblematiek.

Riggs en Foa (2008) onderzochten een aantal programma's die speciaal zijn ontworpen om deze comorbiditeit te behandelen. Alle programma's richten zich op technieken om effectieve coping skills te promoten, terugval te voorkomen, PTSS symptomen terug te dringen en op educatie over de relatie tussen middelenproblematiek en PTSS. De eerste resultaten van deze programma's zijn positief.

### **Farmacologische behandeling**

Er zijn twee reviews gevonden betreffende de farmacologische behandeling van PTSS en middelenproblematiek. De bevindingen uit de literatuur geven geen reden tot aanpassing van de beslisboom van de MDR Angststoornissen, maar presenteren wel een aanvulling.

Langeland (2009) stelt dat medicamenteuze behandeling met SSRI in aanvulling op cognitieve training in stresshantering kan worden gebruikt. Behandeling van posttraumatische stresssymptomen en verslavingsproblematiek met behulp van psychofarmaca is op zich nooit voldoende. Mogelijk dat topiramaat ook geschikt is voor de behandeling van patiënten met een combinatie van PTSS en middelenproblematiek. Foa, Keane, Friedman en Cohen (2008) bevelen sertraline en risperidone aan. Recent neurologisch onderzoek (Logrip et al. 2011) richt zich op de mogelijkheid om neuropeptide systemen farmacologische te beïnvloeden om comorbide PTSS en middelenproblematiek te behandelen, maar dit onderzoek staat nog in de kinderschoenen.

### **Beslisboom**

De resultaten uit de literatuur geven reden tot een aanvulling van de beslisboom van de MDR Angststoornissen; er dient afgeweken te worden van de algemene beslisboom voor comorbiditeit omdat er direct veel aandacht voor de PTSS dient te zijn, zo snel mogelijk na de detoxificatie. Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene behandeladviezen voor middelengebruik, behalve dat op exposure gebaseerde therapieën waarschijnlijk minder effectief zijn indien de patiënt nog onder invloed van middelen is.

## 4.6.2. Post Traumatische Stress Stoornis en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid

### Fenomenologie

Drapkin et al. (2011) vergeleken het functioneren voor behandeling van patiënten met comorbide alcoholafhankelijkheid en PTSS met het functioneren van patiënten met enkel een alcoholafhankelijkheid of enkel PTSS. Hoewel patiënten met comorbiditeit vaker werkloos waren, een lager inkomen hadden, en minder vaak met een partner leefden dan mensen met slechts één stoornis, concludeerden zij dat de ernst van hun symptomen niet ernstiger was dan van patiënten met slechts één stoornis. Dit gold zowel voor de alcoholconsumptie (frequentie en hoeveelheid) als voor PTSS en angstklachten.

Back, Jackson, Sonne en Brady (2005) vergeleken een groep (n=94) met primaire alcoholproblemen met een groep met primaire PTSS problemen. In het algemeen stond de groep met primaire PTSS er beter voor (wat betreft psychische gezondheid, alcoholgebruik en sociaal functioneren) dan de groep met primaire alcoholproblematiek. In het bijzonder bleken vrouwen met primaire alcoholproblematiek kwetsbaar voor continuerende psychische problemen aan het einde van de behandeling.

### Volgorde van behandeling

Er zijn twee RCT-studies gevonden betreffende de volgorde van behandeling. Verbeteringen in PTSS-symptomatologie leidden hierin tot een sterke verbetering van symptomatologie van de alcoholafhankelijkheid (n=94). Andersom werden deze bevindingen niet gedaan. De MDR Alcohol (2009) stelt dat PTSS symptomen mogelijk / waarschijnlijk een rol spelen bij terugval in alcoholgebruik bij alcoholpatiënten met PTSS. Het behandelen van PTSS kan belangrijk zijn voor het verbeteren van behandeluitkomsten op beide aandoeningen (Back, Brady, Sonne & Verduin, 2006). Dit lijkt te pleiten voor een sterke nadruk op de PTSS behandeling tijdens een geïntegreerde behandeling.

Naar de effecten van een geïntegreerde behandeling zijn enkele studies verricht waaruit positieve resultaten naar voren komen, maar vervolgonderzoek is nodig om conclusies over de effecten te kunnen trekken. Zatzick et al. (2004) voerden een RCT-studie uit (n=120) onder patiënten (slachtoffers van een ongeluk) met alcohol en PTSS. Deze werden toegewezen aan een gecombineerde behandeling of een standaardbehandeling voor PTSS. De gecombineerde behandeling bevatte zowel case-management als psychotherapeutische en farmacologische interventies. De gecombineerde behandeling resulteerde na 12 maanden in minder consumptie van alcohol dan de standaardbehandeling. Er was geen verschil in PTSS symptomen. Mogelijk gaat het hier om een specifieke doelgroep die niet helemaal generaliseerbaar is. Riggs en Foa (2008) voerden een gecontroleerde outcome studie uit naar de gecombineerde behandeling van alcoholafhankelijkheid en PTSS met CGT en naltrexone. Hun eerste resultaten waren positief.

### Psychosociaal

Er werd één review gevonden betreffende de psychosociale behandeling van PTSS en alcoholproblematiek. Behandeling van PTSS d.m.v. **imaginary exposure** lijkt een positief effect te hebben op zowel traumasymptomen als alcoholcraving (MDR Alcohol).

### Farmacologisch

Er werden drie reviews en drie RCT-studie gevonden betreffende de farmacologische behandeling van PTSS en alcoholproblematiek. Er zijn aanwijzingen dat farmacologische behandeling met **refusal**

**en/of naltrexon** van alcoholafhankelijke PTSS patiënten een positieve invloed heeft op zowel het alcoholgebruik als op PTSS symptomen (MDR Alcohol, 2009; Lageland, 2009; Petrakis et al., 2006). Labbate et al. (2004) vonden in een dubbelblind onderzoek (n=94) bij vier groepen patiënten met PTSS en alcoholmisbruik – al dan niet met een aanvullende depressieve en/of angstige stoornis – geen verschil in behandeling tussen sertraline en CGT.

Verder is er enig bewijs voor de effectiviteit van **sertraline**. De subgroepen met een vroeg trauma reageerden het beste op de behandeling (Schatzberg et al., 2008; Brady & Verduin, 2005).

**Topiramaat** lijkt zowel effectief te zijn bij de behandeling van PTSS als bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid. Ook **disulfiram** lijkt effectief (Lageland, 2009).

### 4.6.3. Post Traumatische Stress Stoornis en opiaten

Er werden één reviewartikel, twee multicenterstudies en één cohortstudie gevonden betreffende PTSS en opiaten.

#### Fenomenologie en prevalentie

Een cohortstudie (n=615) van Mills et al. (2005) onderzocht de prevalentie en correlatie van PTSS onder Australische individuen met heroïne afhankelijkheid. Blootstelling aan trauma (92%) en lifetime PTSS (41%) kwamen in hoge mate voor. Heroïneafhankelijken met PTSS hadden een langere geschiedenis van polydrugsgebruik en een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid.

#### Volgorde van behandeling

In een multicenterstudie (n=615) komen Mills, Teesson, Ross en Darke (2007) tot de conclusie dat het enkel behandelen van de middelenafhankelijkheid van heroïneafhankelijken bij mensen met een comorbide PTSS niet afdoende is. Hoewel er verbeteringen zijn wat middelengebruik betreft, zorgde de PTSS ervoor dat er nog steeds een lichamelijke en geestelijke handicap was, en konden patiënten nog steeds niet werken na een twee jaar follow-up. Deze studie pleit voor een behandeling van beide problemen. Een multicenterstudie (n=215) van Trafton, Minkel en Humphreys (2006) komt tot een soortgelijke conclusie. Uit deze studie blijkt dat opiaatvervangende therapie voor middelenafhankelijke patiënten met PTSS even effectief is als voor patiënten zonder PTSS. Wel is er aanvullende behandeling nodig voor de psychische symptomen. Deze zijn vrijwel onveranderd na de behandeling voor middelenafhankelijkheid.

Wat betreft de farmacologische behandeling komt Lageland (2009) in een review tot de conclusie dat patiënten met afhankelijkheid van opiaten en PTSS-symptomen ook baat hebben bij een opiaatreceptorantagonist zoals naltrexon.

### 4.6.4. Post Traumatische Stress Stoornis en cocaïne

Er werden twee RCT-studies (Lester et al, 2007; Hien, Nunes, Levin, & Fraser, 2000), één niet gerandomiseerde studie (Brady et al., 2001), een nieuwe behandelbeschrijving (Back et al., 2001), een kwalitatieve studie (Back, Brady, Jaanimagi, & Jackson, 2006) en een klinische studie gevonden over de combinatie van PTSS en cocaïne-afhankelijkheid.

#### Fenomenologie en prevalentie

Tussen de 30 en 50% van de cocaïne-afhankelijke individuen heeft ooit in zijn leven PTSS gehad. In vergelijking met andere middelen zijn mensen met een cocaïne-afhankelijkheid vaker blootgesteld aan



trauma en hertraumatisatie, hebben ze ernstigere klachten en een grotere kwetsbaarheid voor PTSS (Back et al., 2001). In een klinisch interview (n=39) werden cocaïne-afhankelijken met en zonder PTSS vergeleken. Cocaïne-afhankelijken met PTSS hadden meer As-I en As-II diagnoses en ernstigere symptomatologie (Back et al., 2000).

Tull et al. (2011) vergeleken hoe cocaïneafhankelijke patiënten met en zonder PTSS reageerden op een traumatisch verhaal en een neutraal verhaal: was hun aandacht meer of minder gericht op afbeeldingen van cocaïne? Zij vonden dat cocaïneafhankelijke patiënten een aandachtsbias hadden voor cocaïne afbeeldingen nadat ze een traumatisch verhaal hadden gehoord, maar dat ze dit niet hadden bij een neutraal verhaal, en dat bij cocaïne afhankelijke patiënten dit effect niet werd gevonden. Zij concluderen dat cocaïne een functie heeft om emotie te reguleren bij patiënten met PTSS, en dat dit een aandachtspunt kan zijn voor kortdurende interventies.

### **Geïntegreerde behandeling**

In een niet gerandomiseerde studie (n=39) vonden Brady et al. (2001) dat bij patiënten de symptomen verbeterden na behandeling van CGT voor de cocaïne-afhankelijkheid en exposure-oefeningen voor de PTSS. In een kwalitatieve studie (n=23) onderzochten Back, Brady, Jaanimagi en Jackson (2006) de interactie tussen de symptomen van cocaïneafhankelijkheid en PTSS en voorkeuren voor behandeling zoals patiënten dit ervaren. Verbetering van PTSS symptomen wordt geassocieerd met minder cocaïnegebruik, en een verslechtering van de PTSS symptomen met meer gebruik. Echter, minder cocaïnegebruik werd niet gerelateerd aan minder PTSS symptomen. Ongeveer 41% van de 23 respondenten had een voorkeur voor een geïntegreerde behandeling van zowel de PTSS als het cocaïnegebruik. Lester et al. (2007) pleiten voor andere behandeldoelen dan alleen abstinentie, bijvoorbeeld copinggedrag en reductie van PTSS symptomen. Hien, Nunes, Levin, & Fraser (2000) vonden in een RCT-studie (n=49) dat een grotere mate van PTSS voorspellend is voor minder toewijding aan de behandeling, met name wanneer drugsgebruik bleef aanhouden.

Back et al. (2001) beschrijven een behandelmethode voor deze comorbiditeit: Concurrent Treatment of PTSD and Cocaine Dependence (CTPCD). Deze bestaat uit copingvaardigheden training, cognitieve herstructureringstechnieken en terugvalpreventie voor cocaïnegebruik. Voor PTSS bevat deze methode in-vivo en imaginal exposure therapie. Primaire behandeldoelen zijn psycho-educatie over de relatie tussen PTSS en cocaïne en reductie van cocaïnegebruik en PTSS symptomen. Secundaire behandeldoelen zijn een reductie in HIV-risicogedrag en beter functioneren op het gebied van negatieve affecten en woede.

### **Psychosociale behandeling**

Lester et al. (2007) onderzochten in een RCT-studie (n=118) posttraumatische symptomen onder 118 dakloze cocaïneafhankelijke patiënten. De groep die meer contingentie management kreeg, gericht op copinggedrag, vertoonde een afname van PTSS symptomen.

## **4.6.5. Post Traumatische Stress Stoornis en polymiddelenafhankelijkheid**

Er werd één behandelplanner gevonden met informatie over PTSS en polymiddelenafhankelijkheid.

*The co-occurring disorders treatment planner* (Klott & Jongsma, 2006) biedt niet zozeer een behandeling alswel behandeldoelen. De lange termijn doelen zijn:

1. Het bereiken van een stabiel patroon van abstinentie van polydrugsafhankelijkheid.
2. Het beëindigen van maladaptieve reacties op traumatische gebeurtenissen uit het verleden.

3. Engageren in 'gezonde' dagelijkse activiteiten en tegelijkertijd de symptomen van PTSS managen.
4. Het verstevigen van een sociaal netwerk dat de poging om een drugsvrije levensstijl te behouden ondersteunt.

De korte termijn doelen zijn onder andere gericht op: informatie verschaffen over de traumatische gebeurtenis en de symptomen die daaruit voortkomen, de negatieve consequenties van polymiddelenafhankelijkheid vaststellen, het vaststellen van het level van functioneren voor de traumatische gebeurtenis, inzicht krijgen in de huidige toestand en de psychologische ontwikkeling hiervan, inzicht krijgen in huidig en historisch suïcidaal gedrag, inzicht krijgen in huidig en historisch gewelddadig gedrag, de patiënt helpen met het verbaliseren van de relatie tussen polymiddelenafhankelijkheid en de PTSS, implementeren van oplossingsgerichte vaardigheden om met stressors en symptomen om te gaan, het implementeren van strategieën om met polymiddelenafhankelijkheid om te gaan.

#### **Behandeling: PTSS en alcoholmisbruik of –afhankelijkheid**

Verbeteringen in PTSS symptomatologie leiden tot een sterke verbetering van symptomatologie van de alcoholafhankelijkheid. PTSS symptomen spelen mogelijk een rol bij terugval in alcoholgebruik bij alcoholpatiënten met PTSS. Behandeling van PTSS d.m.v. imaginary exposure lijkt een positief effect te hebben op zowel traumasymptomen als alcoholcraving. Er zijn aanwijzingen dat medicamenteuze behandeling met refusal en/of naltrexon van alcoholafhankelijke PTSS patiënten een positieve invloed heeft op zowel het alcoholgebruik als op PTSS symptomen. Verder is er enig bewijs voor de effectiviteit van sertraline.

*MDR Alcohol, 2009; Schatzberg et al., 2008; Back, Brady, Sonne & Verduin, 2006; Brady & Verduin, 2005*

#### **Aanbevelingen**

De resultaten uit de literatuur geven aan dat er moet worden afgeweken van de algemene beslisboom voor dubbele diagnose, omdat er direct veel aandacht voor de PTSS dient te zijn, tijdens en zo snel mogelijk na de detoxificatie. Ook tijdens de geïntegreerde behandeling dient er een sterke nadruk te liggen op de PTSS behandeling, bij alcoholafhankelijkheid en wellicht ook andere middelenproblematiek.

Er is geen reden gevonden om af te wijken van de algemene behandeladviezen voor middelengebruik, behalve dat op exposure gebaseerde therapieën waarschijnlijk minder effectief zijn indien de patiënt nog onder invloed van middelen is.

Behandel posttraumatische stresssymptomen en verslavingsproblematiek nooit alleen met psychofarmaca.

## **4.7. Obsessief-compulsieve stoornis**

### **4.7.1. Algemeen**

#### **Prevalentie**

In een Nederlandse studie (Blom et al., 2011) gebaseerd op de Nemesis data (een representatieve steekproef van 7076 volwassen Nederlanders) werd de prevalentie tussen obsessief compulsieve

stoornis (OCS) en middelenproblematiek onderzocht onder de algemene bevolking. De conclusie is dat een comorbiditeit tussen middelenafhankelijkheid en OCS bij mannen significant hoger is dan tussen middelenproblematiek en andere psychiatrische stoornissen. Bij vrouwen werd dit effect niet gevonden, de comorbiditeit was wel hoger maar niet significant. Opgemerkt moet worden dat de studie zich baseert op lage cijfers aangezien de diagnose van OCS niet vaak voorkomt.

In de Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (Loth & Oliemeulen, 2005) wordt een prevalentie tussen de 13 en 20% gemeld bij opiaatafhankelijke patiënten. Mancebo et al. (2008) onderzochten de prevalentie van middelengebruik in een klinische setting met patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis (N=323). Maar liefst 27% voldeed aan de criteria voor middelenmisbruik, 12% betrof alcohol, 11% betrof zowel alcohol als drugs en 3% betrof alleen drugs.

Mancebo et al. (2008) melden dat bij 70% van de patiënten met een comorbiditeit van middelengebruik en een obsessief-compulsieve stoornis de stoornis vooraf ging aan het middelengebruik.

### **Volgorde van behandeling**

Het vaststellen van de diagnose van OCS bij mensen met middelenmisbruik of –afhankelijkheid is minder problematisch dan met andere angststoornissen, doordat de symptomen van OCS minder overlap heeft met angstklachten die ontstaan door het middelengebruik of ontwenningssverschijnselen. De symptomen van OCS zijn over het algemeen goed herkenbaar. Een lange periode van observatie tijdens abstinentie lijkt hier dus niet nodig (Myrick & Brady, 2003).

Een RCT-studie (n=66) van Fals-stewart en Schafer (1992) onderzocht de verschillen bij patiënten bij middelengebruik en OCS voor gecombineerde of enkelvoudige behandeling. De volgende behandelcondities werden onderzocht: gecombineerde interventie, behandeling voor middelengebruik, behandeling voor middelengebruik inclusief training voor spierrelaxatie. De resultaten toonden dat patiënten die de gecombineerde interventie voor het omgaan met de symptomen van zowel OCS als middelengebruik kregen langer in behandeling bleven, een grotere reductie in ernst van de OCS symptomen lieten zien en na twaalf maanden (follow-up) vaker abtinent waren. Interpretatie van deze resultaten geeft aan dat behandeling van middelengebruik en OCS in deze doelgroep zich op beide stoornissen tegelijk dient te richten voor een goed resultaat.

### **Psychosociale behandeling**

Er zijn in de literatuur geen studies gevonden die de algemene beslisboom of de beslisboom uit de MD richtlijn alcohol wijzigen of bevestigen.

### **Farmacologische behandeling**

Er werden twee reviews gevonden betreffende de farmacologische behandeling van OCS en middelenproblematiek, deze ondersteunden de bevindingen van de beslisboom angststoornis. Vanwege ongunstige effecten van clomipramine in het geval een patiënt zich in een ontwenningssfase van alcohol of benzodiazepines bevindt, of door mogelijk toxische interacties met alcohol, stimulantia en stoffen die remmend werken op het centraal zenuwstelsel, hebben SSRI's de eerste voorkeur. Toxische interacties komen vaker voor bij de TCA clomipramine in combinatie alcohol, stimulerende middelen en depressanten die op het zenuwstelsel inwerken (Brady & Verduin, 2005; Myrick & Brady, 2003).

### **Beslisboom**

Geen reden gevonden om af te wijken van de algemene beslisboom voor comorbiditeit, de beslisboom van de MDR Angststoornissen, of de behandeladviezen voor middelenmisbruik.

#### 4.7.2. Obsessief compulsieve stoornis en cannabis

Er werd één behandelplanner gevonden met informatie over PTSS en polymiddelenafhankelijkheid.

*The co-occurring disorders treatment planner* (Klott & Jongsma, 2006) biedt niet zozeer een behandeling alswel behandeldoelen. De lange termijn doelen zijn:

1. Beëindigen van het cannabis misbruik
2. Het inzetten van een herstel patroon van cannabisgebruik waarin sociale support en terugval preventie centraal staan
3. Het verzachten van obsessieve gedachten, compulsief gedrag en daaraan gerelateerde angst en komen tot een level van functioneren.

De korte termijn doelen zijn onder andere gericht op: het identificeren van positieve en negatieve effecten van het cannabisgebruik, voorzien in psycho-educatie, het afnemen van vragenlijsten met betrekking tot angststoornissen en middelenafhankelijkheid, inzicht krijgen in de historische en huidige ontwikkeling van de obsessief compulsieve stoornis, psychotrope medicatie voorschrijven, de klachten prioriteren naar die conditie die het meeste lijden veroorzaakt, patiënt helpen met het implementeren van strategieën om met zijn obsessief compulsieve stoornis om te gaan, patiënt helpen met het verbaliseren van toegenomen en toenemend zelfvertrouwen, opnieuw het afnemen van testen met betrekking tot de angstklachten en middelenafhankelijkheid of de uitkomst te monitoren, een vragenlijst afnemen naar de patiënttevredenheid over de behandeling.

#### 4.7.3. Obsessief compulsieve stoornis en alcohol

Er werd één crossectionele studie gevonden (n=630) naar OCS en alcohol. Gentil et al. (2009) deden onderzoek naar de kenmerken van (Braziliaanse) patiënten met een obsessief compulsieve stoornis en alcoholafhankelijkheid. In vergelijking met OCS patiënten zonder alcoholafhankelijkheid waren patiënten met alcoholafhankelijkheid en OCS vaker man, hadden ze vaker een psychiatrische behandeling gehad, en in hun leven vaker suïcidale gedachten gehad, en hogere scores wat betreft hoarding (het obsessief verzamelen van slecht-buikbare objecten). Ook was er hogere comorbiditeit met gegeneraliseerde angst, somatische stoornissen en compulsief seksueel gedrag. De resultaten suggereren dat er onder behandelaars veel aandacht moet zijn voor het risico op suïcidaliteit en ander comorbiditeit onder deze doelgroep. Een goede diagnose is belangrijk onder deze doelgroep.

##### **Behandeling: Obsessief compulsieve stoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid**

Er is geen reden gevonden om bij de behandeling van OCS en comorbide middelengebruik af te wijken van de algemene beslisboom van de MDR Angststoornissen, de behandeladviezen voor middelenmisbruik, of de algemene beslisboom voor comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid.

*Brady & Verduin, 2005; Myrick & Brady, 2003*

##### **Aanbevelingen**

Over comorbiditeit van OCS met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is te weinig bewijs gevonden om aanbevelingen te kunnen doen.

## 4.8. Hypochondrie

Er is geen informatie gevonden over hypochondrie. Op geen van de punten hoeft afgeweken te worden van de beslisboom voor angststoornissen en de algemene beslisboom. Alleen zou voor patiënten die willen blijven gebruiken cognitieve gedragstherapie de voorkeur hebben boven exposure therapie.

### Aanbevelingen

Over comorbiditeit van hypochondrie met specifieke middelen (opiaten, cannabis, alcohol) is te weinig bewijs gevonden om aanbevelingen te kunnen doen.

## Overzicht behandelstappen: middelenproblematiek en angststoornissen

<b>Diagnose</b>	
Voor het stellen van een diagnose is een periode van abstinentie of stabilisatie nodig	
1. Maak een keuze tussen: - abstinentie - stabilisatie	<i>Bepaal dit aan de hand van:</i> - de mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis - de halfwaardetijd van het middel waarvan de patiënt afhankelijk is
2. Bepaal de periode van abstinentie of stabilisatie die nodig is.	- de ernst van de conditie van de patiënt - de verwachten baten en risico's van de voorgestelde behandeling - de voorkeur van de patiënt
3. Stel na de periode van abstinentie of stabilisatie een diagnose - Angst: is er sprake van een angststoornis of van angstklachten? - Overige psychiatrie: met name depressie - Middelen: let ook op roken en benzodiazepine-afhankelijkheid - Somatiek - Sociale problemen	
<i>Zie beslisboom diagnostiek</i>	

### Behandeling

De eerste afweging die gemaakt moet worden is:  
- Is abstinentie van middelen haalbaar en/of gewenst?

### Behandeling: abstinentie haalbaar/gewenst

1. Geef door middel van psycho-educatie de patiënt inzicht in de samenhang van zijn klachten
2. Besteed gelijktijdig <i>aandacht</i> aan beide stoornissen, <i>monitor</i> beide stoornissen
3. Bepaal in hoeverre gelijktijdige <i>behandeling</i> van beide klachten wenselijk en mogelijk is. Bepaal waar de lijdenslast als eerste verlicht moet worden
4. Bepaal wat er nodig is aan zorg en biedt deze aan op het gebied van: - overige psychiatrie - somatiek - sociale problemen

- angstklachten door gebrek aan copingstrategieën	
5. Bepaal de setting van behandeling - ambulante of klinisch - groeps of individueel	Bepaal dit aan de hand van de eigenschappen en voorkeuren van de patiënt. Behandeling voor middelen is vaak in groepsverband, dit kan confronterend zijn voor patiënten met sociale angst
6. Indien is gekozen voor een farmacologische behandeling voor angststoornis (of middelen): - Bepaal hoe deze de psychotherapie voor middelen (of angststoornis) beïnvloedt. - Controleer of er bij comorbiditeit moet worden afgeweken (zie hoofdstuk - Let op eventuele terugval in middelengebruik en de invloed hiervan op de farmacologische behandeling van de angststoornis.	Let op: - ongewilde synergie tussen de voorgeschreven medicatie en de gebruikte middelen indien er sprake is van terugval of gecontroleerd gebruik - drug-drug interactie die van invloed is op de effectiviteit van de psychiatrische behandeling - drugs-zoekend gedrag dat gericht kan zijn op het verkrijgen van de medicatie - intentionele of niet-intentionele overdosis - het risico op misbruik van een medicijn
7. Indien is gekozen voor een psychosociale behandeling: - Controleer of er bij comorbiditeit moet worden afgeweken (zie hoofdstuk 4) - Controleer of er beïnvloeding is door medicatie (op exposure-therapieën) - Controleer of er sprake is van cognitieve schade of een verstandelijke beperking (dit kan de effectiviteit van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie negatief beïnvloeden). - Let op eventuele terugval in middelengebruik en de invloed hiervan op de psychosociale behandeling van de angststoornis.	
<i>Zie de beslisboom comorbiditeit</i> <i>Zie de betreffende beslisboom voor de angststoornis (zie bijlage 3)</i> <i>Zie de behandeladviezen voor middelengebruik (zie hoofdstuk 3)</i> <i>Zie de behandeladviezen voor aanpassingen bij comorbiditeit (zie hoofdstuk 4)</i>	

<b>Behandeling: abstinentie <u>niet</u> haalbaar en/of gewenst</b>
1. Geef door middel van psycho-educatie de patiënt inzicht in de samenhang van zijn klachten
2. Indien de behandelaar abstinentie wel gewenst vindt, probeer motiverende gespreksvoering
3. Maak een afweging tussen de volgende opties: - Er is <u>niet</u> genoeg stabiliteit of controle in middelengebruik om toch te behandelen voor angststoornissen - Er is genoeg stabiliteit of controle in middelengebruik om toch te behandelen voor angststoornissen
<b>Behandeling: abstinentie <u>niet</u> haalbaar en/of gewenst, <u>niet</u> mogelijk om angststoornis te behandelen</b>
1. Geef de patiënt een onderbouwing van de beslissing
2. Bied de patiënt motiverende gespreksvoering aan
3. Probeer op een later punt de patiënt opnieuw te motiveren voor zorg, hou contact met de patiënt
<b>Behandeling: abstinentie <u>niet</u> haalbaar en/of gewenst, <u>wel</u> mogelijk om angststoornis te behandelen</b>
1. Bepaal in hoeverre het middelengebruik de <i>psychosociale</i> behandeling voor de angststoornis zal beïnvloeden (bijvoorbeeld ongevoeligheid voor exposuretherapie)
2. Bepaal in hoeverre het middelengebruik de <i>farmacologische</i> behandeling voor de angststoornis zal beïnvloeden (bijvoorbeeld drug-drug interactie)
3. Maak een keuze voor de meest geschikte behandeling voor de angststoornis. Monitor beide klachten.
4. Bied de patiënt op een later punt opnieuw zorg aan voor middelen.
<i>Zie de beslisboom comorbiditeit</i> <i>Zie de betreffende beslisboom voor de angststoornis (zie bijlage 3)</i>

*Zie de behandeladviezen voor aanpassingen bij comorbiditeit (zie hoofdstuk 4)*

## Literatuurlijst

- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids* Arlington: American Psychiatric Press
- Antony, M. M., & Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological assessment, 17*(3), 256-266.
- Aubin, H. J. (2009). Management of emergent psychiatric symptoms during smoking cessation. *Current medical research and opinion, 25*(2), 519-525.
- Avants, S. K., Margolin, A., Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Schottenfeld, R. S. (1998). When is less treatment better? The role of social anxiety in matching methadone patients to psychosocial treatments. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(6), 924-931.
- Back, S., Dansky, B. S., Coffey, S. F., Saladin, M. E., Sonne, S., & Brady, K. T. (2000). Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, 9*(1), 51-62.
- Back, S. E., Brady, K. T., Jaanimagi, U., & Jackson, J. L. (2006). Cocaine dependence and PTSD: a pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive behaviors, 31*(2), 351-354.
- Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., & Verduin, M. L. (2006). Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *The Journal of nervous and mental disease, 194*(9), 690-696.
- Back, S. E., Dansky, B. S., Carroll, K. M., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures. *J Subst Abuse Treat, 21*(1), 35-45.
- Back, S. E., Jackson, J. L., Sonne, S., & Brady, K. T. (2005). Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset. *J Subst Abuse Treat, 29*(1), 29-37.
- Back, S. E., Waldrop, A. E., & Brady, K. T. (2009). Treatment challenges associated with comorbid substance use and posttraumatic stress disorder: clinicians' perspectives. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, 18*(1), 15-20.
- Bills, L. J., & Kreisler, K. (1993). Treatment of flashbacks with naltrexone. *Am J Psychiatry, 150*(9), 1430.
- Blom, R. M., Koeter, M., Brink, W. v. d., Graaf, R. d., Have, M. t., & Denys, D. (2011). Co-occurrence of obsessive compulsive disorder and substance use disorder in the general population. *Addiction, In press.*
- Book, S. W., Thomas, S. E., Dempsey, J. P., Randall, P. K., & Randall, C. L. (2009). Social anxiety impacts willingness to participate in addiction treatment. *Addict Behav, 34*(5), 474-476.
- Book, S. W., Thomas, S. E., Randall, P. K., & Randall, C. L. (2008). Paroxetine reduces social anxiety in individuals with a co-occurring alcohol use disorder. *Journal of anxiety disorders, 22*(2), 310-318.
- Bowen, R. C., D'Arcy, C., Keegan, D., & Senthilselvan, A. (2000). A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive behaviors, 25*(4), 593-597.



- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *Journal of substance abuse treatment, 21*(1), 47-54.
- Brady, K. T., Sonne, S., Anton, R. F., Randall, C. L., Back, S. E., & Simpson, K. (2005). Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcohol Clin Exp Res, 29*(3), 395-401.
- Brady, K. T., & Verduin, M. L. (2005). Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders. *Substance use & misuse, 40*(13-14), 2021-2041, 2043-2028.
- Brunette, M. F., Noordsy, D. L., Xie, H., & Drake, R. E. (2003). Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric services 54*(10), 1395-1401.
- Buydens-Branchey, L., & Branchey, M. (2006). n-3 polyunsaturated fatty acids decrease anxiety feelings in a population of substance abusers. *J Clin Psychopharmacol, 26*(6), 661-665.
- Camacho, A., & Stein, M. B. (2002). Modafinil for social phobia and amphetamine dependence. *The American journal of psychiatry, 159*(11), 1947-1948.
- CBO. (2004). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving*. Utrecht: CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008b). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD001088.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S., & Walter, G. (2008a). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *J Adv Nurs.*
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S., & Walter, G. (2008c). The association between substance use and the needs of patients with psychiatric disorder, levels of anxiety, and caregiving burden. *Arch Psychiatr Nurs, 22*(6), 375-385.
- Coffey, S. F., Read, J. P., & Norberg, M. M. (2008). Posttraumatic Stress and Substance Use Disorder: Neuroimaging, Neuroendocrine, and Psychophysiological Findings. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity*. New York: Springer
- Conrad, P., & Stewart, S. (2003). Experimental studies exploring functional relations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. B. Ouimette, P. J. (Ed.), *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. Arlington: American Psychological Association.
- Cosci, F. (2007). *Studies on the relationship between alcohol or nicotine use and panic*. Maastricht University, Maastricht.
- Cosci, F., De Gooyer, T., Schruers, K., Faravelli, C., & Griez, E. (2005). The influence of ethanol infusion on the effects of 35% CO<sub>2</sub> challenge. A study in panic disorder patients and healthy volunteers. *Eur Psychiatry, 20*(3), 299-303.
- Cosci, F., Schruers, K. R., Abrams, K., & Griez, E. J. (2007). Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship. *The Journal of clinical psychiatry, 68*(6), 874-880.
- Dass-Brailsford, P., & Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: the need for an integrated approach. *Trauma Violence Abuse, 11*(4), 202-213.
- Davis, E., Saeed, S. A., & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: empirically informed diagnosis and treatment. Reviews literature on anxiety disorders in DD population with practical take-home messages for the clinician. *The Psychiatric quarterly, 79*(3), 249-263.

- De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 155-170.
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A., & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *The American journal of psychiatry*, 159(4), 620-629.
- De Jong, C., Dijkstra, B., & De Jong, M. (2004). *Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- De Jong, J. (2008). *Intercultureel addendum angststoornissen*. Rotterdam: Mikado, kenniscentrum interculturele zorg.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 34(1), 123-138.
- Draper, J. C., & McCance-Katz, E. F. (2005). Medical illness and comorbidities in drug users: implications for addiction pharmacotherapy treatment. *Subst Use Misuse*, 40(13-14), 1899-1921, 2043-1898.
- Drapkin, M. L., Yusko, D., Yasinski, C., Oslin, D., Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2011). Baseline functioning among individuals with posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(2), 186-192.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., et al. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcohol Clin Exp Res*, 32(3), 481-488.
- Emmelkamp, P., & Vedel, E. (2007). *Alcohol- en drugsverslaving. Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Erb, S. (2010). Evaluation of the relationship between anxiety during withdrawal and stress-induced reinstatement of cocaine seeking. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(5), 798-807.
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Oncu, F., & Cakmak, D. (2009). Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatry Res*, 165(3), 273-280.
- Fals-Stewart, W., & Angarano, K. (1994). Obsessive-compulsive disorder among patients entering substance abuse treatment. Prevalence and accuracy of diagnosis. *J Nerv Ment Dis*, 182(12), 715-719.
- Fals-Stewart, W., & Schafer, J. (1992). The treatment of substance abusers diagnosed with obsessive-compulsive disorder: an outcome study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(4), 365-370.
- Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E., & Auriacombe, M. (2010). Relationship between anxiety disorders and opiate dependence-- A systematic review of the literature: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 220-230.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2008). Treatment of PTSD with Comorbid Disorders In *Effective Treatments for PTSD: Second Edition*. New York: The Guilford Press
- Franken, I., & Van den Brink, W. (Eds.). (2009). *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Gentil, A. F., de Mathis, M. A., Torresan, R. C., Diniz, J. B., Alvarenga, P., do Rosario, M. C., et al. (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug and alcohol dependence*, 100(1-2), 173-177.
- Gerra, G., Leonardi, C., D'Amore, A., Strepparola, G., Fagetti, R., Assi, C., et al. (2006). Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: A

- retrospective study. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 30(2), 265-272.
- Gielen, N., Havermans, R. C., Tekelenburg, M., Henquet, C., Wiers, R. J., & Jansen, A. (2010/ in progress). Post traumatic stress disorder in patients with substance use disorder: Prevalence and characteristics of a dutch sample. *Unpublished manuscript*.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R., et al. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4), 435-443.
- Grothues, J. M., Bischof, G., Reinhardt, S., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2008). Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug Alcohol Depend*, 94(1-3), 214-220.
- Hall, S. M., & Prochaska, J. J. (2009). Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, 409-431.
- Haustein, K. O., Haffner, S., & Woodcock, B. G. (2002). A review of the pharmacological and psychopharmacological aspects of smoking and smoking cessation in psychiatric patients. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*, 40(9), 404-418.
- Health Canada. (2002). *Best practices. Concurrent mental health and substance use disorders*. Ottawa: Health Canada.
- Hendriks, V. (2009). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.
- Hesse, M. (2009). Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry*, 9(1), 6.
- Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N., Hu, M. C., Miele, G. M., Cohen, L. R., et al. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *Am J Psychiatry*, 167(1), 95-101.
- Hien, D. A., Nunes, E., Levin, F. R., & Fraser, D. (2000). Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 19(1), 31-37.
- Hien, D. A., Wells, E. A., Jiang, H., Suarez-Morales, L., Campbell, A. N., Cohen, L. R., et al. (2009). Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Consult Clin Psychol*, 77(4), 607-619.
- Holmwood, C. (2003). *Comorbidity of mental disorders and substance use. A brief guide for the primary care clinician*. Canberra: Commonwealth Department of Health and ageing.
- Hovens, J., & Vink, L. (2003). *Richtlijn benzodiazepinen dosisreductie*. Leiden: LUMC.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American journal of psychiatry*, 158(8), 1184-1190.
- Kalman, D., Morissette, S. B., & George, T. P. (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*, 14(2), 106-123.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav*, 37(1), 11-24.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*, 72(2), 276-287.

- Kerkmeer, M. C., & Hendriks, V. M. (2003). Evidence based behandelingen voor dubbele diagnosepatiënten. Een literatuurstudie. . In C. Van der Meer, V. Hendriks & R. Vos (Eds.), *Dubbele diagnose Dubbele hulp, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: GGZ Nederland/ Parnassia.
- Klostermann, K. C., & Fals-Stewart, W. (2008). Treatment of Co-Morbid Obsessive-Compulsive Disorder and Substance Use Disorders. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Klott, J., & Jongsma, A. (2006). *The co-occurring disorders treatment planner*. New Jersey: Wiley.
- Kosten, T. R., Fontana, A., Sernyak, M. J., & Rosenheck, R. (2000). Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse. *The Journal of nervous and mental disease, 188*(7), 454-459.
- Krupitsky, E. M., Burakov, A. M., Ivanov, V. B., Krandashova, G. F., Lapin, I. P., Grinenko, A., et al. (1993). Baclofen administration for the treatment of affective disorders in alcoholic patients. *Drug and alcohol dependence, 33*(2), 157-163.
- Kushner, M., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 149-171.
- Kushner, M. G., Donahue, C., Sletten, S., Thuras, P., Abrams, K., Peterson, J., et al. (2006). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorder in alcoholism treatment patients: Presentation of a prototype program and future directions *Journal of Mental Health, 15*(6), 697-707.
- Labbate, L. A., Sonne, S. C., Randal, C. L., Anton, R. F., & Brady, K. T. (2004). Does comorbid anxiety or depression affect clinical outcomes in patients with post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders? *Comprehensive psychiatry, 45*(4), 304-310.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen. (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut/Cbo.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: paniekstoornis en PTSS (eerste revisie)*. Utrecht: Trimbos-instituut/Cbo.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut.
- Langeland, W. (2009). Complex posttraumatic stress disorders in patients with substance abuse. *European Psychiatry, 24*(Supplement 1), S248
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA, 284*(20), 2606-2610.
- Lester, K. M., Milby, J. B., Schumacher, J. E., Vuchinich, R., Person, S., & Clay, O. J. (2007). Impact of behavioral contingency management intervention on coping behaviors and PTSD symptom reduction in cocaine-addicted homeless. *Journal of traumatic stress, 20*(4), 565-575.
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., & Christodoulou, G. (2003). Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration. *Journal of affective disorders, 76*(1-3), 279-284.
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., & Rabavilas, A. (2005). Mirtazapine and venlafaxine in the management of collateral psychopathology during alcohol detoxification. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 29*(1), 55-60.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol, 15*(4), 445-452.

- Lingford-Hughes, A., Welch, S., Nutt, D., & British Association for Psychopharmacology. (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, *18*, 293-335.
- Logrip, M. L., Zorrilla, E. P., & Koob, G. F. (2011). Stress modulation of drug self-administration: Implications for addiction comorbidity with post-traumatic stress disorder. *Neuropharmacology*, *In Press, Corrected Proof*.
- Loth, C., & Oliemeulen, L. (2005). *Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling*. Rotterdam: Resultaat Scoren.
- Lubin, G., Weizman, A., Shmushkevitz, M., & Valevski, A. (2002). Short-term treatment of post-traumatic stress disorder with naltrexone: an open-label preliminary study. *Hum Psychopharmacol*, *17*(4), 181-185.
- Mancebo, M. C., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2008). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *J Anxiety Disord*.
- Marquenie, L. A. (2003). *The comorbidity of alcohol dependence and phobic disorders. Origin, course and expectancies*. VU, Amsterdam.
- Marquenie, L. A., Schadé, A., Van Balkom, A. J., Comijs, H. C., De Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2007). Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings of a general population study. *European addiction research*, *13*(1), 39-49.
- Marquenie, L. A., Schadé, A., Van Balkom, A. J., Koeter, M., Frenken, S., Van den Brink, W., et al. (2006). Comorbid phobic disorders do not influence outcome of alcohol dependence treatment. Results of a naturalistic follow-up study. *Alcohol and alcoholism*, *41*(2), 168-173.
- Marshall, E. J. (2008). Medical Management of Co-Morbid Anxiety and Substance Use Disorder In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Matheï, C. (2008). *Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegaledruggebruikers*. Brussel: VAD.
- McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *J Anxiety Disord*.
- McEvoy, P., & Shand, F. (2008). The effect of comorbid substance use disorders on treatment outcomes for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(6), 1087-1098.
- McRae, A. L., Sonne, S. C., Brady, K. T., Durkalski, V., & Palesch, Y. (2004). A randomized, placebo-controlled trial of buspirone for the treatment of anxiety in opioid-dependent individuals. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, *13*(1), 53-63.
- Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and alcohol dependence*, *77*(3), 243-249.
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2007). The impact of post-traumatic stress disorder on treatment outcomes for heroin dependence. *Addiction*, *102*(3), 447-454.
- Minkoff, K., & Regner, J. (1999). Innovations in Integrated Dual Diagnosis Treatment in Public Managed Care: The Choate Dual Diagnosis Case Rate Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, *31*(1), 3-12.
- Morris, E. P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clinical psychology review*, *25*(6), 734-760.

- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders*. . New York: The Guilford Press.
- Myrick, H., & Brady, K. (2003). Current review of the comorbidity of affective, anxiety, and substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *16*, 261–270.
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, *186*(2-3), 159-164.
- Patkar, A. A., Vergare, M. J., Batra, V., Weinstein, S. P., & Leone, F. T. (2003a). Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry*, *66*(3), 183-199.
- Patkar, A. A., Vergare, M. J., Thornton, C. C., Weinstein, S. P., Murray, H. W., & Leone, F. T. (2003b). Nicotine dependence and treatment outcome among African American cocaine-dependent patients. *Nicotine Tob Res*, *5*(3), 411-418.
- Perugi, G., Toni, C., Frare, F., Ruffolo, G., Moretti, L., Torti, C., et al. (2002). Effectiveness of adjunctive gabapentin in resistant bipolar disorder: is it due to anxious-alcohol abuse comorbidity? *Journal of clinical psychopharmacology*, *22*(6), 584-591.
- Petrakis, I. L., Poling, J., Levinson, C., Nich, C., Carroll, K., Ralevski, E., et al. (2006). Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, *60*(7), 777-783.
- Pirkola, S. P., Poikolainen, K., & Lonnqvist, J. K. (2006). Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult general population--results from the Finnish Health 2000 study. *Alcohol and alcoholism*, *41*(3), 315-320.
- Randall, C. L., Book, S. W., Carrigan, M. H., & Thomas, S. E. (2008). Treatment of Co-Occurring Alcoholism and Social Anxiety Disorder. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Randall, C. L., Johnson, M. R., Thevos, A. K., Sonne, S. C., Thomas, S. E., Willard, S. L., et al. (2001). Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depression and anxiety*, *14*(4), 255-262.
- Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res*, *25*(2), 210-220.
- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and alcohol dependence*, *77*(3), 251-258.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2008). Treatment for Co-Morbid Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Schadé, A. (2003a). *The treatment of alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder*. VU, Amsterdam.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., Van Balkom, A. J., De Beurs, E., Van Dyck, R., & Van Den Brink, W. (2003b). Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol and alcoholism*, *38*(3), 255-262.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., Van Balkom, A. J., Koeter, M. W., De Beurs, E., Van Den Brink, W., et al. (2004). Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol and alcoholism*, *39*(3), 241-246.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., Van Balkom, A. J., Koeter, M. W., De Beurs, E., Van den Brink, W., et al. (2005). The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a

- comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 29(5), 794-800.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A. J., Koeter, M. W., de Beurs, E., van Dyck, R., et al. (2007). Anxiety disorders: treatable regardless of the severity of comorbid alcohol dependence. *European addiction research*, 13(2), 109-115.
- Schadé, A., Marquenie, L. A., Van den Brink, W., & Van Dyck, R. (1998). De combinatie van angststoornis en alcoholverslaving. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 142(2), 57-60.
- Schatzberg, A., Weiss, R., Brady, K., & Culppepper, L. (2008). Bridging the clinical gap: Managing patients with co-occurring mood, anxiety, and alcohol use disorders. *CNS Spectrum*, 13(4), 1-16.
- Schatzberg, A. F. (2008). Achieving remission and favorable outcomes in patients with depression/anxiety and substance use disorders. *CNS Spectr*, 13(4 Suppl 6), 10-12.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U., et al. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol and alcoholism*, 36(3), 219-223.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., & Sine, L. F. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma and substance abuse. *Journal of psychoactive drugs*, 26(4), 379-391.
- Stewart, S. H., & Conrod, P. J. (Eds.). (2008). *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Tekelenburg, M. (2009). *Prevalence and characteristics of PTSD-symptoms in patients with substance use disorders*. Maastricht: University Maastricht.
- Thevos, A., Roberts, J., Thomas, S., & Randall, C. (2000). Cognitive behavioural therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 25(3), 333-345.
- Thomas, S. E., Randall, P. K., Book, S. W., & Randall, C. L. (2008). A complex relationship between co-occurring social anxiety and alcohol use disorders: what effect does treating social anxiety have on drinking? *Alcoholism, clinical and experimental research*, 32(1), 77-84.
- Toneatto, T., & Rector, N. A. (2008). Treating Co-Morbid Panic Disorder and Substance Use Disorder. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Tran, G., & Smith, J. (2008). Co-morbidity of social phobia and alcohol use disorders: a review of psychopathology research findings. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Triffleman, E., Carroll, K., & Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy. An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of substance abuse treatment*, 17(1-2), 3-14.
- Tull, M. T., McDermott, M. J., Gratz, K. L., Coffey, S. F., & Lejuez, C. W. (2008). Cocaine-related attentional bias following trauma cue exposure among cocaine dependent in-patients with and without post-traumatic stress disorder. *Addiction*.
- Tyrer, P. (1990). The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire *J. Affective Disorders*.
- Van der Meer, C., Hendriks, V., & Vos, R. (2003). *Dubbele diagnose Dubbele hulp, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Amersfoort/Den Haag: GGZ Nederland/ Parnassia.
- Van der Stel, J. (2006). *Angststoornissen & gebruik van middelen. Een quickscan van de literatuur*. Haarlem: Resultaten Scoren.
- Van der Stel, J. (2009). Comorbiditeit. In I. Franken & W. Van den Brink (Eds.), *Handboek verslaving*. Zoetermeer: De Tijdstroom.

- Westenberg, H., & Liebowitz, M. (2004). Overview of panic and social anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 14, 22-26.
- Wilson, D., Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders and comorbid alcohol dependency (Protocol). *The Cochrane Library*, 2009(1).
- Wittenberg, S. (2007). *Behandeling van verslaving en een comorbide angststoornis*. Amsterdam: Jellinek.
- Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J., Rivara, F., Droesch, R., Wagner, A., et al. (2004). A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Archives of general psychiatry*, 61(5), 498-506.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Marshall, E. C. (2008). Anxiety vulnerability factors and disorders and tobacco and marijuana use and disorders: emerging theory and research explicating their relations. *Addict Behav*, 33(11), 1383-1384.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Marshall, E. C., & Feldner, M. T. (2006). Panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: associations with substance use, abuse, and dependence. *Curr Psychiatry Rep*, 8(4), 279-285.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N. B., Buckner, J. D., & Bonn-Miller, M. O. (2006). Lifetime associations between cannabis, use, abuse, and dependence and panic attacks in a representative sample. *J Psychiatr Res*, 40(6), 477-486.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Yartz, A. R., McLeish, A. C., & Feldner, M. T. (2008b). Cognitive-Behavioral Treatment of Co-morbid Panic Psychopathology and Tobacco Use and Dependence. In S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorders. The vicious cycle of comorbidity* New York: Springer
- Zvolensky, M. J., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McLeish, A. C., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety sensitivity interacts with marijuana use in the prediction of anxiety symptoms and panic-related catastrophic thinking among daily tobacco users. *Behav Res Ther*, 44(7), 907-924.
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., Gibson, L. E., Abrams, K., & Gregor, K. (2005). Acute nicotine withdrawal symptoms and anxious responding to bodily sensations: a test of incremental predictive validity among young adult regular smokers. *Behav Res Ther*, 43(12), 1683-1700.
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., & McLeish, A. C. (2005). Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*, 25(6), 761-789.
- Zvolensky, M. J., Gibson, L. E., Vujanovic, A. A., Gregor, K., Bernstein, A., Kahler, C., et al. (2008). Impact of Posttraumatic Stress Disorder on early smoking lapse and relapse during a self-guided quit attempt among community-recruited daily smokers. *Nicotine Tob Res*, 10(8), 1415-1427.



## **Bijlage 1: Patiëntenversie**



### **Patiëntenfolder**

## **Angststoornissen en problemen met verslavende middelen**

(Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen, patiëntenversie)

Anke Snoek, Elske Wits & Wim Meulders

In opdracht van Resultaten Scoren

Amersfoort, 2011

## Inleiding

In deze folder vindt u informatie over het samen voorkomen van angststoornissen en problemen met verslavende middelen. Wat houdt deze combinatie in? Hoe wordt het vastgesteld? En welke behandelingen zijn er mogelijk?

De behandelingen die in deze folder worden beschreven zijn effectief gebleken. Aan de hand van deze folder kunt u samen met uw behandelaar een behandeltraject uitstippelen. U kunt bepalen of een behandeling bij u past door samen met uw behandelaar te kijken naar uw persoonlijke omstandigheden en uw eigen voorkeuren. U kunt deze folder ook gebruiken als naslagwerk. In de inhoudsopgave vindt u waar welke informatie staat.

Voor behandelaars bestaat er een aparte folder: 'Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen'.

## Een combinatie van een angststoornis en problemen met verslavende middelen: wat betekent dat?

### ***Wat is een angststoornis?***

Angst is in principe een normaal en gezond verschijnsel. Het zorgt ervoor dat u op een goede manier kunt reageren op gevaar. Bij bovenmatige angst bent u ook angstig als er geen echt gevaar is, of reageert u extreem angstig op een niet erg gevaarlijke situatie. Er is sprake van een *angststoornis* wanneer u echt last heeft van uw angst. U wordt dan beperkt in uw sociale en beroepsmatige functioneren, doordat u situaties gaat vermijden die voor u beangstigend zijn. Een angststoornis is een ziekte die zich op verschillende manieren kan uiten. Er zijn zes verschillende angststoornissen:

- Gegeneraliseerde angststoornis
- Paniekstoornis met of zonder agorafobie (pleinvrees)
- Sociale fobie
- Posttraumatische stressstoornis
- Obsessief compulsieve stoornis (dwangstoornis)
- Hypochrondrie

In de patiëntenfolder over angststoornissen kunt u hier meer over lezen. Hierbij hoort ook een richtlijn voor behandelaren.

## ***Wat zijn problemen met verslavende middelen?***

Veel mensen gebruiken verdovende middelen zoals alcohol, een sigaret of een joint om te ontspannen of ervan te genieten. Dit gebruik is voor een groot deel sociaal geaccepteerd. Het gebruik van verslavende middelen kan ook voor problemen zorgen. Het is dan onaangepast (bijvoorbeeld teveel drinken) en beperkt uw leven (bijvoorbeeld katers waardoor u belangrijke afspraken mist). In dat geval spreekt men van middelenmisbruik. Misbruik kan leiden tot afhankelijkheid (verslaving). U bent afhankelijk van middelen wanneer 3 of meer van de volgende kenmerken voorkomen:

- U gebruikt meer dan u wilt
- U wilt minderen met het gebruik, maar kunt dit niet
- Het gebruik en herstel (zoals een kater) kosten u veel tijd
- Het gebruik heeft vervelende gevolgen voor school/werk/hobby's en vrienden
- U gebruikt terwijl u weet dat het schade oplevert
- U krijgt tolerantie voor het middel (meer nodig hebben om het effect nog te voelen)
- U heeft ontwenningssverschijnselen (bijvoorbeeld ziek of snel geïrriteerd zijn) bij minderen of stoppen

## ***Wat houdt een combinatie van deze problemen in?***

Veel mensen met een angststoornis hebben ook problemen met verslavende middelen. Voor mensen met een angststoornis kan het gebruik van een kleine hoeveelheid middelen vaak al een groot effect hebben. Omgekeerd geldt hetzelfde: veel mensen die problemen hebben met verslavende middelen, hebben ook last van angststoornissen.

Dat veel mensen last hebben van beide klachten, kan op verschillende manieren gekomen zijn:

1. Iemand met een angststoornis kan verdovende middelen zijn gaan gebruiken om zijn angstgevoelens aan te kunnen. Bijvoorbeeld: iemand die sociale angst heeft, merkt dat hij minder angstig is als hij drinkt.
2. Iemand kan afhankelijk zijn van middelen, en als gevolg daarvan ook een angststoornis hebben ontwikkeld. Dit kan komen door de heftige levensstijl die bij het middelenmisbruik hoort. Hierbij loopt men bijvoorbeeld meer risico om slachtoffer te worden van geweld, waardoor een posttraumatische stressstoornis kan ontstaan. Maar het middelengebruik zelf kan ook een trigger (versterker) zijn voor een angststoornis. Het gebruik wekt de angststoornis dan op.
3. De klachten kunnen ook allebei dezelfde oorzaak hebben. Bijvoorbeeld: door een erfelijke aanleg of een trauma in de jeugd kan iemand zowel teveel middelen gaan gebruiken, als een angststoornis ontwikkelen.
4. Beide klachten kunnen ook los van elkaar bestaan.

Het lastige is dat de klachten elkaar vaak versterken en in stand houden. Er wordt vaak gedacht dat, wanneer het ene probleem is aangepakt, het andere vanzelf verdwijnt. Wanneer u bijvoorbeeld alcohol of drugs gebruikt om uw angsten te verdoven en behandeld wordt voor uw angststoornis, verwacht u misschien dat u ook geen behoefte meer heeft om middelen te gebruiken. Dat blijkt niet altijd waar. Als u lang genoeg middelen heeft gebruikt, en daarvan afhankelijk bent geworden, dan is het lastig om er zomaar, zonder behandeling, mee te stoppen. Ook als de reden om middelen te gebruiken eigenlijk verdwenen is. Als u afhankelijk van middelen bent, dan is middelengebruik vaak een probleem op zich geworden.

### ***Hoe wordt het vastgesteld?***

Het is voor een behandelaar soms erg moeilijk om te bepalen wat voor soort angstklachten iemand heeft, doordat de klachten vanwege een angststoornis lijken op klachten vanwege problemen met verslavende middelen. Ook beïnvloeden deze problemen elkaar. Er zijn verschillende soorten angsten:

- Angsten die ontstaan door het middelengebruik (slechte trips)
- Angsten die ontstaan door ontwenningverschijnselen (alcoholdelirium)
- Angsten om het leven aan te gaan zonder middelen en zonder in stressvolle situaties terug te kunnen vallen op drugs of alcohol. Omdat iemand niet meer weet hoe hij zonder de middelen met stress om kan gaan, kan deze angst heel sterk zijn.
- Angsten die komen door lichamelijke problemen, bijvoorbeeld door schildklierproblemen.
- Angsten die blijven bestaan, ook als iemand lange tijd geen middelen gebruikt heeft en een stabiel leven heeft. We spreken alleen dan van een angststoornis.

Een behandelaar kan het beste vaststellen van welke soort angst u last heeft, wanneer u een tijdje geen middelen meer gebruikt. Zo weet de behandelaar dat de angsten niet kunnen komen door middelengebruik of door ontwenning van middelengebruik. De behandelaar zal dus eerst voorstellen om helemaal met het middelengebruik te stoppen. Als dit niet kan, of als u dit echt niet wilt, zal de behandelaar proberen het middelengebruik te stabiliseren. Pas hierna kan hij een diagnose stellen.

Om vast te stellen of de angststoornis wel of niet door het middelengebruik komt, zal de behandelaar ook vragen stellen als:

- Komen er in uw familie angststoornissen voor?
- Had u voordat u middelen gebruikte ook al last van angsten?
- Bent u weleens opgenomen geweest voor psychische klachten?
- Heeft u, als u lang geen middelen gebruikt heeft, ook last van angsten?

Het kan zijn dat de behandelaar de diagnose tijdens de behandeling bijstelt, omdat zijn beeld van de problemen is veranderd. Het is belangrijk dat u zich kunt vinden in de diagnose van de behandelaar.

## Welke behandelingen zijn er mogelijk?

### ***Behandeling van de problemen met verslavende middelen***

Voor afhankelijkheid van middelen is de behandeling meestal eerst een detoxificatie (ontwenningperiode). Tijdens deze ontwenningperiode kunnen ook medicijnen voorgeschreven worden om u te ondersteunen. Na de detoxificatie vindt vaak een psychosociale behandeling (therapie) plaats.

Als u chronisch verslaafd bent, en therapie eigenlijk niet zo effectief is gebleken, of als u helemaal niet wilt minderen met middelengebruik, dan kan er ook voor gekozen worden om alleen de schade van het middelengebruik zoveel mogelijk te beperken.

### ***Behandeling van een angststoornis***

Wanneer de behandelaar heeft vastgesteld dat u een angststoornis heeft, zal de behandeling afhangen van de aard van uw problemen. Een psychosociale behandeling heeft de voorkeur boven een behandeling met medicijnen. Een psychosociale behandeling bestaat vaak uit het blootstellen van iemand aan zijn angsten, om daarmee de sterkte van de angsten te laten afnemen. Benzodiazepines, die veel worden voorgeschreven bij angststoornissen, zijn verslavend en worden meestal niet voorgeschreven aan mensen die ook problemen hebben met middelengebruik. Meer informatie over de verschillende behandelingen kunt u vinden in de patiëntenfolder voor angststoornissen.

### ***Behandeling van beide klachten***

Als u beide klachten tegelijk heeft, is het belangrijk dat er goed gekeken wordt naar hoe de klachten elkaar beïnvloeden, en hoe de behandeling van de ene klacht invloed heeft op de andere klacht. Het is daarom van belang dat de behandelaren van de verschillende klachten (angstklachten en problemen met middelengebruik) veel contact met elkaar hebben of dat er één afdeling is waarop u voor beide klachten behandeld kunt worden.

De behandelingen van beide klachten beïnvloeden elkaar. Als u medicijnen voorgeschreven krijgt voor de angststoornis, dan is het mogelijk dat de psychosociale behandeling voor het middelengebruik minder goed verloopt. U bent dan minder scherp om de psychosociale behandeling te volgen. Omgekeerd kan het zo zijn dat, als u een terugval heeft in het gebruik van middelen, of hier niet mee wilt stoppen, het ook minder goed kan gaan met de psychosociale behandeling voor de angststoornis. Ook kunnen er ongewilde wisselwerkingen zijn tussen de verschillende medicijnen die u gebruikt of tussen de medicatie en de middelen. Een ander

voorbeeld is dat als u last heeft van sociale angst, u waarschijnlijk liever niet in een groep behandeld wordt voor uw middelengebruik.

Om al deze redenen is het belangrijk dat de behandelingen goed op elkaar zijn afgestemd en zo nodig worden bijgesteld na een terugval.

Het is natuurlijk het beste als u behandeld wordt voor beide klachten, omdat ze allebei een negatieve invloed op uw leven hebben. De behandeling is ook het minst gecompliceerd als u geen middelen meer gebruikt en niet terugvalt.

Dit is helaas niet altijd mogelijk. Misschien wilt u niet voor beide klachten behandeld worden, of bent u daar nog niet aan toe. Wanneer u bijvoorbeeld veel last heeft van angsten, hoeft dat niet te betekenen dat u uw drankgebruik ook een probleem vindt. Maar omgekeerd kan ook; u heeft bijvoorbeeld veel last van uw drugsgebruik maar u bent er nog niet aan toe uzelf voor uw posttraumatische stressstoornis te laten behandelen omdat u dat te confronterend vindt.

Toch is het uiteindelijk het beste om u voor beide klachten te laten behandelen. Als u hier in eerste instantie niet aan toe bent, dan kan het ook op een later moment. De behandelaar zal proberen met u duidelijkheid te krijgen over hoe de klachten samenhangen en zal samen met u nagaan welke behandeling het beste is.

## **Samen beslissen**

Nadat de problemen duidelijk zijn geworden, stelt uw behandelaar een behandeling voor die bij de meeste mensen tot goede resultaten leidt en de minste bijwerkingen tot gevolg heeft. Het blijft echter de vraag of de voorgestelde behandeling ook voor u de beste keuze is. Daarom is er altijd ruimte voor overleg. U kunt altijd samen met uw behandelaar beslissen om toch voor iets anders te kiezen. Belangrijk is dat de behandeling afgestemd wordt op degene voor wie de behandeling bedoeld is: u. Dit wordt ook wel 'zorg op maat' genoemd.

De zorg moet afgestemd worden op uw voorkeuren en situatie. Bijvoorbeeld:

- Wilt u en kunt u in een groep behandeld worden of niet?
- Wilt u en kan u thuis behandeld worden of in een kliniek?
- Wilt u middelen blijven gebruiken of niet? (geen middelengebruik heeft de voorkeur).
- Sluit de therapie wel aan bij wat u aan kan (denkniveau of confrontatie)?
- Wilt u voor beide klachten behandeld worden of niet? (voor beide klachten behandelen heeft de voorkeur).

Ook moet gekeken worden naar eventuele andere psychische klachten. Heeft u bijvoorbeeld ook last van depressies?

Al deze vragen bepalen uiteindelijk hoe de behandeling er voor u uit komt te zien.

# Bijlage 2: Implementatieplan Richtlijn Angststoornissen en middelenmisbruik en -afhankelijkheid

De hieronder beschreven implementatiestappen zijn bedoeld als leidraad voor het opstellen van een implementatieplan in de eigen instelling.

## 1. Doelstelling en uitkomstmaten van de implementatie

Doel van de richtlijn:

- Organisatie: het doel van de richtlijn is om tot betere, geïntegreerde en cliëntgerichte zorg te komen.
- Professional: de richtlijn biedt handvaten aan de professionals om hen te ondersteunen in de zorg.
- Patiënt: de patiëntenversie van de richtlijn maakt patiënten duidelijk wat de belangrijkste uitgangspunten zijn van de behandeling en wat zijn/haar rol in de behandeling is.

Uitkomstcriteria Richtlijn:

*De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.*

- Procesniveau: de beslisbomen in de richtlijn bieden een kader waarop getest kan worden of de behandeling wordt uitgevoerd zoals beoogd. De belangrijkste criteria op procesniveau zijn:
  - o Diagnostiek gericht op zowel verslaving als angstklachten
  - o Betrekken van patiënt bij opstellen behandelplan
- Behandelniveau: biedt de handelwijze een verbetering ten opzichte van de oude handelwijze? Dit kan gemeten worden door middel van de Monitor Dubbele Diagnose, klachtenspecifieke vragenlijsten en patiënten- en professionalpanels. De belangrijkste criteria hiervoor zijn:
  - o Meer aandacht voor beide stoornissen tijdens de behandeling
  - o Betere samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg

## 2. Situatie-analyse: doelgroepen, knelpunten, belemmerende en bevorderende factoren

Situatie-analyse organisatie-niveau: aangezien de richtlijn pleit voor een geïntegreerde aanpak, is het voor organisaties van belang van te voren na te gaan:

- Ligt de expertise van uw instelling vooral op het gebied van angststoornissen?
  - o Zou de richtlijn ook geïmplementeerd kunnen worden bij de instantie met wie u samenwerkt op het gebied van verslaving? Wat zijn hierin belemmerende en bevorderende factoren?
  - o Is het nodig meer samenwerking te zoeken? Zo ja, hoe kan deze vormgegeven worden?
- Ligt de expertise van uw instelling vooral op het gebied van verslaving?
  - o Zou de richtlijn ook geïmplementeerd kunnen worden bij de instantie met wie u samenwerkt op het gebied van angststoornissen? Wat zijn hierin belemmerende en bevorderende factoren?
  - o Is het nodig meer samenwerking te zoeken? Zo ja, hoe kan deze vormgegeven worden?

- Ligt de expertise van uw instelling op het gebied van dubbele diagnose?
  - o Is er genoeg expertise op het gebied van angststoornissen?
  - o Is het nodig meer samenwerking te zoeken? Zo ja, hoe kan deze vormgegeven worden?

Welke technische hulpmiddelen kunnen ingezet worden om de richtlijn in de eigen organisatie te implementeren en de samenwerking met een andere afdeling te bewerkstelligen? Welke communicatie en uitwisselingmogelijkheden van gegevens zijn mogelijk?

Verder is de vraag in hoeverre er binnen de instelling al gewerkt wordt volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen of de Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol, waarop deze richtlijn is gebaseerd. In hoeverre is richtlijn-gericht werken al een norm onder de hulpverleners?

Uit onderzoek van Resultaten Scoren over de implementatie van haar producten (Mulder & Schippers, 2004), bleken de volgende factoren bevorderend of belemmerend voor de implementatie:

- De protocollen en de richtlijnen die op beperkte schaal moeten worden aangepast aan de eigen praktijk zijn het meest succesvol.
- Implementatie wordt bevorderd door de kwaliteit van de producten, als de medewerkers de producten ervaren als antwoord op een knelpunt en als patiënten meer tevreden zijn.
- Belemmerend is organisatorische onrust, personele wisselingen en onduidelijkheid over het te verwachten resultaat van de nieuwe werkwijze.
- De rol van het management in implementatie moet stevig verankerd zijn. Naast de aanwezigheid van een 'trekker' in de uitvoerende staf, is ook is er ook iemand op management niveau die persoonlijk de eindverantwoordelijkheid draagt voor de implementatie.

*Aansluitend bij het implementatieplan van Grol en Wensink (2006)*

1) Het ontwikkelen van een concreet en haalbaar voorstel voor verandering. Cruciale kenmerken van een succesvolle innovatie zijn ondermeer dat ze meer voordelen oplevert dan de bestaande werkwijze en dat de resultaten van de nieuwe werkwijze goed zichtbaar zijn, ook voor anderen.
2) Het in kaart brengen van de feitelijke zorg: welke zorg wordt nu geleverd, is deze conform de voorgestelde werkwijze, waar liggen de belangrijkste afwijkingen en welke aspecten zijn al voldoende geïmplementeerd? Om de feitelijke zorgverlening goed in kaart te brengen, zijn ondermeer indicatoren nodig waarmee men de gewenste wijze van werken kan meten.
3) Het analyseren van de doelgroep en de setting. Hiermee wordt het analyseren van de context bedoeld waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep en van bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering.

*Aansluitend bij Agree-criteria:*

- 16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld
- 18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen
- 19. Mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen

### **3. Bepalen van de implementatiestrategie(ën)**

- > creëren van draagvlak, betrokkenheid en enthousiasme
- > trainen



- > informeren, motiveren en communiceren
- > registreren, meten en evalueren
- > waarborgen
- > afsluiten

Er zijn verschillende activiteiten die kunnen worden ondernomen bij het implementeren. Ze worden vaak aangeduid als strategieën. Welke soorten strategieën nodig zijn, is contextafhankelijk (Van Splunteren, In 't Veld, & Van Barneveld, 2004). Zo zijn er bijvoorbeeld informerende strategieën en motiverende strategieën, strategieën voor draagvlakvergroting, strategieën voor de beïnvloeding van in de organisatie beïnvloeden. Er kan gekozen worden voor een meer planmatige top-down benadering of een meer participatieve bottom-up benadering. (ZonMW, 2007)

Het is van belang dat de activiteiten worden afgestemd op de doelgroep: koplopers, de middengroep en de achterblijvers. Ook is het belangrijk om het commitment van het management goed te waarborgen. Van Splunteren et al (2004) stellen dat de meeste kans van slagen ligt in de combinatie van interventies, gericht op het wegnemen van de belangrijkste ervaren barrières en het stimuleren van de gewenste verbeteracties. Deze interventies kunnen het beste worden uitgevoerd in een continue cyclus. Zij pleiten voor 'lokale veranderingsprocessen met nadruk op het lerend vermogen van de professional, het bestaan van praktijkkennis naast wetenschappelijke kennis, de rol van de patiënt en de organisatorische voorwaarden die leren en veranderen stimuleren (Van Splunteren et al., 2004).

*Aansluitend bij het implementatieplan van Grol en Wensink (2006)*

4) Het ontwikkelen of selecteren van strategieën. Voorbeelden van strategieën zijn het ontwikkelen van protocollen, reminders, disease- of casemanagementsystemen, enzovoort. Omdat er meestal meerdere factoren een rol spelen is er meestal een combinatie van maatregelen nodig om succes te boeken.

#### **4. Opstellen van stappenplan voor uitvoering van de implementatie**

ZonMW (2007) hanteert de volgende checklist voor de ingrediënten van het implementatiewerkplan:

- Aanleiding of probleem waaraan dit project iets wil veranderen
- Doelstelling
- Belangrijkste bevindingen uit uw analyses (van de vernieuwing, de context en de doelgroepen)
- Wat het project niet kan doen of oplossen (afbakenen)
- De middelen die u gaat inzetten, gekoppeld aan de verschillende fases van het veranderingsproces
- en de verschillende niveau's (zoals team, individu en organisatie)
- Per activiteit aangeven wie wat doet
- Of en hoe u de strategieën op kleine schaal gaat uittesten. En hoe u van daaruit gaat uitbreiden
- (bijvoorbeeld naar andere groepen, afdelingen of instellingen)
- De tijdplanning, tijdbalk en einddatum. De activiteiten volgen elkaar logisch op.
- De momenten van communiceren (mensen blijvend betrekken en op de hoogte houden) en de middelen die u daarvoor inzet
- Verdeling van taken en verantwoordelijkheden
- Budget en menskracht
- Verankering. Dus alle inspanningen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de vernieuwing

- beklijft.
- Verslaglegging. De manier waarop u de ervaringen met implementeren in de loop van het proces vastlegt en verspreidt met het oog op volgende innovatieprocessen.
- Hoe u gaat evalueren, op welk momenten en wat u gaat doen met de uitkomsten.

*Aansluitend bij het implementatieplan van Grol en Wensink (2006)*

5) Het ontwikkelen, testen en uitvoeren van de implementatieactiviteiten. Het implementatieplan kan bijvoorbeeld eerst op kleine schaal worden getest op geschiktheid en haalbaarheid.

## **5. Planning en kosten**

Een implementatieplan bevat een planning en een begroting. Verschillende strategieën hebben verschillende prijskaartjes. De financiële gevolgen van verschillende opties moeten doorberekend worden.

*Aansluitend bij Agree-criteria:*

20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.

## **6. Uitvoeren en evalueren**

*Aansluitend bij het implementatieplan van Grol en Wensink (2006)*

6) Het evalueren en (eventueel) bijstellen van het plan. In deze laatste stap gaat het om een evaluatie van de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen bereikt? De uitkomsten kunnen consequenties hebben voor ondermeer het bijstellen van de doelen en aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren.

## **Bijlage 3: Methode**

### ***1. Methode van de ontwikkeling van het addendum 'middelenmisbruik en –afhankelijkheid' bij de MDR Richtlijn Angst & Verslaving feb 2012 incl samenvatting en patiëntenversie Angststoornissen***

#### **1. Methode**

Het addendum Verslaving bij de MDR Angststoornissen is ontwikkeld volgens de methodiek van het Masterprotocol van Resultaten Scoren. Als richtlijn voor een comorbide stoornis sluit het addendum daarmee aan bij de kwaliteitseisen die gesteld worden aan het ontwikkelproces en de inhoud van GGZ-richtlijnen en verslavingszorg-richtlijnen.

Resultaten Scoren zet zich in voor de kwaliteitsverbetering van de verslavingszorg. Vanaf 1999 is met steun van het Ministerie van VWS gewerkt aan het verbeteren en inzichtelijk maken van kwaliteit voor de verslavingszorg. Dit is gedaan door het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen, handleidingen en literatuurstudies, het implementeren van de hieruit voortkomende producten en het borgen van de ontwikkelde kennis en ervaring. In het project is een permanente samenwerking gerealiseerd tussen wetenschappers en bestuurders professionals en patiënten uit de verslavingszorg. Om een uniforme kwaliteit van de ontwikkelde producten te garanderen, zijn de producten aan de hand van een Masterprotocol opgesteld. Dit Masterprotocol is in 1999 vastgesteld en in 2007 herzien (Jansen & Snoek, 2007).

Bij deze herziening is het Masterprotocol nadrukkelijk afgestemd op de protocollen en richtlijnen die elders worden ontwikkeld, zoals de Multidisciplinaire Richtlijnen van het CBO/Trimbos die volgens de EBRO-handleiding worden ontwikkeld. Een van de hier onder liggende eisen is het AGREE-instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation). Anders dan bij de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling is de leiding van het ontwikkelingsproces bij protocollen volgens het Masterprotocol niet in handen van beroepsverenigingen maar van participerende instellingen. Beroepsgroepen worden vanuit de participerende instellingen betrokken.

Het Masterprotocol van Resultaten Scoren kent de volgende stappen:

1. Literatuurstudie en veldanalyse
2. Vaststellen van programma van eisen
3. Formuleren nieuwe handleiding en toetsing door experts
4. Interne pilot: testen en aanpassen in eigen instelling
5. Implementatieplan en herziening
6. Externe pilot: testen en aanpassen in externe instelling
7. Implementatie, integraal kwaliteitstraject

In de volgende paragraaf wordt besproken hoe de verschillende stappen van het Masterprotocol zijn uitgevoerd ten behoeve van de ontwikkeling van het addendum Verslaving.

#### **2. Uitvoering**

De richtlijn is opgesteld door de volgende werkgroep:

**(Overeenkomstig Agree-criteria 4, 22, 23)**

- Drs. Luc A. E. de Vooght, (klinisch psycholoog/psychotherapeut), Mondriaan; divisie Verslavingszorg (Afdelingen Dubbele Diagnose en Forensische zorg)
- Dr. Koen Schruers (psychiater) Universiteit Maastricht/Mondriaan, Programmaleider Angststoornissen en Psychotrauma
- Dr. Michael Wellmer (beleidspsychiater Verslavingszorg, programmaleider dubbeldiagnose), Mondriaan
- Drs. Wim Meulders (Senior beleidsmedewerker) Mondriaan
- Drs. Nele Gielen (psycholoog Klinische Detox en medewerker MAIAR) Divisie Verslavingszorg Mondriaan
- Ir. Elske Wits (onderzoekscoördinator) IVO
- Drs. Anke Snoek (onderzoeker) IVO

De opstellers van de richtlijn waren onafhankelijk en niet beïnvloed door belangen van de farmaceutische industrie of de opdrachtgever. Goede zorg aan de patiënten stond centraal. Er waren geen conflicterende belangen van de werkgroepleden.

Hiernaast zijn verschillende experts uit diverse beroepsgroepen benaderd (zie 1B).

**1A. Literatuurstudie**

**(Overeenkomstig Agree-criteria 8, 9, 10, 12, 15, 17)**

Recent zijn in Nederland al verschillende literatuurstudies verschenen naar de behandeling van angststoornissen en comorbide middelenaafhankelijkheid (Wittenberg, 2007; Van der Stel, 2006; Kerkmeier & Hendriks, 2003). Ook in het buitenland is een aantal reviews en richtlijnen verschenen (Lingford-Hughes, Welch, Nutt, & British Association for Psychopharmacology, 2004; Holmwood, 2003; Health Canada, 2003). Omdat tot 2007 dus al verschillende literatuurstudies zijn uitgevoerd, is een nieuwe search gedaan naar studies vanaf 2007. Er is gezocht in Medline, Psychinfo, Cochrane, Embase, PiCarta en Google Books. Verder is een specifieke search gedaan in de *Journal of Anxiety Disorders*.

Er is steeds gezocht met een combinatie van een angststoornis en middelengebruik. Dit kon algemeen of specifiek zijn. Er is bijvoorbeeld gezocht op, heel algemeen: ‘anxiety disorders’ en ‘substance abuse’. Of meer specifiek: ‘PTSS’ en ‘substance abuse’, of nog specifiek: PTSS and ‘alcohol’. Hieronder een overzicht van de zoektermen, waarvoor op een combinatie van alle zoektermen (linkerrijtje en rechterrijtje) is gezocht:

<b>Substances</b>	<b>Anxiety disorders</b>
Substance abuse	Anxiety disorder
Substance misuse	Generalized anxiety disorder
Addiction	Panic disorder
Alcohol	Panic disorder with agoraphobia
Drugs	Phobias
Cannabis	Social anxiety disorder
Smoking	Obsessive–compulsive disorder
Nicotine	Post-traumatic stress disorder
Cocaine	Hypochondria
Heroine	
Benzodiazepine	

Deze zoekopdracht is eerst uitgevoerd met de filter 'RCT-studies' and 'Review-studies'. Indien dit geen of zeer weinig (geen reviews, of minder dan 3 RCT) hits opleverde, is ook gezocht naar andere studies dan RCT en review.

Vervolgens zijn van alle hits de abstracts gelezen om te controleren of deze studies ook daadwerkelijk binnen onze studie vielen.

Wat betreft de PICO selectiecriteria, deze waren zeer breed wegens de beperkte hoeveelheid beschikbare literatuur. De selectiecriteria voor patiënten (P) waren vrij breed, aangezien er nog niet veel onderzoek is naar specifieke subgroepen. We hebben met name gekeken naar volwassen patiënten met een of meerdere van de bovengenoemde middelenproblematiek én een van de bovengenoemde angststoornissen. Indien studies zich richten op mensen met een andere culturele achtergrond of ander comorbiditeit is dit vermeld. Ook als de angstproblematiek of het middelengebruik niet was gespecificeerd is dit gemeld.

Wat betreft de interventie (I) was dit ook zeer breed; bedoeling van de search was juist om de effectiviteit van verschillende interventies te onderzoeken. Dit kon zowel diagnose, behandeling als nazorg zijn. Wel is gelet op de mogelijkheid tot generaliseerbaarheid van de interventie. Wat betreft de vergelijkingsgroep (C) zijn geen speciale criteria geformuleerd.

Ook de uitkomstmaat (O) is open gelaten. Beide worden wel vermeld in de beschrijving van de studie (Groep X deed het beter dan groep Y op uitkomstmaat Z).

Naast een literatuursearch is gewerkt met een sneeuwbal methode: aan professionals is gevraagd of zij relevante literatuur kenden, de literatuurlijsten van de artikelen zijn gescand op relevante publicaties, en er is een aparte search uitgevoerd op auteurs met veel expertise op dit gebied. De gebruikte sneeuwbal methode had als functie de literatuursearch te verifiëren. Door ook aan experts te vragen welke literatuur ze kenden, werd gecontroleerd of er niet belangrijke publicaties door de mazen van de zoekmachine waren ontsnapt. Dit heeft geen nieuwe publicaties opgeleverd, waardoor we de kans op bias nihil achten, en we ons gesterkt zien in de volledigheid van onze literatuur search.

De Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen hanteert een indeling naar bewijskracht. Aangezien er op de verschillende onderdelen van het addendum Verslaving soms maar enkele studies zijn gevonden, zou een indeling naar bewijskracht weinig informatie toevoegen. Wel wordt duidelijk vermeld als de resultaten gebaseerd zijn op een studie van twijfelachtige methodologische kwaliteit en er wordt gespecificeerd of resultaten afkomstig zijn uit een RCT-studie, een review of een ander type studie. Deze aanpassing in de verslaglegging sluit aan bij het Addendum Ouderen van de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, waarbij ook een laag aantal studies werd gevonden. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in combinatie met overige overwegingen van de werkgroepleden, andere professionals en ervaringskennis van patiënten zijn conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Deze zijn in kaders aangegeven: witte kaders voor de resultaten van de literatuur en grijze kaders voor de aanbevelingen. Voorin de richtlijn is een samenvatting van de resultaten en adviezen opgenomen. Waar de mening van de praktijkdeskundigen de bevindingen uit de literatuur nuanceerde of aanvulde is dit aangegeven met de aanduiding: practice based.

## **1B. Veldanalyse**

**(Overeenkomstig Agree-criteria 4, 7, 11, 13)**

Naast de literatuursearch zijn er interviews gehouden met behandelaars van verschillende Dubbele Diagnose afdelingen in Nederland. Dit gebeurde door middel van een telefonisch interview aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst bestond uit de volgende onderwerpen:

1. Maken behandelaars nu gebruik van een bepaalde richtlijn voor de dubbele diagnose Angststoornissen & Verslaving?
2. Hoe verloopt de diagnostiek? Welke instrumenten worden hiervoor gebruikt?
3. Hoe verloopt de behandeling?
4. Wat zijn in de eigen praktijk de meest voorkomende combinaties van angststoornis & verslaving? Welke combinaties zouden in de richtlijn moeten worden opgenomen?
5. Kennen behandelaars zeer recente (wetenschappelijke en grijze) literatuur op dit terrein?
6. Welke andere deskundigen op dit terrein zijn bekend?

Alle dubbele diagnose klinieken in Nederland zijn benaderd. De volgende professionals zijn geïnterviewd:

- dr. Bas van der Hoorn (psychiater), Palier / Parnassia
- drs. Esther Derkse (GZ-psycholoog), Novadic-Kentron
- Ellen Struik (teamleider/expert-verpleegkundige), GGZ NHN
- drs. Leon van Rens (cognitief gedragstherapeut), Gelderse Roos
- drs. Loes Sietsma (psycholoog), GGZ Friesland
- dr. Els Noorlander (verslavingspsychiater), LOODDS
- dr. Martijn Guiot (psychiater) Brijder
- Yvonne Schulpen (eerste verantwoordelijke verpleegkundige van DD), Mondriaan
- drs. Suzanne van der Stam, GGZ Drenthe

Doel hiervan is om de richtlijn goed aan te laten sluiten bij de ervaren knelpunten in de praktijk.

## **2. Vaststellen van programma van eisen (Overeenkomstig Agree-criteria 1, 2, 3, 6, 11)**

De volgende uitgangsvragen waren leidend bij het opstellen van het Addendum:

Wat is de prevalentie van comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek?

Zijn er bepaalde combinaties van specifieke angststoornissen en specifieke middelen die vaker voorkomen? (Voor al deze verschillende combinaties zijn, indien daar aanleiding voor was, zijn de hieronder geformuleerde uitgangsvragen apart onderzocht)

Is de prevalentie van angststoornissen bij verslaafden anders dan bij niet-verslaafden?

Zijn er verschillen in de classificatie of fenomenologie (specifieke inhoud/kleuring) van angststoornissen bij verslaafden?

In hoeverre verloopt het diagnostisch proces van angststoornissen bij verslaafden anders dan bij niet-verslaafden?

Welke differentiaal diagnostische overwegingen moet men bij angststoornissen bij verslaafden maken?

Welke diagnostische instrumenten kunnen zinvol zijn voor deze doelgroep?

Is de behandeling bij verslaafden met een angststoornis anders dan bij niet-verslaafden?

Wat zijn de belangrijkste doelstellingen bij de behandeling van patiënten met middelenproblematiek en een comorbide angststoornis?

Zijn er argumenten voor ambulante dan wel klinische (detoxificatie en) behandeling?

Heeft het stoppen of beperken van middelengebruik enig (gunstig) effect op de comorbide angststoornis?

Welke effectieve medicamenteuze interventies zijn er beschikbaar bij de behandeling van deze comorbiditeit?

Welke effectieve psychosociale interventies zijn er beschikbaar bij de behandeling van deze comorbiditeit?

Zijn combinaties van medicamenteuze interventies en psychotherapie effectiever dan elk van deze interventies apart?

Na de literatuurstudie en de veldanalyse zijn verdere afwegingen en keuzes gemaakt met betrekking tot doelgroepen en klinische vragen.

Van belang leek vooral dat er naast de angststoornissen en middelenproblematiek sprake is van andere bijkomende psychiatrische stoornissen, cognitieve stoornissen en marginalisatie. De richtlijn richt zich in eerste instantie op comorbiditeit van enkel angststoornissen en middelenproblematiek. In de richtlijn is er voor gekozen om ten eerste een naslagwerk te leveren van alle evidentie die er bekend is over specifieke comorbiditeit, en ten tweede om algemene adviezen te geven over de mogelijke interacties tussen stoornissen op elkaar, op elkaars behandeling, en de interactie tussen de behandelingen onderling.

Daarnaast wordt in aparte hoofdstukken aanbevelingen gedaan voor subdoelgroepen (LVG, multimorbiditeit, gemarginaliseerde groepen).

Bij de klinische vragen bleek diagnostiek een belangrijk knelpunt. Daarnaast bleek dat benzodiazepine gebruik, -misbruik en –afhankelijkheid een belangrijk aandachtspunt moesten zijn in de richtlijn.

Het Masterprotocol stelt de volgende eisen aan een richtlijn, welke ook verwerkt zijn in het addendum:

A. Cliëntgericht (preference based)

De interventie moet gericht zijn op de zorgbehoefte van een aanwijsbare groep mensen met verslavingsproblemen

- Vraaggericht, Ethisch verantwoord, Toegankelijk, Context–betrokken, Maatschappelijk evenwichtig (voor alle maatschappelijke subdoelgroepen)

B. Effectief (evidence based)

De effectiviteit van de interventie moet vooraf aannemelijk zijn op basis van de literatuur of de praktijkkennis, en bij elke patiënt routinematig en valide worden gecontroleerd.

- Integriteit

C. Medewerkersgericht (practice based)

Er wordt rekening gehouden met de belasting, kennis en vaardigheden van de medewerkers die de interventie uitvoeren.

- Passend in het zorgsysteem, Traject-integratie, Kosten-effectief, Financierbaar, Implementatiegericht

### **3. Formuleren nieuwe handleiding en toetsing door experts en cliënten (Overeenkomstig Agree-criteria 5, 11, 13)**

Aan de hand van de literatuurstudie en veldanalyse is een eerste concept van het addendum opgesteld. Deze is ter beoordeling voorgelegd aan diverse experts: zowel professionals als patiënten. Hierbij is ook aandacht geweest voor gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's.

De volgende experts hebben meegelezen en de richtlijn van commentaar voorzien:

- drs. Anneke van Wamel (Wetenschappelijk medewerker IDDT), Trimbos-Instituut
- dr. Jaap van der Stel (senior onderzoeker), GGZ inGeest
- dr. Annemiek Schadé (Psychiater) GGZ buitenamstel/VU Medical Centre
- drs. Leon van Rens (cognitief gedragstherapeut), Gelderse Roos

- dr. Els Noorlander (verslavingspsychiater), LOODDS van Delta Psychiatrisch Ziekenhuis
- dr. Martijn Guiot (psychiater), Brijder

Een patiëntenversie van de richtlijn is voorgelegd aan de stichting 'Omgaan met Angst' en de cliëntenraad van de Mondriaan. Zij hebben de richtlijn positief beoordeeld. Ook is een kwalitatieve studie bestudeerd over hoe cliënten met PTSS en middelenproblematiek hun stoornis ervaren (Tekelenburg, 2009).

#### **4. Interne pilot: testen en aanpassen in instelling die bij ontwikkeling richtlijn betrokken is (Overeenkomstig Agree-criteria 7)**

De richtlijn is getoetst bij verschillende afdelingen binnen Mondriaan: zowel op twee angstpoli's als twee ambulante settingen voor verslavingszorg en een klinische dubbele diagnose (DD). De richtlijn is positief beoordeeld.

#### **5. Implementatieplan**

##### **(Overeenkomstig Agree-criteria 14, 16, 18, 19, 20, 21)**

Overeenkomstig het Masterprotocol is een implementatieplan opgenomen. Hierbij is aandacht besteed aan organisatorische belemmeringen, beleidsopties, kostenimplicaties en correcte uitvoering van de richtlijn. Hulpmiddelen worden aanbevolen, met name op het gebied van screeningsinstrumenten. Tevens wordt een procedure voor herziening van de richtlijn vermeld.

#### **6. Externe pilot: testen en aanpassen in externe instelling (Overeenkomstig Agree-criteria 7)**

De richtlijn is ook getoetst bij de dubbele diagnose afdeling van Iriszorg. De richtlijn is positief beoordeeld.

#### **7. Implementatie, integraal kwaliteitstraject**

Voor de implementatie, zie 5.

Indien mogelijk wordt een integraal kwaliteitstraject opgezet met voortdurende terugkoppeling. De ervaringen met de interventie en de gemeten resultaten worden met elkaar gedeeld via een gemeenschappelijke landelijke database (bijvoorbeeld de Monitor Dubbele Diagnose van het NISPA, waar al veel dubbele diagnose afdelingen bij aangesloten zijn, of via het LEDD). Die gegevens vormen weer input voor eventuele herziening van de interventie.

Doel van het integraal kwaliteitstraject is dat de resultaten gemeten worden en dat de richtlijn 'levend' wordt gehouden opdat er voor professionals steeds actuele, hanteerbare en werkzame beslissingsondersteunende instrumenten beschikbaar zijn. Hiervoor is het nodig dat de kennis uit richtlijnen gebruikt wordt door professionals, dat er terugkoppeling plaatsvindt over toepasbaarheid en dat richtlijnen op basis hiervan regelmatig worden geactualiseerd. Elke vijf jaar zal er een revisie plaatsvinden, of vaker indien nieuwe inzichten hierom vragen. Deze revisie zal gebeuren volgens de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling, en zal resulteren in herziene richtlijnaanbevelingen. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van digitale werkwijzen om de richtlijnherzieningen voor te bereiden.

#### **3. Methodologische overwegingen**

De werkwijze van het Masterprotocol (Jansen & Snoek, 2007), waarin een brug gezocht wordt tussen theorie en praktijk, leverde in dit onderzoek vruchtbare resultaten op. De literatuur ging in veel gevallen uit van een 'ideale patiënt' (met hooguit dubbele problematiek) en een ideale setting. De



nauwe betrokkenheid van vele experts uit het veld bij het ontwikkelen van de richtlijn droeg in hoge mate bij aan de 'vertaling' van de resultaten uit de literatuurstudie naar de dilemma's die men tegenkomt in de praktijk (bv. met betrekking tot abstinentie en hulpvragen). Dit zal naar verwachting de implementatie van de richtlijn ten goede komen.

Een tweede opmerking betreft de methode van literatuurstudie. Hier is analytisch te werk gegaan. De onderzoeksvragen zijn eerst per type angststoornis beantwoord: welke specifieke adviezen kunnen worden gegeven voor de combinatie van een type angststoornis met verslaving of misbruik van een specifiek middel. Gekeken is naar gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale angststoornis, specifieke fobie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), obsessief compulsieve stoornis en hypochondrie. Vervolgens is nagegaan wat de adviezen zijn voor verslaving of misbruik van een specifiek middel met angststoornis in het algemeen. Gekeken is naar alcohol, harddrugs, cannabis, nicotine en benzodiazepinen. Primair is gezocht naar reviews en RCT's, en, indien deze niet aanwezig waren, naar andere studies.

Een derde opmerking volgt uit de vorige: RCT-onderzoek wordt uitgevoerd bij zorgvuldig geselecteerde patiëntenpopulaties, bijvoorbeeld patiënten met een comorbiditeit van 'enkel' alcoholafhankelijkheid en sociale angst, die vaak (nog) niet sterk gemarginaliseerd zijn. In de praktijk blijkt echter in de patiëntenpopulatie in veel gevallen sprake te zijn van meerdere stoornissen (bijvoorbeeld naast angststoornissen ook persoonlijkheidsstoornissen of depressies), polydrugsgebruik en marginalisering. De vraag is dus of RCT-onderzoek onder deze doelgroep wel generaliseerbaar is. De waarde van de gevonden studies is daarmee beperkt. Een complex van problemen zoals die voorkomt bij patiënten met comorbide verslavingsproblematiek is niet simpelweg opgebouwd uit de som van haar onderdelen. Door het systeem 'op te knippen', vernietigt de analytische methode datgene wat zij probeert te begrijpen (Cilliers, 1998, 1/2). De enigszins simplistische modellen om co-morbiditeit te verklaren: 'a veroorzaakt b, b veroorzaakt a; a en b worden door c veroorzaakt; a en b worden respectievelijk door x en y veroorzaakt' zijn in de richtlijn vervangen door een wat complexer model, waarin nog niet eens de overige psychiatrie is opgenomen en de omgeving van de patiënt. Het addendum is ten eerste een naslagwerk van alle evidentie die er bekend is over specifieke comorbiditeit, en biedt ten tweede algemene adviezen over de mogelijke interacties tussen stoornissen op elkaar, op elkaars behandeling, en de interactie tussen de behandelingen onderling. Juist bij deze complexe patiëntenpopulatie kunnen richtlijnen veel houvast bieden, mits ze aansluiten bij de ervaren praktijk, en de ervaren complexiteit.

## 2. Verslag van de pilots

### 1. Inleiding en methode

De richtlijn Angststoornissen & middelenmisbruik of -afhankelijkheid is in verschillende settings getoetst op praktische bruikbaarheid (zgn. pilotfase). Tevens is een patiëntenversie van de richtlijn voorgelegd aan de stichting 'Omgaan met Angst' en de cliëntenraad van de Mondriaan. Een *interne* pilot (d.w.z. een test binnen de instelling die heeft geparticipeerd in de ontwikkeling van de richtlijn) heeft plaatsgevonden bij 4 ambulante afdelingen en 1 klinische afdeling binnen Mondriaan (MZG): bij twee angstpoli's (PsyQ - zorgprogramma angststoornissen), bij twee ambulante settings in de divisie verslavingszorg en bij een klinische dubbele diagnose (DD) afdeling. Een *externe* pilot is uitgevoerd op de dubbele diagnose afdeling van Iriszorg.

De richtlijn is ten behoeve van de pilot op de genoemde afdelingen geïmplementeerd:,middels een presentatie in het teamoverleg is de richtlijn geïntroduceerd en geïmplementeerd. De coördinatoren van de MZG-teams waren bovendien betrokken in de werkgroep voor het opstellen van de richtlijn, en daarmee goed bekend met de richtlijn. Bij het team van Iriszorg was men goed bekend met de MDR Angststoornissen, wat de implementatie bevorderde. Gedurende twee maanden is gewerkt volgens de richtlijn en werden casussen aangeleverd. Het ging in de pilot om het toepassen van de richtlijn bij gediagnosticeerde comorbiditeit van angststoornissen en middelenmisbruik of –afhankelijkheid. Medewerkers is gevraagd een evaluatieformulier in te vullen voor alle instromende patiënten met een comorbide angststoornis en verslaving. Op het formulier werd de diagnose vermeld, en werd aangegeven in hoeverre er al dan niet is afgeweken van de richtlijn en waarom.

## Algemene resultaten

### Geretourneerde casussen

Er zijn in totaal 36 casussen geretourneerd, verdeeld over de volgende afdelingen:

Geretourneerde casussen	
PSYQ (angststoornissen) locatie Heerlen	4 casussen
PSYQ (angststoornissen) locatie Maastricht	5 casussen
Dubbele Diagnose afdeling Maastricht VZ	6 casussen
Dubbele diagnose Iriszorg VZ	21 casussen
<b>TOTAAL</b>	<b>36</b>

Verder is geprobeerd de richtlijn te implementeren bij twee ambulante afdelingen van de verslavingszorg (locatie Maastricht en locatie Heerlen). Dit leverde echter geen casussen op. Wellicht zat er ook een knelpunt in het vooraf opgestelde criterium dat de doelgroep van de pilot patiënten waren met gediagnosticeerde comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek. Bij ambulant is dit minder van toepassing, door bijgebruik van middelen is een psychische diagnose vaak lastiger te stellen. Vaak werd de diagnose pas in een later stadium gesteld, of werd eerst de angststoornis behandeld en vervolgens werd er doorverwezen, omdat er vermoeden was van middelenproblematiek (of andersom) zonder dat de diagnose voor comorbiditeit dus in één afdeling werd gesteld. Het vermoeden is dat dit niet uniek is voor Mondriaan, maar dat het afbakenen van de

doelgroep tot gediagnosticeerde comorbiditeit ervoor zorgt dat de richtlijn in een te laat stadium in beeld komt. Meer nadruk moet gelegd worden op de fase van diagnostiek voorafgaande aan de behandeling.

## ***Omschrijving betrokken patiënten***

Er bleek een goede spreiding van leeftijd, geslacht, de verschillende angststoornissen en de verschillende middelen. In de bijlage zijn de kenmerken van de patiënten in tabellen weergegeven.

In totaal zijn 29 mannen en 7 vrouwen geïnccludeerd in de pilot.

	<b>Totaal</b>	<b>PSYQ</b>	<b>DD Mondriaan</b>	<b>DD Iriszorg</b>
<b>Man</b>	<b>29</b>	7	5	17
<b>Vrouw</b>	<b>7</b>	2	1	4

De gemiddelde leeftijd was 41 jaar. De jongste patiënt was 22 jaar, en de oudste 67. Alle angststoornissen uit de richtlijn waren terug te vinden in de patiëntenpopulatie: paniekstoornis met of zonder agorafobie (n=8), sociale fobie (n=3), obsessief compulsieve stoornis (n=1), gegeneraliseerde angststoornis (n=2), PTSS (n=12). Alleen de specifieke fobie en de hypochondrie als enkele diagnose is niet voorgekomen. Fobische klachten maakten wel deel uit van een cluster aan angstklachten (n=1). Er waren zeven patiënten die 2-4 angstklachten hadden.

Wat de enkelvoudige afhankelijkheid betreft (n=13), kwamen vooral alcoholproblemen voor (n=7), en daarnaast benzodiazepineproblemen (n=2), cannabisproblemen (n=3) en cocaïneproblemen (n=1). Heroïne was niet vertegenwoordigd in de enkelvoudige verslavingen. Er hadden 23 personen problemen met meer dan 1 middel, waarbij soms ook sprake was van gokproblemen. Hierbij was in zes gevallen sprake van een combinatie van alcohol- en benzodiazepine-afhankelijkheid. In het geheel genomen blijken alcohol- en benzoproblematiek het meest voor te komen onder de bestudeerde casussen. Aangezien er in een veel gevallen sprake was van meerdere angststoornissen in combinatie met polydrugsgebruik zou een overzicht van combinaties tussen angststoornissen en middelengebruik bij deze patiënten te gedifferentieerd worden en daarmee weinig informatief.

Alle patiënten hadden naast de comorbiditeit van angststoornissen en middelengebruik andere psychiatrische, somatische en/of sociale klachten. Als psychiatrische klachten werden vaak depressieve klachten genoemd en persoonlijkheidsstoornissen.

Een analyse van de diagnoses en kenmerken van de patiënten zoals hierboven beschreven, levert een beeld op van een diverse populatie met naast een dubbele diagnose ook andere bijkomende psychiatrische, somatische en/of sociale klachten. De gevonden diversiteit in angststoornissen en type afhankelijkheid is van belang voor het behalen van het doel van de pilots, namelijk het vaststellen van de bruikbaarheid van de richtlijn voor behandelaars. Het is gelukt om deze bruikbaarheid bij zeer uiteenlopende casuïstieken te toetsen binnen een diversiteit aan settingen. Ook het in enkele ambulante settingen ontbreken van casussen die volgens de richtlijn zijn behandeld en het bespreken van dit knelpunt geeft informatie over de toepasbaarheid.

Hierna wordt het verloop van de afzonderlijke pilots beschreven. Aangezien bij iedere pilot zich andere

thema's aandienen (vanwege bv. verschil in setting) spitst de bespreking van de pilots zich telkens toe op verschillende onderwerpen.

## 2. Interne pilot: Mondriaan

De implementatie verliep over het algemeen moeizaam, met name bij de ambulante verslavingszorgafdelingen. Medewerkers ervaren een hoge werkdruk, en de interdisciplinaire insteek van de richtlijn sloot niet geheel aan bij de praktijk waarin professionals toch nog grotendeels geschoold zijn in ofwel angststoornissen, ofwel middelenproblematiek. Toch was er ook veel enthousiasme onder een gedeelte van de teamleden.

### ***PSYQ (zorgprogramma angststoornissen)***

Het werken met de richtlijn leverde binnen de twee afdelingen van PSYQ (angststoornissen) geen problemen op bij de behandeling van angststoornissen. Hoewel de richtlijn als een ondersteunend hulpmiddel werd ervaren, bleek een belangrijk knelpunt de samenwerking met de verslavingszorg te zijn. De richtlijn biedt onvoldoende handvatten als deze 'vanaf de koude grond' moet worden opgezet. De richtlijn laat veel keuzeruimte in het vaststellen of de behandeling sequentieel of parallel moet verlopen. Deze keuzevrijheid maakt het lastig de samenwerking te starten. Daardoor vindt de doorverwijzing soms te laat plaats. Bovendien sluit de werkwijze van verslavingszorg en angstpoli's niet altijd goed bij elkaar aan. In de verslavingszorg gaat men, vanwege de aard van de problematiek, in het algemeen een langer proces aan van motiveren en stimuleren dan in de GGz. Dit maakt dat het lang kan duren voordat een patiënt gemotiveerd is voor behandeling, zodat een parallel traject niet altijd haalbaar is. Soms wordt pas doorverwezen naar de verslavingszorg als de patiënt vastloopt bij de angstpoli. Er waren echter ook een aantal succesvolle parallele trajecten of gezamenlijke behandelingen. Een aantal patiënten heeft zonder de inzet van deskundigheid uit de verslavingszorg het middelengebruik sterk gereduceerd en ten slotte abstinentie bereikt.

Wel werd ervaren dat er bij verwijzers en partners ook nog veel onbekendheid is met het behandelen van de comorbiditeit, of bijvoorbeeld de verslavende werking van benzodiazepines. Verwijzer en/of huisarts tonen geen initiatief om de verslavende werking van benzodiazepines ter sprake te brengen of er beleid op te voeren. Ook valt op, bij verwijzingen, dat afhankelijkheid aan middelen door de verwijzers nagenoeg niet gediagnosticeerd werd. Kortom, als er nog veel pionierswerk verricht moet worden in de multidisciplinaire samenwerking, biedt de richtlijn onvoldoende aanknopingspunten om deze samenwerking goed te starten.

In de richtlijn zou meer nadruk moeten liggen op het bijzondere karakter van benzodiazepine-afhankelijkheid in vergelijking met andere afhankelijkheidsproblemen, die vaak een sterkere marginaliserende werking hebben. Het gaat bij benzodiazepine-afhankelijkheid (met eventueel bijkomende alcoholproblematiek, maar zonder bijkomende drugsproblematiek) vaak om een sociaal-economisch sterkere groep. Benzoverslaafden ervaren vaak een drempel naar de reguliere verslavingszorg, omdat zij deze te gemarginaliseerd vinden. De diagnose van benzoafhankelijkheid wordt vaak niet gesteld doordat deze minder opvalt onder deze doelgroep.

Bij de twee angstpoli's is in alle casussen gewerkt volgens de richtlijn.

Wel was er een kanttekening dat de richtlijnen zelf enigszins verouderd zijn met betrekking tot de paniekstoornis; zo wordt *introceptive exposure* niet genoemd als behandeling.

## ***Dubbele diagnose kliniek Mondriaan***

Bij de dubbele diagnose kliniek van Mondriaan werden twee kanttekeningen bij de richtlijn geplaatst, die te maken hebben met screening en met multidisciplinaire samenwerking.

### **Screening**

Een belangrijk knelpunt dat gesignaleerd werd in het gebruik van de richtlijn, is de screening. De richtlijn is bedoeld voor de behandeling van comorbiditeit van angststoornissen en middelenproblematiek, maar vaak wordt deze dubbele diagnose laat gesteld. De richtlijn lijkt te suggereren dat deze begint als de diagnose van beide problemen al gescreend is, terwijl de richtlijn eigen zou moeten zijn dat bij mensen die zich aanmelden met een angststoornis standaard gescreend zou moeten worden op middelenproblematiek en omgekeerd. Eigenlijk start de richtlijn dus al bij één van beide diagnoses. Dit komt ook overeen met de richtlijn Dubbele Diagnose, ook in de MATE wordt globaal gescreend op angst- en stemmingsproblemen.

Bij de dubbele diagnose kliniek melden veel patiënten zich aan bij wie angststoornissen niet de primaire psychiatrische problematiek is. Als dit wel het geval was geweest, dan zouden ze zich wel aangemeld hebben bij de angstpoli. Vaak is de angststoornis jarenlang gedempt met middelengebruik of benzodiazepines, en komen patiënten pas jaren later bij de dubbele diagnose kliniek terwijl de relatie tussen verslaving en angststoornissen naar de achtergrond is verdwenen. In een veilige klinische setting zijn de angsten vaak niet overheersend aanwezig. Vooral als er sprake is van (illegaal) benzodiazepinegebruik, dat niet altijd in beeld is, is de angststoornis moeilijk te constateren. Bovendien schamen sommige patiënten zich voor hun angstklachten en praten ze hier niet graag over. De angststoornis is vaak niet heel dwingend aanwezig, en de hulpvraag is ook niet altijd op deze stoornis gericht. Angststoornissen zijn ook niet de primaire expertise van deze dubbele-diagnose kliniek.

Kortom, de ervaring is dat angststoornissen soms ondergediagnosticeerd worden, of pas in een laat stadium van de behandeling gediagnosticeerd. Dit zou voorkomen kunnen worden door een standaard screening op te nemen. Gestandaardiseerde taxatie van as-I-problematiek middels bijvoorbeeld de MINI zou hier inderdaad uitkomst bieden. In de landelijke DD-monitor voor DD-Klinieken is de MINI één van de instrumenten die wordt afgenomen.

De richtlijn lijkt vooral gericht op chronische patiënten bij wie de diagnose al gesteld is. De richtlijn zou echter ook een belangrijke functie kunnen vervullen in de vroegsignalering van comorbiditeit, als de nadruk gelegd wordt op standaard screening. De richtlijn voor comorbiditeit zou systematisch moeten beginnen bij een van beide stoornissen met screening van de overliggende stoornis, en niet pas als bij toeval de comorbiditeit wordt ontdekt.

### **Samenwerking**

Een resultaat van de pilot was dat de samenwerking met de angstpoli beter op gang kwam. De hoop is dat de richtlijn collegialiteit en zorglijnoverstijgende samenwerking bevordert. Toch werden er ook nog veel knelpunten in de samenwerking geconstateerd. De terugkoppeling gebeurt niet altijd goed. Hoe zorg je dat de verschillende disciplines samenwerken? Hoe faciliteer je de verschillende zorglijnen die financieel verschillend worden gemanaged, zodat het voor de patiënt aanvoelt als één behandeling? Ook is er het risico dat patiënten (met een persoonlijkheidsstoornis) de verschillende behandelaren tegen elkaar uit gaan spelen.

Soms is het vroeg herkennen van een tweede stoornis goed voor het begrip van het ziektebeeld van de patiënt, maar lastig wanneer je ook weet hoe lang de wachttijden zijn bij gespecialiseerde zorg.

Maar: hoe vroeger de diagnostiek helder is, hoe beter. Zelfs als niet gelijk beide stoornissen behandeld kunnen worden, is het goed beide te kunnen benoemen. Bovendien kan in de wachttijd voor de behandeling van de ene stoornis al veel winst geboekt worden bij de behandeling van de andere stoornis.

Een ander probleem dat geconstateerd werd is dat er niet altijd motivatie is voor de behandeling van beide stoornissen. De richtlijn werd wel als ondersteunend ervaren bij het met de patiënt gezamenlijk een beslissing maken (shared decision making).

In één geval is afgeweken van de richtlijn, er werd niet doorverwezen naar de angstpoli. Dit had te maken met het feit dat de patiënt de neiging heeft behandelaars tegen elkaar uit te spelen.

### **3. Externe pilot: Dubbele diagnose kliniek Iriszorg**

Vanwege de ruime ervaring van de dubbele diagnose afdeling van Iriszorg in Wolfheze met angststoornissen en hun interesse in het werken volgens richtlijnen, is ook hier de concept richtlijn getest. Het gaat hier om een klinische afdeling waar vooral expertise is opgebouwd rondom de behandeling van patiënten met een comorbide (complexe) PTSS. De werkwijze van Iriszorg bleek in hoge mate overeenkomst te tonen met de behandeling zoals voorgeschreven in de concept richtlijn. Dit is niet verwonderlijk, aangezien de richtlijn grotendeels gebaseerd is op bestaande richtlijnen zoals de *MDR Angststoornissen* en de *MDR stoornissen in het gebruik van alcohol*, en deze richtlijnen standaard worden toegepast in de behandeling in de Dubbele Diagnose Kliniek van Iriszorg. (Bij andere afdelingen van IrisZorg is dit minder het geval, althans als het gaat om de GGZ-richtlijnen). Dit maakte de dubbele diagnose afdeling van Iriszorg tot een interessante pilotlocatie, omdat de implementatie van de richtlijn aansluit bij de bestaande praktijk en wat dat betreft weinig moeilijkheden met de implementatie verwacht werden. Hierdoor kon andersoortige informatie verkregen worden over de bruikbaarheid van de concept richtlijn dan vanuit andere testlocaties. Waar de pilot bij Mondriaan met name veel inzicht gaf in de randvoorwaarden die nodig zijn bij het implementeren van de richtlijn en in de samenwerking in behandeling tussen de GGZ en de Verslavingszorg, heeft de pilot bij Iriszorg voornamelijk inzicht gegeven in de inhoudelijke bruikbaarheid van de richtlijn en in de meerwaarde ervan boven de genoemde bestaande richtlijnen.

Het oordeel over de richtlijn was in hoge mate positief. De pilot leverde een aantal inzichten op betreffende richtlijn-gericht werken, klinisch versus ambulant, diagnostiek en overige comorbide pathologie. Deze punten worden hierna toegelicht.

#### **Richtlijn-gericht werken**

Ondanks de complexe problematiek bij de doelgroep, zijn er bij de DD-kliniek van Iriszorg zeer positieve ervaringen met werken volgens richtlijnen. Bij vrijwel alle patiënten met comorbide angststoornissen werd een substantiële klachtenreductie bereikt na behandeling volgens richtlijnen gedurende 3 tot 6 maanden. Bij 8 patiënten met een complexe, chronische PTSS werd na behandeling met imaginaire exposure of EMDR een gemiddelde klachtenreductie bereikt van 73%, gemeten volgens klachtenspecifieke vragenlijsten.

De ervaring is dat ook als mensen in eerste instantie verslechteren, het belangrijk is de richtlijnen toe te blijven passen.

Er was wel een aanmerking op de concept richtlijn met betrekking tot de 'seeking safety' die voor

PTSS-behandeling werd aangeraden. Dit is een vrij intensieve, langdurige module, waarvoor medewerkers getraind moeten zijn en waar certificering aan vastzit. Hoewel er niet werd getwijfeld aan de kwaliteit en wetenschappelijke onderbouwing van deze module, wordt erin de DD-Kliniek voor gepleit om eerst de huidige, bestaande evidence-based richtlijnen optimaal in de praktijk te brengen alvorens uit te wijken naar alternatieve methodieken. De ervaring in de praktijk is dat angststoornissen ook bij comorbiditeit redelijk goed behandelbaar zijn, mits ze volgens de richtlijnen behandeld worden, en dat er vanuit dat oogpunt weinig behoefte is aan het ontwikkelen van nieuwe interventies.

### **Klinisch versus ambulant**

Veel argumenten pleiten voor een klinische behandeling voor patiënten met angststoornissen in combinatie met middelenproblematiek, tenzij ze al een lange tijd abstinente zijn. De richtlijn is makkelijker toe te passen in een klinische setting, waarbij een aantal zaken stabiel gehouden kan worden en randvoorwaarden voor optimale behandeling sneller kunnen worden gecreëerd.

Een patiënt die zelf de opname (voortijdig) beëindigd had, met het voornemen de PTSS-behandeling ambulant te voltooien, besloot na een terugval in klachten de behandeling alsnog klinisch te voltooien. De suggestie die voortkwam uit deze pilot is om in de richtlijn meer in te gaan op de verschillen in patiëntenpopulaties en de voorkeur voor een klinische of ambulante behandeling.

### **Diagnostiek**

Wat opviel is dat in een aantal casussen langdurige angstproblematiek werd gediagnosticeerd die tot dan toe niet eerder aan het licht gekomen was, ondanks dat patiënten al langere tijd bekend waren in de psychiatrie en de verslavingszorg.

Zo was er een patiënt die uitgebreid bekend is in de GGz en verslavingszorg met een breed scala aan klachten en symptomen, bij wie diagnostisch altijd veel onduidelijkheid is blijven bestaan. Gedurende opname in de DD-Kliniek wordt geconstateerd dat sprake is van een ernstige, complexe posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en dat veel van de psychische klachten en interactionele problemen samenhangen met deze diagnose. Ook bij een andere patiënt bleek bij nadere diagnostiek na het verbleken van de psychose, dat tevens sprake is van een sociale fobie, onafhankelijk van de schizofrene stoornis.

Er werd veel gebruik gemaakt van standaard screening, en er was op de afdeling veel expertise aanwezig met betrekking tot angststoornissen. Dit ondersteunt de ervaring van de dubbele diagnose afdeling van Mondriaan dat veel angststoornissen niet gediagnosticeerd worden als hier niet standaard op gescreend wordt. Gebleken is dat standaard screening niet alleen aan de start van aanmelding nodig is, maar ook na het tot rust komen van overige psychiatrische problematiek.

### **Overige comorbide pathologie**

In een aantal gevallen kon de behandeling niet volgens de richtlijn voltooid worden, doordat patiënten vroegtijdig met ontslag gingen. Dit had vaak niet te maken met ongunstige effecten van de behandeling van de comorbiditeit, maar met andere problematiek die hier door heen speelde. Bij één patiënt leidde behandeling volgens de richtlijn aanvankelijk tot klachtenreductie. De comorbide pathologie op as I en as II (met name as II) trad echter hierna op de voorgrond en leidde uiteindelijk tot ontslag. Bij een andere patiënt werd strikt genomen niet afgeweken van de richtlijn, maar een protocollaire CGT voor de sociale fobie kwam slechts zeer summier van de grond vanwege sterke vermijding, ambivalente motivatie en het stellen van andere prioriteiten. De richtlijn geeft weinig handvatten over hoe te handelen bij andere comorbide psychiatrische problematiek. De vraag is echter of verdere uitbreiding van de richtlijn wenselijk is. Vooral nog zijn er veel argumenten die ervoor pleiten om ook bij complexe problematiek en veel comorbiditeit, vast te houden aan een focale,

lege artis behandeling voor de betreffende angststoornis. Het enerzijds vasthouden aan een duidelijke behandellijn en anderzijds monitoren en flexibel inspelen op de overige problematiek vergt de nodige cognitief-gedragstherapeutische deskundigheid en ervaring. Een multidisciplinair team, waarin behandeltaken efficiënt kunnen worden verdeeld is hierbij van groot belang. Ten aanzien van de verslavingsproblematiek is het in ieder geval zaak om deze altijd geïntegreerd te behandelen met de angststoornis, ook om de relatie tussen beide stoornissen te verhelderen. De praktijkervaring leert dat het op voorhand moeilijk te voorspellen is wat het effect is van bijvoorbeeld effectieve behandeling van de angststoornis op de verslaving en vice versa, zelfs wanneer in de diagnostische fase een uitgebreide functieanalyse wordt gemaakt. Bovenstaande pleit ervoor om bij onduidelijkheid hierover, altijd beide probleemgebieden zo optimaal mogelijk en geïntegreerd aan te pakken.

## 4. Conclusie en aanbevelingen van de pilots

De richtlijn is getest in verschillende ambulante en klinische afdelingen bij Mondriaan en Iriszorg. De richtlijn is getest bij een diverse patiëntenpopulatie waarin alle angststoornissen en de meest voorkomende typen middelenafhankelijkheid aanwezig waren. De ervaringen met de richtlijn waren positief. Het werken volgens een richtlijn biedt welkome handvaten bij deze complexe doelgroep. Er werd een aantal aanbevelingen gedaan:

Er dient te worden nagegaan of de richtlijn Angststoornissen verouderd is met betrekking tot de paniekstoornis, met name de behandeling introceptieve exposure. Mogelijk zal dit meegenomen worden in de volgende revisie van de richtlijn Angststoornissen (in de 2009 update is hier niets over meegenomen).

Een kanttekening dient geplaatst te worden bij de seeking safety methode. Dit is een intensieve methode waarvoor training vereist is, terwijl de bestaande richtlijnen (in geval van PTSS imaginaire exposure en EMDR) voldoende uitkomst bieden en ook bij een complexe populatie effectief en toepasbaar zijn.

De richtlijn zoals deze op het moment van de pilot was, biedt nog onvoldoende aanknopingspunten voor het opbouwen van een multidisciplinaire samenwerking wanneer deze onvoldoende is.

Als de behandeling door twee zorglijnen of behandelaars gebeurt, moet er structureel zorg voor worden gedragen dat er uitwisseling over de behandeling van de patiënt plaatsvindt, en terugkoppeling.

In het algemeen dient de richtlijn meer in te gaan op de verschillen in patiëntenpopulaties.

Het gaat bijvoorbeeld om:

- Het specifieke karakter van (patiënten met) benzodiazepine-afhankelijkheid zonder bijkomende drugsproblematiek;

Standaard screening van beide stoornissen bij aanmelding van één van beide stoornissen verdient meer nadruk.

- De richtlijn moet nadrukkelijk ook een functie van vroegsignalering hebben bij deze comorbiditeit.
- Goede diagnostiek staat centraal bij (het behandelen van) comorbiditeit.



- Ook na het verminderen van de overige psychiatrische comorbiditeit is het belangrijk opnieuw te screenen op angststoornissen.

De richtlijn geeft weinig handvatten over hoe te handelen bij andere comorbide psychiatrische problematiek.

## Bijlage: Kenmerken van de patiënten die in de pilots zijn geëvalueerd

### SEKSE (n=36)

	Totale groep	PSYQ	DD Mondriaan	DD Iriszorg
Man	29	7	5	17
Vrouw	7	2	1	4

### LEEFTIJD (n=36)

	Totale groep	PSYQ	DD Mondriaan	DD Iriszorg
Gemiddelde leeftijd	41	49	43	38

### Angststoornissen (in deze tabel geen unieke patiënten)

	Totaal	PSYQ	DD Mondriaan	DD Iriszorg
Paniekstoornis	12	6	3	4
PTSS	13	2		11
Gegeneraliseerde angststoornis	3		1	2
Obsessief-compulsieve stoornis	1			1
Sociale fobie	6	1	1	4
Angstklachten	3	1	2	
Hypochondrie	3	1	2	
Specifieke fobie	1	1		

### Prevalentie middelenproblematiek (in deze tabel geen unieke patiënten)

	Totaal	PSYQ	DD Mondriaan	DD Iriszorg
Alcohol	17	4	6	7
Benzodiazepine	12	3	4	5
Cannabis	5	1	1	3
Heroïne	2			2
Cocaïne	8	1	3	4
Nicotine <sup>7</sup>	3	2	1	
Gokken	2	1	1	
Polyafhankelijkheid, niet gespecificeerd	5	1		4

<sup>7</sup> Waarschijnlijk is het aantal nicotinegebruikers hoger, maar wordt dit niet door elke professional meegenomen in de diagnose

**Middelenproblematiek, unieke patiënten (n=36)**

	Totaal	PSYQ	DD Mondriaan	DD Iriszorg
Enkel Alcohol	7	1		6
Enkel Benzodiazepine	2	2		
Enkel Cannabis	3	1		2
Enkel Heroïne	0			
Enkel Cocaïne	1			1
Alcohol en cannabis	1			1
Alcohol en nicotine	1	1		
Alcohol en benzodiazepines	6		3	3
Alcohol en cocaïne	1	1		
Alcohol, cannabis en benzodiazepines	1			1
Alcohol, cannabis en cocaïne	1			1
Alcohol, cocaïne en heroïne	1			1
Alcohol en gokken	1	1		
Benzodiazepine en nicotine	1	1		
Cocaïne, opiaten en benzo's	1			1
Alcohol, cocaïne en nicotine	1		1	
Alcohol, benzodiazepine en cocaïne	1		1	
Alcohol, cocaïne, gokken en cannabis	1		1	
Polyafhankelijkheid	5	1		4

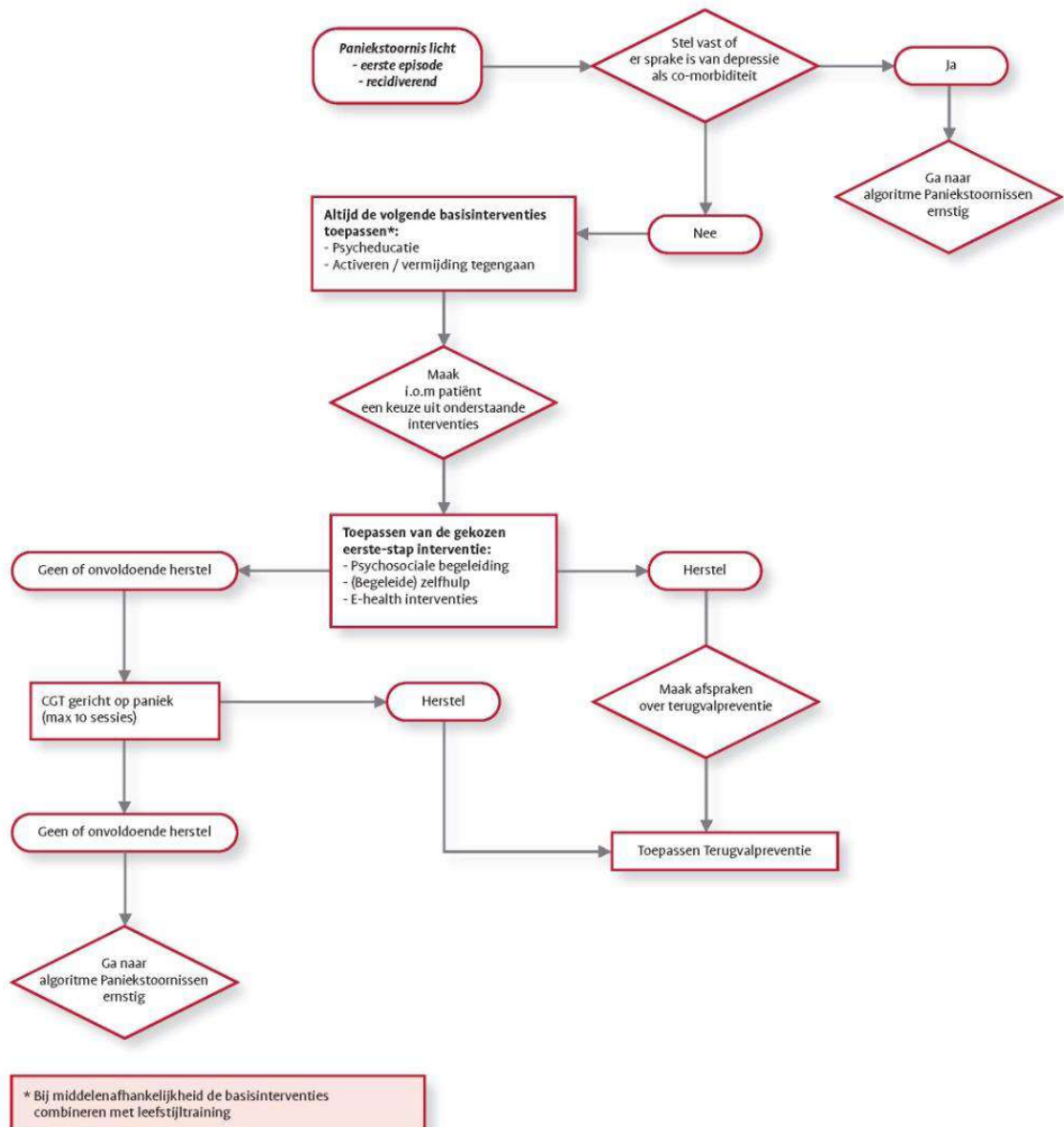
**ANGSTKLACHTEN, unieke patiënten (n= 36)**

	Totaal	PSYQ	DD Mondriaan	DD Iriszorg
Paniekstoornis met agorafobie	8	5		3
PTSS	12	1		11
Gegeneraliseerde angststoornis	2			2
Obsessief-compulsieve stoornis	1			1
Sociale fobie	3			3
Angstklachten	3	1	2	
PTSS en sociale fobie	1	1		
Paniekstoornis en sociale fobie	3		2	1
Paniekstoornis, sociale angst, PTSS, hypochondrie	1		1	
Gegeneraliseerde angststoornis met hypochondrie	1		1	
Paniekstoornis met agorafobie met hypochondrie	1	1		

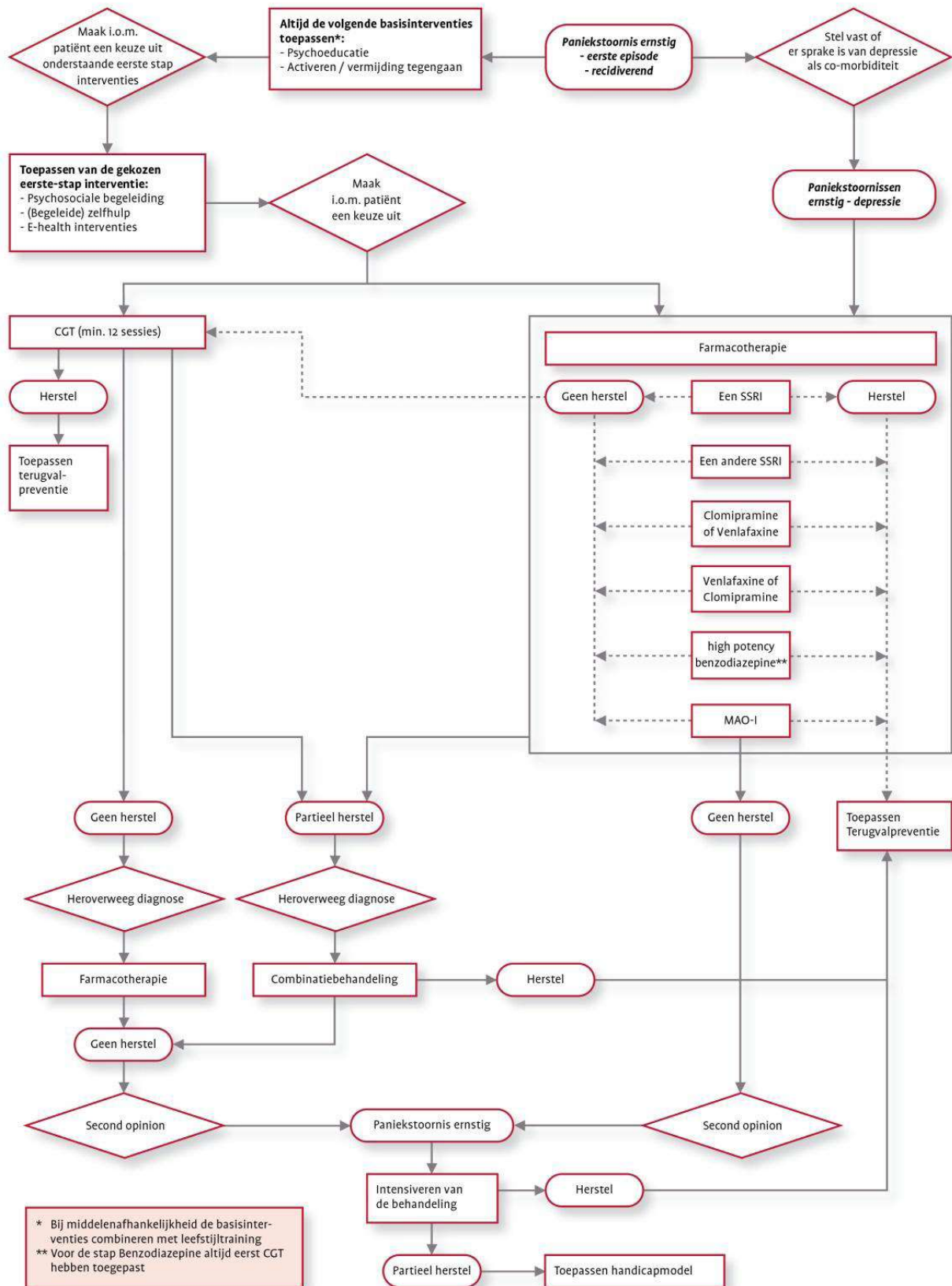
# Bijlage 4: Beslisbomen Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2003)

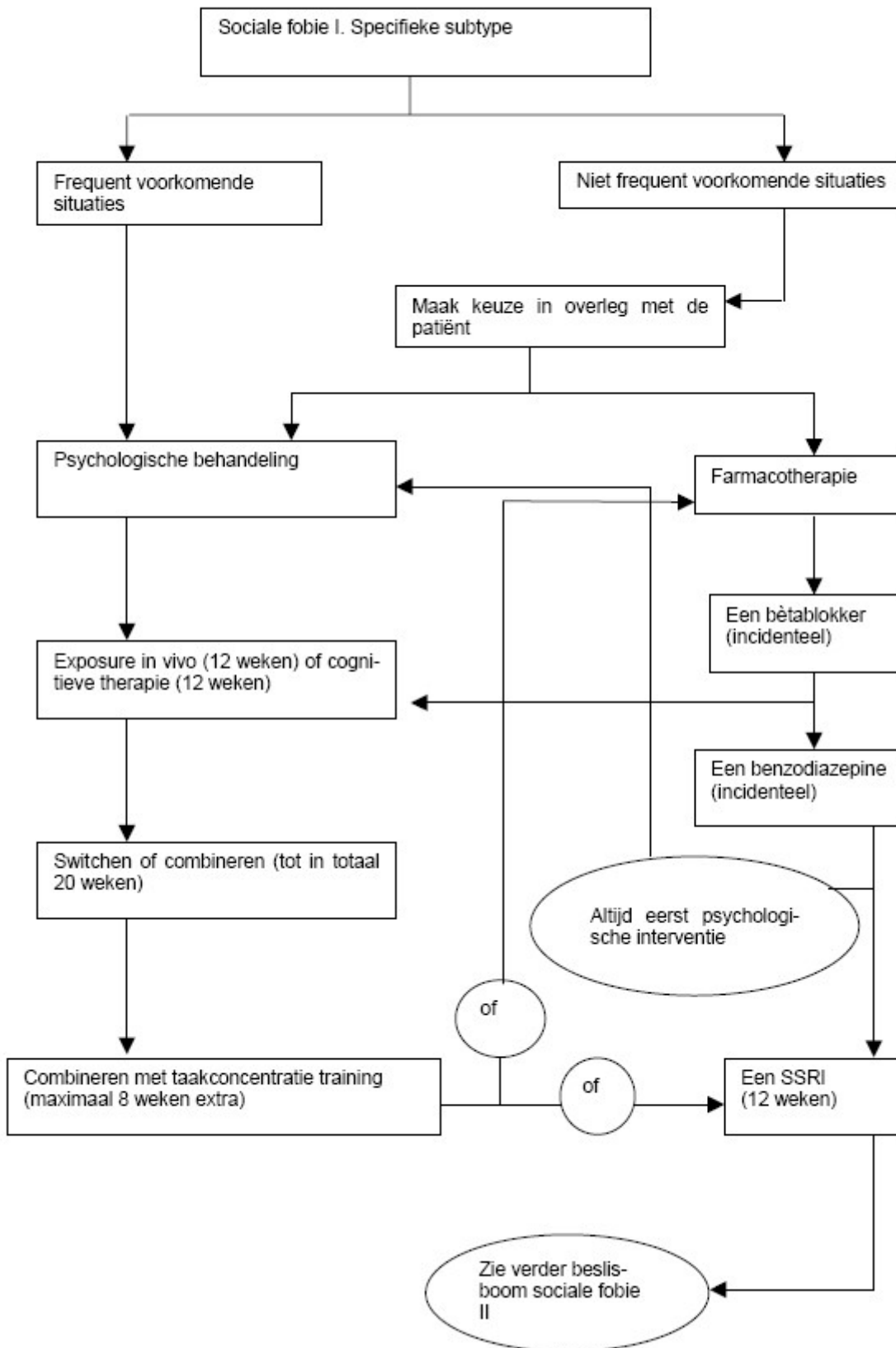
## Algoritme Paniekstoornissen - licht



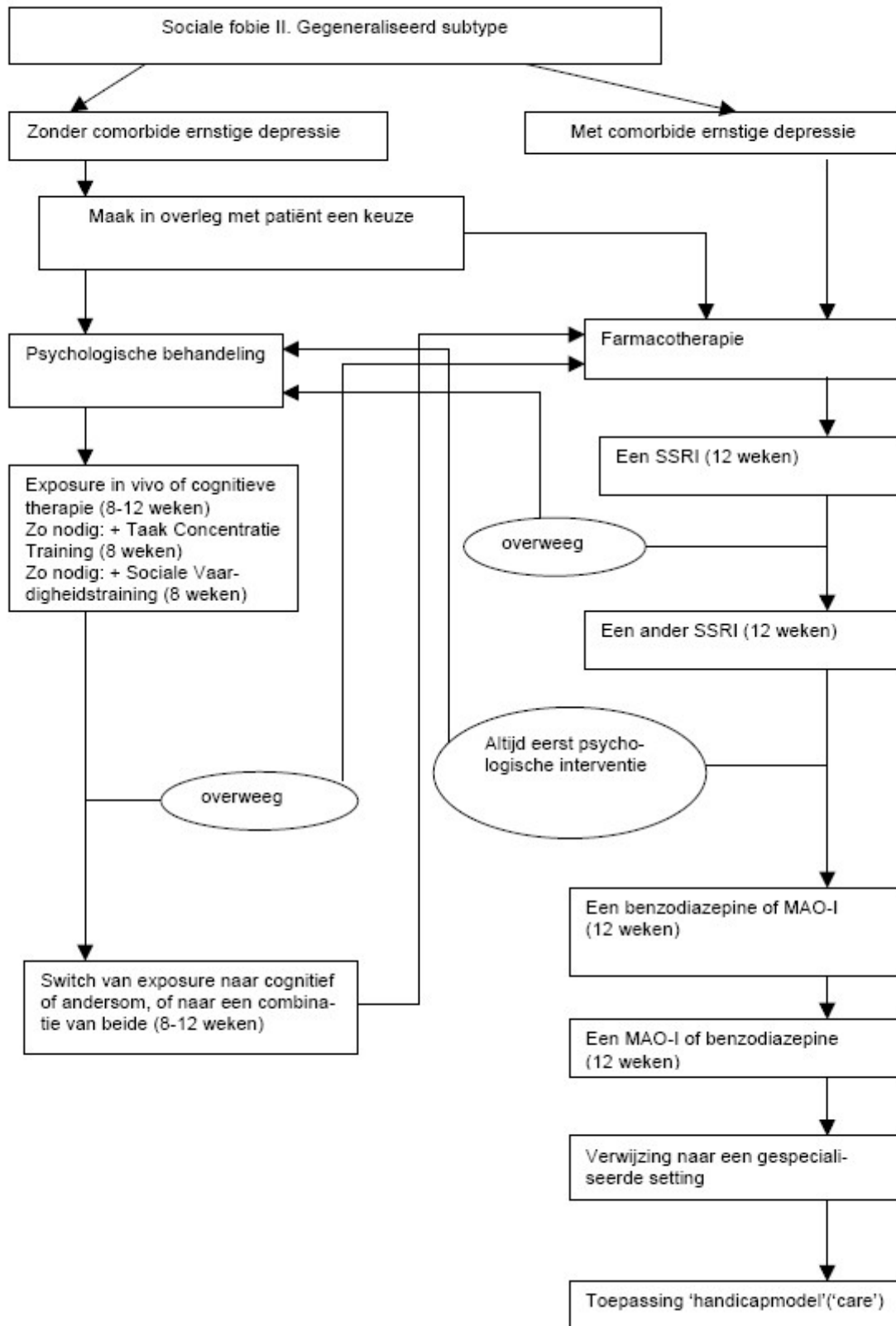
# Algoritme Paniekstoornissen - ernstig



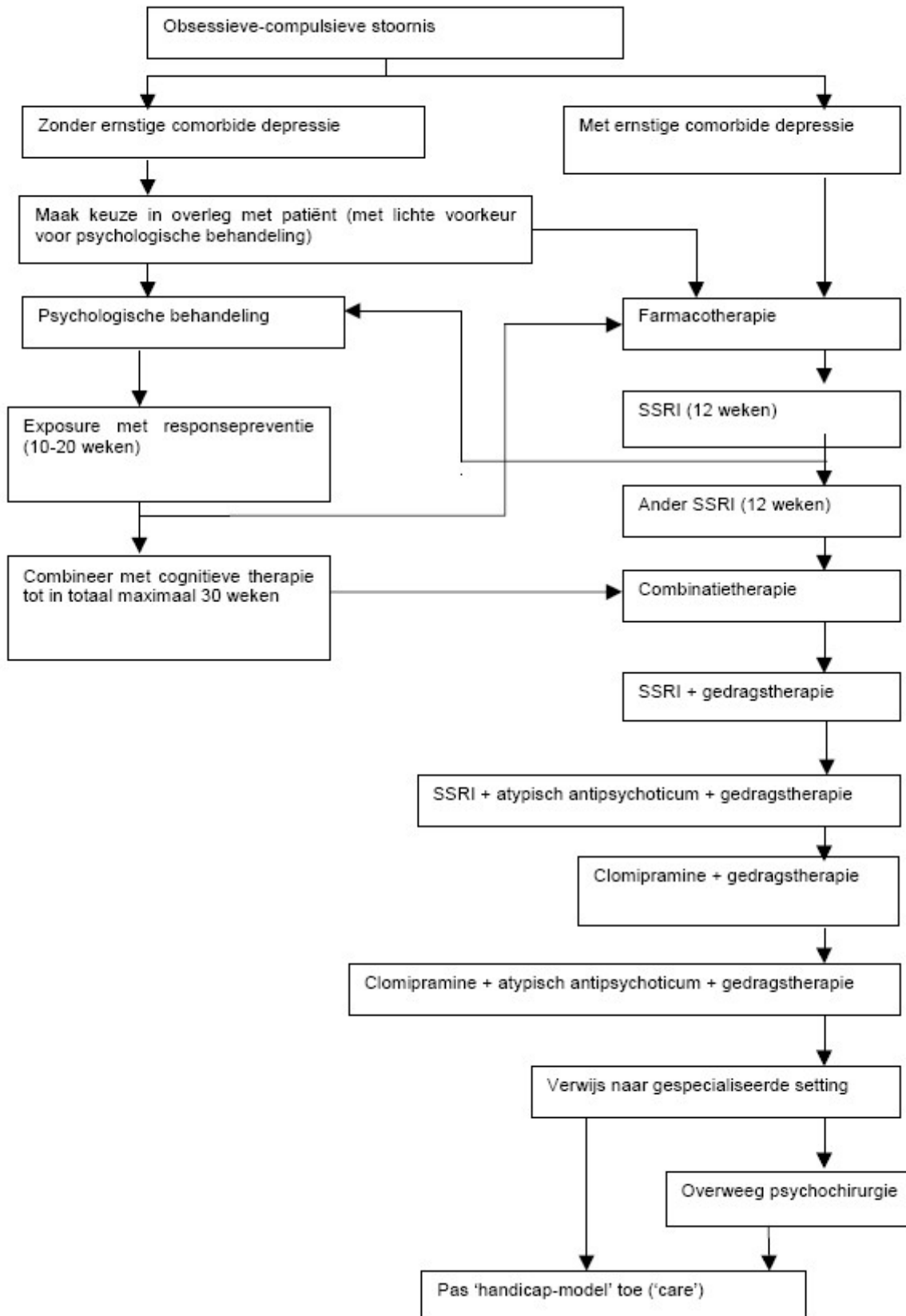
**Beslisboom sociale fobie I**



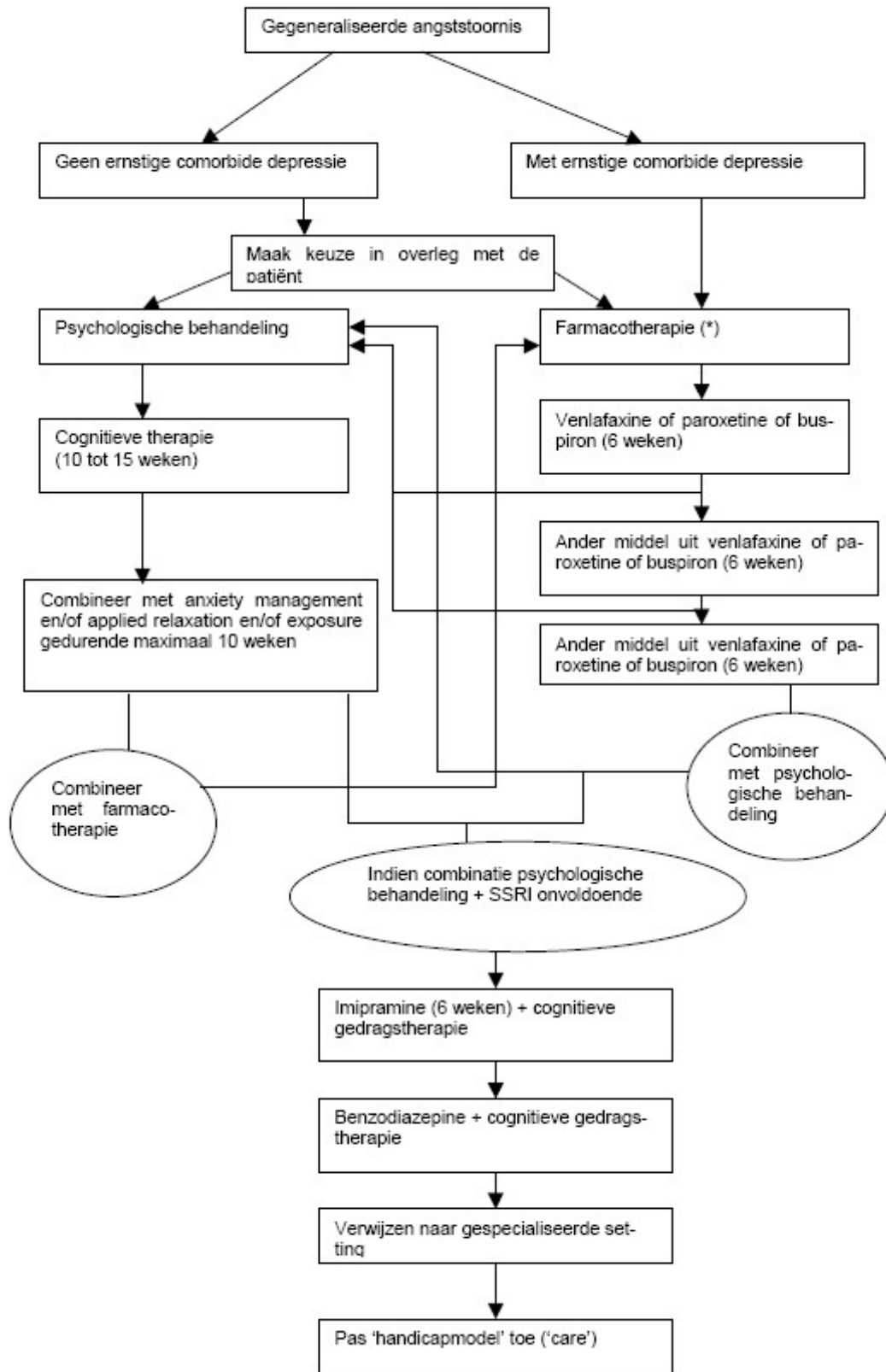
**Beslisboom sociale fobie II, gegeneraliseerd subtype**



## Beslisboom obsessieve-compulsieve stoornis

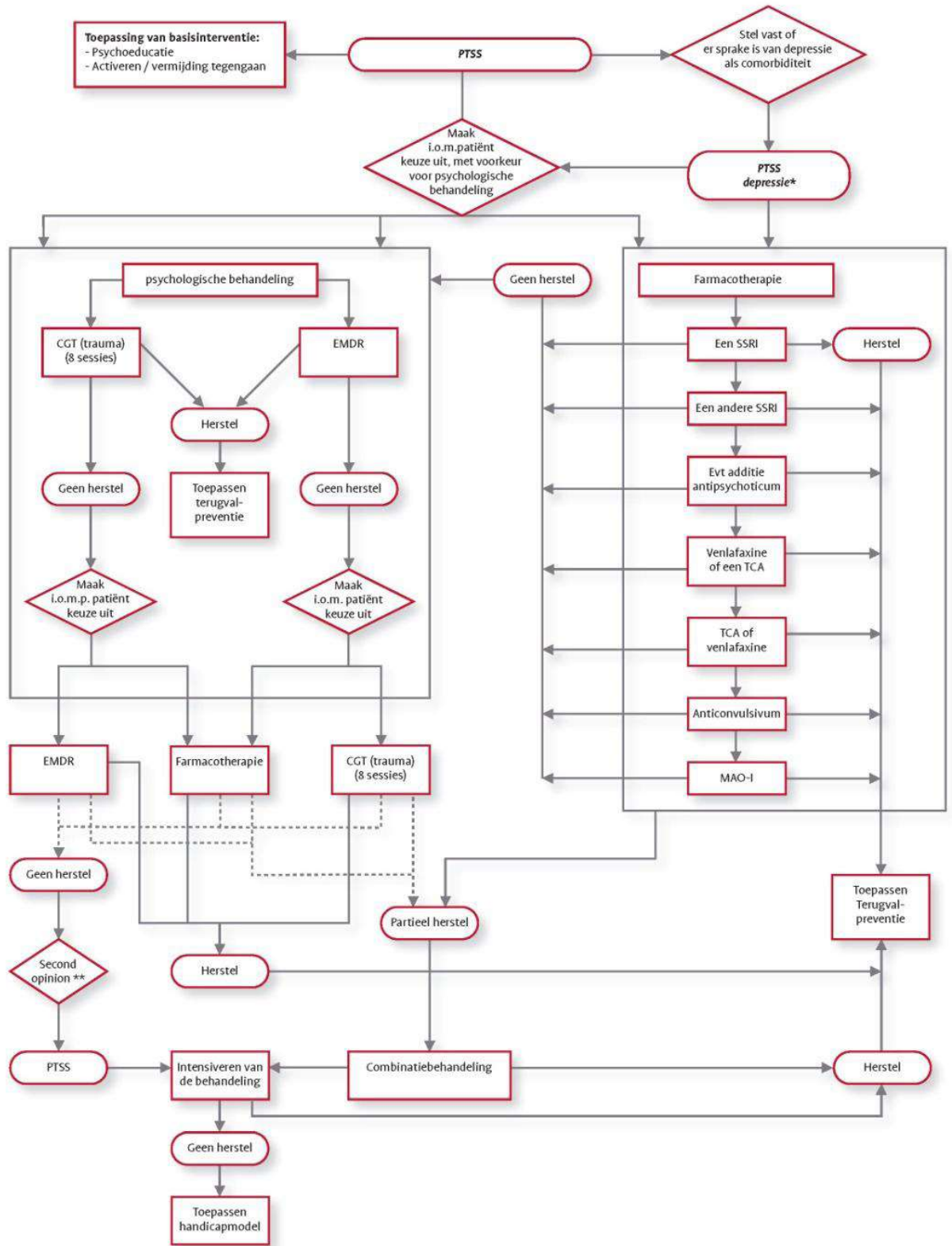


**Beslisboom gegeneraliseerde angststoornis**





# Algoritme PTSS



\* Indien de depressie voldoende is opgeklaard dan EMDR of CGT  
 \*\* heroverweeg diagnose en second opinion toepassen vanaf de tweede stap in de therapie

## ***Bijlage 5: Verzamelde aanbevelingen van de Richtlijn Dubbele Diagnose Dubbele Hulp***

(Van der Meer et al., 2003)

Voor het screenen op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de CAGE en CAGE-AID toe te passen in combinatie met een Index of Suspicion.

Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties.

Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosepatiënten wordt het instrument Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) aanbevolen.

Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor volledige integratie, wordt aanbevolen om de verschillende interventies bij dubbele diagnose in sterke samenhang aan te bieden. Ten aanzien van de volgorde van behandelen wordt aanbevolen om gelijktijdig psychopathologie en middelenmisbruik te behandelen bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis. Sequentiële behandeling waarbij het middelenmisbruik het eerst wordt aangepakt, wordt aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Bij dubbele diagnose is bijkomende problematiek zo belangrijk dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken. Dakloosheid is hierbij een van de meest ernstige factoren.

Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.

Motiverende gespreksvoering heeft altijd een plaats in het behandel aanbod, ongeacht het stadium van motivatie van de patiënt.

Voor veel dubbele diagnosepatiënten zijn kleine hoeveelheden cannabis of cocaïne al ontregelend. Abstinentie is daarom een goed behandel doel, zij het soms op de lange termijn. Voorkomen moet worden dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt doordat er ten aanzien van zijn middelenmisbruik te hoge eisen worden gesteld.

Adequate (medicamenteuze) behandeling van bijkomende psychiatrische stoornissen dient in de verslavingszorg prioriteit te krijgen.

### **Schizofrenie**

	<i>Cocaïne</i>	<i>Opiaten</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Medicamenteus</i>	geen aanbeveling	<b>atypische</b>	(clozapine)

		<b>antipsychotica</b>	
<i>Psychosociaal</i>	<b>Psychosociaal cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering)</b> gericht op psychopathologie en middelengebruik, <b>familietherapie</b>		
<i>Algemeen</i>	Algemeen enige evidentie voor gelijktijdige aanpak in een geïntegreerde setting, gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

### Bipolaire stoornis

	<i>Cocaïne</i>	<i>Opiaten</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Medicamenteus</i>	<b>(quetiapine lamotrigine)</b>	<b>valproaat</b>	<b>valproaat, carbamazepine</b>
<i>Psychosociaal</i>	<b>Psychosociaal cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering), interpersoonlijke therapie,</b> (met name de depressieve periode)		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor <b>gelijktijdige</b> gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

### Depressie

	<i>Cocaïne</i>	<i>Opiaten</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Medicamenteus</i>	<b>fluoxetine</b>	<b>fluoxetine imipramine</b>	<b>fluoxetine desipramine imipramine nefazodone</b>
<i>Psychosociaal</i>	<b>cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering)</b> gericht op psychopathologie en middelengebruik		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor het <b>eerst behandelen van het middelenmisbruik</b> gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

### Angststoornissen

	<b>Cocaïne</b>	<b>Opiaten</b>	<b>Alcohol</b>
<b>Medicamenteus</b>	reguliere anxiolytica	reguliere anxiolytica	paroxetine buspiron
<b>Psychosociaal</b>	<b>cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering)</b> gericht op middelenmisbruik en in sommige gevallen op psychopathologie		
<b>Algemeen</b>	enige evidentie voor het <b>eerst behandelen van het middelenmisbruik</b> (bij PTSS <b>gelijktijdig</b> ), gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

### Persoonlijkheidsstoornissen

	<b>Cocaïne</b>	<b>Opiaten</b>	<b>Alcohol</b>
<b>Medicamenteus</b>	-	-	-
<b>Psychosociaal</b>	<b>cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering)</b> bijantisociale persoonlijkheidsstoornis, <b>dialectische gedragstherapie</b> bij borderline persoonlijkheidsstoornis		
<b>Algemeen</b>	behandeling in een <b>therapeutische gemeenschap</b> bij antisociale persoonlijkheidsstoornis, gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

## **Bijlage 6: Verzamelde aanbevelingen van de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009)**

### **Classificatie volgens DSM-IV of ICD-10?**

De DSM-IV-classificatie van stoornissen in het gebruik van alcohol (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid) wordt als uitgangspunt gebruikt bij het opstellen van de richtlijn.

### **Zijn er argumenten voor ambulante dan wel klinische detoxificatie en behandeling?**

Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudingsinsulten dient intramurale opname bij een verslavingszorginstelling plaats te vinden. Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een Algemeen Ziekenhuis moeten plaatsvinden ( Richtlijn Detox p.13)

Intramurale detoxificatie is aangewezen indien:

1. Er sprake is van een hoge BAC-score (>1,5), de patiënt een geïntoxiceerde indruk maakt en het alcoholgebruik ofwel jarenlang dagelijks danwel periodiek destructief genoemd kan worden.
2. Er dagelijks van de ochtend tot de avond wordt gedronken.
3. Alcoholgebruik wordt gecombineerd met één of meer andere psychoactieve middelen.
4. Er bij eerdere detoxificaties delirante verschijnselen en/of insulten optraden.
5. Er sprake is van een slechte lichamelijke conditie (bijvoorbeeld: de patiënt leeft op alcohol en heeft de laatste weken niet meer gegeten of er is een lichamelijke ziekte).
6. De zelfzorg slecht is of er verwacht wordt dat de therapietrouw slecht zal zijn.
7. Er meerdere niet-succesvolle ambulante detoxificaties zijn geweest of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen en of er snel een terugval is opgetreden.
8. Er comorbide psychiatrische ziektebeelden bestaan, waarvan verwacht wordt dat deze de uitkomst van een detoxificatie negatief zullen beïnvloeden of waarvan is gebleken dat deze dat al hebben gedaan.
9. Er sprake is van een alleenstaand persoon of van iemand die het laatste half jaar geen contact heeft gehad met niet gebruikende personen in de directe sociale omgeving.
10. Er een wens is van een patiënt of familie voor intramurale detoxificatie (Richtlijn Detox, pagina 13.)

Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid.

### **Welke instrumenten in de eerste en tweede lijn zijn geschikt voor casefinding van stoornissen in het gebruik van alcohol?**

De AUDIT wordt aanbevolen als eerste keus voor het opsporen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Het aanbevolen afkappunt van de AUDIT is voor mannen 8, voor vrouwen en ouderen 5. Vanuit praktische overwegingen kan men ook gebruik maken van de verkorte vorm van de AUDIT: de AUDIT-C. Voor de AUDIT-C zijn deze afkappunten respectievelijk 5 en 4. Bij jongeren lette men vooral op de derde vraag in verband met binge-drinken.

In de eerste lijn kan ook de Five-shotttest worden gebruikt als men rekening houdt met een mogelijk verminderde validiteit bij ouderen en bij het opsporen van binge-drinken bij jongeren.

### **Wat zijn discriminerende symptomen en patiëntenkenmerken in anamnese en lichamelijk onderzoek met betrekking tot stoornissen in het gebruik van alcohol?**

Zowel in de eerste als tweede lijn verdient het aanbeveling om bij aanwezigheid van een of meer van de volgende signalen de patiënt te vragen naar zijn alcoholgebruik al dan niet met hulp van de AUDIT of de Five-shot test:

- psychische of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen;
- de aanwezigheid van een alcoholgeur of sterke geuren ter maskering;
- frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica;
- klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitations of overmatig transpireren, maag-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;
- frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.

### **Met welke laboratoriumtesten kan men acuut en chronisch alcoholgebruik aantonen en wat is de gevoeligheid en specificiteit van de testen?**

Laboratoriumonderzoek van gamma-GT, MCV of CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) afzonderlijk of in combinatie is niet geïndiceerd om excessief alcoholgebruik op te sporen.

Wel kunnen afwijkende laboratoriumwaarden gebruikt worden voor het vervolgen van de effecten van het alcoholgebruik in de tijd.

Het bepalen van het alcoholgehalte in bloed of uitademingslucht. Bij traumapatiënten die een eerste hulp bezoeken wordt aanbevolen.

## **Medicamenteuze behandeling**

### **Onthoudingsverschijnselen/ detoxificatie**

1. Langwerkende benzodiazepines worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcohol detoxificatie. Bij ouderen en patiënten met een leverfunctiestoornis hebben kortwerkende benzodiazepines de voorkeur.

Behandeling op basis van het beloop van de onthoudingsverschijnselen, onder monitoring van die verschijnselen met behulp van de CIWI-AR wordt aanbevolen.

2. Benzodiazepines, in het bijzonder die met een lange werkingsduur, zijn middel van eerste keuze bij het voorkomen en behandelen van een onthoudingsdelier. Neuroleptica kunnen eventueel ter aanvulling worden gegeven bij agitatie en perceptuele stoornissen.

## **Farmacotherapeutische interventies gericht op abstinentie of reductie in het gebruik van alcohol**

### **Acamprosaat**

Acamprosaat is een veilig en effectief middel bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Acamprosaat wordt bij voorkeur voorgeschreven aan onlangs gedetoxificeerde patiënten hoewel er eventueel ook mee gestart kan worden tijdens de detoxificatie.

### **Naltrexon**

Naltrexon is een veilig en effectief middel in de behandeling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Vanwege mogelijke bijwerkingen dient tijdens de behandeling de nodige aandacht besteed te worden aan het motiveren van patiënten tot regelmatige inname van medicatie.

### **Disulfiram**

Disulfiram is minder veilig en heeft meer contra-indicaties dan acamprosaat en naltrexon en is derhalve middel van tweede keuze. Als disulfiram onder toezicht wordt ingenomen kan disulfiram patiënten helpen in het handhaven van abstinentie.

## **Psychosociale interventies bij alcoholproblemen**

### **Motiverende gespreksvoering**

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

### **Eenmalige en kortdurende interventies**

Iedere patiënt met een stoornis in het gebruik van alcohol behoort na vaststelling daarvan zowel in de eerste als tweede lijn tenminste een korte interventie te worden aangeboden.

### **Cognitief gedragstherapeutische interventies**

Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van sociale vaardigheidstraining te bevatten.

### **Zelfcontroletraining**

Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van zelfcontroletraining te bevatten.

### **Cue-exposure**

Er is geen reden cue-exposure behandeling aan te bevelen. Blootstelling aan cues kan worden ingezet als onderdeel van vaardigheidstraining in het omgaan met alcohol.

### **Partnerrelatietherapie**

In geval van relatieproblemen of huiselijk geweld heeft gedragstherapeutische partnerrelatie-therapie de voorkeur boven individuele cognitieve gedragstherapeutische interventies.

## **Groepstherapie**

Waar mogelijk verdienen groepsbehandelingen de voorkeur boven individuele behandelingen.  
Gedragsgeoriënteerde groepstherapieën verdienen de voorkeur boven andere groepsmethodieken.

## **Zelfhulpmaterialen.**

Zelfhulpmaterialen dienen ruim beschikbaar te worden gesteld.

## **Community Reinforcement Approach (CRA)**

CRA (Community Reinforcement Approach) kan worden ingezet bij ernstig verslaafden die niet sterk gemotiveerd zijn, maar die nog wel een steunende sociale omgeving hebben.

## **Zelfhulpgroepen**

Alle patiënten met alcoholafhankelijkheid dienen tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte te worden gebracht van bestaan en werkwijze van de AA en verwante organisaties en hoe ermee in contact te komen.

## **De twaalfstappen-benadering**

Het verdient vooralsnog geen aanbeveling een *klinische* behandeling in te richten volgens de twaalfstappen-benadering.

## **Psychotherapie anders dan de cognitief gedragstherapeutische behandeling**

Op inzicht gerichte psychotherapeutische interventies worden afgeraden ter verandering van verslavingsgedrag.

## **Behandeling van alcoholafhankelijkheid als een chronische aandoening**

De zorg voor ernstige chronisch afhankelijke patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Intensieve vormen van casemanagement hebben daarbij de voorkeur boven het zogenaamde makelaarsmodel.

## **Combinaties farmacotherapie en psychotherapie**

Bij het voorschrijven van medicijnen ter voorkoming van terugval in het (ongecontroleerd) gebruik van alcohol dient de arts of de praktijkassistent zorg te dragen voor een nauwgezette medische begeleiding met aandacht voor therapietrouw, bijwerkingen en het beloop van de symptomen.

## **Betekenis van comorbiditeit**

### **Depressie**

Het verdient aanbeveling de diagnose depressie bij alcoholpatiënten pas te stellen na 2-3 weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld.

Tricyclische antidepressiva worden niet als middel van eerste keus aanbevolen vanwege de potentieel serieuze interacties met alcohol, zoals cardiotoxiciteit en overdosering.

Vanwege de geringe effecten van antidepressieve behandelingen op de alcoholconsumptie dienen er tevens specifieke psychosociale en farmacotherapeutische interventies gericht op de stoornis in het

gebruik van alcohol te worden aangeboden.

### **Angststoornissen**

Het verdient aanbeveling de diagnose angststoornis bij alcoholpatiënten pas te stellen na 2-3 weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld.

Wel dienen er tevens specifieke psychosociale en farmacotherapeutische interventies gericht op de stoornis in het gebruik van alcohol te worden aangeboden.

### **Schizofrenie**

Vanwege het gebrek aan bewijs is het niet mogelijk om specifieke aanbevelingen te geven wat betreft de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van alcohol en schizofrenie.

### **Antisociale persoonlijkheidsstoornis**

Vanwege het gebrek aan bewijs is het niet mogelijk om specifieke aanbevelingen te geven wat betreft de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van alcohol en een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

### **ADHD**

- Vooralsnog wordt geadviseerd bij de combinatie alcohol – ADHD het “Protocol ADHD bij verslaving” van het Trimbos-instituut te volgen.
- Aangezien het er op lijkt dat er veel onderbehandeling plaatsvindt moet de diagnose ADHD overwogen worden bij patiënten die zich vanwege stoornissen in het gebruik van alcohol melden bij de hulpverlening.
- De diagnostiek kan problemen geven aangezien veel klachten van chronisch misbruik van stoffen en van persoonlijkheidsstoornissen de symptomen van ADHD kunnen imiteren. Een proefbehandeling in een gecontroleerd abstinente periode kan dan een aanvaardbare strategie zijn.
- De medicatie moet per patiënt zorgvuldig getitreerd worden, aangezien er veel individuele verschillen bestaan wat betreft de effecten.
- Wel moet men rekening houden met het eventueel weglekken van ADHD-medicatie naar de zwarte markt.

### **Bipolaire stoornis**

Bij patiënten met een bipolaire stoornis en alcoholafhankelijkheid valt het om reden van veiligheid te overwegen valproaat als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van lithium.

### **Drang en dwang**

Er is grote behoefte aan methodologisch verantwoord onderzoek naar de effectiviteit van therapeutische interventies en straffen bij bestuurders onder invloed van alcohol in termen van verandering drinkgedrag en vermindering van recidieven.

Gezien het levensbedreigende karakter van alcoholafhankelijkheid in een vergevorderd stadium zouden de mogelijkheden voor gedwongen opname, die de BOPZ biedt, beter moeten worden benut.

### **Interventies in de arbeidssituatie**

Medisch specialisten in de bedrijfsgezondheidszorg dienen de werkende met een stoornis in het gebruik van alcohol door te verwijzen voor een effectieve interventie.



## Complementaire en alternatieve behandelingen

Op basis van de huidige stand van de wetenschap wordt het toepassen van complementaire behandelingen bij alcoholproblematiek niet aanbevolen.

## Oorzaken van en risicofactoren voor somatische complicaties van alcoholgebruik

### Alcohol en het zenuwstelsel

Aanbevolen wordt om patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol dagelijks 2dd 50 mg thiamine te laten gebruiken, in combinatie met vitamine B-complex. Tijdens detoxificatie van patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol moet de dosering worden opgehoogd tot 300 mg per dag (in geval van tekenen van thiaminegebrek wordt verwezen naar de volgende aanbeveling).

Door de atypische presentatie is de diagnose "Wernicke-encefalopathie" moeilijk te stellen. Daarom wordt geadviseerd om *direct* met de behandeling te beginnen wanneer men heeft vastgesteld dat er een *serieuze verdenking* bestaat op deze aandoening (zie aanbeveling verderop) of wanneer er een *verhoogd risico* bestaat (zie aanbeveling verderop).

Van een *verhoogd risico* is sprake bij:

- (1) alcoholisten die zichzelf verwaarlozen,
- (2) alcoholisten bij wie cognitieve stoornissen worden vastgesteld, en
- (3) alcoholisten met loopstoornissen of een polyneuropathie.

Van een *verdenking op een Wernicke-encefalopathie* is sprake bij iedere alcoholist met acute of subacute, significante verandering van (1) bewustzijn, (2) cognitie, (3) looppatroon, of (4) oogbewegingen (nystagmus, dubbelzien).

Bij patiënten met een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol, met bewustzijnsveranderingen, cognitieve stoornissen, loopstoornissen of oogbewegingsstoornissen, dient de diagnose Wernicke-encefalopathie te worden overwogen.

Bij een *verhoogd risico op een Wernicke-encefalopathie* dient gedurende drie tot vijf dagen een behandeling met eenmaal daags 250 mg thiamine i.m. of i.v., in combinatie met (een maal daags oraal) vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C te worden ingezet. 5

Bij *verdenking op een Wernicke-encefalopathie* dient gedurende drie dagen een behandeling met drie maal daags 500 mg thiamine i.v. (langzaam, in 100 ml fysiologisch zout), in combinatie met (drie maal daags oraal) vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C te worden ingezet. Bij gebrek aan resultaat kan de behandeling na drie dagen worden gestaakt, en moet de diagnose worden heroverwogen. Bij klinische verbetering dient de behandeling na drie dagen te worden voortgezet zoals bij een *verhoogd risico* is aangegeven.

In alle gevallen moet ook diagnostiek worden verricht naar tekorten aan natrium, magnesium en fosfaat en moeten deze worden gecorrigeerd.

Bij patiënten met een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol, met geheugenstoornissen, dient het syndroom van Korsakov te worden overwogen en direct te worden behandeld.

Op grond van de huidige literatuur kan geen aanbeveling worden gedaan voor een medicamenteuze behandeling van het syndroom van Korsakov anders dan thiaminesuppletie tweemaal daags met 50 mg p.o. 20

Patiënten met alcoholische cerebellaire degeneratie, polyneuropathie, pellagra of centrale pontine myelinolyse dienen dagelijks met tweemaal 50 mg thiamine p.o. en vitamine B-complex te worden behandeld.

Deze patiënten dient tevens te worden geadviseerd te stoppen met alcoholgebruik.

Voor de behandeling van een hyponatriëmie bij alcoholisten wordt verwezen naar de *Richtlijnen Elektrolytstoornissen* (NIV 2005[78]). Samenvattend komt het advies erop neer dat men moet streven naar een correctie van maximaal 1-2 mmol/l/uur.

### **Alcohol en de lever**

Patiënten met alcoholische levercirrose wordt geadviseerd het alcoholgebruik geheel te staken.

Patiënten met slokdarmvarices worden met beta-adrenerge receptor blokkerende middelen behandeld ook als ze nog nooit gebleed hebben.

Voor een zekere diagnose van alcoholische hepatitis is een leverbiopsie aangewezen.

Eiwitrijke, energierijke voeding wordt geadviseerd in de behandeling van alcoholische hepatitis, tenzij er sprake is van hepatische encefalopathie.

Therapie met corticosteroïden wordt gereserveerd voor patiënten met een MELD score  $\geq 18$  of een DF score  $\geq 32$ .

Patiënten met hemochromatose wordt geadviseerd terughoudend te zijn met het gebruik van alcohol; mannen zouden zeker niet meer dan drie glazen per dag, vrouwen zeker niet meer dan twee glazen per dag moeten consumeren.

Patiënten met chronische hepatitis B en C dient alcoholgebruik te worden ontraden.

Overmatig of excessief alcoholgebruik vormt geen contra-indicatie tegen antivirale therapie.

### **Pancreatitis**

Patiënten met chronische pancreatitis moet worden geadviseerd hun alcoholgebruik te staken.

### **Alcohol en hypertensie**

Bij overmatig alcoholgebruik wordt in verband met het voorkomen en behandelen van hypertensie geadviseerd het gebruik van alcohol te beperken tot 1 à 2 (vrouwen) of 2-3 (mannen) standaardglazen per dag.

### **Alcohol en het beenmerg**

Bij onbegrepen trombocytopenie of myelodysplastische veranderingen moet excessief alcoholgebruik als oorzaak overwogen worden.

### **Alcohol en jicht**

Personen met jicht wordt geadviseerd het alcoholgebruik te beperken tot één à twee consumpties per dag.

### **Alcohol en zwangerschap**

Aan vrouwen die *zwanger willen worden* en hun partners moet geadviseerd worden geen alcoholhoudende drank te gebruiken.

Vrouwen die zwanger zijn en alcohol gebruiken dienen er gedurende de gehele zwangerschap op te worden gewezen het gebruik van alcohol te staken, omdat er geen veilige ondergrens voor gebruik bestaat. Het staken van het alcoholgebruik is in ieder trimester nog zinvol.

Het wordt vrouwen die borstvoeding geven ontraden om alcohol te gebruiken. Het advies om bier te drinken met het oogmerk de moedermelkproductie te bevorderen moet als schadelijk worden beschouwd.

### **Alcohol, type 2 diabetes mellitus en hypoglycemie**

Matig gebruik van alcohol hoeft aan mensen met diabetes mellitus niet te worden ontraden.

### **Acute alcoholintoxicatie**

Bij de acute alcoholintoxicatie dient men ademhaling, circulatie en bewustzijn te monitoren en zo nodig door middel van zuurstof, intraveneuze vloeistofoediening of beademing te ondersteunen. Om dit goed te kunnen doen is het soms nodig om een patiënt met een kortwerkend benzodiazepine te sederen. Electrolytstoornissen en hypoglycemiën dient men te corrigeren.

Peritoneaal dialyse of hemodialyse dient men te reserveren voor gevallen waarbij ondanks adequate corrigerende en ondersteunende therapie het beloop toch gecompliceerd blijft door ademdepressie, cardiovasculaire problemen, coma of convulsies.

### **De rol van de huisarts in het opsporen en behandelen van alcoholproblematiek**

Huisartsen en andere eerstelijns werkers dienen mensen met risicovol en schadelijk (excessief) alcoholgebruik op te sporen via case-finding en hen een korte interventie aan te bieden.

Het verdient aanbeveling om bij aanwezigheid van een of meer van de volgende signalen de patiënt te vragen naar zijn alcoholgebruik al dan niet met hulp van de AUDIT of de Five-shot test:

- psychische of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen;
- de aanwezigheid van een alcoholgeur of sterke geuren ter maskering;
- frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica;
- klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitations of overmatig transpireren, maag-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;
- frequente spreekuurbezoeken.

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

Huisartsen en praktijkondersteuners/verpleegkundigen dienen getraind te zijn in het identificeren van mensen met excessief alcoholgebruik en het uitvoeren van korte interventies. Deze training dient voldoende beschikbaar te zijn.

Medicamenteuze interventies betreffende ontwenningverschijnselen, vitaminetekorten en voorkomen van terugval kunnen door de huisarts worden aangewend als deze zich daartoe voldoende competent acht.

De patiënt wordt verwezen naar een instelling voor verslavingszorg:

- als huisarts en patiënt hiervoor gekozen hebben;
- bij mislukken van de begeleiding door de huisarts;
- indien vooraf wordt ingeschat dat er sprake is van een (ernstige) vorm van afhankelijkheid

Voor een detoxificatie onder begeleiding van de verslavingszorg wordt verwezen:

- bij een slechte lichamelijke conditie;
- als er onvoldoende toezicht op de patiënt is;
- wanneer uit de anamnese blijkt dat bij een eerdere stoppoging ernstige onthoudingsverschijnselen zoals onthoudingsinsulten of een delier zijn opgetreden.

Patiënten die in aanmerking komen voor verwijzing naar of consultatie van andere hulpverlenende instanties, zoals maatschappelijk werk, eerstelijns psycholoog, verslavingszorg of GGZ instelling, zijn:

- mensen die behalve aan alcohol aan andere middelen verslaafd zijn;
- mensen bij wie de huisarts de kans aanwezig acht van suïcide;
- mensen met gelijktijdig aanwezige psychische problematiek (depressie of angststoornissen) of relationele problematiek.

Opname is geïndiceerd bij:

- mensen met een ernstige acute intoxicatie;
- een onthoudingsdelier;
- onthoudingsinsulten.

Bij jongeren speelt eventueel een combinatie met andere psychotrope middelen een rol. Opname is zeker te aan te bevelen als er in de onmiddellijke omgeving van de patiënt geen personen of onvoldoende toezicht aanwezig zijn om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.

### **Wat is de beste manier om de implementatie van deze richtlijn te bevorderen?**

- De uitvoering van de in deze paragraaf (15.1. p243) genoemde initiatieven zal bijdragen aan een optimale implementatie van deze richtlijn en daardoor aan verbetering van de kwaliteit van de zorg.
- De werkgroep adviseert alle aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende verenigingen een implementatieplan op te stellen, passend binnen bovengenoemde initiatieven en vervolgens ook een evaluatie van de implementatie te initiëren.
- De werkgroep adviseert - waar relevant - delen van de richtlijn om te zetten in protocollen, rekening houdend met lokale omstandigheden.

## Bijlage 7: Verzamelde aanbevelingen Richtlijn Detox

(De Jong et al., 2004)

### Standaarden

Alcohol	Ambulant
---------	----------

#### Algemene checklist :

<b>Anamnese</b>	zie de standaard "anamnese"
<b>Onderzoek</b>	zie de standaard "onderzoek"
<b>Aanvullend onderzoek</b>	zie de standaard "aanvullend onderzoek"

#### Wegingsfactoren :

<b>Middelengebruik</b>	jarelang gebruik, hoog bloedalcoholpromillage
<b>Gebruiksgedrag</b>	drinkt dagelijks de gehele dag
<b>Andere psychoactieve stoffen</b>	combinatie met andere middelen
<b>Ontwenningverschijnselen</b>	delirante symptomen of insulten
<b>Lichamelijke aandoeningen</b>	ADL wordt verwaarloosd, eet al weken niet
<b>Zelfzorg</b>	zelfzorg is ver onder de norm , therapie ontrouw
<b>Behandelingsvoorgeschiedenis</b>	eerdere detoxificatie verliepen moeizaam
<b>Psychiatrische toestand</b>	psychiatrische ziekten aanwezig
<b>Sociale omgeving</b>	is alleenstaand of half jaar nauwelijks contacten
<b>Wens / haalbaarheid</b>	patiënt wenst intramurale ontgiftig

#### Uitwerking :

<b>Chloordiazepoxide</b>	10 mg. tot 25 mg. tabletten.		
	Lichte ontwenning (10 mg)	duidelijke ontwenning (25 mg)	dosering
daags	1 <sup>e</sup> dag	1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> dag	2-3 maal
daags	2 <sup>e</sup> dag	3 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> dag	1-2 maal
daags	3 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> dag	5 <sup>e</sup> en 6 <sup>e</sup> dag	1 maal
<b>Diazepam</b>	Afhankelijk van de mate van ontwenning 5 tot 10 mg tabletten		
	Lichte ontwenning (10 mg)	duidelijke ontwenning (25 mg)	dosering
daags	1 <sup>e</sup> dag	1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> dag	2-3 maal
daags	2 <sup>e</sup> dag	3 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> dag	1-2 maal

daags 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> dag 5<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> dag 1 maal

**Vitaminesuppletie**  
van

Vitamine B forte 3 maal daags 1 tablet gedurende 14 dagen. Afhankelijk van de lichamelijke toestand suppletie p.o thiamine 50 mg dd.

**Monitoring**

**SOS lijsten worden door de patiënt bijgehouden.  
Controle afspraak na 2-3 dagen bij verpleegkundige of arts**

**Verslavingsgerelateerde**

**Medicatie**

**Acamprosaat**

zie de standaard "acamprosaat"

**Refusal**

zie de standaard "refusal"

**Naltrexon**

zie de standaard "naltrexon"

**Standaarden**

**Alcohol**

**Intramuraal**

**Algemene checklist :**

**Anamnese**

zie de standaard "anamnese"

**Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek"

**Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek"

**Wegingsfactoren :**

**Middelengebruik**

jarenlang gebruik, hoog bloedalcoholpromillage

**Gebruiksgedrag**

drinkt dagelijks de gehele dag

**Andere psychoactieve stoffen**

combinatie met andere middelen

**Ontwenningsverschijnselen**

delirante symptomen of insulten

**Lichamelijke aandoeningen**

ADL wordt verwaarloosd, eet al weken niet

**Zelfzorg**

zelfzorg is ver onder de norm, therapie ontrouw

**Behandelingsvoorgeschiedenis**

eerdere detoxificatie verliepen moeizaam

**Psychiatrische toestand**

psychiatrische ziekten aanwezig

**Sociale omgeving**

is alleenstaand of half jaar nauwelijks contacten

**Wens / haalbaarheid**

patiënt wenst intramurale ontgiftiging

**Uitwerking :**

**Chloordiazepoxide**

afbouw in tabletten van 25 mg., verstrekt op vier tijdstippen per dag. Avondmedicatie wordt als laatste afgebouwd. Afhankelijk van het klinische beeld wordt de dosering aangepast.

Detoxdagen	opname	1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e
8.00 uur		1	1	1	1	1	0	0
13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0
18.00 uur	2	2	1	1	0	0	0	0
22.00 uur	2	2	2	2	2	1	1	1

zodanig worden 1 tot 2 tabletten toegevoegd en verschuift het schema. Toevoeging kan alleen gebeuren door een verpleegkundige na overleg met de ( wacht ) arts.

### ***Diazepam***

Bij een voorgeschiedenis van epilepsie, benzodiazepinegebruik, of wanneer er sprake is van angst wordt de detoxificatie ondersteund met diazepam 10 mg. Afhankelijk van het klinische beeld wordt de dosering bijgesteld.

Detoxdagen	opname	1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e dag
8.00 uur		1	1	1	1	1	0	0
13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0
18.00 uur	2	2	1	1	0	0	0	0
22.00 uur	2	2	2	2	2	1	1	1

### ***Vitaminesuppletie***

Het thiaminetekort wordt snel aangevuld middels neurobioninjecties. Na twee dagen nog veertien dagen vit. B forte 3 dd. 1. De patiënt wordt verder gestimuleerd snel een normaal eetpatroon op te pakken.

### ***Monitoring***

**SOS- lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten worden de scores van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.**

### ***Verslavingsgerelateerde***

#### ***Medicatie***

#### ***Acamprosaat***

zie de standaard "acamprosaat "

#### ***Refusal***

zie de standaard "refusal "

#### ***Naltrexon***

zie de standaard "naltrexon "

## Standaarden

Opiaten	Ambulant
<b>Algemene checklist</b>	
<b>Anamnese</b>	zie de standaard "anamnese "
<b>Onderzoek</b>	zie de standaard "onderzoek "
<b>Aanvullend onderzoek</b>	zie de standaard "aanvullend onderzoek
<b>Wegingsfactoren</b>	
<b>Middelengebruik</b>	rookt sinds kort een geringe hoeveelheid ( ? gr. dd. )
<b>Gebruiksgedrag</b>	gebruik is niet gekoppeld aan andere rituelen
<b>Andere psychoactieve stoffen</b>	geen andere middelen
<b>Ontwenningsverschijnselen</b>	geringe verschijnselen
<b>Lichamelijke aandoeningen</b>	geen lichamelijke klachten
<b>Zelfzorg</b>	zelfzorg lijdt niet onder het gebruik
<b>Behandelingsvoorgeschiedenis</b>	langdurig abtinent na ambulante detox.
<b>Psychiatrische toestand</b>	psychiatrische ziekten afwezig
<b>Sociale omgeving</b>	min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie.
<b>Wens / haalbaarheid</b>	patiënt wil ambulante detox
<b>Uitvoering</b>	
<b>Methadon</b>	<i>Heroïne wordt in equivalente hoeveelheid methadon omgezet.</i> <b>Instelling 10 mg per 0,1 g heroïne tot max 40 mg, na 4 dagen</b> <b>Dagen bij aanhouden onthoudingsverschijnselen ophogen met 5</b> <b>5-10 mg per dag.</b> <i>Detoxificatieprogramma van 30 dagen: De dosis wordt voor 1-2</i> <b>weken gestabiliseerd en hierna met 2 mg per 2-4 dagen</b> <b>afgebouwd.</b> <i>Detoxificatieprogramma van 3 maanden en meer : De dosis wordt</i> voor 4 tot 8 weken gestabiliseerd en hierna geleidelijk afgebouwd.
<b>Diazepam</b>	Voor een zeer korte periode kan , bij hevige angst , diazepam 10 mg. worden gebruikt.
<b>Ibuprofen</b>	Bij spierpijn heeft ibuprofen of diclofenac een goed effect. Ibuprofen 600-800 mg. om de 6 tot 8 uur. Diclofenac 50 mg. 3 dd 1.
<b>Haloperidol</b>	Bij hevige onrust met psychotische kenmerken dient men adequaat te reageren middels voorschrijven b.v. haloperidol 2 tot 5 mg. Waarnodig overgaan tot crisisopname.
<b>Buprenorphine</b>	Start met 4-8 mg , 2e dag 4-14 mg, 3e dag 2-12 mg, 4e dag 2-8 mg, 5e dag 108, 6e dag 0-2 mg.
<b>Bijzonderheden</b>	Bij graviditeit kan alleen in het tweede trimester worden afgebouwd,



**Zwangerschap**

middels een langzame afbouw met 5 mg. per week. Een goede afstemming met een gynaecoloog is essentieel.

**Monitoring**

**De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks, maar minimaal 1x per 3 dagen.**

**Een controle afspraak (SOS-lijsten meenemen ) om de week heeft de voorkeur.**

**Verslavingsgerelateerde**

**Medicatie**

**Naltrexon**

zie de standaard "naltrexon "

## Standaarden

### Opiaten

### Intramuraal

**Algemene checklist**

**Anamnese**

zie de standaard "anamnese "

**Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek "

**Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek "

**Wegingsfactoren**

**Middelengebruik**

jarenlang meer dan 1 1/2 gr. heroïne of 60 mg. methadon dd.

gehele door gebruiken, alles draait rond "scoren "

**Gebruiksgedrag**

combinatie met een of meerdere middelen

**Andere psychoactieve stoffen**

hevige onrust, diarree, en etcetera.

**Ontwenningverschijnselen**

**lichamelijke aandoeningen**

lichamelijke klachten of ziekte aanwezig

**Zelfzorg**

zelfzorg is slecht, GAF-score is onder de 60

**Behandelingsvoorgeschiedenis**

2 x ambulante detox onsuccesvol of terugval

**Psychiatrische toestand**

psychiatrische ziekte aanwezig.

**Sociale omgeving**

nog nauwelijks sociale contacten behoudens "scene "

**Wens / haalbaarheid**

familie wenst intramurale detox.

**Uitvoering**

**Methadon**

Heroïne wordt in equivalente hoeveelheid methadon omgezet.

In overleg met de cliënt kunnen verschillende afbouwmethoden worden gehanteerd.

Acute stop van heroïne zonder omzetting in methadon (medicatieondersteuning ).

Acute stop van methadon ( medicatie ondersteuning ).

Geleidelijke afbouw van methadon :

Boven de 60 mg. met 20 mg. per dag minderen.

Tussen 60 en 40 mg. met 10 mg. per dag

Tussen 40 en 20 mg. afwisselend 6 en 4 mg. per dag minderen.

Onder de 20 mg met 4 mg per dag omlaag.

Snelle afbouw van methadon. Met stappen van 20 mg. of meer per dag verminderen waarbij medicamenteuze ondersteuning van de ontwenning nodig is.

### ***Buprenorfine***

1e dag 4 mg bij optreden van ontwenning, 's avonds 2-4 mg  
2e dag 4 mg, 's avonds 2-4 mg  
3e dag 4 mg, 's avonds 2 mg  
4e dag 2 mg, 's avonds 2 mg  
5e dag 2 mg; 6e

### ***Keuze uit de medicamenteuze ondersteuning***

#### ***Clonidine***

Pas wanneer daadwerkelijk ontwenningverschijnselen zijn kan clonidine worden gegeven. Voor elke gift wordt de tensie gemeten. Onder een tensie van 85/ 50 mm Hg geen clonidine geven.  
Doseringschema bij heroïne stop :  
dag 1: 0,1-0,2 mg. iedere 4-6 uur. Max. 1 mg. dd.  
dag 2-4: 0,2-0,4 mg. iedere 4-6 uur. Max. 1,2 mg.dd.  
dag 5-: verminderen met 0,2 mg. tot nul. Nachtdosis als laatste afbouwen.  
Doseringschema bij methadon stop:  
dag 1 : maximaal 0,3 mg. dd  
dag 2 : maximaal 0,4-0,6 mg.per dag  
dag 3 : maximaal 0,5-0,8 mg.per dag  
dag 4 : maximaal 0,5-1,2 mg. per dag  
dag 5 tot 10 : op geleide van de ontwenningverschijnselen met 0,2 mg. per dag verminderen.  
Clonidine wordt merendeels gedurende 4 tot 10 dagen gegeven daar in deze dagen de ontwenning het hevigste is.

#### ***Loperamide***

Te gebruiken bij hevige diarree. Startdosis : 4 mg.  
Vervolgens elke 2 uur 2 mg. Max. 16 mg. per dag.

#### ***Levomepromazine/ Temazepam***

de combinatie wordt in verband met de duidelijke sedatieve en antipsychotische werking gebruikt daar andere slaapmiddelen slechts zeer beperkt effect hebben. Beide middelen kunnen voor korte interventies van 2 tot 3 nachten worden ingezet.

#### ***Diazepam***

Bij hevige angst en onrust wordt diazepam ter ondersteuning gebruikt.  
Bij

#### ***Ibuprofen***

voorkeur slechts enkele dagen.

Bij spierpijn heeft ibuprofen of diclofenac een goed effect.  
Ibuprofen 600-800 mg. om de 6 tot 8 uur.

#### ***Haloperidol***

Diclofenac 50 mg. 3 dd 1.

Bij hevige onrust met psychotische kenmerken dient men adequaat te

reageren middels voorschrijven b.v. haldol 2 tot 5 mg. Waarnodig overgaan tot overplaatsing naar een psychiatrische afdeling.

**Bijzonderheden  
Zwangerschap**

Bij graviditeit kan alleen in het tweede trimester worden afgebouwd, middels een langzame afbouw met 5 mg. per week. Een goede afstemming met een gynaecoloog is essentieel.

**Monitoring**

**SOS- en VAS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden.  
Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.**

**Verslavingsgerelateerde  
Medicatie  
Naltrexon**

zie de standaard " naltrexon "

## Standaarden

### Benzodiazepine

### Ambulant

**Algemene checklist**

**Anamnese**

zie de standaard "anamnese "

**Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek "

**Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek

**Wegingsfactoren**

**Middelengebruik**

gebruikt minder dan 30 mg. diazepam of een equivalent

**Gebruiksgedrag**

gebruikt de voorgeschreven hoeveelheid en niet meer.

**Andere psychoactieve stoffen**

geen andere middelen

**Ontwenningverschijnselen**

geringe verschijnselen, geen insulten

**Lichamelijke aandoeningen**

geen lichamelijke klachten

**Zelfzorg**

zelfzorg lijdt niet onder het gebruik

**Behandelingsvoorgeschiedenis**

abstinentie na ambulante detox.

**Psychiatrische toestand**

psychiatrische ziekten afwezig

**Sociale omgeving**

min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie

**Wens / haalbaarheid**

patiënt wenst een ambulante detox

**Uitvoering**

**Omrekening**

alle benzodiazepines worden in een equivalente  
Hoeveelheid diazepam omgezet

**Diazepam**

De startdosering wordt een week gestabiliseerd, waarna er met 25% van de

totale dosis per week wordt afgebouwd. Te overwegen valt om 2 mg. tabletten te gebruiken vanwege het psychologisch affect van duidelijke visuele dosisvermindering.

**Monitoring**

**De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks, maar minimaal 1 x per 3 dagen Een controle afspraak (SOS-lijsten meenemen) om de week heeft de voorkeur.**

**Verslavingsgerelateerde Medicatie**

**Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.**

## Standaarden

### Benzodiazepine

### Intramuraal

**Algemene checklist**

**Anamnese**

zie de standaard "anamnese "

**Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek "

**Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek"

**Wegingsfactoren**

**Middelengebruik**

gebruikt al verscheiden jaren meer dan 30 mg. diazepam meermaals daags, gemis belemmert het dagelijks functioneren

**Gebruiksgedrag**

in combinatie met of afwisseling van diazepam

**Andere psychoactieve stoffen**

hevige onrust of angst of insulten

**Ontwenningsverschijnselen**

lichamelijke klachten, welke door detox zullen verergeren

**Lichamelijke aandoeningen**

**Zelfzorg**

slechte zelfzorg met een lage GAF-score

**Behandelingsvoorgeschiedenis**

eerdere detox mislukte of verliep moeizaam

**Psychiatrische toestand**

psychiatrische ziekte of persoonlijkheidstoornis

**Sociale omgeving**

alleenstaand of weinig sociale contacten.

**Wens / haalbaarheid**

familie wenst een intramurale detox

**Uitvoering**

**Omrekening**

Alle benzodiazepines worden in een equivalente hoeveelheid diazepam omgerekend.

**Diazepam**

Wanneer het gebruik in combinatie met andere psychoactieve stoffen is kan de volgende richtlijn voor de afbouw worden gebruikt.  
De eerste 75 % wordt in stappen van 10 mg. per dag afgebouwd.  
De resterende 25 % met stappen van 5 mg. per dag.

**Monitoring**

**SOS- en VAS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijst door de verpleegkundige bijgehouden.**  
**Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken**

**Verslavingsgerelateerde Medicatie**

**Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.**

**Standaarden****Cannabis****Ambulant****Algemene checklist****Anamnese**

zie de standaard "anamnese "

**Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek "

**Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek"

**Wegingsfactoren****Middelengebruik**

slechts enkele keren per week, totaal nog geen 2 gram.

**Gebruiksgedrag**

gebruik alleen 's avonds

**Andere psychoactieve stoffen**

geen andere psychoactieve stoffen

**Ontwenningverschijnselen**

nauwelijks ontwenningverschijnselen

**Lichamelijke aandoeningen**

geen lichamelijke ziekten

**Zelfzorg**

zelfzorg lijdt niet onder het gebruik, woont zelfstandig

Behandelingsvoorgeschiedenis langdurig abstinente na ambulante detox

**Psychiatrische toestand****Sociale omgeving**

psychiatrische ziekten afwezig

**Wens / haalbaarheid**

min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie

**Uitvoering**

patiënt wenst een ambulante detox

Het uitgangspunt is een detoxificatie zonder medicatie. Bij eventuele problemen

zijn dit middelen van eerste keus

**Diazepam**

Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of onrust voor

diazepam  
als ondersteuning worden gekozen. Men zou hetzelfde  
afbouwschema kunnen  
gebruiken als bij de alcohol detoxificatie

### ***Haloperidol***

Wanneer de afbouw ontardt in een hevige onrust of psychotische  
decompensatie  
dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een  
antipsychoticum.  
Haloperidol 2 tot 5 mg. is meestal afdoende.  
Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie.

### ***Temazepam***

Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken. Controle door ouders of  
partner.

### ***Monitoring***

De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks, of  
minimaal 3  
x per week. Een controle afspraak ( SOS-lijsten meenemen ) om de  
week  
heeft de voorkeur.

### ***Verslavingsgerelateerde Medicatie***

Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in  
hoeverre  
ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.

## **Standaarden**

### **Cannabis**

### **Intramuraal**

#### ***Algemene checklist***

#### ***Anamnese***

zie de standaard "anamnese "

#### ***Onderzoek***

zie de standaard "onderzoek "

#### ***Aanvullend onderzoek***

zie de standaard "aanvullend onderzoek"

#### ***Wegingsfactoren***

#### ***Middelengebruik***

meerdere grammen per dag al enkele jaren

#### ***Gebruiksgedrag***

gebruik gedurende de gehele dag

#### ***Andere psychoactieve stoffen***

in combinatie met ander psychoactieve stoffen

#### ***Ontwenningsverschijnselen***

hevige angst , onrust (psychose ?)

#### ***Lichamelijke aandoeningen***

ziekte kan verergeren tijdens detoxificatie

**Zelfzorg**

slechte zelfzorg. Gebruiker ligt vrijwel gehele dag op bed, komt niet buiten

**Behandelingsvoorgeschiedenis**

eerdere detox mislukte of verliep moeizaam

**Psychiatrische toestand**

er is sprake van psychiatrie (of persoonlijkheidsstoornis)

**Sociale omgeving**

gebruiker woont alleen en / of heeft minimaal sociale contacten

**Wens / haalbaarheid**

patiënt wil een intramurale detox

**Uitvoering****Diazepam**

Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of onrust voor een diazepam ondersteuning worden gekozen. Men zou hetzelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie

Detoxdagen	1e	2e	3e	4e	5e	6e
8.00 uur	1	1	1	1	0	0
13.00 uur	1	0	0	0	0	0
18.00 uur	1	1	1	0	0	0
22.00 uur	2	2	2	1	1	0

**Haloperidol**

Wanneer de afbouw ontaardt in een hevige onrust of psychotische decompensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een antipsychoticum Haloperidol 2 tot 5 mg. is meestal afdoende. Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie

**Temazepam**

Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken. Controle door ouders of partner

**Monitoring**

SOS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandlingsafspraken.

**Verslavingsgerelateerde Medicatie**

Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of nneuroleptica, na beoordeling door psychiater, wenselijk is.

## Standaarden

### Cocaïne

### Ambulant

#### *Algemene checklist*

##### *Anamnese*

zie de standaard "anamnese "

##### *Onderzoek*

zie de standaard "onderzoek "

##### *Aanvullend onderzoek*

zie de standaard "aanvullend onderzoek "

#### *Wegingsfactoren*

##### *Middelengebruik*

gebruikt sinds een jaar sporadisch

##### *Gebruiksgedrag*

gebruikt tijdens het uitgaan

##### *Andere psychoactieve stoffen*

geen andere middelen

##### *Ontwenningverschijnselen*

geen ontwenningverschijnselen

##### *Lichamelijke aandoeningen*

geen lichamelijke klachten

##### *Zelfzorg*

zelfzorg lijdt niet onder het gebruik

##### *Behandelingsvoorgeschiedenis*

langdurig abstinēt na ambulante detox.

##### *Psychiatrische toestand*

psychiatrische ziekten afwezig

##### *Sociale omgeving*

min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie

##### *Wens / haalbaarheid*

patiēt wenst een ambulante detox

##### *Uitvoering*

Normaliter kan de detoxificatie zonder medicamenteuze ondersteuning goed worden volbracht.

Bij onverhoopte problemen zijn dit de medicijnen van eerste keuze

#### *Diazepam*

Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of

Onrust voor een diazepam ondersteuning worden gekozen. Men zou

hetzelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie.

#### *Haloperidol*

Wanneer de afbouw onttaardt in een hevige onrust of psychotische

decompensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven

van een antipsychoticum.

Haloperidol 1 tot 5 mg. is meestal afdoende.

Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie.

#### *Temazepam*

Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken. Controle door ouders of partner.

#### *Monitoring*

De SOS-lijsten worden door de patiēt bijgehouden, dagelijks of minimaal

1x per 3 dagen. Een controle afspraak ( SOS- lijsten meenemen ) om de

week heeft de voorkeur.

#### *Verslavingsgerelateerde*

Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in

hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.

#### *Medicatie*

Pas enige weken na de detoxificatie is de diagnose depressie enigszins

zeker te stellen en kan na een psychiatrisch consult tot behandeling

worden overgegaan.



## Standaarden

### Cocaïne

### Intramuraal

#### **Algemene checklist**

##### **Anamnese**

zie de standaard "anamnese "

##### **Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek "

##### **Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek "

#### **Wegingsfactoren**

##### **Middelengebruik**

al meer dan een half jaar wordt dagelijks gebruikt

##### **Gebruiksgedrag**

meermaals daags gedurende de gehele dag.

##### **Andere psychoactieve stoffen**

tevens andere psychoactieve stoffen

##### **Ontwenningverschijnselen**

angst, achterdocht, zelfs hallucinaties

##### **Lichamelijke aandoeningen**

lichamelijke ziekte aanwezig

##### **Zelfzorg**

zelfzorg lijdt fors, afgevallen, eet nauwelijks

##### **Behandelingsvoorgeschiedenis**

eerdere pogingen mislukten

##### **Psychiatrische toestand**

psychiatrische ziekten aanwezig

##### **Sociale omgeving**

woont alleen of beperkte sociale contacten

##### **Wens / haalbaarheid**

patiënt wenst een intramurale detox

#### **Uitvoering**

Normaliter kan de detoxificatie zonder medicamenteuze ondersteuning goed worden volbracht.

Bij onverhoopte problemen zijn dit de medicijnen van eerste keuze.

#### **Diazepam**

Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of

Onrust voor een diazepam ondersteuning worden gekozen. Men zou het zelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie.

Detoxdagen	1e	2e	3e	4e	5e	6e
8.00 uur	1	1	1	1	0	0
13.00 uur	1	0	0	0	0	0
18.00 uur	1	1	1	0	0	0
22.00 uur	2	2	1	1	1	0

#### **Haloperidol**

Wanneer de afbouw onttaardt in een hevige onrust of psychotische decompensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een antipsychoticum. Haloperidol 2 tot 5 mg. is meestal afdoende.

Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie

## **Temazepam**

Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken.

### **Monitoring**

SOS-lijsten worden door de patiënt en OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.

### **Verslavingsgerelateerde Medicatie**

Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of andere psychofarmaca, na beoordeling door psychiater, wenselijk is.

## **Standaarden**

### **Polygebruik**

### **Intramuraal**

#### **Algemene checklist**

##### **Anamnese**

zie de standaard "anamnese"

##### **Onderzoek**

zie de standaard "onderzoek"

##### **Aanvullend onderzoek**

zie de standaard "aanvullend onderzoek"

#### **Wegingsfactoren**

Bij polymiddelengebruik is het gebruik van wegingsfactoren niet nodig. Het is namelijk altijd een indicatie voor een intramurale detoxificatie. De wegingsfactoren zullen veel meer een leidraad vormen om problemen bij de detoxificatie in te schatten.

#### **Uitvoering**

Alcohol en benzodiazepine  
Alcoholdetoxificatie neemt minder tijd in beslag dan de afbouw van benzodiazepine.  
De standaard "benzodiazepine intramuraal " is hier de leidraad.

#### **Alcohol en cocaïne**

De alcoholontwenning is hier de bepalende richtlijn daar er bij cocaïne op voorhand geen medicatie wordt gebruikt.  
De standaard "alcohol intramuraal " is hier de richtlijn.

#### **Heroïne en benzodiazepine**

Een krachtige dempende stof in combinatie met een langwerkende stof.  
De eerste 75 % van de lang werkende diazepam kan al tijdens de methadonafbouw worden verminderd. De stop van de diazepam is enige dagen na

de stop van de methadon.

20	Detoxdagen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
	Methadon 8.00 uur	40	30	25	20	18	15	12	10	8	6	4	2	0							
	8.00 uur	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	diazepam 13.00 uur	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	10 mg. 18.00 uur	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	22.00 uur	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
0																					

**Heroïne en cocaïne**

Daar in eerste instantie geen medicijnen worden gebruikt bij de cocaïneafbouw is ook hier de methadon afbouw de bepalende factor.  
De standaard "opiaten intramuraal " is richtlijn. Ben alert voor de hevige onrust m.n. wanneer de laatste dagen nog cocaïne is gebruikt.

**Combinaties van meerdere stoffen**

De ontwenning van de dempende stoffen staat voorop.  
Door bovengenoemde combinaties met elkaar te verenigen komt men altijd tot een weloverwogen detoxificatie.

**Monitoring.**

SOS- en VAS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken

**Verslavingsgerelateerde**

**Medicatie**

**Acamprosaat**

**Disulfiram**

**Naltrexon**

zie de standaard "acamprosaat "

zie de standaard "refusal "

zie de standaard "naltrexon "

Psychofarmaca na psychiatrisch consult

**Standaarden**

**Anamnese**

**Algemene opbouw**

**Korte verslavingsanamnese**

**Middelengebruik in de laatste 4 weken**

**Onthoudingsverschijnselen**

***Eerdere opnames in de verslavingszorg***

***Ambulante hulpverleningscontacten***

***Medische voorgeschiedenis***

***Psychiatrische voorgeschiedenis***

***Somatische anamnese***

***Huidige medicatie***

***Korte sociale anamnese***

***Familie anamnese***

***Korte toelichting***

***Korte verslavingsanamnese***

Hierin wordt een onderscheid gemaakt in het hoofdmiddel en bijgebruik.

Van elk middel wordt geïnformeerd naar totale gebruiksduur, frequentie van gebruik, dagelijkse dosis, manier van gebruik, aantal keren en tijdsduur van abstinentie en doel van gebruik. Speciaal wordt het intraveneus spuiten en nicotine gebruik in kaart gebracht.

***Middelengebruik in de laatste vier weken***

Hierbij wordt in deze periode elk gebruikt middel genoteerd met daarbij hoeveelheid, frequentie van gebruik, manier van gebruik en laatste datum van gebruik.

***Onthoudingsverschijnselen***

Dit onderdeel omvat optreden en aard van ontwenningverschijnselen. Specifiek wordt naar het voorkomen van een delier en insulten gevraagd.

***Eerdere opnames in verslavingszorg***

Dit is een kort historisch overzicht van alle opnames in verslavingsklinieken.

***Ambulante hulpverleningscontacten***

Hierin wordt een overzicht gegeven van alle eerdere contacten met hulpverleners in de ambulante verslavingszorg en psychiatrie.

***Medische voorgeschiedenis***

Alle ernstige ziekten en vroegere operaties worden onder dit katern vermeld.

***Psychiatrische opnames***

Eerdere opnames in APZ of PAAZ en eventuele actuele psychiatrische behandelingen vallen onder dit katern.

### ***Somatisch anamnese***

De algemene anamnese en tractus anamnese worden hier samengevoegd met bijzonderheden over eventuele overgevoeligheden. Ook worden eerdere infectieziekten zoals hepatitis, hiv, tbc en eerdere vaccinaties hier vermeld.

### ***Huidige medicatie***

In dit gedeelte staat louter en alleen de medicatie vermeld.

### ***Korte sociale anamnese***

Hierin geven we een kort overzicht over opleiding, beroep, werk, huisvesting, bron van inkomen, burgerlijke staat, relatie en kinderen.

### ***Familie anamnese***

Als laatste anamnese onderdeel omvat dit deel informatie over de gezondheidstoestand en leeftijd van vader en moeder, broers en zussen. Tevens wordt geïnformeerd naar andere familiale aandoeningen. Ook informeren we naar andere familieleden met verslavings en /of psychiatrische problemen.

## **Standaarden**

### **Onderzoek**

#### **Algemene opbouw**

***Een algemeen intern onderzoek met samenvatting***  
***Een oriënterend neurologisch onderzoek en samenvatting***  
***Een psychiatrisch indruk***  
***Aanvullend onderzoek***  
***Algemene samenvatting en conclusie***  
***Verslavingsdiagnose volgens DSM-IV***  
***Beleid***

#### **Korte toelichting**

#### ***Intern onderzoek***

Behalve de gebruikelijke aandachtsgebieden van het interne onderzoek ligt bij een predetox onderzoek een extra accent bij de voedingstoestand, ontweningsverschijnselen, tensie en pols, icterus, haematomen, hart en longen.

Bij het abdomenonderzoek gaat de aandacht uit naar de grootte van de lever, ascites en aanwijzingen voor levercirrose en veneuze insufficiëntie.

#### ***Neurologische onderzoek***

Binnen het neurologische onderzoek moet er specifieke aandacht zijn voor de bewustzijnstoestand, pupilgrootte, tremoren, reflexen, coördinatie en aanwijzingen voor polyneuropathie.

### ***Psychiatrische indruk***

Het gaat hier puur om een eerste indruk die men krijgt bij opname. Deze indruk kan men meewegen in het beleid tijdens detoxificatie en daarna. Met dit voortijdig opdoen van deze psychiatrische indruk kan men bepaalde problemen tijdens de detoxificatie anticiperen. Zeker wanneer deze indruk met de verpleging worden besproken en als extra aandachtsgebied in de verpleegkundige observatie wordt afgesproken. Daardoor kan ook adequater worden gereageerd op bijvoorbeeld hevige onrust of psychotische verschijnselen.

### ***Aanvullend onderzoek***

Dit onderdeel omvat een aftekenlijst van nog te verrichten specialistische onderzoeken zoals een laboratorium onderzoek (haematologie, kreatinine, bilirubine, ALAT, Gamma GT), X-thorax, MMSE. Op indicatie Hep B en C en HIV-serologie. Enige dagen na opname wordt standaard een Mantoux gedaan. Afhankelijk van de leeftijd van de patiënt (geboren voor 1945) volgt een thoraxfoto en bij positieve Mantouxtest

### ***Samenvatting / conclusie / DSM-IV***

Na samenvatting en conclusie worden zowel afhankelijkheid, misbruik en psychiatrisch stoornis beschreven volgens de DSM-IV.

### ***Beleid***

Ter afsluiting worden afspraken ten aanzien van medicatie concreet vastgelegd.

Zo wordt het afbouwschema nadrukkelijk beschreven evenals vitaminesuppletie en te continueren overige medicatie.

## **Standaarden**

### **Acamprosaat**

#### ***Ter voorbereiding***

#### ***Voldoet de problematiek aan de indicatie***

DSM IV

Somatisch toestandbeeld

Psychiatrisch toestandbeeld

#### ***Laboratoriumgegevens***

Hb, kreatinine

ALAT en ASAT

#### ***Contra indicaties***

Nierfunctiestoornis (kreat boven 120 mmol/ l ), overgevoeligheid,  
Ernstig leverfalen, zwangerschap en lactatie.  
Slechte therapie trouw o.a. bij anti-sociale persoonlijkheidsstoornis of  
bij  
ADHD.  
Ernstige sociale problemen of een beperkt sociaal netwerk.

### **Bijwerking**

#### **Frequent**

Diarree en jeuk

#### **Minder frequent**

Misselijkheid, braken en buikpijn

#### **Zelden**

Maculopapuleuze rash, bulleuze huidreactie

### **Behandeling**

#### **Zo spoedig mogelijk na de detoxificatie starten met acamprosaat**

Boven de 60 kg. 3 dd 2 tabletten van 333 mg.

Onder de 60 kg. 2 dd 2 tabletten van 333 mg.

#### **Voor verstrekking patiënt goed informeren over de werking**

#### **Regelmatig vervolgggesprek**

Indicatoren t.a.v. het effect van de acamprosaat zijn het drinkgedrag  
en craving.

## **Standaarden**

### **Disulfiram**

#### **Ter voorbereiding**

#### **Voldoet de problematiek aan de indicatie**

DSM IV

Somatisch toestandsbeeld

Psychiatrisch toestandsbeeld

#### **Laboratoriumgegevens**

Hb, kreatinine

ALAT en ASAT

#### **Contra indicaties**

Ischaemische hartziekte en coronaire trombose

Overgevoeligheid voor het middel

Psychotische symptomen welke niet een gevolg waren van het  
alcoholgebruik.

Recent gebruik van alcohol of alcohol bevattende middelen.

### **Bijwerking**

#### **Frequent**

Vermoeidheid, slaperigheid, hoofdpijn  
Gastro-intestinale klachten, metaalachtige of knoflook nasmaak  
Acne uitslag, allergische dermatitis.

#### **Minder frequent**

Verminderde libido, verminderde potentie

#### **Zelden**

Psychotische reactie, insulten, polyneuropathie  
Hepatotoxiciteit  
Optische neuropathie.

### **Behandeling**

#### **Na de detoxificatie kan met disulfiram worden gestart**

Begindosering : 800 mg. gedurende 2 tot 3 dagen  
Onderhoudsdosis : 100-200 mg. per dag of 400-800 mg. per week

#### **Voor verstrekking patiënt goed informeren over de werking**

Inname onder toezicht verdient de voorkeur

#### **Regelmatig vervolgesprek**

## **Standaarden**

### **Naltrexon**

#### **Ter voorbereiding**

#### **Voldoet de problematiek aan de indicatie**

DSM IV  
Somatisch toestandsbeeld  
Psychiatrisch toestandsbeeld

#### **Laboratoriumgegevens**

Hb, kreatinine  
ALAT en ASAT  
Hepatitis B en C

#### **Contra indicaties**

Acute hepatitis en leverinsufficiëntie,  
Recent opiaatgebruik  
Overgevoeligheid voor het middel



### ***Bijwerking***

#### ***Frequent***

Futloosheid, slaapstoornissen  
Nervositeit, angst, hoofdpijn  
Misselijkheid, braakneiging, buikkrampen  
Gewrichts-en spierpijn

#### ***Minder frequent***

Verminderde eetlust, diarree, obstipatie,  
Moedeloosheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, duizeligheid  
Vertraagde ejaculatie, verminderde potentie

### ***Behandeling***

#### ***7 tot 10 dagen na de detoxificatie kan met naltrexon worden gestart***

##### ***(urineonderzoek is schoon)***

Begindosering : 12,5 mg. Treden binnen een uur geen  
ontwenningverschijnselen op dan kan nogmaals 12,5 mg. worden  
gegeven.

Onderhoudsdosis : 50 mg. vanaf de tweede dag 1 dd 1 of 3 maal per  
week ; maandag 2  
                    woensdag 2  
                    vrijdag 3

#### ***Voor verstrekking patiënt goed informeren over de werking***

Met name de risico's van de naltrexon in combinatie met opiaten

#### ***Regelmatig vervolgesprek***

## **Standaarden**

### **Verpleegkundig handelen**

#### ***Algemeen***

#### ***Voer een blaastest uit en start de Bloed Alcohol Curve registratie***

##### ***Checklijst detoxificatie***

##### ***Observatie***

Algemene aspecten  
Bewegingspatroon  
Eventuele ontwenningverschijnselen  
Eventuele psychische verschijnselen  
Eventuele geheugenstoornissen

#### ***Opnamegesprek***

#### ***Inventariseer gegevens omtrent gebruik, laatste gebruik , hoeveelheden etc.***

##### ***Neem anamnestiche gegevens af over de situatie***

Somatisch

Psychisch  
Sociaal

***Informeer naar de huidige toestand***

Somatisch  
Psychisch  
Sociaal

***Bespreek de komende detox en informeer naar het voor de patiënt***

***specifieke verloop.***

Leg alle formulieren ter tekening voor  
Behandelingsovereenkomst  
Ondzoekstoestemmingen

***Draag patiënt over naar de arts***

***BAC-lijst en urinecontrole***

***Rapportage***

***Verpleegkundig dossier (o.a. BAC lijst ) opmaken  
Rapportage en SOS- en OOS-lijsten***

## Colofon

Deze publicatie is ontwikkeld door het IVO en Mondriaan in opdracht van Stichting Resultaten Scoren.



**Auteurs:**

Drs. A. Snoek  
Ir. E. Wits  
Drs. W. Meulders

**Publicatienummer:**

RS 2012-02

**Uitgever:**

Stichting Resultaten Scoren - Amersfoort - [www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)

**Copyright:** 2012, Stichting Resultaten Scoren; niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.