

Klinische behandeling van posttraumatische stressstoornis bij patiënten met ernstige dubbele diagnose

L.W.J. VAN RENS, G.H. DE WEERT-VAN OENE, A.A. VAN OOSTEREN,
C. RUTTEN

SAMENVATTING Bij drie patiënten met ernstige verslavingsproblematiek, vroege, seksuele traumatisering, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en comorbide psychotische kwetsbaarheid en persoonlijkheidsproblematiek, vond een geïntegreerde behandeling plaats in een dubbelediagnosekliniek. Behandeling vond plaats conform actuele richtlijnen, waarbij imaginaire exposure dan wel eye movement desensitization and reprocessing werd toegepast, geïntegreerd met training van vaardigheden om terugval in verslaving te vermijden. Het volgen van evidence-based richtlijnen voor PTSS en verslaving is ook bij kwetsbare patiënten effectief.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)4, 383-388]

TREFWOORDEN behandeling, comorbiditeit, dubbele diagnose, middelenafhankelijkheid, posttraumatische stressstoornis

De afgelopen jaren zien wij in wetenschappelijk onderzoek en in de klinische praktijk van ggz en verslavingszorg toenemende aandacht voor comorbiditeit van psychische stoornissen en verslaving, de zogenoemde 'dubbele diagnose'-problematiek. De dubbele diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) en middelenafhankelijkheid blijkt vaak voor te komen. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de prevalentie van PTSS bij patiënten met middelenafhankelijkheid hoog tot zeer hoog is. Verschillende studies melden prevalenties tussen 29 en 36%, bij vrouwen zelfs oplopend tot 59% (Snoek e.a. 2010). Onder klinische populaties bij instellingen voor verslavingszorg in Engeland werd gevonden dat 38,5% van de opgenomen patiënten voldeed aan de criteria voor PTSS (Reynolds e.a. 2005).

Het onderkennen dat PTSS en verslaving vaak samen voorkomen, betekent echter niet dat in de

klinische praktijk beide stoornissen adequaat worden gediagnosticeerd en geïntegreerd behandeld conform de voorhanden zijnde richtlijnen: 'Resultaten scoren' (Van der Meer e.a. 2003) en de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Landelijke Stuurgroep 2003). Volgens deze richtlijnen zijn bij PTSS cognitieve gedragstherapie (in het bijzonder imaginaire exposure) en eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) de behandelingen van eerste keuze; deze dient men geïntegreerd aan te bieden met behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid.

Er zijn sterke aanwijzingen dat PTSS frequent wordt ondergediagnosticeerd bij patiënten met verslavingsproblemen. Als men de diagnose al stelt, blijft een gerichte traumabehandeling bij deze populatie achterwege (Follette e.a. 2006). Onder meer vanwege een groot aantal misverstanden over traumabehandeling worden effectieve,

evidence-based interventies zoals imaginaire exposure of EMDR vaker niet dan wel toegepast bij PTSS (Becker e.a. 2004; Van Minnen 2008). Bij kwetsbare patiënten met veel comorbiditeit in de vorm van verslaving en andere as I- en/of as II-problematiek is de kans nog kleiner dat de indicatie voor een gerichte traumabehandeling wordt gesteld en dat deze lege artis wordt uitgevoerd. Juist bij deze patiënten voert men doorgaans verschillende redenen aan om traumabehandeling uit of af te stellen. Dat deze redenen niet op empirisch onderzoek, maar vooral op misverstanden berusten, is uitgebreid beschreven door Van Minnen (2008).

Dubbele diagnosebehandeling

In deze bijdrage willen wij aan de hand van drie korte casusbeschrijvingen illustreren dat het goed mogelijk is om ook bij kwetsbare, klinisch opgenomen patiënten een traumabehandeling volgens evidence-based richtlijnen uit te voeren en te integreren met interventies voor comorbide verslaving en psychiatrische problematiek. De beschreven patiënten werden allen behandeld in een dubbele diagnosekliniek, een derdelijnsvoorziening voor diagnostiek en behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en ernstige verslavingsproblematiek.

Diagnostiek en classificatie van DSM-IV-as I-stoornissen (inclusief PTSS) werden verricht middels het 'Mini International Neuropsychiatric Interview' (MINI) en taxatie van verslavingsproblematiek middels de 'Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module' (CIDI-SAM) en de 'European Addiction Severity Index' (Europ-ASI). Dit laatste instrument geeft ook een indicatie voor de ernst van de verslavingsproblematiek, psychische klachten en psychosociale stressoren.

Bij alle drie de patiënten bleken op deze domeinen ernstige problemen te bestaan. Voor, tijdens en na traumabehandeling werd de ernst van PTSS-klachten gemeten middels de PTSS-klachtenschaal (Foa e.a. 1991). De gemiddelde score op deze schaal voor de drie patiënten was 43 (op een schaal met een bereik van 0 tot 51).

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënt A, een 34-jarige man, was bekend wegens afhankelijkheid van meerdere middelen, agressiereguleringsproblemen, auditieve hallucinaties, beperkte intellectuele en sociale vaardigheden en een chronische PTSS na seksueel misbruik in de kindertijd. Patiënt pleegde geweldsdelicten, waarvoor hij eerder forensische behandeling kreeg. Middelengebruik had een belangrijke functie in het dempen van angst door en woede omtrent trauma's. Tijdens opname vond behandeling plaats van PTSS middels imaginaire exposure (5 sessies van 30 minuten), naast terugvalpreventietraining en enkele systeemgesprekken.

Bij ontslag 3,5 maanden na opname had patiënt nagenoeg geen PTSS-klachten meer (95% reductie volgens de PTSS-klachtenschaal). Hij ervoer meer controle over negatieve emoties en *craving* en het gezinssysteem was beter in staat tot adequate onderlinge communicatie. Uit dossieronderzoek een half jaar na opname in de dubbele diagnosekliniek bleek dat patiënt redelijk stabiel was gebleven wat betreft psychisch functioneren en middelengebruik. Ook verrichtte hij vrijwilligerswerk.

Patiënt B, een 39-jarige man met afhankelijkheid van meerdere middelen, was bekend in ggz en verslavingszorg wegens een breed scala aan klachten en symptomen, onder andere stemmingsklachten, psychotische verschijnselen en ernstige agressiereguleringsproblemen. Diagnostisch werd tijdens opname een complexe PTSS vastgesteld na jarenlang seksueel misbruik en fysieke en psychische mishandeling in de kindertijd, naast cluster B-persoonlijkheidsproblematiek (borderline en antisociale trekken, vastgesteld middels de cluster B-sectie van het 'Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders' (SCID-II). Een belangrijk deel van de psychische klachten en interactieproblemen hing echter samen met de PTSS.

Tijdens de 6 maanden durende opname vond behandeling van PTSS plaats middels imaginaire

exposure (12 sessies van 30 minuten), waaraan *rescripting* en cognitieve herstructurering werden toegevoegd, evenals terugvalpreventietraining. Geleidelijk ontstond een gunstige verandering, waarbij patiënt minder op een belastende wijze met de trauma's bezig was. Angst, boosheid, herbelevingen, hallucinaties, slaapproblemen en lichamelijke klachten namen af (65% reductie), interactionele en emotionele vaardigheden verbeterden en er was geen terugval meer in middelengebruik. Patiënt benoemde zelf als gevolg van de traumabehandeling meer in contact te zijn gekomen met zijn emoties en ook 'gevoeliger' te zijn geworden. Zijn directe omgeving moest hieraan wennen; zij kenden hem als een stoere, imponeerende en geharde man. Een gerichte behandeling voor de persoonlijkheidsproblematiek (bijv. dialectische gedragstherapie of emotieregulatietraining) bleek niet meer noodzakelijk om de bereikte stabiliteit in interactie, gedrag en emotieregulatie te behouden.

Patiënt C was een 44-jarige man, bekend wegens afhankelijkheid van meerdere middelen, bij wie psychotische verschijnselen (hallucinaties) werden geconstateerd. Deze bleken bij nader onderzoek te passen bij een PTSS na verkrachting in de kindertijd. De PTSS werd behandeld middels EMDR (8 sessies van 30-45 minuten), naast terugvalpreventietraining en substitutiebehandeling met methadon.

Bij ontslag drie maanden na opname was er een reductie van 75% van de PTSS-klachten, was patiënt abstinente van middelen en was de trek in middelen fors afgenomen. Na opname bleven de PTSS-klachten in remissie en bleef het middelengebruik beperkt tot driemaal een terugval in cocaïne gedurende de periode van een half jaar na opname. Patiënt functioneerde beduidend beter en voelde zich psychisch goed en stabiel.

Na 8 maanden bouwde hij zonder overleg met de verslavingsarts de methadonbehandeling af, waarna een heftige terugval in gebruik van heroïne en cocaïne volgde. Hierna volgde opnieuw een opname in de dubbelediagnosekliniek, waar

de behandelaars constateerden dat de PTSS-klachten nog steeds in remissie waren en de verslavingsproblematiek snel onder controle te brengen was.

BESCHOUWING

Bij alle drie besproken patiënten was er sprake van complexe en meervoudige problematiek, te weten ernstige middelenafhankelijkheid; vroegkinderlijke traumatisering in de vorm van seksueel misbruik in de jeugd; psychotische symptomen; problematische regulatie van emoties en agressie; forse problemen in het sociale steunsysteem. Bij alle drie patiënten werd de diagnose PTSS pas in de dubbelediagnosekliniek gesteld en heeft een adequate traumabehandeling dan ook nooit eerder plaatsgevonden.

Bij patiënten A en B bestond de traumabehandeling uit imaginaire exposure conform het behandelprotocol van Van Minnen en Arntz (2004) en bij patiënt C uit EMDR conform het behandelprotocol van De Jong e.a. (2006).

Bij de drie patiënten maakte terugvalpreventie onderdeel uit van de behandeling. Deze terugvalbeheersing voor verslaving bestond uit een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining van 6 bijeenkomsten gericht op verhogen van motivatie, registratie van zucht, herkennen van risicosituaties, aanleren van procedures voor zelfcontrole en opstellen van een terugvalpreventieplan naast intensieve individuele begeleiding bij de genoemde training. Bij patiënt A, die bij zijn ouders woonde, voerde de aan de afdeling verbonden gezins- en relatietherapeut systeemgesprekken. Deze waren nodig vanwege problematische interacties tussen patiënt en ouders die een negatieve invloed hadden op behandeling en herstel van patiënt.

Van belang is ten slotte dat de verschillende behandelonderdelen plaatsvonden in een steunend therapeutisch milieu, waarbij de contacten met sociotherapeuten, verpleegkundigen en sociotherapeutisch medewerkers, de begeleide groepsmomenten en een gestructureerde dagbesteding hebben bijgedragen aan de draagkracht

van de patiënten en de mogelijkheden om spanningen adequaat te kanaliseren. Alle drie de patiënten kenden in meer of mindere mate momenten van oplopende spanning, zucht naar middelen en ambivalentie over de opname en behandeling, die binnen het genoemde steunende milieu goed om te buigen waren.

AANBEVELINGEN

Behandeling effectief

Ook bij opgenomen patiënten met complexe, meervoudige psychiatrische problematiek, waaronder ernstige verslaving en PTSS, blijkt het goed mogelijk te zijn om met gerichte traumabehandeling conform evidence-based richtlijnen (imaginaire exposure of EMDR) een substantiële klachtenreductie te bereiken. Bij een aantal patiënten lijkt traumabehandeling te hebben bijgedragen aan verbetering op andere gebieden, waaronder verslaving, psychotische symptomen en emotieregulatie. In geen van de gevallen was er een verslechtering van PTSS-klachten, verslaving of overige comorbide klachten. Nader onderzoek zou echter moeten uitwijzen in hoeverre traumabehandeling bij onze populatie daadwerkelijk een gunstig effect sorteert wat betreft verslaving en overige comorbiditeit op korte en lange termijn.

Voordelen klinische setting

Er zijn enkele argumenten om behandeling bij voorkeur in een klinische setting uit te voeren. Aan belangrijke voorwaarden voor traumabehandeling, zoals veiligheid, dagstructuur, sociale steun en stabilisatie van middelengebruik, kan bij deze populatie in de thuissituatie vaak nagenoeg niet voldaan worden. Deze omstandigheden kan men in een klinische setting snel creëren of herstellen. Ook kan men dan traumagerichte interventies gemakkelijker integreren met andere medicamenteuze en psychosociale interventies. Ten slotte kan men in een klinische setting sneller

en adequater anticiperen en reageren op problemen die zich voordoen in de behandeling (bijv. terugval in middelengebruik of andere destructieve gedragspatronen).

Hoewel een aantal studies naar geïntegreerde behandeling hoge uitvalpercentages meldt, zijn deze percentages bij alleen behandeling van verslaving nog hoger en lijkt drop-out vooral gerelateerd aan andere, veelal contextuele factoren en niet zozeer aan een traumagerichte behandeling (Riggs e.a. 2008). Juist bij het aanpassen van deze factoren kan een klinische setting meerwaarde bieden.

Behandelen volgens richtlijnen

Het is opvallend dat evidence-based richtlijnbehandelingen veelal niet in de praktijk worden gebracht, maar dat men al snel uitwijkt naar alternatieve behandelvormen zoals steunende, structurerende contacten gericht op stabilisatie. Deze behandelvormen zijn echter meestal niet gebaseerd op een gedegen empirische onderbouwing. De suggestie die vanuit de klinische praktijk vaak wordt gewekt, is dat bestaande richtlijnen niet toereikend of effectief zijn voor bepaalde (vaak complexe) patiëntenpopulaties. Middels de gevalbeschrijvingen hebben we proberen aan te tonen dat ook bij patiënten met complexe problemen bestaande richtlijnen wel degelijk bruikbaar en effectief kunnen zijn en niet op voorhand moet worden uitgeweken naar andere behandelvormen.

Het ontwikkelen en wetenschappelijk onderzoeken van nieuwe interventies zijn uiteraard goede zaken, maar ze nemen niet weg dat daarnaast meer inspanningen zouden moeten worden geleverd om bestaande richtlijnen beter te implementeren in de klinische praktijk van ggz en verslavingszorg. Hiertoe zou enerzijds het trainen van therapeuten in toepassing van richtlijnbehandelingen zoals exposure en EMDR nuttig zijn, maar zou anderzijds in training en opleiding van therapeuten moeten worden stilgestaan bij mis-

vattingen rondom het toepassen van richtlijnbehandelingen en behandelprotocollen bij complexe populaties (Van Minnen 2008).

Deskundigheidsbevordering

Ten slotte willen wij aanbevelen om bij uitvoering van de besproken behandelingen in een klinisch multidisciplinair team, ruim aandacht te besteden aan deskundigheidsbevordering omtrent behandeling van PTSS en verslaving. Alleen dan kunnen behandelaars van alle disciplines de patiënt vanuit dezelfde, eenduidige rationale begeleiden en motiveren bij moeilijke momenten tijdens opname en behandeling. Klinische lessen, supervisie en intervisie, maar ook behandelplanbesprekingen bieden hiervoor geschikte mogelijkheden.



Veel informatie is te vinden op de website van het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose: www.ledd.nl

LITERATUUR

- Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther* 2004; 42: 277-92.
- Foa EB, Dancu CV, Riggs OS, Rothbaum BO. A clinical-administered vs. self-report instrument to measure posttraumatic stress symptoms: The PTSD Symptom Scale. New York; 1991 (Ned. vert. A. Arntz).
- Follette VM, Ruzek JI. *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press; 2006.
- Jong A de, ten Broeke E. *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt; 2006.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.

Meer C van der, Hendriks V, Vos R. *Dubbele diagnose dubbele hulp, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Amersfoort/Den Haag: GGZ Nederland/Parnassia; 2003.

Minnen A van, Arntz A. *Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stress-stoornis: imaginaire exposure*. In: Keijsers G, van Minnen A, Hoogduin C, red. *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.

Minnen A van. *Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten (inaugurele rede)*. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2008.

Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alc Dep* 2005; 77: 251-8.

Riggs D, Foa E. Treatment for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorders. In: Steward S, Conrod P, red. *Anxiety and substance use disorders*. Springer; 2008.

Snoek A, Wits E, Meulders W. *Richtlijn middelenmisbruik- of afhankelijkheid en angststoornissen – concept. Addendum bij de MDR Angststoornissen*. IVO/Mondriaan; 2010.

AUTEURS

LEON VAN RENS is GZ-psycholoog/cognitief gedragstherapeut en behandelcoördinator van IrisZorg, Dubbele Diagnose Kliniek Wolfheze en Klinische Behandeling Arnhem.

GERDIEN DE WEERT-VAN OENE is als senior onderzoeker verbonden aan de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van IrisZorg te Arnhem.

TOON VAN OOSTEREN is psychiater en eerste geneeskundige van IrisZorg te Arnhem.

CORA RUTTEN is klinisch psycholoog en hoofd behandeling van IrisZorg te Arnhem.

Correspondentieadres: Leon van Rens, Kronenburgsingel 545, postbus 351, 6800 AJ Arnhem.

E-mail: l.rens@iriszorg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-8-2011.

SUMMARY

Clinical treatment of posttraumatic stress disorder in patients with serious dual diagnosis problems – L.W.J. van Rens, G.H. de Weert-van Oene, A.A. van Oosteren, C. Rutten –

Three patients with severe addiction problems, early sexual trauma, posttraumatic stress disorder (PTSD) comorbid psychotic vulnerability and personality problems received integrated treatment following admission to a clinic specialising in the care of patients with a dual diagnosis. Treatment was administered in accordance with current guidelines and involved either imaginal exposure or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), integrated with relapse management of addiction problems. It is concluded that the current evidence-based guidelines regarding PTSD and addiction can also be applied successfully and effectively to an extremely vulnerable patient population.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)4, 383-388]

KEY WORDS comorbidity, dual diagnosis, posttraumatic stress disorder, substance abuse, treatment