

# PTSS en verslaving – actuele ontwikkelingen

LEDD-congres 18 april 2017

**Leon van Rens**

Hoofd Zorg IrisZorg

GZ-psycholoog – Cognitief Gedragstherapeut VGCT

[l.rens@iriszorg.nl](mailto:l.rens@iriszorg.nl)

# Middelenafhankelijkheid en PTSS

- Sterk verband
- Comorbiditeit verslaving en PTSS (m.n. vroegkinderlijk complex trauma) zeer hoog, ongeveer 35% van verslaafde patiënten heeft actuele PTSS (Driessen e.a., 2008; Gielen e.a., 2012)
- Theorieën:
  - PTSS → verslaving (zelfmedicatietheorie)
  - Verslaving → trauma exposure → PTSS
  - Gemeenschappelijke kwetsbaarheid → bij. anxiety sensitivity
  - Vicious circle:
    - Misinterpretatie onthoudingsverschijnselen als PTSS-klachten → heractualisering trauma → gebruik

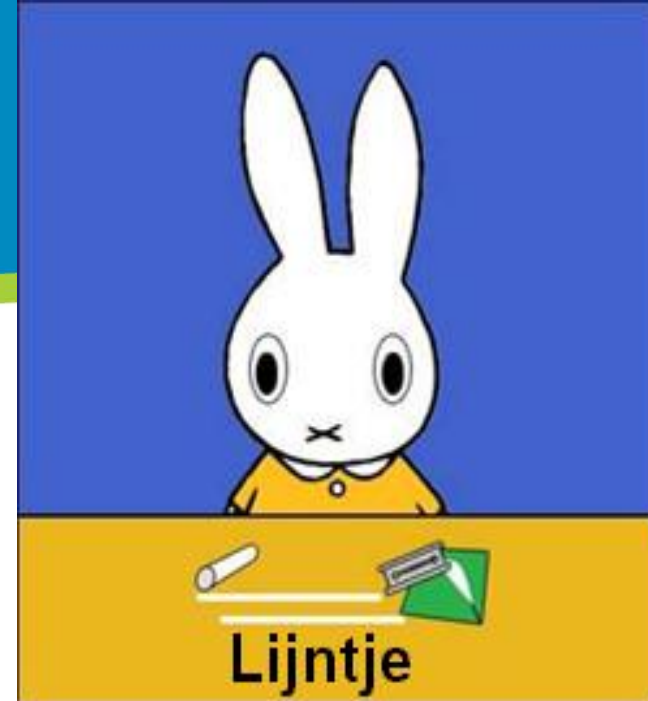


**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Diagnostiek

- Instrumenten:
  - Klinisch interview PTSS, SCID-I, MINI, etc.
  - ZelfinventarisatieLijst (ZIL)
  - PTSS-klachtenschaal van Foa (PSS-SR)
  - Primary Care PTSD Screening Questionnaire (Van Dam, 2012)
  - DASS uit de MATE blijkt goede screener (Kok, 2014)
- NB: bij structureel screenen van PTSS in VZ neemt kans op “ontdekken” PTSS toe met factor 4! (Kimerling, 2006)
- Abstinentie bij diagnostiek wenselijk, maar niet altijd haalbaar. Kernsymptomen ook op te sporen indien niet abtinent



**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Behandeling

- Specifieke geïntegreerde behandelingen o.a.
  - Seeking Safety (Najavits, 2002)
  - Concurrent Treatment PTSD and Cocaine Dependence (CTPCD, Brady e.a. 2001), nu ook wel COPE genoemd
  - Substance Dependence PTSD Therapy (SDPT, Triffleman, 1999)
- Belang van **geïntegreerde** behandeling onderstreept door richtlijnen nationaal en internationaal, maar....
  - Onvoldoende evidentie voor non-trauma focused benaderingen
  - Wel enige evidentie voor trauma-focused benaderingen
  - Drop-out is hoog (Roberts e.a., 2015)

Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis

Neil P. Roberts <sup>a,b,\*</sup>, Pamela A. Roberts <sup>b,c</sup>, Neil Jones <sup>c</sup>, Jonathan I. Bisson <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, Cardiff University School of Medicine, Cardiff, UK

<sup>b</sup> Psychology and Counselling Directorate, Cardiff and Vale University Health Board, Cardiff, UK

<sup>c</sup> Community Addiction Service, Cardiff and Vale University Health Board, Cardiff, UK

# De praktijk

- vaak onderdiagnostiek (beiderzijds)
- nog vaker onderbehandeling (o.a. Becker, 2004)
  - richtlijnen zijn helder, maar worden (te) weinig toegepast in praktijk van GGZ en VZ
  - en al helemaal bij PTSS (exposure, EMDR of CT)
  - en al helemaal bij complexe PTSS + verslaving
- Redenen:
  - misverstanden en angst (Van Minnen, 2008)?
  - Schotten GGZ en VZ?



**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Wat doen we in Nederland?

- Enquête (N = 108) NISPA onder psychologen, psychiaters en verslavingsartsen in 2015/2016:
  - 85% pleit vóór gelijktijdige behandeling verslaving en PTSS
  - Aandacht voor vroegtijdige onderkenning en diagnostiek
  - Aanbod traumabehandeling goed beschikbaar in verslavingszorg (m.n. EMDR)
  - 70% behandelt PTSS mee tijdens verslavingsbehandeling
  - Minder terughoudend m.b.t. traumabehandeling (→ weinig contra-indicaties!) dan in GGZ
  - Verwijzing naar GGZ groot probleem → 86% ervaart moeilijkheden met doorverwijzing
  - Uitvoering traumabehandeling gecompliceerd door o.a. veel problemen met waarborgen van continuïteit (compliance, drop-out, terugval, opnames)

Are you childish? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	Are you stupid? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Are you paranoid? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No, why?	Are you racist? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Are you drunk? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	Do you do drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No

# Intensieve Klinische Traumabehandeling

- Oplossingsrichting om complicerende factoren te beperken → comprimeren van veel behandel sessies in korte tijd, “ruis” tussen sessies door wordt verkleind, kans op terugval en drop-out verkleind
- Korte klinische opname (detox gevolgd door 2 weken traumabehandeling met intensiteit van 6-8 sessies EMDR of exposure per week)
  - Doelgroep: patiënten bij wie geïntegreerde behandeling ambulantly mislukt of niet haalbaar blijkt (dus ernstige, taaie problematiek)
  - Voorafgaand aan traumabehandeling alleen detox en psychoeducatie (dus géén stabilisatie)
  - Reguliere verslavingsbehandeling CRA tijdens opname
  - Traumabehandeling door 4 verschillende therapeuten roulerend
  - Doel = doorbraakbehandeling, geen volledige genezing



**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Intensieve Klinische Traumabehandeling: resultaten eerste 5 patiënten

- Metingen vóór- en na behandeling, follow-up na 1 en 3 maanden
  - PTSS-klachten (PSS-SR)
  - Verlangen naar middelen (OCDS uit MATE)
  - Depressie, angst en stress (DAS uit MATE)
  - Activiteiten, participatie en zorgbehoefte (ICN uit MATE)
  - Haalbaarheid en adverse events (o.a. patiënttevredenheid, dossier)
- Patiënten:
  - 3 mannen, 2 vrouwen
  - Afhankelijkheid van alcohol (2), heroïne (1), cannabis (2), cocaïne (2)
  - Trauma's: bij allen jarenlang seksueel misbruik en/of mishandeling
  - Veel comorbiditeit:: suicidaliteit (3), psychose (2) en angst/stemming (5)
  - Allen eerder klinische opnames in GGZ of VZ gehad

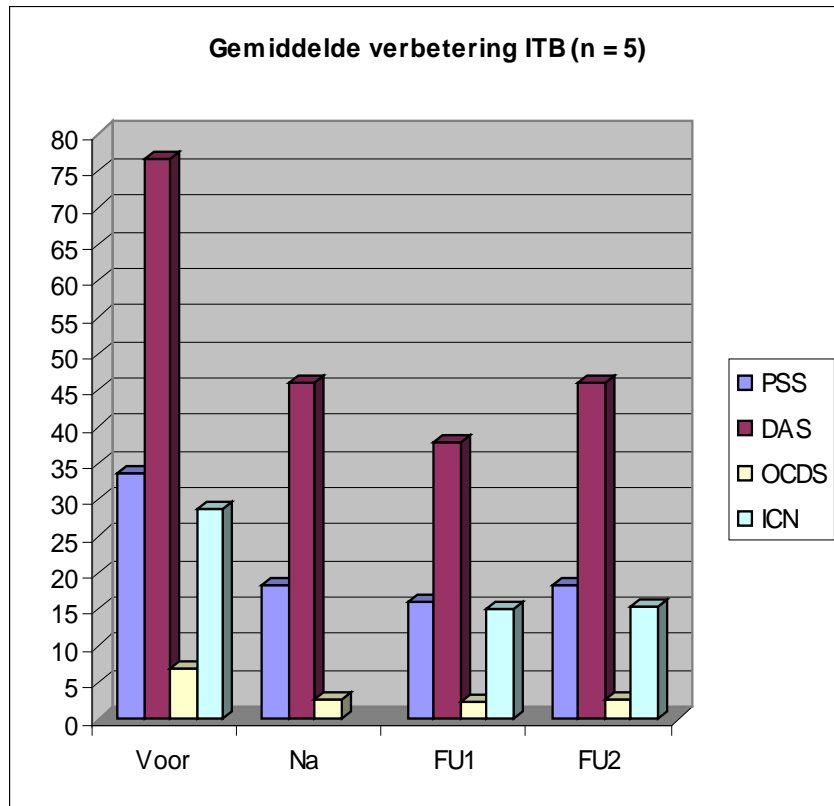


**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG



# Intensieve Klinische Traumabehandeling: resultaten eerste 5 patiënten



**45,6%** afname PTSS-klachten (PSS-SR), zeer grote effect-size (Cohen's  $d = 1.55$ )

**58,5%** afname craving (OCDS)

**40,1%** afname depressie, angst en stress (DAS)

**48%** afname beperkingen activiteiten, participatie en functioneren (ICN)

Resultaten blijven behouden bij beide FU

Geén adverse events tijdens behandeling

Last but not least: géén drop-out!



**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Intensieve Klinische Traumabehandeling: ervaringen en aandachtspunten

- Duidelijke rationale, verwachtingen en afspraken met patiënt, klinisch team én verwijzende behandelaar noodzakelijk
  - Team scholen in omgaan met PTSS, rationale van behandeling, vermijdingsgedrag
  - Stabilisatie niet nodig, wel psychoeducatie, rationale, versterken commitment
  - Afspraken ambulante vervolg, overdracht, continueren traumabehandeling en CRA
- Ingewikkelde logistiek met 4 roulerende psychologen (op kleine locatie/kliniek), goede afstemming en overdracht essentieel
- Bij sommige patiënten veel investeren in focus houden op traumabehandeling
- Maatwerk: ene patiënt had aan 7 sessies voldoende en was nagenoeg klachtenvrij, andere knapte na 17 sessies nog weinig op....

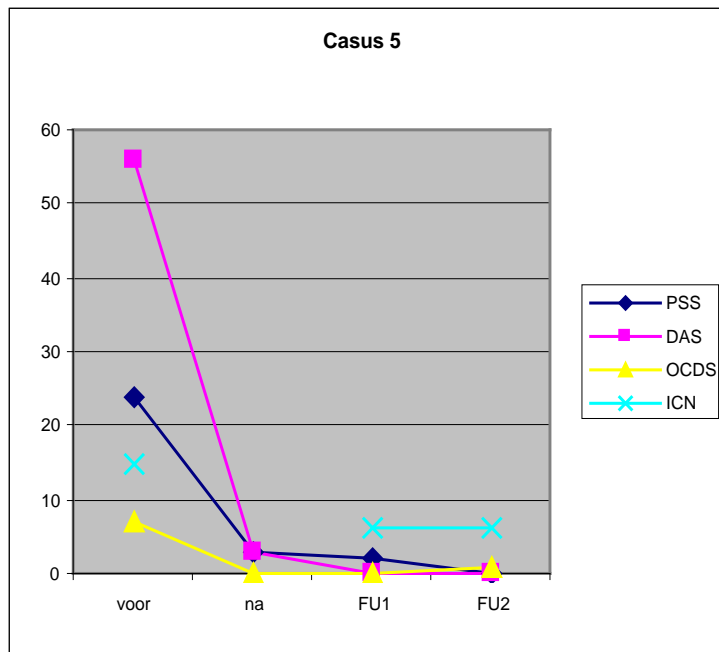


**IRISZORG**

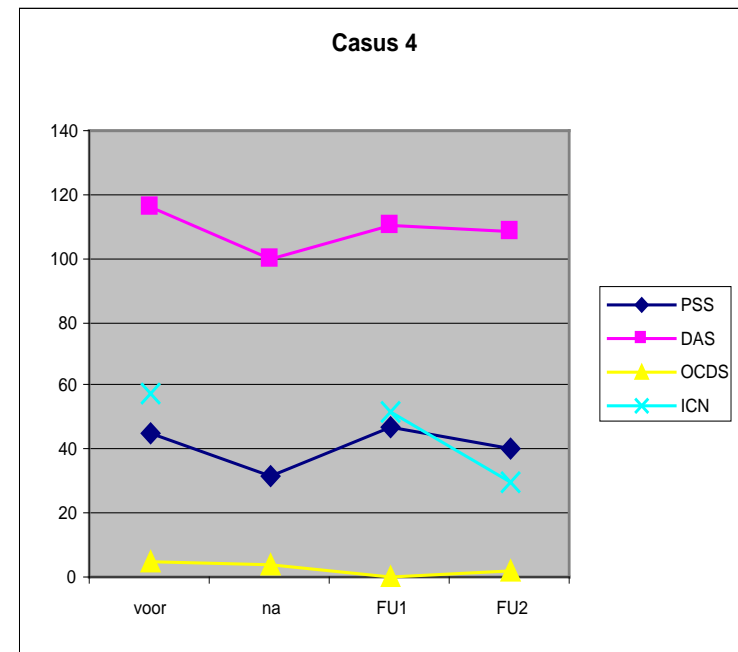
DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Intensieve Klinische Traumabehandeling: ervaringen en aandachtspunten

Voorbeeld casus 5: 7 EMDR-sessies



Voorbeeld casus 4: 17 EMDR-sessies



# Intensieve Klinische Traumabehandeling: vervolg.....

- Nog veel vragen:
  - Hoe brengen we effecten zorgvuldig in kaart (incl. lange termijn, zorgconsumptie, etc.)? Wat zijn goede uitkomstmaten?
  - Welke patiënten profiteren beter en welke minder van ITB? Zijn er voorspellers aan te wijzen?
  - Kunnen we ITB ook ambulantly implementeren? Inbedding in bijv. FACT of deeltijd?
  - Vragen, ideeën, suggesties uit de zaal??



**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG

# Algemene conclusies en implicaties

- Snelle en efficiënte screening op PTSS bij verslaving goed mogelijk
- Geïntegreerde behandeling aangewezen, maar dan wél met verwerkingsgerichte interventies (exposure of EMDR):
  - In lijn met algehele discussie stabiliseren vs. verwerken bij PTSS → steeds minder evidentie voor noodzaak en meerwaarde van stabiliseren
  - Uitwerking PTSS-behandeling op andere problematiek lijkt gunstig, maar ook wisselend t.a.v. verslaving, vooralsnog moeilijk te voorspellen, meer onderzoek nodig, mogelijk zien we dit pas op de langere termijn (beter aanhaken bij behandeling)
- Uitdagingen liggen vooral op vlak van:
  - Verbeteren compliance (o.a. tegengaan drop-out)
  - Minimaliseren van interfererende factoren (biopsychosociaal)
  - Aanbieden passende behandelmodaliteit



**IRISZORG**

DICHT BIJ MENSEN, VER IN ZORG