



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

WIEBREN MARKUS, CINDY DE KRUIJK, GERDIEN DE WEERT-VAN OENE, ENI BECKER & COR DE JONG

One size fits few

Een pleidooi voor maatwerk bij geïntegreerd behandelen van PTSS en verslaving

Verslaving komt vaak voor in combinatie met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Relevante richtlijnen schrijven weliswaar een geïntegreerde behandeling van deze comorbiditeit voor, maar opvallend is dat er, bij gebrek aan kwalitatief goed en vergelijkend onderzoek, geen consensus bestaat over de beste manier om die behandeling vorm te geven.

In dit artikel wordt op basis van klinische ervaring en, in beperkte mate, op basis van onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan voor de clinicus die geconfronteerd wordt met deze comorbiditeit. Eerst wordt de relevante literatuur op hoofdlijnen beschreven. Vervolgens worden twee methodieken beschreven die zich, al dan niet in combinatie, goed lenen om maatwerk te bieden in de geïntegreerde behandeling van beide stoornissen: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) en *Seeking Safety*. Middels casusbeschrijvingen wordt het combineren van deze methodieken in de praktijk van de verslavingszorg geïllustreerd. Er wordt afgesloten met het geven van enkele tentatieve richtlijnen en aanbevelingen voor de klinische praktijk.

GEÏNTEGREERD BEHANDELEN VAN PTSS EN VERSLAVING

Je zult ze maar tegenkomen in de klinische praktijk: patiënten die naast een verslaving ook een posttraumatische stressstoornis (PTSS) hebben. Nederlands onderzoek laat zien dat zij zeker geen uitzondering vormen. Bij verslaafden komt PTSS namelijk drie keer vaker voor dan bij mensen zonder andere psychische stoornissen of problematisch middelengebruik: bij 36,6%, respectievelijk 10,2% (Gielen, Havermans, Tekelenburg & Jansen, 2012). Waar begin je dan? Kun je de verslaving behandelen zonder de PTSS te behandelen? Kun je alleen de PTSS behandelen? Je zult de patiënt met comorbide verslavingsproblematiek en PTSS geen recht doen als je niet beide aandoeningen tot onderwerp van behandeling maakt. Desgevraagd geven de meeste patiënten namelijk aan een voorkeur

te hebben voor een gelijktijdige aanpak van hun problemen (Back, Brady, Jaanimagi & Jackson, 2006; Brown, Stout & Gannon-Rowley, 1998). Maar hoe doe je dat? Geïntegreerd, is het advies (van der Meer, Hendriks & Vos, 2003). Maar dit advies staat niet per se voor gelijktijdig behandelen. Meestal wordt bedoeld dat er tegelijkertijd aandacht is voor de verslaving en de PTSS: beide stoornissen worden van het begin af aan gemonitord. Hoe integreer je de behandeling van beide aandoeningen nu echt?

In het geven van antwoorden op de voorgaande vragen willen we in deze bijdrage eerst de relevante literatuur op hoofdlijnen beschrijven en bespreken. Vervolgens beschrijven we twee methodieken die zich in combinatie goed lenen om maatwerk te bieden in de geïntegreerde behandeling van beide stoornissen. Aan de hand van een aantal casusbeschrijvingen illustreren we het combineren van deze methodieken. Tot slot doen we een poging tentatieve richtlijnen en aanbevelingen voor de klinische praktijk te geven.

EEN BEKNOPT BESPREKING VAN DE LITERATUUR

Een beginpunt in het zoeken naar handvatten voor de praktijk van het geïntegreerd behandelen van PTSS en verslaving ligt bij relevante en beschikbare richtlijnen. De *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) gaat in op het evidence-based behandelen van PTSS, maar besteedt weinig aandacht aan middelenaanhankelijke patiënten. De richtlijn *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp* (van der Meer et al., 2003) geeft een overzicht van de best practice behandeling van comorbiditeit (zoals PTSS) bij middelengebruik. Maar deze aanbevelingen zijn vrij algemeen en missen wezenlijke integratie. Het (concept)addendum bij de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (Snoek, Wits & Meulders, 2012) poogt al meer houvast voor de praktijk te bieden. Daarom gaan we op dit laatste nader in.

Dit addendum begint met de algemene aanbeveling om na een eerste screening bij comorbiditeit van een angststoornis met verslavingsproblematiek 2 tot 3 weken (gedeeltelijke) detoxificatie of stabilisatie aan te houden, voor er wordt overgegaan op het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan. Bij PTSS beveelt het addendum echter meteen aandacht voor de diagnostiek en behandeling van PTSS aan, omdat de lijdensdruk hoog is en, indien onbehandeld, gepaard gaat met een snellere terugval en uitval uit de behandeling. Wat we hierbij willen opmerken is dat in de praktijk vaak een impasse ontstaat wanneer het niet lukt om de patiënt eerst abstinente te krijgen. Echter, zoals het addendum ook aangeeft, in veel gevallen is ook betrouwbare klinische diagnostiek mogelijk

onder stabiel gebruik. Zeker wanneer abstinentie niet haalbaar is en de lijdensdruk groot, valt dit te overwegen. Na afronding van de diagnostiek is het advies volgens het addendum in algemene zin om af te wege(n) of (blijvende) abstinentie haalbaar of gewenst is voordat met de behandeling van de angststoornis gestart wordt.

Een aantal elkaar versterkende mechanismen zou het vaak moeilijk maken om de verslaving en de PTSS tegelijkertijd te behandelen. Zo kan op de eerste plaats het middelengebruik gezien worden als een weliswaar disfunctionele en uit de hand gelopen, maar op de korte termijn zeer effectieve copingstrategie (zelfmedicatiehypothese) (Khantzian, 1985). Daardoor is het moeilijk om te stoppen met middelengebruik zolang de PTSS-symptomen nog op de voorgrond staan. Dat laatste blijkt in de praktijk vaak het geval, maar de zelfmedicatiehypothese zelf, die stelt dat verslaafden specifieke middelen gebruiken om specifieke klachten te reguleren, lijkt niet houdbaar (Lembke, 2012).

Op de tweede plaats wordt middelengebruik vaak als contra-indicatie gezien voor traumabehandeling, niet alleen binnen de ggz, maar ook binnen de verslavingszorg (Gielen, Krumeich, Havermans, Smeets & Jansen, 2014). Verondersteld wordt dat het werken aan PTSS voorafgaand aan een verslavingsbehandeling tot een toename van negatief affect en hyperarousal leidt, wat in combinatie met beperkte zelfregulatievaardigheden eerder tot een escalatie in gebruik of terugval zou leiden ('doos van Pandora'-hypothese) (Souza & Spates, 2008). Hierdoor komt het in de praktijk soms in het geheel niet tot traumabehandeling, noch tot een succesvolle aanpak van de verslaving. Beide houden elkaar als het ware in gijzeling. Er bestaat echter weinig evidentie voor een ontregelend effect van PTSS-behandeling op verslaving (Back, 2010). Bovendien hebben, zoals eerder aangegeven, de meeste patiënten juist een voorkeur voor een gelijktijdige aanpak van hun problemen (Back et al., 2006; Brown et al., 1998).

Het concept-addendum bij de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Snoek et al., 2012) geeft in afwijking van haar algemene beslisboom voor dubbele diagnose de aanbeveling om juist bij de combinatie van verslaving met PTSS niet eerst in te steken op abstinentie maar direct veel aandacht te besteden aan de behandeling van de PTSS. Wij willen er hier zelfs sterk voor pleiten in principe altijd te starten met een traumabehandeling (zolang die aansluit bij de hulpvraag van de patiënt), ook wanneer de patiënt niet abstant is, tenzij het gebruik ook met een ambulante verslavingsbehandeling interfereert. Deze vuistregel wordt ondersteund door een review van potentiële contra-indicaties voor traumabehandeling (middels Imaginaire Exposure), die laat zien dat middelengebruik, persoonlijkheidsstoornissen en ernstige actuele psychiatrische

symptomen als dissociatie, automutilatie, psychotische verschijnselen en suicidaliteit geen beletsel hoeven zijn voor traumabehandeling (van Minnen, Harned, Zoellner & Mills, 2012). Integendeel, traumabehandeling kan ook dan effectief en veilig uitgevoerd worden, waarbij comorbide klachten vaak verbeteren. Abstinentie zou dus geen absolute voorwaardelijke factor moeten zijn, maar het ontbreken ervan is natuurlijk wel een complicerende factor. Wij stellen voor een pragmatisch standpunt in te nemen. Zolang het middelengebruik de haalbaarheid van de traumabehandeling niet ondermijnt, is traumabehandeling mogelijk. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen niet-abstinent zijn en het onder invloed verschijnen op afspraken. Het addendum geeft bijvoorbeeld aan dat dit laatste de effectiviteit van op exposure gebaseerde behandelingen vermindert.

Het addendum bij de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Snoek et al., 2012) adviseert vervolgens een aantal behandelmethodieken. Op de eerste plaats methodieken die toegevoegd kunnen worden aan de reguliere verslavingsbehandeling: EMDR, traumagerichte CGT of farmacotherapie (waarbij deze laatste niet de eerste voorkeur is, en altijd moet plaatsvinden in combinatie met een van de genoemde psychologische behandelingen). Hoewel EMDR en op exposure gebaseerde CGT gelden als reguliere evidence-based methodieken voor PTSS (Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Seidler & Wagner, 2006), zijn ze als toegevoegde methodiek in verslaafde populaties echter niet of nauwelijks onderzocht (van Minnen et al., 2012; van Dam, Vedel, Ehring & Emmelkamp, 2012). Dit is te begrijpen omdat middelengebruik aanvankelijk als contra-indicatie werd beschouwd voor traumabehandeling (Foa & Rothbaum, 1998). Het ontbreken van gedegen onderzoek heeft als bijkomend probleem dat de beste manier om de reguliere traumabehandeling te integreren met de verslavingsbehandeling meestal niet of nauwelijks is uitgewerkt.

Op de tweede plaats verwijst het addendum naar methodieken waarbij zowel verslaving als PTSS echt geïntegreerd in één behandeling worden aangepakt. Dergelijke benaderingen vervangen de reguliere verslavingsbehandeling of vullen deze aan. Een nadeel is dat de meeste van deze behandelvormen nog weinig onderzocht zijn en dat veel studies kwalitatief tekort schieten (voor een overzicht, zie: Riggs & Foa, 2008; van Dam et al., 2012). *Seeking Safety* (Najavits, 2003, 2010) vormt hier volgens het addendum een uitzondering op. Onderzoek hiernaar laat significante verbeteringen zien in verslavings- en PTSS-gerelateerde uitkomsten (Najavits & Hien, 2013). Maar de meerwaarde ervan ten opzichte van een 'pure' verslavingsbehandeling is nog onvoldoende aangetoond (van Dam et al., 2012). Deze meerwaarde is momenteel wel onderwerp van onder-

zoek in een Nederlandse RCT (Kok, de Haan, van der Meer, Najavits & de Jong, 2013).

Opvallend is dat wanneer het om traumabehandeling gaat het addendum geen uitspraken doet over nut en noodzaak van voorafgaande stabilisatie (met uitzondering van stabilisatie van middelengebruik voor diagnostiek en behandeling) zoals die vaak in een gefaseerde aanpak bij complex trauma wordt toegepast (Herman, 1992; Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005). Het addendum stelt slechts dat de aanbevolen behandelingen ook effectief zijn bij complex trauma. Hoewel dit onvoldoende is onderzocht, kunnen wij het hier in grote lijnen mee eens zijn. De meerwaarde van een gefaseerde benadering bij complex trauma is ook nauwelijks onderzocht. Alleen Cloitre et al. (2010) vonden daarvoor aanwijzingen, maar zij vergeleken een gefaseerde aanpak met exposure voorafgegaan door acht sessies counseling of vaardigheidstraining. In feite ook een gefaseerd traject. Omgekeerd laat onderzoek zien dat een traumagerichte aanpak zonder voorafgaande stabilisatie bij kwetsbare groepen, zoals getraumatiseerde patiënten met een psychotische stoornis, goed mogelijk is, waarbij PTSS-symptomen significant afnemen, zonder incidenten (de Bont, van Minnen & de Jongh, 2013; van den Berg & van der Gaag, 2012). Wel moet hierbij opgemerkt worden dat traumabehandeling bij kwetsbare groepen, waaronder verslaafden, gepaard kan gaan met zeer hoge drop-out-percentages (Brady, Dansky, Back, Foa & Carroll, 2001; Coffey, Dansky & Brady, 2003). Voor de duidelijkheid: wij pleiten hier niet tegen een gefaseerde behandeling maar vooral vóór een pragmatische, voorwaardenscheppende focus, die gericht is op het optimaliseren van de haalbaarheid van de PTSS-behandeling. Dit vraagt naar onze mening om een weloverwogen en afgemeten inzet van een dergelijke voorbereidende fase, op basis van een individuele casusconceptualisatie. Daaruit volgt de mogelijke inzet van interventies die specifieke copingvaardigheden vergroten en versterken zodat traumabehandeling mogelijk wordt. In ieder geval lijkt ons het standaard doorlopen van een (langdurige) voorbereidende fase gericht op symptoomreductie en stabilisatie niet nodig. Dat laatste kan drop-out zelfs in de hand werken als het niet aansluit bij de verwachtingen en ernst van de pathologie van patiënten (zie ook: de Jongh & ten Broeke, 2014).

Het addendum maakt in zijn advisering voor behandeling geen expliciet onderscheid tussen behandelingen die primair gericht zijn op trauma en verwerking (zoals EMDR en Imaginaire Exposure) en behandelingen die gericht zijn op coping (zoals Seeking Safety). Het zou dat onderscheid wel kunnen maken, aangezien het beide typen behandelingen adviseert. Traumagerichte behandelingen richten zich op de herinnering aan de traumatische gebeurtenis en de betekenis die de patiënt daaraan geeft. Copinggerichte benade-

ringen richten zich vooral op het heden, waarbij het trauma zelf niet verwerkt wordt; het primaire doel is het verminderen van actuele problemen en symptomen en het versterken van copingvaardigheden. Beide benaderingen zijn nauwelijks onderling met elkaar vergeleken, waardoor onduidelijk is wat de meest effectieve benadering is voor wie (van Dam et al., 2012). Overigens zijn de combinaties Seeking Safety plus exposure-therapie (Najavits, Schmitz, Gotthardt & Weiss, 2005) of EMDR (Brown, Gilman, Goodman, Adler-Tapia & Freng, in revisie) ook nog maar zeer beperkt onderzocht.

De literatuur overziend is duidelijk dat er nog geen echte consensus bestaat over inhoud en vorm van een geïntegreerd behandel-aanbod voor verslaafde patiënten met een PTSS. Wel komen we tot de conclusie dat deze patiënten, ook als ze nog middelen gebruiken, psychisch kwetsbaar zijn of kampen met praktische problemen, niet uitgesloten hoeven te worden van een traumabehandeling. Sterker nog, het is zelfs aan te raden om zo vroeg mogelijk (in de verslavingsbehandeling) te beginnen met traumabehandeling, omdat een vermindering van PTSS-symptomen de verslaving, en andere psychische symptomen en aandoeningen, ook positief kan beïnvloeden (Hien et al., 2010; van Minnen et al., 2012). Bestaande benaderingen in de behandeling van comorbide PTSS (copinggericht, respectievelijk traumagericht) lijken, bij gebrek aan kwalitatief goed en vergelijkend onderzoek, vooralsnog even effectief. Sterker nog, ze kunnen elkaar wellicht aanvullen en versterken. De traumagerichte benadering heeft onze voorkeur. Maar in de aanvulling wordt naar onze mening de haalbaarheid van traumabehandeling geoptimaliseerd. Als bouwstenen voor een geïntegreerde behandeling, in de zin van een gelijktijdige behandeling van zowel PTSS als verslaving, stellen wij de combinatie van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, 1989) met Seeking Safety (Najavits, 2003, 2010) voor. Dit omdat beide methodieken zich bij uitstek lijken te lenen voor een toepassing op maat bij deze comorbiditeit (Kok, van Rens & de Haan, 2013) en ze goed te combineren zijn. Om onze keuze toe te lichten zullen we beide bouwstenen eerst beknopt beschrijven.

EMDR

EMDR is een evidence-based behandeling voor PTSS (Bisson et al., 2007). Het is een geprotocolleerde procedure, die al vaker in dit tijdschrift is beschreven (zie bijvoorbeeld: Geurink & ten Broeke, 2014). EMDR reactiveert specifiek geïdentificeerde traumatische herinneringen of beelden ('laadt' ze in het werkgeheugen), en introduceert vervolgens een afleidende taak: meestal wordt de patiënt geïnstru-

eerd met zijn ogen de hand van de therapeut te volgen. Hiermee wordt bewerkstelligd dat er in het zogenaamde 'werkgeheugen' een competitie ontstaat tussen de emotionele aspecten van een geheugenrepresentatie en de aandacht die een mentaal belastende taak vraagt. Via een proces van spontane associaties wordt de herinnering geleidelijk minder levendig en minder emotioneel geladen ('gedesensitiseerd'), en ontstaat een nieuw, functioneel perspectief op het zelf (de Jongh & ten Broeke, 2013). De EMDR-procedure leent zich ook om positieve herinneringen (Engelhard, van Uijen & van den Hout, 2010) of geheugenrepresentaties van bijvoorbeeld een toekomstig (ramp)scenario (*flash-forward*) te behandelen (Logie & de Jongh, 2014).

Shapiro, Vogelmann-Sine en Sine (1994) schreven als eersten over EMDR bij getraumatiseerde verslaafden. Hierbij werden middels EMDR zowel traumagerichte, copinggerichte als verslavingsgerelateerde doelen (terugvalpreventie) nagestreefd. In een aantal casestudies en andere publicaties met betrekking tot PTSS en verslaving is hier op voortgeborduurd (Abel & O'Brien, 2010; Brown, Stowasser & Shapiro, 2011; Marich, 2009; O'Brien & Abel, 2011; Rougemont-Bücking & Zimmermann, 2012; Zweben & Yeary, 2006).

Er is daar onder meer aandacht voor binnen EMDR gebruikte, aanvullende deeltechnieken om de emotionele coping te versterken, zoals het creëren van een imaginaire 'veilige plek' die op commando opgeroepen kan worden en waar de patiënt zich veilig en beschermd voelt (ten Broeke, Oppenheim & de Jongh, 2012) en *Resource Development and Installation (RDI)* (Leeds & Shapiro, 2000). Bij deze laatste deeltechniek gaat het om het ontwikkelen of versterken van functionele cognities door het middels imaginatie toegankelijker maken van herinneringen aan ervaringen die plaatsvonden toen belangrijke vermogens, zoals doorzettingsvermogen, beschikbaar waren.

In toenemende mate worden er eveneens casuïstische mededelingen, casestudy's, *multiple baseline studies* en *pilotstudy's* gepubliceerd over de toepassing van EMDR om trek en verslavingsgedrag te reduceren. Het gaat dan om zowel middelengerelateerde verslavingen (Abel & O'Brien, 2010; Cecero & Carroll, 2000; Hornsveld, 2009; O'Brien & Abel, 2011; Shapiro et al., 1994; Tsoutsas, Fotopoulos, Zakyntinos & Katsaounou, 2014; van Uitert-Levy, 2010) als gedragsverslavingen (Bae, Han & Kim, 2013; Bae & Kim, 2012; Cox & Howard, 2007; Henry, 1996; Miller, 2010, 2012). Tot nog toe is er één gerandomiseerde effectstudie uitgevoerd bij klinisch gedetoxificeerde, alcoholafhankelijke patiënten zonder PTSS (Hase, Schallmayer & Sack, 2008). De resultaten suggereren een klinisch relevant effect van EMDR op het verminderen van trek en op de kans op terugval. Momenteel loopt er een gerandomiseerd Nederlands onderzoek naar het effect van EMDR op trek en alcoholgebruik bij

ambulante alcoholafhankelijke patiënten bij IrisZorg. De resultaten zullen in het najaar van 2015 bekend zijn.

Opvallend is dat er nog geen effectonderzoek is gepubliceerd over EMDR bij getraumatiseerde verslaafden. EMDR leent zich naar onze mening namelijk bij uitstek om PTSS bij verslaafden te behandelen. Zo is er veel geschreven over de behandeling van zowel enkelvoudige als complexe PTSS en aanpassingen voor relevante subgroepen. Met EMDR kunnen op elk moment in de behandeling benodigde accenten aangebracht worden, die gericht zijn op het versterken van de coping, traumaverwerking of ondersteuning van de verslavingsbehandeling. EMDR vereist ook relatief weinig discipline en inspanning van de patiënt (denk aan huiswerk) en doet een minder sterk beroep op cognitief-verbale functies dan inzichtgevende of primair cognitief georiënteerde behandelvormen. Er wordt ook geen groot beroep gedaan op executieve functies als plannen, organiseren en zelfcontrole (in tegenstelling tot veel andere behandelingen). Dit kan gunstig zijn, omdat deze functies vaak premorbide onderontwikkeld zijn bij verslaafden en door de verslaving verder verslechteren (Goldstein & Volkow, 2011; Hester, Lubman & Yücel, 2010).

Samengevat kunnen we stellen dat EMDR een evidence-based behandelmethode is voor PTSS. Op inhoudelijke gronden en op basis van klinische ervaring lijkt EMDR ook bijzonder geschikt voor traumabehandeling bij verslaafden, maar tegelijkertijd vormt dit thema nog echt een hiaat in de onderzoeksliteratuur (van Dam et al., 2012).

SEEKING SAFETY

Seeking Safety is een gedragstherapeutische methode voor de behandeling van (partiële) PTSS en/of verslaving, die bij de meeste lezers minder bekend zal zijn (Najavits, 2003, 2010; Najavits & Hien, 2013). De focus ligt op het vergroten van de veiligheid, zowel in het kader van de PTSS als in het kader van de verslavingsproblematiek. Dit wil Seeking Safety bereiken door het behandelen van maximaal 25 relevante thema's, waarbij steeds de link tussen PTSS en verslaving wordt gelegd op gedragsmatig, cognitief, emotioneel en interpersoonlijk gebied. 'Veiligheid' wordt hier in brede zin bedoeld, zoals stoppen met middelengebruik of zelfdestructief gedrag, verlagen van suïciderisico en het loslaten van onveilige relaties. Het gaat dus om concrete thema's als 'omgaan met triggers', 'anderen bij je herstel betrekken' en 'goed voor jezelf zorgen'. Deze kunnen in één of meerdere sessies worden uitgediept. Naast het vergroten van inzicht en vaardigheden kan de behandeling zich richten op zogenaamde 'case-managementbehoeften' als huisvesting, financiële ondersteuning en dagbesteding. De focus is copinggericht, in het hier en nu. Er

wordt niet ingegaan op het traumaverleden. De methode is zeer flexibel toepasbaar. Er kan besloten worden om meer of minder thema's (er is geen minimumaantal) in een gewenste volgorde te behandelen, zowel individueel als in een groepsbehandeling, door één of meerdere behandelaars. In het begin van de behandeling wordt een lijst met behandelonderwerpen doorgenomen met de patiënt. Dit bepaalt de keuze en volgorde van de thema's.

De sessies verlopen zeer gestructureerd. Elke sessie begint met een aantal vragen die betrekking hebben op de periode sinds de laatste sessie: Welke functionele copingvaardigheden heeft de patiënt ingezet? Welke middelen heeft hij gebruikt? Is er onveilig gedrag vertoond? Is de patiënt gemaakte afspraken nagekomen? Welke ondersteuning is er georganiseerd en ontvangen? De meeste tijd wordt besteed aan het bespreken van, en praktisch oefenen met, het thema. Het kan daarbij gaan over hoe het thema momenteel actueel is binnen het leven van de patiënt en over het zoeken naar een concrete aanpak ervan. Patiënten ontvangen handouts over de stof die behandeld wordt. Aan het eind van de sessie benoemen ze wat ze geleerd hebben. Tot slot commiteren ze zich aan één actie die ze kunnen afronden voor de volgende sessie, zoals iemand om hulp vragen of over gevoelens schrijven. Daarbij wordt gevraagd wat ze gaan regelen qua ondersteuning. Seeking Safety kan ingezet worden als eerste stap in een gefaseerde behandeling voor zowel verslaving als trauma.

Voor zover bekend is er één studie gedaan waarbij Seeking Safety al dan niet gecombineerd werd met EMDR (Brown et al., in revisie). De studie betrof veroordeelde middelengebruikers, die veelal getraumatiseerd waren. Zij doorliepen allen verplicht een programma van 12 tot 18 maanden (*program as usual*, PAU), dat onder andere bestond uit psycho-educatie over verslaving, individuele counseling, groepstherapieën en terugvalpreventie. Degenen met (partiële) PTSS kregen daarnaast Seeking Safety, waarna aansluitend ook nog EMDR kon worden aangeboden. Degenen die Seeking Safety plus EMDR (plus PAU) hadden gekregen maakten significant vaker het hele programma af: 91,3% van hen, tegenover 62% van de middelengebruikers die alleen Seeking Safety (plus PAU) hadden gekregen, en 55,2% van hen die alleen PAU hadden gekregen. Deze cijfers voorspellen een lager risico op recidive voor de eerste groep. Het ging om een niet-gerandomiseerde studie, maar de combinatie van EMDR plus Seeking Safety lijkt interessant om verder te onderzoeken.

Naar onze mening is het vooral zaak de effectiviteit en haalbaarheid van traumabehandelingen bij verslaafde patiënten met de combinatie van EMDR en Seeking Safety te optimaliseren door daarin maatwerk te bieden. Aan de hand van de volgende casusbeschrijvingen willen we de toepassing van EMDR en Seeking Safety bij ver-

slaafden met PTSS illustreren. De mate waarin gebruikgemaakt wordt van Seeking Safety of EMDR wisselt per casus, afhankelijk van het toestandsbeeld en klinische overwegingen. Na iedere casusbeschrijving staan we stil bij de afwegingen die zijn gemaakt.

CASUS PETER: INTRAMURALE BEHANDELING VAN ENKELVOUDIGE PTSS

Peter drinkt al 20 jaar. Zijn alcoholgebruik is geëscaleerd nadat hij op 28-jarige leeftijd in dronken toestand een auto-ongeluk veroorzaakte. Hierdoor overleden de beide ouders en een kind van een jong gezin met drie kinderen. Peter heeft sindsdien last van nachtmerries. Hij is somber, gespannen en prikkelbaar, en gaat sociale contacten uit de weg. Momenteel is hij, na een klinische detoxificatie, twee weken abstinēt. Sindsdien ervaart hij veel trek en heeft hij ook overdag last van herbelevingen. De diagnose (enkelvoudige) PTSS werd eerder gemist, maar wordt nu gesteld.

Peter krijgt uitleg over PTSS en het verband met verslaving. Peter geeft desgevraagd aan open te staan voor een behandeling, maar ziet er ook tegenop om eraan te beginnen, onder meer omdat hij weet dat hij na een opname snel kan terugvallen. Daarom wordt besloten om, nu hij nog in de kliniek verblijft, een intensieve traumagerichte behandeling te bieden. Peter krijgt uitleg over de behandelopties Imaginaire Exposure en EMDR. Hij kiest voor EMDR, omdat hij iemand kent die daar veel baat bij had. Er worden dagelijkse, individuele sessies ingepland en de behandeling begint meteen.

De eerste sessie is gericht op verdere psycho-educatie middels het doornemen van enkele handouts over de Seeking Safety-thema's: 'PTSS, hervind je kracht' en 'als middelen controle over je hebben'. Hierbij wordt ingegaan op PTSS-symptomen, de interactie tussen PTSS en verslaving, en veelvoorkomende vragen bij deze comorbiditeit.

In de tweede sessie wordt het Seeking Safety-thema 'vragen om hulp' kort doorgenomen. Peter is namelijk geneigd zaken alleen op te lossen, wat het gevaar voor oplopende spanningen en daarmee drop-out verhoogt. Er worden concrete afspraken gemaakt over hoe en wanneer Peter hulp kan inschakelen tijdens de traumabehandeling. Vervolgens worden drie geschikte geheugenrepresentaties geïdentificeerd voor de EMDR-behandeling: het moment van de aanrijding, het moment waarop hij aan de kant van de weg in een politieauto zit en voorbijgangers naar hem ziet kijken, en het moment dat hij hoort dat een van de kinderen is overleden.

In de derde sessie wordt meteen gestart met EMDR die gericht is op het laatste, meest akelige beeld. Peter vindt dit zwaar, maar verdraagt het goed. De negatieve cognitie bij dit beeld is: 'Ik ben slecht'. De spanning loopt sterk op, maar daalt uiteindelijk van 10 naar 6 (op een schaal van 0 tot 10). Na deze sessie slaapt Peter erg onrustig en vraagt de nachtdienst om slaapmedicatie. Omdat hier al eerder afspraken over waren gemaakt, was dit geen probleem. Na vijf EMDR-sessies zijn alle geheugenrepresentaties volledig gedesensitiseerd en is Peter nagenoeg klachtenvrij.

Er wordt toegewerkt naar ontslag en nazorg voor zijn verslaving. Ter voorbereiding volgt nog een sessie EMDR die is gericht op het verminderen van de trek. Die is nog hinderlijk aanwezig en loopt op nu hij bijna met ontslag gaat. Er wordt hier gekozen voor EMDR omdat Peter geen zuchtremmende medicatie wil gebruiken en op een eerder tijdstip onvoldoende baat had bij gedragstherapeutische strategieën als afleiding zoeken en gevoelsurfen. Om de trek te reduceren wordt Peter gevraagd zich concrete beelden te vormen van typische, veelvoorkomende triggersituaties. De trek die deze beelden oproepen wordt gemaximaliseerd door Peter te vragen welke zelfspraak de trek verder aan kan jagen. Het gaat hierbij om disfunctionele cognities als: 'Eentje kan best', of: 'Ik heb het verdiend'. Binnen één sessie worden de vijf meest voorkomende triggerbeelden gedesensitiseerd. Dit gaat snel en leidt tot een ander perspectief op trek en op deze situaties. Een mentale 'videocheck', waarin de triggersituaties in gedachten nogmaals worden doorlopen, maakt duidelijk dat ze geen trek meer oproepen. Peter voelt zich weerbaarder.

Een casus als die van Peter komt in de praktijk regelmatig voor. Patiënten blijken soms jarenlang rond te lopen met PTSS-klachten zonder dat ze zijn opgemerkt, mede omdat de klachten afgedekt worden door het middelengebruik.

Indien Peter na het bereiken van de abstinentie doorverwezen was naar de ggz voor traumabehandeling zou de kans op voortijdig terugvallen groot zijn geweest. De intramurale context was niet noodzakelijk, maar maakte behandeling wel makkelijker. In een intramurale context ligt het voor de hand om eerst de detoxificatie af te wachten, alvorens diagnostiek en behandeling van de PTSS ter hand te nemen. Geadviseerd wordt om dan minimaal te wachten tot er geen onthoudingsverschijnselen meer zijn (één tot enkele weken, afhankelijk van het middel en de ernst van de verslaving) (Brown et al., 2011).

Omdat veel patiënten moeilijk te motiveren zijn voor een langdurige klinische behandeling is het van belang om een intensieve

behandeling te bieden. Patiënten haken nogal eens af tijdens een opname, omdat het tempo in de kliniek te laag ligt. Als ze komen voor detoxificatie en aansluitende traumabehandeling is één sessie per week erg weinig. Er is inhoudelijk niets op tegen om de intensiteit te verhogen, zolang de patiënt die maar kan bijbenen.

Gezien de abstinentie, de veiligheid die de intramurale context Peter biedt en het enkelvoudige karakter van de PTSS, is er in deze casus voor gekozen om vrijwel meteen traumaverwerkingsgericht te werken. Seeking Safety speelde slechts een bescheiden rol.

CASUS DOREEN: AMBULANTE BEHANDELING VAN ENKELVOUDIGE PTSS EN VERSLAVING

Doreen is een 28-jarige HBO-studente, die de afgelopen jaren in uitgaanssituaties steeds meer alcohol is gaan drinken. Ze voelt zich zo meer op haar gemak en flirt dan graag met onbekende mannen. Ze vindt het vaak lastig om alleen thuis te zijn. Alcohol helpt haar om negatieve gevoelens weg te houden en zich (tijdelijk) beter te voelen.

Omdat Doreen minder wil drinken, kampt met psychische klachten en vastloopt in haar studie, meldt ze zich aan in de verslavingszorg, maar tegelijkertijd ook in de ggz. Bovendien heeft ze een moeilijke relatie met haar moeder. Ze voelt zich voortdurend bekritiseerd en afgewezen door haar moeder, en kan hier moeilijk van loskomen. Tijdens de intake in de ggz was al duidelijk geworden dat Doreen ook kampt met (enkelvoudige) PTSS-klachten. Die stammen uit de periode dat zij enkele maanden lang mishandeld werd door een 'fout' vriendje, met wie nu geen contact meer bestaat. Ze was er eerst niet over begonnen, omdat ze vond dat het nu maar voorbij moest zijn, maar bij doorvragen blijkt dat ze erg schrikachtig is. Er worden bij haar flashbacks getriggerd door ruzies of stemverheffingen, en daarom gaat ze dergelijke situaties direct uit de weg. Afgesproken wordt dat Doreen, nu zij de intake bij de ggz doorlopen heeft, alleen aan haar alcoholgebruik gaat werken in de verslavingszorg.

Kort na de intake in de verslavingszorg start Doreen met een ambulante detox. Het is de bedoeling dat zij middels medicatie binnen 10 dagen tot volledige abstinentie komt. Dit verloopt onsuccesvol. Doreen sjoemelt met haar medicatie en is slechts korte tijd abtinent. Ze ervaart het als een behoorlijke faalervaring. Rond diezelfde tijd adviseert de ggz dat zij toch eerst haar verslavingsprobleem onder controle moet krijgen voor verdere behandeling aldaar kan plaatsvinden. Doreen voelt zich onbegrepen. Ze raakt de hoop en het vertrouwen in hulpverlening kwijt. Omdat Doreen redelijk trouw en altijd nuchter op afspraken komt, en

omdat zij een duidelijke hulpvraag heeft, wordt besloten over te gaan op het ambulante, geïntegreerde behandelen van de PTSS en de verslaving binnen de verslavingszorg. Er wordt gekozen voor Seeking Safety, aangevuld met EMDR.

Eerst wordt geïnventariseerd wat belangrijke thema's zijn in het kader van de Seeking Safety-behandeling. Er wordt gekozen voor thema's als 'PTSS: hervind je kracht' (gericht op psycho-educatie), 'veiligheid' (gericht op het versterken van veilige copingvaardigheden), 'als middelen controle over je hebben' (onder meer gericht op psycho-educatie, het maken van een plan om te stoppen met middelen, en het versterken van de motivatie), 'grenzen stellen binnen relaties', 'omgaan met triggers', 'gezonde relaties' (gericht op gezonde en ongezonde ideeën over relaties) en 'goed voor jezelf zorgen'.

Besloten wordt om wekelijks één afspraak te maken gericht op Seeking Safety en één gericht op EMDR. Deze afspraken zijn met dezelfde behandelaar, een gz-psycholoog. Daarnaast worden werkafspraken gemaakt over afspraken nakomen (of anders tijdig contact opnemen), nuchter verschijnen en het eerlijk bespreken van eventuele trek en escalaties in gebruik. Verder registreert Doreen dagelijks haar alcoholgebruik en mate van trek. De mate van aanwezigheid van PTSS-klachten wordt wekelijks gemeten.

Naarmate de traumaverwerking vordert, komt er ook meer verdieping in de bespreking van thema's als 'grenzen stellen binnen relaties' en 'gezonde relaties'. De EMDR-behandeling gericht op PTSS wordt binnen vier sessies succesvol afgerond, maar vervolgens komt het onderliggende lage zelfbeeld meer op de voorgrond. Doreen valt kort daarna terug en even lijkt zij het behandelcontact af te houden. Er wordt met Seeking Safety weer teruggegrepen op het thema dat in de derde sessie ook al aan bod is gekomen: 'Omgaan met triggers'.

Vervolgens wordt besloten om middels EMDR haar negatieve zelfbeeld te bewerken. De kernopvatting 'ik ben niks waard' lijkt het probleemgedrag in belangrijke mate mede te onderhouden. Er wordt gezocht naar gevoelsmatige bewijzen voor deze negatieve kernopvatting. De herinneringen die daarvoor Doreen bijhoren, hangen veelal samen met een afwezige vader en een bekritiserende en veeleisende moeder. Er worden verschillende thema's met meerdere relevante geheugenrepresentaties geïdentificeerd, en stuk voor stuk binnen de EMDR-sessies gedesensitiseerd. Ondertussen krijgt Doreen nog steeds Seeking Safety, nu gericht op thema's rond gebruik en emotieregulatie.

In de daaropvolgende twee maanden weet Doreen haar gebruik grotendeels te stoppen, is haar zelfvertrouwen toegenomen en is haar overtuiging dat ze 'de moeite waard' is

aanmerkelijk sterker geworden. Ze heeft zich ingeschreven op een sportschool om de avonduren een andere invulling te geven en nieuwe mensen te ontmoeten.

De casus van Doreen illustreert het regelmatig voorkomende probleem dat patiënten bij een parallelle behandeling in zowel de verslavingszorg als de ggz dreigen af te haken omdat ze zich van het kastje naar de muur gestuurd voelen. In de praktijk worden nog vaak eisen gesteld aan het gebruik van patiënten, die niet altijd reëel of nodig zijn. Als middelengebruik een disfunctionele copingstrategie betreft, moet het naar onze mening meegenomen worden in elke behandeling, zoals ook gangbaar is bij andere disfunctionele copingstrategieën als automutilatie of vermijding.

Indien een patiënt nog vrij veel middelen gebruikt, wordt de haalbaarheid van een ambulante behandeling ingeschat door na te gaan of de patiënt gewoonlijk nuchter en trouw op afspraken komt, en of er met hem afspraken te maken zijn over gebruik direct voor, na en tussen sessies. Als vuistregel geldt dat wanneer een psychosociale verslavingsbehandeling ambulant goed mogelijk is, er geen reden is om te veronderstellen dat de traumabehandeling ook niet ambulant zou kunnen plaatsvinden.

We hebben hier Seeking Safety gecombineerd met EMDR. Waarom niet alleen EMDR of alleen Seeking Safety? Op zich was dit waarschijnlijk wel haalbaar geweest, maar omdat Seeking Safety de reguliere verslavingsbehandeling vervangt, meer op coping dan op traumaverwerking is gericht en de combinatie met EMDR daarmee mogelijk effectiever is, werd hiervoor gekozen. Daarnaast was de inschatting dat er met een nadruk op EMDR in de behandeling nog steeds behoefte zou zijn aan maatwerk, aangezien er meerdere verslavingsthema's speelden en alcoholgebruik nog steeds actueel was. Door ook daar expliciet aandacht aan te besteden wilden we dropout voorkomen.

CASUS ANDREA: AMBULANTE BEHANDELING VAN COMPLEXE PTSS EN VERSLAVING

Andrea is een 20-jarige vrouw, die als kind jarenlang misbruikt werd door haar broer en later ook nog door een oom. Toen ze dat eindelijk durfde te vertellen aan haar gescheiden ouders werd ze niet geloofd door haar moeder. De situatie thuis escaleerde steeds vaker in ruzies. Andrea liep op 15-jarige leeftijd weg. Na een verblijf in een pleeggezin belandde ze op 16-jarige leeftijd in een jeugdinternaat. Hier kwam ze in aanraking met cannabis en

amfetaminen. Sindsdien is ze met verschillende ggz- en verslavingszorginstellingen in aanraking gekomen.

Er is sprake van afhankelijkheid van verschillende middelen, die Andrea bekostigt door het geld dat ze verdient met prostitutie. Tijdens een eerdere opname werd een borderline persoonlijkheidsstoornis vastgesteld in combinatie met een (complexe) PTSS. Omdat Andrea toendertijd de opname voortijdig afbrak, kwam het niet tot behandeling.

Voorafgaand aan haar huidige aanmelding bij de verslavingszorg zijn door een incident met een klant de herbelevingen weer sterk opgekomen, wat Andrea heeft aangezet tot ernstig automutilerend gedrag en toegenomen middelengebruik. Ze wil nu van haar herbelevingen af, maar wil beslist niet opgenomen worden en dreigt het behandelcontact te verbreken als hier op aangedrongen wordt. Andrea verschijnt onregelmatig op afspraken. Zij heeft geen vaste woonruimte en wordt bedreigd door een dealer vanwege financiële schulden.

Gezien de ernst van haar klachten, het patroon waarbij zij behandelingen voortijdig en eenzijdig beëindigt, en haar actuele hulpvraag en beperkte therapietrouw, wordt besloten haar ambulante en gefaseerde behandeling met Seeking Safety, vooral eerst gericht op case management, en te kijken of dit gaandeweg aangevuld kan worden met EMDR in een volgende fase.

De behandelaar inventariseert met Andrea wat haar de meeste spanning oplevert. Dit blijken de schulden te zijn en de onveilige situatie die daarmee samenhangt. Er wordt contact gelegd met de wijkagent om de dreiging te bespreken en afspraken te maken over hoe te handelen bij acute dreiging. De wijkagent gaat de dealer aanspreken. Tegelijkertijd wordt een uitkering aangevraagd nadat een postadres is geregeld. Ook wordt gekeken naar mogelijkheden om langere tijd ergens anders te kunnen verblijven.

Naarmate er in de loop van een aantal weken een aantal praktische zaken geregeld is, en de dreiging van geweld door de dealer is verdwenen, neemt de therapietrouw van Andrea weer af, tot zij zich op een dag zonder afspraak meldt. Zij heeft de nacht ervoor doorgebracht op de eerste hulp, nadat zij zich onder invloed van middelen weer flink verwond had. Behandeling wordt voortgezet. De individuele Seeking Safety-behandeling richt zich vanaf dat moment meer op de thema's 'veiligheid' (verminderen van automutilatie en de gevolgen ervan, en van impulsief, fors gebruik), 'vragen om hulp', 'omgaan met triggers' en 'je aan je verbinde houden' (bevorderen van therapietrouw).

Het lukt geleidelijk om afspraken te maken met Andrea om tijdig hulp in te roepen, waardoor ernst en frequentie van de automutilatie iets afneemt. Daarnaast komt ze gaandeweg trouwer

op afspraken of neemt ze binnen een dag contact op als ze niet is verschenen.

Vanaf het moment dat zij regelmatig en nuchterder verschijnt, wordt Seeking Safety aangevuld met aan EMDR verwante technieken. Zo wordt Andrea geholpen met het vormgeven en versterken van een imaginaire 'veilige plek'. Met Resource Development and Installation lukt het om de psychologische hulpbronnen 'zelfzorg' en 'volhouden' te versterken, die Andrea vervolgens kan oproepen op moeilijke momenten. Daar slaagt zij echter maar matig in. Het lukt haar met name niet wanneer zij in bed ligt om te slapen. Gaan slapen roept bij haar zoveel angst op (uit anticipatie op herbelevingen) dat het slapen er sterk onder lijdt. Daarom wordt besloten om gericht te gaan interveniëren met EMDR. Het negatieve rampscenario van de hele nacht angstig in bed liggen uit angst voor de herbelevingen wordt behandeld. De spanning die samenhangt met dit beeld daalt snel en het naar bed gaan wordt minder beladen.

Na drie maanden is het middelengebruik gestabiliseerd en blijft ernstige automutilatie achterwege. Andrea geeft aan gaandeweg vertrouwen te hebben gekregen in de behandelaar en kan zich meer openstellen voor het behandelen van voor haar ingewikkelde thema's. Het echte traumawerk kan beginnen. Seeking Safety en EMDR worden steeds meer ineen gevlochten.

Wanneer er sprake is van aanhoudende therapie-interfererende problemen, en de patiënt is (vooralsnog) niet te motiveren voor een klinische behandeling of voorafgaande detoxificatie, dan is gefaseerd behandelen de aangewezen weg. Er is dan eerst voorwaardenscheppend werk nodig, voorafgaand aan (en tijdens) de traumabehandeling, om patiënten te committeren aan de behandeling en drop-out zoveel mogelijk te voorkomen. Een gefaseerde behandeling is echter niet statisch. Fasen kunnen door elkaar lopen en elkaar afwisselen. Zo kan het bijvoorbeeld nodig zijn om als onderdeel van die voorwaardenscheppende fase al vroegtijdig traumagericht te interveniëren en zo drop-out te voorkomen.

TENTATIEVE RICHTLIJNEN EN AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

In dit artikel zijn we ingegaan op de uitdagingen van traumabehandeling bij verslaafde patiënten met PTSS. Opvallend is dat er geen consensus bestaat met betrekking tot de inhoud en vorm van een geïntegreerd behandelaanbod voor deze doelgroep. Er zijn nog veel

vragen die met onderzoek beantwoord moeten worden, maar er is geen reden om daarop te wachten. Verslaafde patiënten met PTSS die nog steeds middelen gebruiken, psychisch kwetsbaar zijn of kampen met praktische problemen hoeven niet uitgesloten te worden van een traumabehandeling. Sterker nog, het is zelfs aan te raden om zo vroeg mogelijk (in de verslavingsbehandeling) te beginnen met traumabehandeling, aangezien een vermindering van PTSS-symptomen de verslaving, en andere psychische symptomen en aandoeningen, ook positief kan beïnvloeden (Hien et al., 2010; van Minnen et al., 2012). Bestaande benaderingen in de behandeling van PTSS (copinggericht of traumagericht) lijken, bij gebrek aan met name kwalitatief goed en vergelijkend onderzoek, vooralsnog even effectief, maar kunnen elkaar wellicht aanvullen en versterken. De meeste winst in de aanvulling valt waarschijnlijk te behalen door de haalbaarheid van traumabehandelingen te optimaliseren. Daarom is het naar onze mening ook zo zinvol om te kijken naar therapie-interfererende factoren en deze aan te pakken met als achterliggende doelstelling altijd het trauma of de trauma's te behandelen. We hebben daartoe een eerste, bescheiden aanzet willen geven. Er zijn natuurlijk andere benaderingen en invullingen denkbaar. We willen uiteindelijk behandelaars vooral uitnodigen om deze complexe problematiek als uitdaging op te pakken. Niet ondoordacht, maar wel doortastend. Daarom willen we eindigen met de volgende, wat ons betreft tentatieve richtlijnen en aanbevelingen voor het geïntegreerd behandelen van verslaving in combinatie met PTSS:

- ▶ Screen standaard op PTSS én verslaving. Deze comorbiditeit komt vaak voor, maar er is vaak sprake van onderdiagnostiek en daarmee onderbehandeling (Gielen et al., 2012). Als twee tot drie weken abstinentie niet haalbaar is, kijk dan of met een goede klachtenanamnese en eventueel heteroanamnese bij stabiel, beperkt gebruik toch een waarschijnlijkheidsdiagnose kan worden gesteld. Dit valt met name te overwegen wanneer de klachten duidelijk interfereren met pogingen tot abstinentie of significante problemen veroorzaken.
- ▶ Volledige abstinentie is geen voorwaarde voor traumabehandeling. Integendeel, er bestaat consensus dat een geïntegreerde behandeling van PTSS en verslaving de voorkeur geniet boven een sequentiële behandeling.
- ▶ Er is geen wetenschappelijke evidentie dat trauma behandelen gevaarlijker is dan niet behandelen, ook niet bij kwetsbare groepen als verslaafden. Er zijn naar onze mening dan ook geen absolute, blijvende contra-indicaties voor traumabehandeling bij verslaafden.

- ▶ Er bestaan wel relatieve contra-indicaties die de haalbaarheid en effectiviteit van een traumabehandeling (tijdelijk) in de weg kunnen staan. Feitelijk gaat het dan alleen om factoren die daadwerkelijk therapie-interfererend zijn (niet alleen bij traumabehandeling) of die dit dreigen te worden, zoals regelmatig onder invloed verschijnen, regelmatige no-show, of gevaar voor de patiënt of anderen (agressie). Dit vraagt maatwerk.
- ▶ Wanneer het middelengebruik therapie-interfererend is (no-show, onder invloed verschijnen, direct na de sessie volop gebruiken) is eerst detoxificatie aangewezen. Lukt dit niet, dan is het zaak eerst het gebruik zoveel mogelijk te stabiliseren.
- ▶ Behandel ambulant wanneer dit kan, eventueel na detoxificatie, en intramuraal wanneer dit moet.
- ▶ Bij geïntegreerd behandelen gaat het erom steeds de vinger aan de pols te houden en de focus te leggen waar die nodig is (op verslaving, PTSS of praktische problemen), zonder de continuïteit van de behandeling als geheel uit het oog te verliezen. Monitor het beloop van beide stoornissen om de behandeling te kunnen aanpassen en de patiënt gemotiveerd te houden.
- ▶ Verslaafden raken waarschijnlijk snel *overaroused* omdat hun stress-systeem, dat door vroegkinderlijke traumatisering vaak al ontregeld is (Langeland, 2009), door herhaald middelengebruik steeds verder gesensitiseerd raakt (Sinha, 2008). Het is dus belangrijk om steeds de vinger aan de pols te houden en zo te voorkomen dat de *window of tolerance*, de 'bandbreedte van arousal waarbinnen cognitief en emotioneel functioneren mogelijk is' (Ogden & Minton, 2000), overschreden wordt.
- ▶ Er kan tijdelijk sprake zijn van hypoarousal (bijvoorbeeld door dissociatie of intoxicatie), wat het verwerkingsproces in de weg kan staan omdat traumatisch materiaal onvoldoende geactiveerd wordt. In dat geval kan het zaak zijn om het middelengebruik toch eerst verder te verminderen of te stabiliseren. Het gebruik van dempende medicatie (met name benzodiazepinen) dient, indien mogelijk, afgebouwd te worden en er dienen afspraken met betrekking tot gebruik voor (en na afloop van) sessies gemaakt te worden.
- ▶ Traumabehandeling bij verslaafden is vaak uitdagend en kan veel vergen van patiënt én behandelaar. Zorg dat je steunfiguren van de patiënt zoveel mogelijk betreft in de behandeling en zorg voor inter- of supervisie voor jezelf.
- ▶ Individuele behandeling biedt meer mogelijkheden voor maatwerk, maar de combinatie van een individueel en een groepsaanbod biedt voor sommige patiënten mogelijk aanvullende voordelen door lotgenotencontact en leren van elkaar.

- ▶ Geef altijd psycho-educatie aan de patiënt én diens naasten over de interactie tussen de verslaving en PTSS. Als patiënten (nog) niet in behandeling komen, instrueer ze dan in ieder geval hoe ze zo goed mogelijk om kunnen gaan met de dynamiek tussen PTSS en verslaving. Geef eventueel relevante handouts mee over Seeking Safety-thema's als 'PTSS, hervind je kracht'.
- ▶ Terugval is een onderdeel van verslaving. Patiënten en hun naasten moeten er op voorbereid worden. Het hoeft geen reden te zijn om de behandeling te stoppen, hooguit tijdelijk.

DRS. WIEBREN MARKUS is als gz-psycholoog, praktijkopleider gz-psychologen en onderzoeker verbonden aan IrisZorg, instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Hij werkt aan een proefschrift over EMDR en verslaving bij het Nijmegen Institute of Scientist Practitioners in Addiction (NISPA) van de Radboud Universiteit Nijmegen.

DRS. CINDY DE KRUIJK is als gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut verbonden aan IrisZorg.

DR. GERDIEN DE WEERT-VAN OENE is als senior-onderzoeker verbonden aan Vic-tas, instelling voor verslavingszorg, en het NISPA.

PROF.DR. ENI BECKER is als hoogleraar klinische psychologie verbonden aan het Behavioral Science Institute (BSI) van de Radboud Universiteit Nijmegen.

PROF.DR. COR DE JONG is als hoogleraar verslaving en verslavingszorg verbonden aan de Radboud Universiteit, en is wetenschappelijk directeur van het NISPA.

Referenties

- Abel, N.J. & O'Brien, J.M. (2010). EMDR treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case example. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 50-59.
- Back, S.E. (2010). Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 11-13.
- 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, 351-354.
- Bae, H., Han, C. & Kim, D. (2013). Desensitization of triggers and urge reprocessing for pathological gambling: A case series. *Journal of Gambling Studies*. Advance online publication doi:10.1007/s10899-013-9422-5
- Bae, H. & Kim, D. (2012). Desensitization of triggers and urge reprocessing for an adolescent with internet addiction disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6, 73-81.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- 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, 47-54.

- Brown, P.J., Stout, R.L. & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder-PTSD comorbidity: Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 445-448.
- Brown, S.H., Gilman, S.G., Goodman, E.G., Adler-Tapia, R. & Freng, S. (in voorbereiding). Integrated trauma treatment in drug court: Combining EMDR and Seeking Safety.
- Brown, S.H., Stowasser, J. & Shapiro, F. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Mental health-substance use. In: D.B. Cooper (ed.), *Intervention in mental health-substance use* (pp. 165-193). Oxford, UK: Radcliffe Publishing Ltd.
- Cecero, J.J. & Carroll, K.M. (2000). Using eye movement desensitization and reprocessing to reduce cocaine cravings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 150-151.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924.
- Coffey, S., Dansky, B. & Brady, K. (2003). Exposure-based, trauma focused therapy for comorbid posttraumatic stress disorder-substance use disorder. In: P. Ouimette & P. Brown (eds.), *Trauma and substance abuse* (pp. 127-146). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cox, R.P. & Howard, M.D. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 1-20.
- de Bont, P.A.J.M., van Minnen, A. & de Jongh, A. (2013). Prolonged exposure and EMDR for PTSD in patients with psychosis. A randomized multiple baseline controlled study. *Behavior Therapy*, 44, 717-730.
- de Jongh, A. & ten Broeke, E. (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- de Jongh, A. & ten Broeke, E. (2014). Response to 'Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with comorbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: A preliminary study'. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 23489. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23489>
- Engelhard, I.M., van Uijen, S.L. & van den Hout, M.A. (2010). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 1-8.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Geurink, M. & ten Broeke, E. (2014). EMDR bij psychose. Een opvallende casus. *Dth*, 34, 5-14.
- Gielen, N., Havermans, R.C., Tekelenburg, M. & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: It is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 17734. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17734>
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R.C., Smeets, F. & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and post-traumatic stress disorder: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 22821. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.22821>
- Goldstein, R.Z. & Volkow, N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neurosci*, 12, 652-669.
- Hase, M., Schallmayer, S. & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 170-179.
- Henry, S.L. (1996). Pathological gambling: Etiological considerations

- and treatment efficacy of eye movement desensitization/reprocessing. *Journal of Gambling Studies*, 12, 395-405.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hester, R., Lubman, D.I. & Yücel, M. (2010). The role of executive control in human drug addiction. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 3, 301-318.
- Hien, D.A., Jiang, H., Campbell, A.N.C., Hu, M.-C., Miele, G.M., Cohen, L.R. ... Nunes, E.V. (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. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 95-101.
- Hornsveld, H.K. (2009). Nog eentje – daarna stop ik. In: H. Hornsveld & S. Berendsen (red.), *Casusboek EMDR* (pp. 329-339). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kok, T., de Haan, H.A., van der Meer, M., Najavits, L.M. & de Jong, C.A.J. (2013). Efficacy of 'Seeking Safety' in a Dutch population of traumatized substance-use disorder outpatients: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 162.
- Kok, T., van Rens, L. & de Haan, H. (2013). Posttraumatische stressstoornis en verslaving. In: G. Dom, A. Dijkhuizen & B. van der Hoorn (red.), *Handboek dubbele diagnose* (pp. 267-279). Utrecht: De Tijdstroom.
- Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: Paniekstoornis en PRSS (eerste revisie)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Langeland, W. (2009). Trauma. In: I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (pp. 135-150). Utrecht: De Tijdstroom.
- Leeds, A.M. & Shapiro, F. (2000). EMDR and Resource Installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In: J. Carlson & L. Sperry (eds.), *Brief therapy strategies with individuals and couples* (pp. 469-534). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, Theisen, Inc.
- Lembke, A. (2012). Time to abandon the self-medication hypothesis in patients with psychiatric disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38, 524-529.
- Logie, R.D.J. & de Jongh, A. (2014). The 'flashforward procedure': Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.
- Marich, J. (2009). EMDR in the addiction continuing care process. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 98-106.
- Miller, R. (2010). Feeling-state theory and the impulse-control disorder protocol. *Traumatology*, 16, 2-10.
- Miller, R. (2012). Treatment of behavioral addictions utilizing the feeling-state addiction protocol: A multiple baseline study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6, 159-169.
- Najavits, L.M. (2003). Seeking Safety: A new psychotherapy for posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In: P. Ouimette & P.J. Brown (eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 147-169). Washington, DC: American Psychological Association.
- Najavits, L.M. (2010). *Seeking Safety: Handboek behandeling trauma en verslaving* (boek en cd-rom). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Najavits, L.M. & Hien, D.A. (2013). Helping vulnerable populations: A comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 433-479.
- Najavits, L.M., Schmitz, M., Gotthardt, S. & Weiss, R.D. (2005). Seeking Safety plus exposure therapy: An outcome study on dual diagnosis men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 425-435.

- O'Brien, J.M. & Abel, N.J. (2011). EMDR, addictions, and the stages of change: A road map for intervention. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 121-130.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 149-173.
- Riggs, D.S. & Foa, E.B. (2008). Treatment for comorbid 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* (pp. 119-137). New York: Springer.
- Rougemont-Bücking, A. & Zimmermann, E.N. (2012). EMDR-based treatment of psychotraumatic antecedents in illicit drug abusers: A report of two cases. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 16, 107-115.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S. & Sine, L.F. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 379-391.
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-130.
- Snoek, A., Wits, E. & Meulders, W. (2012). Richtlijn middelenmisbruik- of afhankelijkheid en angststoornissen: Concept. Addendum bij de MDR Angststoornissen. IVO/Mondriaan.
- Souza, T. & Spates, C.R. (2008). Treatment of PTSD and substance abuse comorbidity. *Behavior Analyst Today*, 9, 11-26.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 11-53.
- ten Broeke, E., Oppenheim, H.-J. & de Jongh, A. (2012). EMDR en de behandeling van complexe PTSS. In: E. ten Broeke, A. de Jongh & H.-J. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (pp. 151-190). Amsterdam: Harcourt Assessment.
- Tsoutsas, A., Fotopoulos, D., Zakyntinos, S. & Katsaounou, P. (2014). Treatment of tobacco addiction using the Feeling-State Addiction Protocol (FSAP) of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment. *Tobacco Induced Diseases*, 12(Suppl. 1), A25.
- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T. & Emmelkamp, P.M.G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 202-214.
- van den Berg, D.P. & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 664-671.
- van der Meer, C., Hendriks, V. & Vos, R. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp: Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: GGZ Nederland/Parnassia.
- van Minnen, A., Harned, M.S., Zoellner, L. & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18805. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805>
- van Uitert-Levy, T. (2010). Is EMDR een alternatief voor de behandeling van trek in verslavende middelen? *Verslaving*, 1, 62-70.
- Zweben, J. & Yearly, J. (2006). EMDR in the treatment of addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 115-127.