



Generieke interventies voor geïntegreerde dubbele diagnose behandeling

Bijlage bij de interventiebeschrijving IDDT.

NB: deze bijlage is niet beoordeeld door de Erkeningscommissie Langdurige GGZ maar is met toestemming toegevoegd.

Colofon

Deze beschrijving is samengesteld door een werkgroep, bestaand uit een vertegenwoordiging van het werkveld van dubbele diagnose voorzieningen in samenwerking met het Landelijke Expertise centrum Dubbele Diagnose (LEDD):

- Albert Dijkhuizen, psychiater, GGzE;
- Arjen Neven en Tony Bloemendaal, psychiater en klinisch psycholoog, Palier (onderdeel Fivoor);
- Jeannette van de Merwe, verslavingsarts, Delta Psychiatrisch ziekenhuis;
- Johan Manders, manager VOF Dubbele Diagnose, Breburg/Novadic-Kentron;
- Sonja van Rooijen en Anneke van Wamel, senior wetenschappelijk medewerker/projectleider LEDD en wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut;
- Hubert Thonies, verpleegkundig specialist, GGZ Oost-Brabant;
- Rianne Elenbaas, psycholoog Emergis;
- Ted Smits, teamleider IDDT, Vincent van Gogh;
- Liesbeth de Lange, psychiater, Mentrum (onderdeel Arkin).

Met medewerking van:

- Arnt Schellekens (NvVP, Nispa);
- Geurt van de Glind (Resultaten Scoren);
- Wilco Sliedrecht, Vereniging voor VerslavingsGeneeskunde Nederland (VVGK);
- Roel Hermanides (Resultaten Scoren).

Inhoud

Inleiding.....	5
Overige comorbiditeit	5
Werken met fasen.....	6
Fasen van behandeling	7
Fasen en setting	10
Klinisch of ambulantly?	10
Motiverende gesprekstechnieken	11
Naastbetrokkenen.....	13
Huisvesting	14
Herstel en rehabilitatie	15
Interventiebeschrijving per fase	17
Vooroverwegingsfase	17
Outreachinge zorg.....	17
Harm reduction.....	18
Informatie geven (start van psycho-educatie)	19
Praktische hulp	19
Crisisinterventie.....	20
Farmacotherapie.....	20
Helpen bij herkennen van beperkingen of problemen.....	21
Laagdrempelige groepen.....	22
Overwegings-/voorbereidingsfase	23
Individuele (en gezins)psycho-educatie	23
Zelfmanagement.....	23
Laagdrempelig groepsaanbod	24
Versterken van vaardigheden	26
Farmacotherapie.....	27
Actiefase.....	28
Minderen of abstinentie?	28
Psychosociale behandeling	29
Individuele plaatsing en steun (IPS)	29
Dubbele diagnose groepsaanbod.....	29
Sociale-vaardigheidsgroepen	30
Psychologische en psychotherapeutische behandeling	30
Contingency management (CM).....	30
Community Reinforcement Approach (CRA).....	32

Cognitive behavioural integrated treatment (CBIT).....	32
Terugvalpreventie	33
Farmacotherapie	34
Combinatiebehandeling	38
Fase van behoud en terugval	39
Farmacotherapie	39
Zelfhulp.....	40
Geïntegreerd signaleringsplan	40
Referenties	42

Inleiding

Voorliggend stuk is een beschrijving van het aanbod dat idealiter beschikbaar zou moeten zijn in instellingen of teams die met dubbele diagnose cliënten werken en een geïntegreerde behandeling willen bieden. De uitgangspunten en kaders van geïntegreerde behandeling zijn eerder al beschreven in de interventiebeschrijving 'Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT)'. Dit stuk sluit daarop aan en geeft inhoudelijke invulling aan de behandeling. Het gaat dan om de generieke interventies, d.w.z. interventies die aangeboden kunnen worden wanneer dat zinvol wordt geacht, ongeacht de (combinatie van) aandoeningen van de cliënt.

Aan de basis van de beschrijving ligt het boek 'Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice' (Mueser e.a., 2003). De werkgroep heeft een keuze gemaakt uit de beschreven interventies, aangevuld met interventies die al gangbaar in de Nederlandse situatie zijn of juist veelbelovend zijn.

Per interventie is gekeken naar beschikbaar bewijs voor effectiviteit. Hierbij is gezocht in de beschikbare richtlijnen; de diverse Multidisciplinaire Richtlijnen en de richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp (2003). Interventies die daarin niet genoemd werden, zijn onderbouwd met bewijs uit reviews, meta-analyses of (bij gebrek daaraan) overige publicaties.

Interventies zonder bewijs voor effectiviteit zijn niet opgenomen. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat comorbiditeit in effectiviteitsonderzoek vaak een exclusiecriteria is. Het aantal goed onderbouwde interventies, waarin ook de effectiviteit voor deze doelgroep is onderzocht, is daardoor bescheiden.

In deze inleiding komen allereerst een aantal algemene en overstijgende thema's aan bod die van belang zijn voor het vormgeven van een geïntegreerd behandelaanbod. Het gaat dan om de volgende thema's: overige comorbiditeit, werken met fasen van motivatie en behandeling, invloed van setting, motiverende gesprekstechnieken, betrekken van naastbetrokkenen, huisvesting, herstel en rehabilitatie.

Overige comorbiditeit

In deze beschrijving wordt dubbele diagnose opgevat als het samengaan van een psychiatrische aandoening met een stoornis in het gebruik van alcohol en drugs (hierna dubbele diagnose genoemd). Veel dubbele diagnose cliënten hebben echter te maken met andere comorbide aandoeningen. Het volledig bespreken hiervan gaat aan het doel van deze beschrijving voorbij, maar drie comorbide aandoeningen willen we hier noemen, omdat deze zeer frequent voorkomen in de populatie van dubbele diagnose cliënten: LVB, trauma en somatische aandoeningen.

Bij veel meer dubbele diagnose cliënten dan eerder gedacht, is er sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB). Hoewel dit strikt genomen geen aandoening is, is het van belang om hier aandacht aan te besteden bij screening en diagnostiek. Cliënten lopen anders het gevaar om in de behandeling overvraagd

te worden en kunnen afhaken als hun LVB niet gesignaleerd wordt. Hulpverleners verwachten te veel van inzicht, eigen verantwoordelijkheid en vaardigheden van de cliënt (zie ook: Didden e.a. 2013).

Ook trauma komt zeer veel voor onder dubbele diagnose cliënten. Het kan om PTSS gaan maar vaak is er ook sprake van vroegkinderlijke trauma. Het trauma kan de reden van het gebruik zijn, maar ook het gevolg van het leven als gebruiker. Er zijn aanwijzingen dat trauma frequent wordt ondergediagnosticeerd bij verslaafde cliënten en dat als de diagnose al wordt gesteld, een gerichte traumabehandeling (Seeking safety, EMDR) bij deze populatie niet plaatsvindt (Kok e.a., 2013).

Tot slot is aandacht voor somatische comorbiditeit in deze doelgroep van groot belang. Het middelengebruik, medicatiegebruik, (vaak) slechte zelfzorg en levenswijze maken hen zeer gevoelig voor een veelheid aan gezondheidsproblemen en somatische aandoeningen. Screening op metabole complicaties, longproblemen, infectieziekten en problemen met het gebit zouden standaard aangeboden moeten worden.

Werken met fasen

Hoewel de beschrijving ingedeeld is volgens het onderstaand beschreven fasenmodel, zijn we ons bewust van de kritiek op het model. We willen dan ook benadrukken dat het model geen interventie is, maar een kader om te reflecteren op de individuele cliënt en wat voor die cliënt de best passende zorg is.

Behandeling op basis van motivatie is een van de kerncomponenten van het IDDT model. Dat betekent dat interventies gericht zijn op de wens van cliënten om hun gedrag te veranderen. Een behandeling die gebaseerd is op samenwerking heeft een veel grotere kans van slagen.

Motivatie voor behandeling veronderstelt onder andere motivatie om te starten met behandeling en motivatie om behandelonderdelen uit te voeren en vol te houden (motivation to enter treatment en motivation to engage in treatment; Drieschner, Lammers & Van der Staak, 2004). Inzet van behandeling is gedragsverandering.

Dit betreft de ervaren noodzaak voor verandering van het doelgedrag, maar ook de bereidheid om verantwoordelijkheid te nemen voor eigen gedrag en vervolgens de vastbeslotenheid om de verandering uit te voeren en vol te houden (DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008). Meerdere modellen beschrijven en verklaren die gedragsverandering. Het ene model beschrijft de motivatie voor verandering van de cliënt en het andere model beschrijft wat de behandelaar in de verschillende motivatiestadia doet. Zij sluiten daardoor nauw op elkaar aan.

Deze interventiebeschrijving is geordend volgens het transtheoretisch model voor verandering (Prochaska & DiClemente, 1983). Deze zijn voor dubbele diagnose

cliënten beschreven in Mueser e.a., (2003). Het bekendste onderdeel van het transtheoretisch model zijn de stadia van verandering: vooroverwegen, overwegen, voorbereiding, actieve verandering en volhouden.

Vertaald naar dubbele-diagnosecliënten is kenmerkend dat een cliënt in het stadium van vooroverwegen niet van plan is zijn gedrag te veranderen om bijvoorbeeld te stoppen met cannabisgebruik of te beginnen met het gebruiken van antipsychotica. Cliënten kunnen wel klachten en problemen hebben, maar leggen nog geen relatie met middelengebruik. Daardoor is er geen intentie zelf iets te veranderen.

Cliënten in het stadium van overwegen denken wel al over gedragsverandering, maar zijn daar ambivalent over. De cliënten in deze fasen nemen nog geen besluit over verandering. Zodra er wel een besluit genomen is, bevindt de cliënt zich in het stadium van voorbereiden. Een kenmerk is het nemen van kleine stappen in de richting van verandering. Een cliënt bevindt zich in het stadium van actieve verandering als hij bijvoorbeeld minstens een maand gestopt is met drinken en gestart is met het consequent nemen van zijn medicijnen.

Het volhouden van gedragsverandering, de integratie van nieuw gedrag in het dagelijks leven, is het belangrijkste kenmerk van het volhoudstadium. Cliënten hebben een nieuwe leefstijl ontwikkeld en zijn zich ervan bewust dat ze kunnen terugvallen in oude patronen.

Aan de beschreven vijf stadia wordt vaak een zesde stadium toegevoegd: het terugvalstadium. Dat is het stadium waarin mensen tijdelijk terugvallen in oud gedrag, zoals weer gaan roken na een periode gestopt te zijn. Het vernieuwende van dit zesde stadium van verandering is dat terugvallen in 'oud' gedrag een onderdeel werd van het totale gedragsveranderingsproces. Daadwerkelijke gedragsverandering vraagt doorgaans veel tijd en gaat gepaard met vallen en opstaan (De Jonge & Van Giffen, 2013).

Fasen van behandeling

Het concept van fasen van behandeling houdt sterk verband met dat van fasen van verandering (Connors, Donovan, & DiClemente, 2001; Prochaska & DiClemente, 1984). Het grootste verschil tussen de twee modellen is dat de fasen van verandering niet specifiek zijn voor het veranderingsproces dat plaatsvindt binnen de context van de hulpverlening, terwijl de fasen van behandeling wel specifiek zijn voor de veranderingen die plaatsvinden in de loop van een behandeling voor dubbele diagnose. Het achterliggende idee is dat cliënten tijdens een behandeling van hun stoornissen in vier fasen vooruitgang boeken. Door de koppeling van beide fasen-modellen (zie figuur 1) kan de behandeling zo effectief mogelijk ingezet worden. De doelen en de interventies worden gekozen op basis van de motivatie van de cliënt.

Figuur 1. Overlapping tussen fasen van behandeling en fasen van verandering

<i>Stadia van behandeling</i>	<i>Stadia van verandering (motivatie)</i>
Contact maken	Vooroverweging
Motiveren	Overweging Vorbereiding
Actieve behandeling	Actie
Terugvalpreventie	Volhouden Terugval

In het onderstaande figuur staan de behandelstadien, kenmerken en doelstellingen.

Figuur 2. Behandelstadia, kenmerken en doelstellingen

Behandelfasen	Kenmerken	Doelstellingen
1. Contact maken	<ul style="list-style-type: none"> • Behandelrelatie nog niet gevestigd • Cliënt komt afspraken niet (goed) na • Cliënt gebruikt middelen en heeft psychische problemen • Cliënt is zich niet bewust van dubbele problematiek • Multipelen problemen (evt. crises) 	<ul style="list-style-type: none"> • Werkrelatie/vertrouwen opbouwen
2. Motiveren	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een behandelrelatie • Cliënt komt geregeld op afspraken • Cliënt vertoont enige twijfel rondom psychiatrische problemen en middelenmisbruik • Problemen en mogelijkheden worden beter bespreekbaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewustwording psychiatrische problematiek en gevolgen middelenmisbruik en interactie tussen beiden, om een weloverwogen keuze te maken voor (verdere) behandeling. • Levensdoelen verhelderen / perspectief creëren
3. Actieve behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt kiest voor verandering van gedrag • Cliënt gebruikt sinds (circa) een maand minder of is gestopt • Uitglijders en terugvalmomenten komen voor • Cliënt stelt zich open voor dubbele diagnose behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedragsverandering inzetten en ondersteunen.
4. Terugvalpreventie	<ul style="list-style-type: none"> • Sinds enkele maanden gebruikt cliënt minder of geen middelen • Psychiatrische aandoening is gestabiliseerd. Cliënt kan met dubbele diagnose problemen omgaan en herkennen • Meer zelfvertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedragsverandering consolideren • Zorgen dat de cliënt zich bewust blijft van de kans op terugval en het herstel uitbreiden naar andere gebieden (zoals sociale contacten, werk).

Fasen en setting

Welke interventies per fase ingezet kunnen worden is van een aantal factoren afhankelijk. Uiteraard van de motivatie van de cliënt, maar ook de aard van het behandelteam en de setting zijn van invloed. Hulpverleners op klinische afdelingen, verblijfsafdelingen of beschermende woonvormen lopen bijvoorbeeld, anders dan hun ambulante collega's, aan tegen de problemen die een intramurale setting met zich meebrengt. Het gaat dan bijvoorbeeld om regels rond middelenmisbruik en veiligheid in de woonvoorziening. In ambulante teams is de regelgeving rondom het gebruik van middelen doorgaans betrekkelijk eenvoudig: cliënten gebruiken immers in hun eigen omgeving, op straat en/of in gebruikersruimten en hen wordt gevraagd geen middelen te gebruiken op de behandellocaties en overlast in hun woonomgeving te voorkomen. Dit ligt in 24-uursvoorzieningen veel complexer. In de klinische voorzieningen is gebruik doorgaans niet toegestaan, maar cliënten met vrijheden gebruiken vaak buiten de instellingen wel drugs of alcohol. Dat kan lastige dilemma's en discussies teweegbrengen (De Jonge & van Giffen, 2013). Aan de andere kant kunnen klinische teams tijdens opname interventies aanbieden waar ambulante teams nog niet aan toe komen. Groepsbehandelingen, meer uitgebreide assessment, informatie aan familie, psycho-educatie zijn gemakkelijk aan te bieden binnen een klinische setting. Hierbij moet wel aangetekend worden dat het aanbieden van meer actiegerichte interventies niet automatisch betekent dat de cliënt daarmee ook qua motivatie in de actiefase zit. In de beschrijving van interventies per fase zoals zij hieronder beschreven staan, is geen rekening gehouden met een specifieke setting. Het uitgangspunt van geïntegreerde behandeling is dat deze transmuraal plaatsvindt, met de cliënt als centraal punt waaromheen de zorg wordt georganiseerd.

Klinisch of ambulant?

De Richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp (PARC, 2003) maakt bij de vraag of de behandeling van dubbele diagnose klinisch of ambulant dient te gebeuren de volgende opmerkingen. De laatste jaren is de nadruk bij behandelen in psychiatrie en verslavingszorg meer bij de ambulante behandelingen komen te liggen. Naast organisatorische argumenten (bijvoorbeeld financiële of logistieke) spelen hierbij zorginhoudelijke afwegingen een rol. Bij het behandelen van dubbele diagnosepatiënten is er sprake van het ingrijpen in het dagelijks leven van de patiënt en dat voor langere tijd. Ambulante behandelingen kunnen daarbij het normale leven van de patiënt verbeteren of intact houden. Daarnaast is het voor de doelgroep vaak moeilijk om de weg naar de zorg te vinden en voor de behandelaars is het ingewikkeld om in contact te komen met de dubbele diagnosepatiënten. Intensieve outreachende zorg kan in deze gevallen de drempel verlagen.

In de literatuur is met betrekking tot deze vraag wel evidentie te vinden. Ambulante behandeling en begeleiding lijkt even effectief en in sommige gevallen zelfs te verkiezen boven klinische behandeling. Daarentegen zijn er ook argumenten aan te dragen voor klinische zorg. Binnen de professionele omgeving is er ruimte om de patiënt langere tijd te observeren indien de diagnostiek dat vereist. Daarnaast biedt de klinische behandeling een stabiele omgeving waar de patiënt zich geheel kan richten op zijn eigen herstel en is de therapietrouw vaak groter dan in een ambulante setting. Dakloze dubbele diagnosepatiënten hebben bijvoorbeeld erg veel baat bij een klinisch programma zoals een therapeutische gemeenschap.

De conclusie die in beide Multidisciplinaire Richtlijnen Alcohol (2008) en Opiaatverslaving (2013) wordt getrokken over de noodzaak van klinische versus ambulante behandeling van verslaving, is echter dat er nauwelijks onderzoek bestaat naar de validiteit van de argumenten die vaak worden aangevoerd voor een klinische dan wel ambulante behandeling.

Wel worden in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol de volgende conclusies getrokken over de behandeling van cliënten met comorbide psychiatrische problematiek:

<i>Niveau 2 bewijs</i>	<i>Het is aannemelijk dat behandeling van mensen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit of sociaal gedesintegreerde personen in een klinische setting effectiever is dan in een ambulante setting (B).</i>
<i>Niveau 2 bewijs</i>	<i>Er zijn aanwijzingen dat behandeling van mensen met een ernstige vorm van afhankelijkheid in een klinische setting effectiever is dan in een ambulante setting (niveau 2).</i>

Ambulante behandeling is (veel) goedkoper dan klinische behandeling en is daarmee kosteneffectiever. Ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en ernstige afhankelijkheid zijn criteria voor klinische behandeling in de richtlijnen van de American Society of Addiction Medicine (ASAM 2001) en in het intakeprotocol van Resultaten Scoren (De Wildt, 2001), onderdeel van de MATE.

Zorginstituut Nederland onderschrijft daarom de aanbeveling van de richtlijnen dat: "klinische behandeling uitsluitend dient te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid" (Verslavingszorg in beeld, 2014).

Motiverende gesprekstechnieken

Een belangrijke manier waarop de cliënten geholpen kunnen worden met het veranderen van hun gedrag is het inzetten van motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een veelgebruikte methode om cliënten te stimuleren hulp te zoeken voor hun problemen of om hun ongezonde levenswijze aan te pakken. Uit onderzoek is gebleken dat motiverende gespreksvoering

effectief is bij allerlei verslavingen, maar ook voor andere problemen zoals depressie, angststoornissen en bijvoorbeeld het vergroten van medicatie- en behandeltrouw.

Motiverende gespreksvoering is goed bruikbaar voor mensen die geen inzicht hebben in de consequenties van hun gedrag, weigerachtig zijn, weerstand vertonen en ambivalent staan tegenover verandering. De hulpverlener versterkt de interne motivatie voor verandering. Het fundament van motiverende gespreksvoering is de 'motivational spirit'. Daarmee wordt bedoeld een open, uitnodigende en niet oordelende basishouding van de hulpverlener, gericht op samenwerking en met respect voor de autonomie van de cliënt. Uitgangspunt is dat de cliënt vanwege zijn eigen argumenten degene is die uiteindelijk de keuzes maakt (De Jonge & Van Giffen, 2013).

Behandelaren gebruiken strategieën als:

- Uitdrukken van empathie en begrip;
- Verhelderen van discrepantie tussen doelen en voorzetting van het schadelijke gedrag;
- Uit de strijd blijven;
- Meebewegen met weerstand;
- Bieden van hoop en perspectief.

Deze strategieën worden zo veel mogelijk ingezet en op alle levensterreinen. Motiverende gespreksvoering heeft zijn oorsprong in de verslavingszorg. Motiverende gespreksvoering wordt inmiddels ook succesvol in de behandeling van allerlei andere aandoeningen en problemen ingezet.

Motiverende gespreksvoering is toepasbaar bij cliënten met een dubbele diagnose, bijvoorbeeld bij cliënten met een combinatie van middelenafhankelijkheid en een psychotische stoornis. De specifieke factoren waarmee rekening gehouden dient te worden in het gesprek met een schizofreniecliënt, zijn de aanwezigheid van positieve en/of negatieve symptomen. Positieve symptomen zoals wanen, hallucinaties en gedesorganiseerd denken, beperken het vermogen om logisch te redeneren. Negatieve symptomen kunnen ervoor zorgen dat de cliënt weinig interne drijfveer ervaart. Dikwijls is er ook sprake van cognitieve functiestoornissen, zoals problemen met aandacht en geheugen, het genereren van woorden, abstract redeneren, mentale flexibiliteit, leren door mondelinge kennisoverdracht en werkgeheugen. Waarschijnlijk verslechtert alcohol- en drugsgebruik (en medicatiegebruik) deze vermogens, evenals het oplossend vermogen, nog verder. Het wordt daarom aanbevolen motiverende gespreksvoering aan te passen aan de complexiteit van dubbele-diagnosecliënten. McCracken en Corrigan (2007) en Martino en Moyers (2007) beschrijven motiverende gespreksvoering bij schizofrenie en dubbele-diagnosecliënten. Er is een grote hoeveelheid onderzoek beschikbaar die de evidentie van de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bewijst.

Bij cliënten met een dubbele diagnose richt motiverende gespreksvoering zich vooral op het terugdringen van middelengebruik, op het vergroten van ziekte-inzicht en behandeltrouw, en het werken aan doelen. Zie voor een overzicht McCracken en Corrigan (2008) en Martino en Moyers (2007).

Barrowclough en anderen (2011) onderzochten motivationele technieken gecombineerd met CGT en vonden een positief effect op het middelengebruik, maar niet op opnames, symptomen of functioneren. Bechdolf en anderen vonden ook een positief effect op ambulante compliance. Lundahl en Burke (2009) concluderen in een review dat uitsluitend motivationele groepssessies minder effectief zijn dan individuele gesprekken.

Naastbetrokkenen

Het betrekken van familieleden of belangrijke anderen uit het leven van de cliënt is belangrijk om cliënten te helpen hun eigen steunbronnen te leren inzetten. Dit kan uiteraard alleen met toestemming van de cliënt. Als cliënten hier nog wat huiverig tegenover staan kan begonnen worden met alleen het in kaart brengen van eventuele contacten die betekenisvol zijn of zijn geweest voor de cliënt. Als familieleden wel bij de behandeling betrokken kunnen en willen worden, kan dat bestaan uit: ondersteuning, psycho-educatie, familiebijeenkomsten en informatie over zelfhulpgroepen voor familieleden. Vaak is voor dit aanbod geen uitdrukkelijke toestemming van de cliënt nodig, zolang de cliënt niet het onderwerp van gesprek is.

Daarnaast zou er een trainingsaanbod ontwikkeld kunnen worden voor mensen in de omgeving van de cliënt, gericht op vaardigheden en coping. In de regel houdt een behandelteam altijd contact met familieleden tenzij er contra-indicaties zijn.

In het stadium van contact maken kunnen hulpverleners met cliënten nagaan wat de mogelijke voordelen zijn om familie bij de behandeling te betrekken. Deze voordelen bestaan uit het verminderen van de stress voor alle familieleden, het voorkomen van toekomstige crises en het helpen van cliënten om vooruitgang te boeken met hun persoonlijke doelen. Familieleden kunnen in diverse settings bij de behandeling worden betrokken, maar outreachende hulp voor de families in hun thuissituaties is een bijzonder effectieve strategie. Families op hun 'eigen terrein' ontmoeten is gemakkelijker voor ze en maakt het voor hulpverleners mogelijk om terughoudende familieleden ook in te schakelen (Mueser, 2009).

Bij het eerste contact met familieleden is het belangrijk dat de hulpverlener aanvangt met het informeren naar de ervaringen en belangen van de familieleden, en naar hun obstakels om aan de behandeling deel te nemen. Vervolgens dient de hulpverlener een beeld te geven van wat de instelling voor de familieleden kan betekenen en wat hun eigen bijdrage aan het herstel kan zijn. Daarbij is het belangrijk aansluiting te vinden bij de ervaringen en

belemmeringen van de familieleden. Twijfels kunnen weg worden genomen door het benoemen van vergelijkbare probleemsituaties bij andere families en de baat die zij hebben gehad bij hun deelname. Vraag aan twijfelende familieleden om het in ieder geval een kans te geven. Om weerstand te voorkomen dienen discussies en pogingen tot overtuigen te worden vermeden. Indien weerstand optreedt, dan kan deze het best worden benaderd met technieken vanuit de motiverende gespreksvoering, zoals het geven van reflectieve reacties en het verleggen van de focus (zie Miller & Rollnick, 2002). Als familieleden uiteindelijk beslissen om niet betrokken te worden en/of de cliënt hun deelname niet wenst, dan kan de afspraak worden gemaakt om dit op een later moment opnieuw te bekijken (Smeerdijk, 2013).

Huisvesting

Het bieden van passende huisvesting is een essentiële stap in het bieden van een geïntegreerde behandeling aan mensen die kampen met dubbele diagnostiek (Brunette, 2004). Onder *passende huisvesting* verstaan we een woonvorm waarbij zowel de vorm als ook de begeleiding die geboden wordt, aansluit bij de wensen en mogelijkheden van iemand en ondersteunend is aan iemands individuele herstelproces. Passende huisvesting is belangrijk omdat juist deze groep mensen kwetsbaar blijkt voor dak- en thuisloosheid en dat instabiele huisvesting ook belemmerend werkt bij het betrekken en betrokken houden van mensen bij een behandeling. Bovendien is passende huisvesting belangrijk bij vraagstukken rond veiligheid en beheersbaarheid (Muisse, 2012). In de eerste fase zal z.g. 'wet housing' meestal het meest gepast zijn. Prioriteiten zijn onderdak, veiligheid en een zekere mate van stabiele huisvesting. Het beleid rond gebruik is tolerant omdat contact maken voorop staat.

'Damp housing' (gedoogbeleid) is het meest geschikt voor de behandelstadia van overtuigen en het beginstadium van actieve behandeling, omdat in die stadia enige verwachtingen over het middelengedrag van de cliënt gerechtvaardigd zijn, zonder aan te nemen dat ze volledig voor abstinente als doel hebben gekozen. Bij 'damp housing' kan als verwachting worden gehanteerd dat er geen middelen worden gebruikt op het terrein zelf, maar wel daarbuiten. Bij 'dry housing' (geen middelengebruik) wordt ervan uitgegaan dat cliënten voor abstinente als doel hebben gekozen. Deze huisvesting is het meest geschikt voor cliënten in de latere stadia van actieve behandeling en terugvalpreventie.

Naarmate cliënten hun sociaal en beroepsmatig functioneren verbeteren, kunnen ze ook het geld hebben om kwalitatief betere woonruimte te betalen. Een dergelijke verhuizing kan de winst van het herstel van de cliënt concreet maken en de cliënt motiveren tot duurzame abstinente. Cliënten die abstinente bereiken met behulp van een intern behandelprogramma, kunnen beperkte vaardigheden hebben om die abstinente te handhaven bij het zelfstandig wonen. Een terugkeer naar omstandigheden en sociale netwerken die verband houden met het eerdere middelengebruik, kan een sterk effect hebben op het stimuleren van de craving.

Stabiele en 'dry' huisvesting biedt ondersteuning bij:

- Het volhouden van een leefstijl zonder middelengebruik van abstinentie;
- Het losmaken van een middelenmisbruikende groep lotgenoten;
- Sociale ondersteuning van anderen die ervoor kiezen om middelenvrij te zijn;
- Werken aan andere levensgebieden zoals werk en sociale contacten.

Herstel en rehabilitatie

Herstel is in de GGZ, en zeker in de literatuur over dubbele diagnose, een relatief nieuw concept dat verwijst naar iets anders dan genezing van ziekte alleen. In een herstelproces wordt de persoonlijke balans hervonden na ervaringen van (heftige) psychische ontwrichting. Men groeit over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen en ontdekt daarbij (verloren gewaande) mogelijkheden voor een vervullend leven met of zonder de psychische kwetsbaarheid. Mensen ontdekken dat zij alleen zélf betekenis kunnen geven aan hun psychische ervaringen. Een herstelproces is persoonlijk, uniek en verloopt nooit volgens een vooropgesteld plan. Het beslaat veel verschillende aspecten, waaronder het hervinden van hoop en een positief zelfbeeld, en het herwinnen van de eigen regie over een leven buiten de psychiatrie in een maatschappelijke omgeving (bron: website Phrenos).

Rehabilitatie is een begrip dat dicht bij herstel ligt. Rehabilitatie is gericht op het ondersteunen van door de cliënt zelf gewenst herstel van dagelijks functioneren en maatschappelijk rol functioneren, op de gebieden wonen, werken, vrijetijdsbesteding, leren, sociale en familiecontacten en financiën (Anthony e.a., 2002; Luijten, Korevaar & Dröes, 2008). Rehabilitatie is een belangrijke herstelondersteunende activiteit vanwege de terreinen waarop deze zich richt, maar ook omdat de cliënt bij het stellen en bereiken van rehabilitatiedoelen uitdrukkelijk zelf de regie heeft. Hiermee kan al in de eerste fasen van behandeling begonnen worden, nog voordat de stoornis helemaal onder controle is. Rehabilitatie heeft veel te maken met zingeving en wil (Dröes, 2012).

Rehabilitatie helpt cliënten hun wensen en doelen op relationeel en maatschappelijk gebied duidelijk te krijgen. Zulke wensen en doelen zijn belangrijke motivationele factoren voor het onder de knie krijgen van een psychiatrische aandoening en verslaving. Ze versterken herstelwensen en -doelen op het gebied van persoonlijke identiteit en gezondheid. De zingeving, het stellen van doelen en daarmee corresponderende rehabilitatieactiviteiten, spelen daarom vanaf het begin van de dubbele diagnosebehandeling een rol (Dröes, 2013). Bij het gebruiken van de rehabilitatiebenadering is het van belang om te onthouden dat iemand op een bepaald gebied in een andere fase van verandering kan verkeren dan op andere gebieden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat iemand op het gebied van verslavingsbehandeling nog in de fase van overweging verkeert, terwijl hij op het gebied van de behandeling van zijn psychiatrische stoornis al in de fase van actie is aangeland, of omgekeerd. Het kan ook gebeuren dat iemand op het gebied van wonen bemoeizorg nodig heeft,

maar op het gebied van sociale relaties prima een eigen doel kan stellen (Dröes, 2013).

In de fase van behoud en terugvalpreventie gaat het herstelproces verder: het gaat nog steeds om activiteiten die gericht zijn op herstel als persoon en herstel van gezondheid, van dagelijks functioneren, en van maatschappelijk rolfunctioneren. Het gaat voor beide aandoeningen over het omgaan met resterende symptomen en het vermijden of hanteren van triggers die tot terugval in psychische problemen of verslavingsgedrag kunnen leiden. Dikwijls blijken er trauma's in de voorgeschiedenis die nog psychotherapeutisch verwerkt moeten worden (zie bijvoorbeeld Van Rens e.a., 2012). Zowel bij psychische problemen als bij verslaving zijn psychotherapie of vaardigheidsleren, om beter te leren omgaan met emoties, dikwijls aangewezen. Voor beide typen aandoening geldt dat het verbeteren van gezondheid, bijvoorbeeld door het veranderen van leefstijl, de kans op terugval vermindert.

Er gebeurt in deze fase meer dan consolideren. Stilstand is achteruitgang. Juist in deze fase werkt de herstellende verder aan nieuwe zingeving en nieuwe doelen in het leven. Daarbij kan de inbreng van ervaringsdeskundigen zeer waardevol zijn (Samhsa, 2009)

Interventiebeschrijving per fase

Vooroverwegingsfase

In het fase van contact maken heeft hulpverlening tot doel een relatie op te bouwen waarbinnen de casemanager regelmatig contact onderhoudt met de cliënt. Binnen deze relatie moet uiteindelijk open en eerlijk kunnen worden gesproken over de psychiatrische symptomen en het middelengebruik van de cliënt. Alle interventies in het stadium van contact maken zijn gericht op het opbouwen van een band tussen de cliënt en het behandelteam. De cliënt dient op zijn minst geen negatieve reacties te krijgen van teamleden. In het ideale geval krijgt hij bevestiging en wisselt de cliënt informatie uit met het team. Het uitwisselen van informatie met de cliënt is essentieel voor alle toekomstige behandelactiviteiten. De cliënt voorstellen om zijn gedrag te veranderen of de huidige copingstrategieën van de cliënt afkeuren is dan ook niet verenigbaar met de doelen van het stadium van contact maken. Als hulpverleners goed begrijpen hoe belangrijk het is om alle inspanningen te richten op het versterken van een goede band en dialoog met de cliënt, wordt het veel gemakkelijker om niet te hard van stapel te lopen met actieve behandelinterventies (Mueser e.a., 2003).

Interventies voor vooroverwegingsfase

- Outreach
- Harm reduction
- Informatie geven
- Praktische hulp (zoals voeding, kleding, huisvesting, uitkeringen, vervoer, medische zorg, juridische problemen)
- Crisisinterventie
- Farmacotherapie
- Helpen herkennen van beperkingen of problemen die de huidige leefstijl veroorzaakt, en cliënten overtuigen dat ze beter verdienen.

Outreachingende zorg

Met name als de cliënt nog twijfelt over het nut van behandeling is het belangrijk dat een team outreachende zorg (bemoeizorg) kan bieden. Door de cliënt hulp te bieden bij huisvesting, medische zorg of financiën in de eigen omgeving van de cliënt kan een werkrelatie tot stand komen. Ook cliënten die wel al in behandeling zijn kunnen baat hebben bij outreach. Dubbele diagnose cliënten vertonen veel dropout als gevolg van de voortdurende hoeveelheid problemen in hun leven, wisselende motivatie en cognitieve problemen. Om het contact met cliënten in stand te houden is een outreachende houding noodzakelijk.

Ook op een klinische afdeling gebruikt een team outreachende strategieën om dubbele diagnose cliënten actief bij de behandeling te betrekken. Cliënten die zich terugtrekken uit de groep worden actief opgezocht, met verbetering van het contact als inzet. Het team biedt outreach bij crisis, medicatie- en symptoom

monitoring en voor basale levensbehoeften (zoals voeding, zelfzorg e.d.) om cliënten te motiveren tot deelname aan het programma. Ook wordt outreach toegepast om de behandelrelatie te behouden en te verbeteren (Van Wamel, 2012).

Onderbouwing

Uit literatuuronderzoek naar het effect van outreach bij dubbele diagnose blijkt dat outreach een belangrijke component is in een geïntegreerd programma, mits gecombineerd met andere behandelcomponenten (Drake e.a., 1998). Er is geen bewijs gevonden voor de meerwaarde van ACT boven andere soorten outreach (o.a. Essock e.a., 2006). Als outreach echter ontbreekt aan het programma is de uitval van cliënten vele malen hoger (Drake 1998).

Harm reduction

Harm Reduction refereert aan *beleid, programma's en praktijk met als doelstelling de negatieve gezondheids-, sociale en economische effecten van het gebruik van legale en illegale middelen te verminderen, zonder per definitie het gebruik van deze middelen te beperken*, aldus de definitie van Harm Reduction International (2009)¹.

Harm reduction interventies zijn om verschillende redenen van groot belang voor cliënten met een dubbele diagnose. Ten eerste zijn zij door risicovol gedrag kwetsbaar voor infecties en lichamelijk letsel. Ten tweede is toegang tot adequate zorg voor deze groep lastig door drempels, maar ook door bijvoorbeeld cognitieve en sociale beperkingen. Harm reduction programma's kunnen de ingang tot vormen van vervolghulpverlening vormen. Ten derde vormt harm reduction, het voorkomen van schade en trauma, de noodzakelijke basis waarop verder herstel vormgegeven kan worden (Kraus e.a., 2015). Voorbeelden van harm reduction interventies zijn: opiaatonderhoudsprogramma's (methadon), laagdrempelige voorzieningen (zoals gebruiksruidten), adviezen met betrekking tot veilig middelengebruik en interventies gericht op de preventie van infectieziekten.

Onderbouwing

De richtlijn opiaatbehandeling (2013) schrijft in de aanbeveling over het feit dat laagdrempelige voorzieningen, zoals het bieden van een vorm van wonen, een voorziening waar de patiënt zijn gebruikte spuitattributen kan inleveren of ruilen, en voorzieningen waarbij de patiënt veilig kan gebruiken onder toezicht, vooral voor patiënten die zowel psychiatrische als verslavingsproblemen hebben en die daarnaast kampen met een slechte somatische gezondheid, een belangrijke eerste mogelijkheid zijn om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dergelijke

¹ Harm Reduction International is een organisatie die zich wereldwijd inzet voor drugsbeleid dat gestoeld is op wetenschappelijke evidentie en opgezet is vanuit een mensenrechten benadering.

voorzieningen dienen, in samenwerking met andere instellingen, onderdeel uit te maken van het begeleidingsaanbod.

Er is veel internationaal onderzoek beschikbaar waarin de (kosten)effectiviteit van spuitenomruil en outreach programma's wordt aangetoond (Gibson e.a., 2001, Ritter 2006). Het bewijs voor de effectiviteit van andere interventies, voor andere gebruikswijzen en kortdurende interventies is zwakker, terwijl er groeiend bewijs is voor de effectiviteit van gebruiksruimten. Ritte concludeert dat er voldoende bewijs is om harm reduction interventies gericht op drugsgebruik breed in te voeren. Dat bewijs ontbreekt nog wanneer het gaat om interventies gericht op alcohol of tabak.

Informatie geven (start van psycho-educatie)

In het stadium van contact maken moet de casemanager de kennis van de cliënt over psychische stoornissen en middelenmisbruik beoordelen. Er kan basisinformatie worden gegeven over de biologische achtergrond en chronische aard van beide typen stoornissen en over de behandelingen die op dat moment zijn voorgeschreven. Het doel van dit stadium is om cliënten de informatie te geven die ze willen, zonder hen te overstelpen met een teveel aan ongevroegde informatie en zonder vroegtijdig te proberen ze ervan te overtuigen dat ze problemen hebben met het gebruik van middelen.

Onderbouwing

Om de cliënten te ondersteunen bij het maken van keuzen is goede en passende informatie nodig. Aangezien psycho-educatie vaak onderdeel van een bredere behandeling is, is het afzonderlijke effect nauwelijks onderzocht en ook nauwelijks te onderzoeken. Desondanks wordt psycho-educatie in alle GGZ richtlijnen beschreven als een noodzakelijke interventie, met name bij de start van de behandeling. Het geven van informatie en educatie aan mensen met verslavingsproblemen binnen een motivationele interventie is effectief gebleken (Rollnick e.a. 1999). Ook het geven van informatie, educatie en communicatie buiten therapeutische settingen maar in het kader van harm reduction zijn effectief (WHO, 1995). Er is nog weinig psycho-educatie materiaal beschikbaar dat zich specifiek richt op dubbele diagnose cliënten (zie www.ledd.nl voor beschikbare materialen).

Praktische hulp

Onder het geven van praktische hulp wordt verstaan het verstrekken van voeding en kleding, het regelen van huisvesting, uitkeringen, vervoer, hulp leveren bij juridische problemen of medische zorg.

Het geven van praktische hulp is een belangrijk onderdeel van contact maken. Terwijl een behandelaar deze hulp verleent, moet hij opmerkzaam en vaardig genoeg zijn om de taal, het gedrag en de onuitgesproken behoeften van de cliënt te begrijpen en hierop in te spelen zodat een zeker vertrouwen en openheid ontstaan. Het belangrijkste is dat de behandelaar probeert om iets positiefs

(tastbaar of emotioneel) te laten gebeuren in het leven van de cliënt, of probeert om iets pijnlijks of onaangenaams te verzachten. Als de behandelaar hierin slaagt, zal de cliënt hem als 'potentieel nuttig' gaan zien en uiteindelijk als iemand die zich om hem bekommert. De therapeutische relatie die zo ontstaat, fungeert als de essentiële band die de rest van de geïntegreerde behandeling mogelijk maakt (Mueser, 2003)

Onderbouwing

De Richtlijn Dubbele diagnose, Dubbele Hulp (2003) stelt in haar aanbevelingen dat: 'Bij dubbele diagnose bijkomende problematiek zo belangrijk is dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken. Dakloosheid is hierbij een van de meest ernstige factoren'.

Crisisinterventie

Een crisis is een kans. Hulpverleners die crises zo benaderen, ontdekken dat wanneer zij beschikbaar zijn voor cliënten in tijden van crises, dat goede mogelijkheden biedt voor de behandeling van dubbele diagnose. In tijden van crises zijn cliënten zich vaak het sterkst bewust van de pijnlijke gevolgen van hun middelengebruik of slecht ziektemanagement en zijn ze meestal bereid om gedragsveranderingen te overwegen. Cliënten kunnen ook de ernst van hun psychiatrische symptomen tonen die ze anders misschien verbergen voor hun behandelteam. Dit kan het voor de casemanager noodzakelijk maken dit patroon met de betreffende cliënt te bespreken en na te gaan welke factoren hieraan bijdragen om een voor beide partijen aanvaardbare oplossing te vinden die beter voldoet aan de behoeften van de cliënt (Mueser, 2003).

Onderbouwing

Onafhankelijk van de aard van de stoornissen raden de multidisciplinaire Richtlijnen (o.a. Persoonlijkheidsstoornissen en Schizofrenie) aan om duidelijke afspraken te maken over crisis en crisisinterventie tussen patiënt en verschillende betrokken hulpverleners, als onderdeel van een meeromvattend behandelplan en een therapeutisch kader, omdat dit mogelijk effectief is in het voorkómen van crisis. Deze afspraken dienen vastgelegd te worden in een crisisplan dat aan de verschillende betrokkenen ter beschikking wordt gesteld.

Farmacotherapie

Het stabiliseren van symptomen is een belangrijk doel voor elk behandelstadium. In de vooroverwegingsfase, als cliënten nog geen werkrelatie hebben opgebouwd met een behandelaar, kan farmacotherapie de acute symptomen verminderen en snelle, subjectieve verlichting geven, wat bevorderlijk kan zijn voor het opbouwen van een therapeutische relatie.

De redenen om medicatie voor te schrijven kunnen per fase andere zijn. In de (voor)overwegingsfase zijn dat bijvoorbeeld (Crome & Myton, 2004):

- In noodsituaties;

- Om al aanwezige fysieke problemen (dus niet als gevolg van het middelengebruik) te behandelen.

Onderbouwing

Voor de stoornisspecifieke farmacotherapeutische behandeling moeten de richtlijnen voor die stoornissen gevolgd worden. Goede informatie aan cliënten over interacties tussen medicatie is noodzakelijk als de cliënten nog alcohol of drugs gebruiken. De behandeling van de psychiatrische aandoening kan een secundair effect hebben op craving of verslaving (bijv. SSRI, atypische antipsychotica, buspirone). Voorschrijven van verslavende medicatie dient zoveel mogelijk vermeden te worden (bijv. benzodiazepines, amphetamines, anti-Parkinson medicatie) (Mueser 2003, Reyes 2005).

Helpen bij herkennen van beperkingen of problemen

Deze stap kan in een ambulante behandeling lang duren. Zolang de patiënt niet echt last van zijn middelengebruik ervaart, zal hij niet bereid zijn dit los te laten. De kunst is dan om iedere gelegenheid die zich voordoet te baat te nemen om de patiënt bewust te maken van de consequenties van gebruik, zonder hem af te wijzen of te veroordelen. Een manier om cliënt hierbij te helpen is het maken van een voor-en nadelenbalans.

In een klinische situatie is de last meestal dusdanig, voor de afdeling en/of voor de patiënt, dat met wat drang en soms met dwang de patiënt gedwongen wordt zijn gebruik te stoppen. Uitleg en het bespreken van de motivatie van de verpleegkundige om deze ingreep te doen, is van essentieel belang om de werkrelatie met de patiënt geen schade toe te brengen (Van den Brink e.a., 2007). In het stadium van contact maken richt de casemanager zich vooral op het helpen van de cliënt bij het beoordelen van zijn huidige niveau van sociale, recreatieve en ontspanningsactiviteiten. De cliënt kan begeleid worden om zich weer te herinneren waarvan hij eerder in het leven genoot, of wat de leuke contacten waren die verkeerd zijn gelopen of verwaterd. De casemanager probeert in dit stadium niet het gedrag van de cliënt te veranderen, maar richt zich op het creëren van inzicht dat dingen anders kunnen worden door een andere levensstijl aan te nemen en door adequate behandeling (Mueser e.a., 2003).

Onderbouwing

Helpen bij herkennen van beperkingen of problemen is niet gericht op verandering van het gedrag, maar op het maken van een start op verandering in cognities. Onderzoek hiernaar is voornamelijk uitgevoerd als onderdeel van terugvalpreventie Als losstaande interventie blijkt dit slechts matig effectief, maar wanneer het is ingebed in een bredere behandeling neemt ook de effectiviteit toe (Schippers, 2014). Binnen CRA (zie actiefase) zijn diverse materialen ontwikkeld en onderzocht om cliënten te helpen bij het opnieuw zicht krijgen op andere activiteiten.

Laagdrempelige groepen

Een groep voor cliënten in de vooroverwegingsfase kan een meerwaarde hebben: de groep kan drugsgebruik bespreekbaar maken en bevordert de opbouw van een relatie. Belangrijk is wel dat de groep een open karakter heeft en geen behandel doelstelling voor ogen heeft. Omdat cliënten vaak nog geen interne motivatie hebben voor deelname vindt de groep bij voorkeur plaats tijdens of aansluitend aan een gebeurtenis die de bezoekers iets oplevert, zoals een lunch of de mogelijkheid om te douchen. Belangrijk is ook dat de thema's van de groep mede door deelnemers kunnen worden bepaald en aansluiten bij hun belevingswereld. Gedacht kan worden aan themabijeenkomsten rond bijvoorbeeld financiën of werk, waardoor de meerwaarde van deelname aan deze groep duidelijk kan worden (Muusse, 2013).

Overwegings-/voorbereidingsfase

Interventies voor Overwegings- en voorbereidingsfase

In het stadium van overtuigen verschuift het behandeldoel naar het motiveren van cliënten om uiteindelijk hun gedrag te veranderen. In dit stadium ligt de meeste nadruk op het aanboren van motivatie, niet op het bereiken van gedragsveranderingen. Zelfs de beste behandelinterventies zijn tot mislukken gedoemd zonder motivatie. Het is dan ook essentieel om het casemanagement te richten op het aanboren van motivatie, voordat overgegaan wordt op actieve behandeling. Interventies richten zich in dit stadium op het begeleiden van cliënten bij het nauwkeurig bekijken van alle beschikbare informatie over hun psychiatrische stoornis en middelengebruik. Interventies richten zich op het bepalen van doelen van cliënten en het geven van hoop om deze te kunnen bereiken. Het moge duidelijk zijn dat het inzetten van een slecht getimede actieve behandelinterventie tijdens het stadium van overtuigen tot een mislukking kan leiden. Dit ondermijnt het aanboren van hoop en motivatie voor een positieve verandering (Mueser e.a., 2003).

- Individuele (en gezins)psycho-educatie
- Zelfmanagement
- Laagdrempelig groepsaanbod
- Versterken vaardigheden
- Zinvolle sociale en vrijetijdsactiviteiten aanbieden
- Farmacotherapie

Individuele (en gezins)psycho-educatie

Als er een werkrelatie is opgebouwd en de cliënt in het stadium van overtuigen komt, wordt de psycho-educatie voortgezet en uitgebreid en kan het middelenmisbruik directer worden behandeld.

Inzicht in het onderscheid tussen abstinentie, niet-problematisch gebruik van middelen, misbruik en afhankelijkheid is van belang om cliënten te helpen hun eigen problemen met het gebruik van middelen te beoordelen. Onderscheid leren maken tussen psychiatrische symptomen, emoties en bijwerkingen van medicijnen is ook belangrijk. Een cliënt moet worden geïnformeerd over alle beschikbare mogelijkheden voor behandeling om actieve behandelinterventies te kunnen overwegen en zijn behoeften te kunnen afstemmen op de beschikbare mogelijkheden (Mueser e.a., 2003).

Zelfmanagement

Zelfmanagement is de verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen, waarmee mensen met een chronische ziekte beter regie behouden op hun leven en - op maat gesteund door professionals - mede richting geven aan hoe zorg en behandeling worden ingezet ten behoeve van zijn/haar kwaliteit van leven. Samengevat leidt zelfmanagement - op de juiste manier toegepast -

tot betere kwaliteit van leven, betere zorg en kostenreductie (Initiatiefgroep Zelfmanagement, 2009).

Verskillende interventies kunnen in het kader van zelfmanagement ingezet worden, passend bij de fase van motivatie voor behandeling. Voor cliënten in de overwegingsfase gaat het om interventies die de cliënt helpen bij het maken van een beslissing over het al dan niet wijzigen van leefstijl.

De inzet van zelfmanagement is gericht op:

- Gelijkwaardige relatie met behandelaar / hulpverleners;
- Laat zo veel als mogelijk de beslissingen, keuzes en regie bij de cliënt;
- Als de regie overgenomen moet worden, geef dit aan en geef een tijdspad wanneer deze weer terug te geven is;
- Bied de cliënt de mogelijkheid om zo zelfstandig, zelfzorgend mogelijk te leven. Bied hulp waar nodig, en stimuleer de eigen regie waar kan;
- Tijdens een opname: ga en blijf in gesprek met cliënten over veiligheid, de incidenten, de ervaren veiligheid, en dwang en drang op de afdeling. Wees helder over het beleid en de regels op de afdeling ten aanzien van dwang en drang (LPGGZ, 2014).

Onderbouwing

Zelfmanagement staat in de zorg volop in de belangstelling. Zelfmanagement leidt bij chronische aandoeningen tot meer controle over de aandoening, verbetering van de gezondheid en van kwaliteit van leven (Henkemans, Molema, Franck & Otten, 2010). *Illness Management en Recovery* is een gestandaardiseerde psychosociale interventie die ontworpen is om mensen met een ernstige psychiatrische aandoening te helpen bij het omgaan met hun ziekte en persoonlijke hersteldoelen te bereiken. Deze interventie is goed onderzocht (McGuire e.a., 2014) en laat positieve effecten zien op middelengebruik, aantal opnames, kennis over de aandoeningen, psychiatrische symptomen en psychosociaal functioneren. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat de effecten soms klein waren en per onderzoek verschilden. Zelfmanagement vindt vaak plaats in de vorm van zelfhulp(groepen). Met name de gestructureerde interventies als SMART (Self-Management and Recovery Training) laten goede uitkomsten zien (Brooks en Penn, 2003).

Laagdrempelig groepsaanbod

Als een cliënt zich meer bewust wordt van zijn psychiatrische en verslavingsproblematiek en voor- en nadelen van gedragsverandering tegen elkaar afweegt, bevindt hij zich in de fase van overwegen. In deze fase komt een behandelrelatie tot stand en richt de behandeling zich op het prikkelen van de eigen motivatie van de cliënt voor verdere behandeling en eventuele gedragsverandering. Dit kan door het geven van informatie en het bieden van ondersteuning op verschillende levensterreinen. Een goede beheersing van motiverende gespreksvoering bij de groepsbegeleiders is het fundament voor het

vergroten van therapietrouw en het bespreekbaar houden van het middelengebruik. Doel is uiteindelijk dat de cliënt met steun van de hulpverlener besluit om zijn gedrag te veranderen. In deze behandelfase kan een passend groepsaanbod een belangrijke rol spelen. Zelfhulpgroepen als de AA en NA zijn voor cliënten nog niet aan de orde, aangezien het uitgangspunt van deze groepen abstinentie is. Meer passend groepsaanbod zijn bijvoorbeeld:

- Velasquezgroepen (Velasquez e.a., 2006): waarin de cliënt wordt ondersteund om de motivatie voor veranderingen in middelengebruik helder te krijgen door middel van motiverende gesprekstechnieken en door aan te sluiten bij de veranderingsfasen van het transtheoretisch model;
- Overwegingsgroepen: zijn open, laagdrempelige groepen die ongelimiteerd in tijd worden aangeboden (Mueser, 2009). Doel is niet zozeer het veranderen van gedrag, maar het bewustwordingsproces van deelnemers vergroten. Overwegingsgroepen kunnen deelnemers helpen bij het creëren van doelen, het wekken van hoop om deze doelen te bereiken en in te zien op welke manieren middelengebruik het bereiken van dit doel belemmert;
- Aangepaste psycho-educatie groepen: dit zijn groepen zonder vaste planning en ook de inhoud kan per onderdeel variëren, toegespitst op de behoeften van de cliënten. De inhoud van de psycho-educatie wordt vormgegeven aan de hand van een oriënterend gesprek met de cliënten, en hieruit vloeit een planning voort. De psycho-educatie wordt groepsgewijs gegeven en de indicatie wordt gegeven op het moment dat iemand de te bespreken pathologie zelf heeft, of wanneer sprake is van interesse. Wanneer alcohol of drugs worden behandeld, wordt ook besproken wat de functie van het gebruik kan zijn in relatie tot andere (psychiatrische) problematiek en vice versa. Juist over het samenspel kunnen cliënten veel vertellen (Muusse, 2003).

Onderbouwing

In een overzichtsartikel over de verschillende interventies voor cliënten met een dubbele diagnose blijken voor groepsinterventies de meeste aanwijzingen voor effectiviteit te bestaan (Drake e.a., 2007). Opvallend is dat effectiviteit vooral wordt bepaald door trouwe deelname door de cliënt over een langere periode (aantal maanden of een jaar) en niet door de aard van de interventie. Drake pleit daarom voor een gevarieerd groepsaanbod waar de cliënt uit kan kiezen. Verschillende studies naar groepen specifiek ontwikkeld voor cliënten met dubbele problematiek laten zien dat deze groepen een meerwaarde hebben, zowel in het verminderen van gebruik, als in het vergroten van therapietrouw (Tate 2011). Tate wijst erop dat voor cliënten met verslavingsproblematiek en een depressie juist een groepsaanbod belangrijk kan zijn, omdat ze de sociale contacten binnen het groepswork extra waarderen. Deze groep kampt immers vaak met een zwak sociaal netwerk en vindt daardoor moeilijker aansluiting bij andere sociale initiatieven (Muusse, 2013).

Versterken van vaardigheden

Cliënten met een dubbele diagnose kunnen baat hebben bij het leren van diverse sociale vaardigheden. De soorten sociale vaardigheden die getraind kunnen worden, zijn onderverdeeld in vier brede categorieën:

- Vaardigheden voor het omgaan met situaties met middelenmisbruik;
- Gespreks- en omgangsvaardigheden;
- Assertiviteit en conflicthantering;
- Probleemoplossende vaardigheden.

Ook cliënten die in het stadium van overtuigen zitten en nog niet gemotiveerd zijn om hun middelengebruik te beperken kunnen aan sociale vaardigheidstrainingen deelnemen. De groepsbegeleider moet deze cliënten wel uitnodigen om aan het rollenspel deel te nemen, maar ze niet onder druk zetten. Cliënten die in het stadium van overwegen zitten, zijn vaak wel bereid om vaardigheden voor het afwijzen van middelen te oefenen in rollenspelen, ondanks hun ambivalentie over het minderen (Mueser, 2009).

Onderbouwing

Gebrekkige sociale vaardigheden spelen een rol bij het ontstaan en voortbestaan van alcoholafhankelijkheid (Miller e.a., 1995). Het aanleren van sociale vaardigheden beoogt tekorten in het omgaan met anderen aan te vullen, om zo te helpen prettiger te functioneren zonder alcohol en te leren beter om te gaan met hoog-risicosituaties voor gebruik. Ook in de behandeling van stoornissen in het gebruik van andere middelen is dit een essentieel onderdeel (Schippers e.a., 2014).

Als basisvaardigheden worden gezien:

- Communicatievaardigheden als leren luisteren en iets bepraten;
- Positieve en negatieve kritiek geven;
- Leren (alcohol/drugs) weigeren;
- Contact leggen/sociaal netwerk opbouwen en onderhouden;
- Assertiviteitstrainingen.

Daarnaast worden probleemoplossende vaardigheden, stressmanagement en ontspanningstraining tot sociale vaardigheden gerekend. Sociale vaardigheidstrainingen worden bijna altijd gegeven in combinatie met andere cognitief gedragstherapeutische interventies en met medicatie om craving tegen te gaan, zoals acamprosaat of naltrexon. Sociale vaardigheidstraining wordt beschouwd als een multidimensionale (broad-spectrum) aanpak die niet alleen is gericht op vaardigheden die rechtstreeks samenhangen met het gebruik (weigerstraining, sociale druk om te drinken weerstaan), maar op alle sociale vaardigheden (Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol, 2008).

Farmacotherapie

Als cliënten een werkrelatie met behandelaars hebben, maar nog niet gemotiveerd zijn om aan hun middelenmisbruik te werken, kan het stabiliseren van symptomen door middel van farmacotherapie cruciaal zijn om afleidende symptomen te verminderen, het cognitief functioneren nog meer te verbeteren en het inzicht te vergroten en daarmee de basis te leggen die cliënten nodig hebben om te begrijpen welke effecten het middelenmisbruik op hun leven heeft (Delos Reyes, 2005). De redenen om medicatie voor te schrijven in de overwegings/voorbereidingsfase kunnen zijn (Crome & Myton, 2004):

- Als vervanging van het gebruikte middel om zo schade als gevolg van het middelengebruik terug te dringen;
- Om bijkomende psychiatrische problematiek aan te pakken;
- Om fysieke gevolgen te behandelen;
- Om al aanwezige fysieke problemen (dus niet als gevolg van het middelengebruik) te behandelen.

Onderbouwing

Onderzoek wijst uit dat cliënten met aanhoudende psychiatrische syndromen wel op medicatie reageren, maar dat hun middelenmisbruik daardoor niet automatisch afneemt (Nunes & Quitkin, 1997). Ondanks de talloze mogelijke complicaties zijn er maar weinig richtlijnen voor de farmacotherapie van cliënten met een dubbele diagnose. De belangrijkste zorgaspecten zijn medicatieontrouw, interacties tussen medicatie en middelen en de kans op misbruik bij sommige medicatie (Mueser, 2007). In de Multidisciplinaire Richtlijnen is wisselend aandacht voor comorbide stoornissen en de consequenties daarvan voor het voorschrijven van medicatie. De Richtlijn Alcohol concludeert bijvoorbeeld: 'Er is bijvoorbeeld vrijwel niets bekend over de behandeling van schizofreniepatiënten of autistische patiënten met alcoholproblemen, maar wel over alcoholproblemen gecombineerd met depressie, bipolaire stoornis, angststoornis, ADHD, trauma of persoonlijkheidsstoornissen, hoewel de hoeveelheid gegevens bepaald niet overloopt'.

Actiefase

In de actiefase is de cliënt daadwerkelijk gemotiveerd om iets in het gebruik van middelen te veranderen. Cliënten zeggen dat het regelmatig het geval is, dat ze beseffen dat middelen een nadelige invloed op hun leven hebben en dat ze het gebruik willen beperken of tot abstinentie willen komen. Maar vaak zijn dit sociaal wenselijke antwoorden, willen ze de steun van de behandelaar krijgen, of zijn ze bang om hun uitkering of andere hulp te verliezen. Het bepalen van de motivatie in termen van echte gedragsveranderingen in plaats van mondelinge verklaringen voorkomt de frustratie van pogingen om het gedrag bij het gebruik van middelen te veranderen voordat een cliënt daaraan toe is.

Als 'norm' wordt gehanteerd dat de cliënt het gebruik van middelen langer dan één maand aanzienlijk heeft beperkt en er actief naar streeft om deze beperking te handhaven of te vergroten (Mueser e.a., 2003).

Minderen of abstinentie?

Het stadium van actieve behandeling heeft tot doel de cliënt te helpen om het gebruik van middelen voor langere tijd zover te beperken dat dit geen negatieve gevolgen meer heeft of uiteindelijk te stoppen. Uit onderzoek blijkt dat abstinentie een veel succesvollere remissiestrategie is dan incidenteel of matig gebruik (Drake & Wallach, 1993). Het besluit om te stoppen moet echter wel van de cliënt komen. Cliënten beginnen het herstelproces vaak door het geleidelijk afbouwen van hun middelengebruik. Als ze hun lichamelijke afhankelijkheid van middelen kwijtraken of als ze moeite hebben met het beperkte gebruik, komt het doel van abstinentie naar voren als een meer realistische aanpak om het middelenmisbruik te stoppen.

NB: in dit stuk komen alleen geïntegreerde interventies aan bod, d.w.z. interventies die zowel voor de verslavingsproblemen als voor de psychische stoornis ingezet worden.

Interventies voor actiefase

- Psychosociale behandeling
 - Individuele plaatsing en steun (IPS)
 - Dubbele diagnose groepsaanbod
 - Sociale vaardigheden groepen
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling
 - Contingency management (CM)
 - Community Reinforcement Approach (CRA)
 - Cognitive behavioural integrated treatment (CBIT)
 - Terugvalpreventie
- Farmacotherapie
- Combinatiebehandeling

Psychosociale behandeling

Individuele plaatsing en steun (IPS)

IPS is een arbeidsrehabilitatie programma gericht op mensen met ernstige psychiatrische problemen, waaronder cliënten met een dubbele diagnose. Uitgangspunt is dat een cliënt regulier werk vindt. Een trajectbegeleider helpt een cliënt bij het zoeken van een zelfgekozen functie en biedt dan begeleiding op maat ('Place then train'). De trajectbegeleider maakt deel uit van een multidisciplinair behandelteam zodat de behandeling van psychiatrische symptomen en het begeleiden van het werk gelijktijdig plaatsvinden.

Onderbouwing

Begeleid werk en leren (IPS) kan cliënten helpen om een volwaardige baan te vinden en te behouden en zo hun zelfvertrouwen te vergroten, hun financiële status te verbeteren en hun vrije tijd voor het gebruik van middelen te beperken (Michon e.a., 2011). Mueser en anderen (2012) hebben een studie uitgevoerd waarin de effectiviteit van IPS voor het verkrijgen van regulier werk door dubbele diagnose cliënten vergeleken werd met een controle van arbeidsrehabilitatieprogramma's. Zij concludeerden dat IPS betere uitkomsten had, zowel op het verkrijgen van werk als het aantal gewerkte uren in de onderzoeksperiode.

Dubbele diagnose groepsaanbod

Een groepsaanbod voor dubbele diagnose cliënten wordt als een belangrijk onderdeel gezien van een geslaagde geïntegreerde behandeling. Een groepsaanbod biedt sociale ondersteuning door het contact met lotgenoten en kan cliënten bewuster maken van effecten van gebruik. In groepsgesprekken kunnen cliënten sneller inzicht krijgen in de interactie tussen psychiatrische en verslavingsproblematiek en hen daardoor motiveren hun gedrag te veranderen. In een groep leren mensen van en met elkaar en vinden herkenning en steun. Bovendien vindt gebruik vaak in sociale situaties plaats: een groepsaanbod kan hier een alternatief voor zijn. De functie van een groep kan voor cliënten in de loop van de tijd ook verschuiven: eerst het vinden van herkenning en sociale ondersteuning, later soms de bevestiging door het innemen van een positieve voorbeeldfunctie.

Onderbouwing

In een overzichtsartikel van Drake e.a. (2007) over de effectiviteit van geïntegreerd behandelen werden met name voor groepsinterventies de meeste aanwijzingen voor effectiviteit gevonden. Opvallend is dat effectiviteit vooral wordt bepaald door trouwe deelname door de cliënt over een langere periode (aantal maanden of een jaar) en niet door de aard van de interventie. Om

cliënten gedurende langere tijd in het groepsaanbod geïnteresseerd te laten zijn zal dit dus variatie moeten bieden, waarbij optimaal wordt ingespeeld op de fasen van motivatie en verandering: vooroverwegingsgroepen/psycho-educatiegroepen dubbele diagnose, overwegingsgroepen, actieve behandelgroepen (Spiraal naar Boven, Leefstijltraining plus van de Brijder en Leefstijltraining Top van de Jellinek). Maar ook sociale vaardigheden, zelfzorg en meer herstelgerichte groepen horen tot het aanbod. Hulpverleners geven voorlichting, stimuleren cliënten om deel te nemen en leiden op actieve wijze toe naar beschikbare groepen.

Sociale-vaardigheidsgroepen

Trainingsgroepen in sociale vaardigheden kunnen cliënten helpen om hun gebruik van middelen te beperken door vaardigheden te ontwikkelen voor het omgaan met risicovolle situaties (zoals omgaan met verveling) of door vaardigheden te ontwikkelen om op andere manieren aan behoeften te voldoen dan door middelen te gebruiken.

Het doel van de sociale vaardigheidstraining is het vergroten van sociale vaardigheden en het zelfvertrouwen van een cliënt. Daarnaast gaat het in de training om het verminderen van sociale angst en vermijdingsgedrag. De training is voor dubbele diagnose cliënten om verschillende redenen belangrijk, bijvoorbeeld om te leren middelen te weigeren of om te leren sociale relaties aan te gaan met mensen die niet gebruiken.

Onderbouwing

De evidentie voor sociale-vaardigheidstraining in het veranderen van middelengebruik is goed onderzocht. Het lijkt erop dat de evidentie vooral effectief is in een breder opgezet CGT-programma (Schipper e.a., 2014). De Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol (2008) beveelt het volgende aan voor wat betreft sociale vaardigheden: 'Het aanleren van sociale vaardigheden als onderdeel van een meeromvattende behandeling helpt zowel op korte als op langere termijn om alcoholgebruik te reduceren zowel bij alcoholmisbruik als bij afhankelijkheid en zowel bij behandeling gericht op abstinentie als die gericht op minder drinken'. Er is minder evidentie voor de verbetering van het psychisch functioneel door sociale vaardigheden training (Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Contingency management (CM)

Contingency management is een interventie die, in de meer eenvoudige vormen, al in de vroege fasen van behandeling toegepast kan worden. Contingency management (CM) gaat ervan uit dat (verslavings)gedrag is aangeleerd door bekrachtiging en stimulansen vanuit de omgeving. Vanuit dit idee kan

verslavingsgedrag worden aangepakt door het aanleren van positief gedrag en het afleren van negatief gedrag. In samenwerking met de cliënt wordt een behandeldoel opgesteld. Het behalen van een behandeldoel wordt beloond, bijvoorbeeld door het verstrekken van vouchers (tegoedbonnen).

CM is een gedragstherapeutische benadering, die vooral in de klinische praktijk gericht is op het belonen van gewenst gedrag. Een vorm van CM die al langer in de GGZ en verslavingszorg bekend is, is de z.g. 'token economy'.

Contingency Management (CM) heeft als uitgangspunt dat gedrag kan worden aangeleerd door middel van bekrachtiging met omgevingsstimuli. Gedrag is een resultaat van de eerdere gevolgen van dat gedrag. Wanneer bepaald gedrag wordt beloond, neemt de kans toe dat dit gedrag zich in de toekomst zal herhalen. En omgekeerd, wanneer het gedrag wordt bestraft, neemt de kans op herhaling af (Skinner, 1938). De veranderbaarheid van (aangeleerd) gedrag is het sleutel-element in deze benadering. Bekrachtiging is overigens niet de enige factor die een rol speelt in de ontwikkeling en bestendiging van verslavingsgedrag. Kwetsbaarheid voor middelenafhankelijkheid is een complex geheel van biologische, omgevings- en gedragsfactoren.

Onderbouwing

De meeste onderzoeken hebben abstinentie als het gedefinieerde doelgedrag. Contingency management heeft bewezen positieve effecten op deelname aan de behandeling en het verminderen van uitval (Lussier e.a. 2006). Ook voor jongeren met verslavingsproblematiek, bij wie lage therapietrouw vaak een probleem vormt, is CM veelbelovend (Branson e.a. 2012).

Een belangrijk knelpunt van CM is dat cliënten die doorgaan met gebruik ook niet zullen profiteren van de incentives. Echter, inmiddels is er ook onderzoek gedaan om cocaïneabstinentie om te zetten in kleine stapjes om vervolgens geleidelijk toe te werken naar volledige abstinentie (Kellogg & Kreek, 2005; Preston e.a., 2001). Andere succesvolle innovaties gaan in op uitkering van contant geld in plaats van vouchers of prijzen, om de bekrachtiging te maximaliseren. Het rechtstreeks geven van geld is toegepast om bijvoorbeeld drugsgebruik te reduceren in een groep chronisch psychiatrische cliënten (Shaner e.a., 1999; Sigmon e.a., 2000). Overigens dient opgemerkt te worden dat het misbruikpotentieel van het geven van contant geld als een incentive aan verslaafden beperkt is (Vandrey e.a., 2007). In vrijwel alle gevallen wordt het geld gebruikt voor niet-drugsgerelateerde doeleinden (Rothfleisch e.a., 1999). Naast middelengebruik zijn ook andere gedragingen bestudeerd, zoals verbetering van therapietrouw gedurende de behandeling (Petry, Martin & Simcic, 2005), deelname aan pro-sociale activiteiten (Godley e.a., 2008), deelname aan residentiële groepsbehandelingen (Petry, Martin & Simcic, 2005) en medicatie inname (Carroll e.a., 2001, 2002; Rosen e.a., 2007). Het lijkt plausibel dat de lange termijn effecten van CM kunnen worden versterkt door het combineren van beloning met intensieve psychosociale of

farmacologische ondersteuning (en vice versa). CM zorgt voor een snelle behandelrespons, helpt behandeldoelen te verhelderen en bevordert de motivatie voor behandeling. CM heeft echter als risico dat het gunstige effect zich beperkt tot precies het bekrachtigde doelgedrag, zonder generalisatie. De aanvullende behandeling kan helpen effecten naar andere terreinen uit te breiden en een beweging op gang te brengen van extrinsieke motivatie (via CM) naar intrinsieke motivatie. Zo kan de aanvullende behandeling het effect van CM helpen bestendigen, ook als met CM wordt gestopt (Roozen, 2013). CRA is een interventie die goed met CM te combineren is.

Community Reinforcement Approach (CRA)

Community Reinforcement Approach is een behandelprogramma voor mensen die problemen hebben met middelengebruik. CRA is gericht op gedragsverandering en gaat uit van het idee dat omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen bij gebruik. CRA bestaat uit interventies op verschillende levensgebieden die allemaal als doel hebben de leefstijl zonder middelengebruik aantrekkelijk te maken en te bekrachtigen.

CM en CRA hebben een gemeenschappelijke basis, die uitgaat van een overmaat aan drugsgerelateerde bekrachtigers en gelijktijdig onvoldoende alternatieve, niet-verslavingsgebonden bekrachtigers (Meyers & Smith, 2008).

Onderbouwing

In de loop der jaren is CRA ook bij drugsverslaafden toegepast en bij verschillende populaties zoals dubbele-diagnosecliënten en daklozen (Roozen e.a., 2004, 2009). Uit onderzoek is gebleken dat verslaafden op een fors aantal belangrijke levensgebieden (bijvoorbeeld sociaal, sport en intimiteit) minder actief zijn, maar hier ook minder plezier uit halen dan niet-verslaafden (Van Etten e.a., 1998). CRA heeft als doel om deze verstoorde balans te herstellen door verslaafden (weer) in contact te brengen met leefgebieden die voor hen belangrijk zijn om aan te werken en om bekrachtigers weer toegankelijker te maken. CRA maakt hiertoe gebruik van een pakket aan interventies (zie voor een overzicht Meyers & Smith, 2008; Roozen, 2006).

Cognitive behavioural integrated treatment (CBIT)

C-BIT is afkomstig uit Engeland en een cognitief gedragstherapeutische aanpak voor cliënten die zowel psychiatrische problemen als problemen met middelengebruik hebben. De aanpak richt zich op het helpen en ondersteunen van cliënten bij het bereiken van gedragsverandering en het vasthouden hiervan met betrekking tot hun alcohol- en drugsgebruik.

De doelstellingen van C-Bit zijn driedelig:

- (1) Het identificeren, uitdagen en ondermijnen van onrealistische overtuigingen over drugs of alcohol die problematisch gebruik in stand houden en ze te vervangen door overtuigingen die gedragsverandering bevorderen;

- 2) Werken aan het inzicht in de relatie tussen drugsgebruik en de psychische problemen en;
- 3) Om specifieke vaardigheden aan te leren om beter om te gaan met middelengebruik en vroege symptomen en een steunsysteem om de cliënt heen bouwen dat helpt bij het werken aan een alternatieve levensstijl.

Het CBIT programma bestaat uit:

- Een assessmentfase: screening en evaluatie;
- Vier behandel fasen: werken aan betrokkenheid en bouwen aan motivatie om te veranderen; gedragsverandering tot stand brengen; vroege terugvalpreventie; terugvalpreventie en terugvalmanagement;
- Twee aanvullende behandelcomponenten zijn optioneel en kunnen parallel aan de behandel fasen ingezet worden: opbouwen van vaardigheden en sociaal netwerk.

De behandelmethoden op zich zijn niet uniek, maar C-BIT biedt een samenhangend kader en een leidraad voor hoe ze in de diverse fasen van behandeling aangeboden kunnen worden.

Onderbouwing

Cognitieve gedragstherapie is uitvoerig onderzocht en effectief bevonden (zie bijv. de Multidisciplinaire Richtlijnen en Schippers e.a. 2014). C-Bit is gebaseerd op het uitgangspunt dat cognitieve therapie ook van toepassing is op mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die drugs en alcohol gebruiken (Graham, 2003). Ook de richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp (2003) raadt cognitieve gedragstherapie aan bij comorbiditeit.

Terugvalpreventie

Hoewel in het actieve behandelstadium expliciet het doel is om het gebruik van middelen te beperken, moeten behandelaars beseffen dat duurzame gedragsverandering meer inhoudt dan het vermijden van middelen. Het omvat ook andere veranderingen van de leefstijl (zoals werk, sociale contacten, ontspanning en vrijetijdsbesteding, zelfzorg en huisvesting), die de abstinentie versterken en de kwaliteit van leven bepalen. Het kan daarom nodig zijn om interventies te richten op de veranderingen die nodig zijn om tot een andere leefstijl te komen die niet afhankelijk is van alcohol en drugs. Behandelaars verruimen het overtuigingsproces om aan deze veranderingen te werken. Dit proces bepaalt welke gebieden tijdens de actieve behandeling worden aangepakt en welke later zullen worden aangepakt.

In het stadium van actieve behandeling komt terugval naar actief middelenmisbruik vaak voor. Een terugval wordt niet als een mislukking beschouwd, maar als onderdeel van het verloop van een chronische stoornis. Een terugval wordt gebruikt als een mogelijkheid om meer te leren over wat de persoon nodig heeft om tot langdurige abstinentie te komen. De cliënt en de

behandelaar nemen elk detail van een terugval onder de loep om alle informatie te verzamelen over de aanleidingen van een terugval en de opeenvolging van gebeurtenissen die tot het middelenmisbruik hebben geleid. Ze gebruiken deze informatie om hun interventies voor actieve behandeling te verfijnen en om te onderzoeken welke gebieden in het veranderen van de leefstijl aandacht behoeven.

Als de cliënt een terugval heeft naar ernstig middelenmisbruik, schakelt de behandelaar terug naar het stadium van overtuigen en gaat pas verder met interventies voor de actieve behandeling als de cliënt opnieuw blijkt geeft gemotiveerd te zijn voor abstinentie of beperking van het gebruik van middelen. Zoals al eerder werd opgemerkt, kiezen veel cliënten er in een vroeg stadium van de actieve behandeling eerder voor om hun gebruik van middelen te beperken dan om te stoppen. Met deze strategie wordt vaak geen duurzame remissie bereikt. Het kan echter wel helpen bij het herstel op de lange termijn, omdat een cliënt uit ervaring leert dat matig gebruik van alcohol of drugs niet haalbaar is en daardoor de motivatie ontwikkelt om naar abstinentie te streven (Mueser e.a., 2003)

Onderbouwing

De Multidisciplinaire Richtlijnen voor psychiatrische aandoeningen geven aan dat terugvalpreventie niet goed onderzocht is en dat er daardoor geen evidentie voor de effectiviteit ervan is. Desalniettemin raden zij aan dat: 'Bij voldoende herstel op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie altijd terugvalpreventie dient plaats te vinden'.

De Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol stelt dat terugvalpreventie een term is die in de literatuur over alcoholgerelateerde stoornissen dikwijls verwarring geeft, doordat het voor verschillende behandelvormen gebruikt wordt: van alle behandelingen met als doel de kans op terugval te voorkomen tot nazorgsessies, een behandeling om geleerde kennis en vaardigheden op te frissen. Dergelijke cognitieve trainingen zonder gedragsmatige elementen zijn matig effectief (Miller en Wilbourne, 2002). De specifieke terugvalpreventiemethode gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes (Marlatt en Gordon, 1985) kan gezien worden als een combinatiebehandeling en is bewezen effectief bij alcoholgerelateerde stoornissen, vooral ook in het terugbrengen van psychosociale problematiek (Irwin e.a., 1999; Shand e.a., 2003).

Farmacotherapie

Farmacotherapie is de behandeling van ziekten en aandoeningen met geneesmiddelen. Ook cliënten met een dubbele diagnose kunnen met medicatie behandeld worden voor één of beide aandoeningen. De farmacotherapeutische behandeling van dubbele diagnose cliënten dient echter zeer zorgvuldig te gebeuren in verband met de verslavende werking van bepaalde medicatie en het gevaar van ongewenste interacties. Dit mag echter niet uit de weg worden gegaan.

Er is (nog) geen protocol voorhanden dat richting geeft aan een passende medicamenteuze behandeling. Uiteraard is voorzichtigheid geboden omdat (Posthuma e.a., 2003):

- Sommige medicijnen verslavend kunnen zijn (bijvoorbeeld benzodiazepines);
- Medicatie interacties kan geven met het gebruikte middel, met onwenselijke resultaten (bijvoorbeeld verminderde therapietrouw, ontstaan van nieuwe of gewijzigde psychiatrische symptomen of somatische complicaties).

Farmacotherapeutische interventies voor dubbele diagnose cliënten in de actiefase zijn aan de orde (Crome & Myton, 2004) e.a.:

- Om ontwenningssverschijnselen tegen te gaan en zo abstinentie te bevorderen, in geval van detoxificatie;
- Als vervanging van het gebruikte middel om zo schade als gevolg van het middelengebruik terug te dringen;
- Om terugval te voorkomen door het terugdringen van 'craving' naar het middel;
- Om bijkomende psychiatrische problematiek aan te pakken;
- Om fysieke gevolgen te behandelen;
- Om al aanwezige fysieke problemen (dus niet als gevolg van het middelengebruik) te behandelen.

Binnen geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten neemt farmacologische behandeling een belangrijke rol in. Allereerst om de psychiatrische symptomen te stabiliseren, maar ook in de behandeling van verslaving wordt medicatie ingezet. Omdat het vaak complexe problematiek betreft en cliënten vaak nog actief een of meerdere middelen gebruiken, moet er zorgvuldig met medicatie omgegaan worden. Binnen geïntegreerde behandeling wordt volgens de onderstaande uitgangspunten gewerkt (Delos Reyes e.a., 2008. Medical Professionals & Integrated Dual Disorder Treatment).

1. Schrijf psychiatrische medicatie voor om de psychiatrische symptomen te behandelen, ondanks huidig middelenmisbruik

Psychiaters en andere medische professionals hebben de neiging om terughoudend te zijn in het voorschrijven van psychotrope medicatie aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, als zij actief drinken en andere drugs gebruiken. Ze vrezen de negatieve gevolgen van de chemische mix. Aangezien middelengebruik bij mensen met ernstige psychische stoornissen echter erg vaak voorkomt, is het belangrijk om de kennis en kunde van het behandelen van beide aandoeningen tegelijk te verhogen. Er zijn natuurlijk allerlei overwegingen om terughoudend in het voorschrijven van psychotrope medicatie te zijn, maar

bewust voorschrijven aan actieve gebruikers is beter dan helemaal niet voorschrijven. Dit is echter ook afhankelijk van de combinatie van aandoeningen. Omdat er potentiële risico's aan de combinatie van middelen en medicatie verbonden zijn, is het belangrijk om aan de cliënt uit te leggen dat het gebruik van alcohol en andere drugs serieus afgeraden wordt tijdens het gebruik van psychiatrische medicatie. De medicatie kan veel minder effectief zijn door de werking van andere stoffen. Ook kunnen schadelijke fysieke effecten optreden door de verschillende middelen.

2. Werk samen met het behandelteam en met de cliënt

Doelen van de inzet van farmacologie moeten duidelijk zijn voor iedereen en de effectiviteit moet door de verschillende partijen in onderlinge samenspraak geregeld worden geëvalueerd.

Er dient duidelijk in het dossier van de cliënt terug te vinden te zijn dat:

- Er uitleg is gegeven over het nut van de medicatie en de eventuele risico's;
- De cliënt de risico's begrijpt;
- De cliënt toestemming geeft voor de behandeling;
- De cliënt en het team samen in de gaten houden welke fysieke en psychische effecten van medicatie en middelengebruik optreden.

3. Besteed veel aandacht aan medicatietrouw

Probeer door middel van psycho-educatie over dubbele diagnose problematiek en motiverende gespreksvoering de medicatietrouw te ondersteunen en te verhogen. Houd rekening met de motivatiefase van de cliënt bij het voorschrijven van medicatie.

Medicatie wordt gecombineerd met verschillende psychosociale behandelingen tijdens de verschillende fasen van geïntegreerde behandeling. Het doel is om cliënten te helpen bij het omgaan met de symptomen van beide aandoeningen. Een onderliggend doel is om het middelen- of alcoholgebruik terug te brengen en, als dat haalbaar is, om uiteindelijk met het gebruik te stoppen.

Teamleden maken gebruik van de fasen van behandeling om in de pas met de cliënt te blijven, dus om niet te ver vooruit te lopen (dat wil zeggen, te veel verwachten) of te ver achter te lopen (dat wil zeggen, te weinig verwachten). Zo heeft het bijvoorbeeld weinig zin om disulfiram (Refusal, Antabus) voor te schrijven als de cliënt niet echt bewezen heeft te willen en vooral ook te kunnen stoppen met het gebruik van alcohol. Het overstappen op depotmedicatie, in overleg met de cliënt, kan een manier zijn om de medicatietrouw te verhogen als de cliënt moeite heeft om geregeld zijn medicatie te nemen.

4. Vermijd zoveel mogelijk het gebruik van benzodiazepines en andere verslavende stoffen

Benzodiazepines worden regelmatig voorgeschreven bij angst, pijn en slapeloosheid als gevolg van lichamelijke en/of psychische aandoeningen. Bij dubbele diagnose cliënten worden benzodiazepines vaak gebruikt om de effecten

van ontwenning (met name van alcoholverslaving) te dempen. Deze middelen hebben echter een verslavende werking. Wanneer het gebruik van benzodiazepines onontkoombaar is (bijvoorbeeld bij veel angst en/of detoxificatie) is gedegen voorlichting over de (verslavende) werking van het middel van groot belang en moet het middel gedoseerd en voor een beperkte en duidelijk afgebakende periode worden voorgeschreven.

Er zijn situaties waarin overwogen kan worden om benzodiazepine of stimulantia voor te schrijven aan een cliënt met een voorgeschiedenis van middelengebruik. In deze gevallen is het nuttig als de cliënt al enige tijd bij het team bekend is. Dit geeft de gelegenheid om te observeren hoe hij of zij reageert op medicijnen en andere vormen van behandeling. Als ervoor gekozen wordt om potentieel verslavende medicatie voor te schrijven, zijn enkele aspecten in het beheer van de behandeling belangrijk:

- Schrijf kleine hoeveelheden voor, zonder herhalingsrecept, en geef het recept niet mee aan de cliënt;
- Dring aan op één voorschrijver, overleg met de huisarts over de coördinatie hiervan;
- Zet teamleden in om te controleren dat de cliënt de medicatie op de juiste wijze gebruikt en om eventueel bijgebruik in de gaten te houden;
- Stel een terugvalpreventieplan op voor het geval de cliënt de medicatie misbruikt of terugvalt in het gebruik van alcohol of andere drugs. Dit plan omvat: wat te doen in geval van ontwenningsverschijnselen, welke alternatieve behandeling zal worden aangeboden en of/indien de stoffen opnieuw zullen worden aangeboden aan de cliënt;
- Documenteer de klinische reden voor de medicatie;
- Documenteer dat u het gevaar aan de cliënt heeft uitgelegd en dat hij of zij de potentieel verslavende eigenschappen en de risico's van medicatie begrijpt.

5. Schrijf bij voorkeur medicatie voor die craving of gebruik vermindert

Maak zoveel mogelijk gebruik van atypische anti-psychoptica (met een voorkeur voor clozapine (indien mogelijk) of olanzapine). Aan clozapine zijn voorwaarden verbonden: er moet sprake zijn van therapieresistentie, de cliënt moet in beeld zijn en therapietrouw in verband met het bepalen van bloedwaarden. Klinisch kan een cliënt ook in de vooroverwegingsfase starten met clozapine. Belangrijk is ook om te realiseren dat een cliënt in een andere fase van motivatie kan zitten voor wat betreft zijn middelengebruik vs. zijn antipsychoticagebruik. Ambulant zijn cliënten in de late overtuigings-, actieve behandelings-, of terugvalpreventiefase van de behandeling de meest geschikte kandidaten voor deze medicatie. Zij zijn gemotiveerd en hebben laten zien dat zij serieus zijn in het terugdringen van hun middelengebruik. Er zijn verschillende medicijnen beschikbaar om craving te behandelen en om terugval te voorkomen (bijvoorbeeld acamprosaat, naltrexon en disulfiram).

Combinatiebehandeling

Een geïntegreerde behandeling is per definitie een combinatiebehandeling. Deze cliënten hebben te maken met ernstige en chronische problemen. Een enkelvoudige behandeling zal daarom niet toereikend zijn.

De juiste combinatie van interventies wordt bepaald door de aard en de ernst van de verschillende aandoeningen, de motivatie van de cliënt om hierop doelen te stellen en hieraan te werken en de setting van de behandeling (klinisch, ambulant, gedwongen kader etc.).

Eveneens belangrijk is de kwaliteit van de relatie die de cliënt heeft met een (hoofd)behandelaar of een andere hulpverlener, de mate van sociale steun die de cliënt bij lotgenoten vindt en de betrokkenheid van gezinsleden bij het leven en de behandeling van de cliënt.

Fase van behoud en terugval

Terugvalpreventie in de behandeling van dubbele diagnose cliënten is over het algemeen gericht op het alcohol- of middelengebruik, maar zou evengoed op de psychische klachten gericht moeten zijn. Dit kan door te werken met geïntegreerde signalerings- of terugvalpreventieplannen.

Volgens de definitie van o.a. Mueser is een cliënt in het stadium van terugvalpreventie als hij gedurende tenminste zes maanden geen negatieve gevolgen heeft ondervonden van het gebruik van middelen (of niets heeft gebruikt). De doelstellingen in het stadium van terugvalpreventie zijn het handhaven van het besef dat de kans bestaat op terugval; het opstellen van een plan om op een terugval te reageren als dit mocht gebeuren; en om het herstel op andere functioneringsgebieden uit te breiden, zoals sociale contacten, werk en gezondheid. Cliënten die langere tijd gestopt zijn, proberen vaak het gebruik van middelen gecontroleerd te hervatten, ofwel omdat ze denken dat ze genoeg zelfcontrole hebben om te voorkomen dat het gebruik van middelen uit de hand gaat lopen, of vanuit een impulsief, wanhopig verlangen om 'nog maar één keer' te gebruiken. Deze pogingen om gecontroleerd te gebruiken mislukken meestal, met als gevolg een gedeeltelijke of volledige terugval. Cliënten helpen om zich bewust te blijven van hun grote kwetsbaarheid voor een terugval en ze strategieën te laten ontwikkelen om de kans op terugval te verkleinen, zijn essentiële doelstellingen in het stadium van terugvalpreventie. Voor elke cliënt worden in de regel meerdere strategieën toegepast. Het overkoepelende doel van dit stadium is het ontwikkelen van een betekenisvol herstelproces.

Interventies voor de fase van behoud en terugval

- Farmacotherapie
- Zelfhulp
- Geïntegreerd signaleringsplan

Farmacotherapie

In deze fase is medicatie ondersteunend bij het verminderen van de kans op terugkeer van symptomen van beide stoornissen. Cliënten kunnen zich daardoor beter richten op zijn of haar persoonlijke hersteldoelen. Medicatie is gericht op het ondersteunen van abstinentie (bijv. disulfuram, naltrexone, suboxone) en vermindering van craving (Reyes, 2005). In het geval van opiaten kan ook substitutiebehandeling het doel zijn (methadon, buprenorfine).

Onderbouwing

Zie eerdere onderbouwing bij de paragrafen farmacotherapie.

Zelfhulp

Naast de bekende AA (Alcohol Anonymous) en NA (Narcotics Anonymous) groepen worden er sinds een paar jaar ook DRA (Dual Recovery Anonymous) groepen gehouden. Dubbele diagnose cliënten vinden niet altijd herkenning bij de AA en NA deelnemers. Daarom zijn er eigen groepen gestart onder de naam DRA. DRA-deelnemers zijn herstellende van een dubbele diagnose en komen geregeld bij elkaar om elkaar te helpen clean te blijven. Het primaire doel van DRA is dubbel herstel te bereiken, elkaar te helpen niet terug te vallen en het herstelconcept uit te dragen aan anderen die een dubbele diagnose ervaren. Het DRA programma is gebaseerd op de principes van de Twaalf Stappen en de persoonlijke ervaringen van mannen en vrouwen in dubbel herstel.

Onderbouwing

De richtlijn 'Dubbele Diagnose, dubbele hulp'(2003), de Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol, en diverse Multidisciplinaire Richtlijnen gericht op specifieke psychiatrische aandoeningen (o.a. angststoornissen) raden aan om waar mogelijk zelfhulpgroepen een plaats te geven in de behandeling. In de literatuur zijn aanwijzingen gevonden dat specifieke elementen van zelfhulp een positieve bijdrage leveren op het gebied van middelenmisbruik, ook bij dubbele diagnoseproblematiek (Magura e.a. 2002, Magura e.a. 2003).

Geïntegreerd signaleringsplan

In een geïntegreerd signaleringsplan komen de vroege waarschuwingssignalen, risicofactoren en strategieën voor zowel de psychische aandoening als het middelengebruik aan de orde. Met het opstellen van het signaleringsplan kan al in de actieve behandel fase begonnen worden. De Liberman module 'Omgaan met verslaving' en materialen uit de Resultaten Scoren module CGT bij middelengebruik en gokken (voorheen de leefstijltraining) bieden hier hulpmiddelen voor.

Het gaat dan om het in kaart brengen en bespreken van:

- Controle over gewoontes en omgaan met 'craving';
- Herkennen van hoog risico situaties;
- Waarschuwingssignalen;
- Weigeren van aangeboden middelen;
- Zelfcontrole aanleren;
- Aanleren van alternatieve gedragingen.

Onderbouwing

Een signaleringplan overlapt inhoudelijk met terugvalpreventie en met de functieanalyse. Al deze interventies zijn gericht op het tijdig signaleren van risicofactoren en geven aanwijzingen over hoe te handelen, door cliënt, zijn/haar omgeving en betrokken hulpverleners. Er is geen onderzoek beschikbaar waarin

deze plannen als losstaande interventies zijn onderzocht. Omdat ernstige dubbelediagnosestoornissen worden gekenmerkt door een chronisch karakter en een hoog risico op terugval (Xie e.a., 2005) hebben we ervoor gekozen een geïntegreerd signaleringplan wel als aanbevolen interventie op te nemen.

Referenties

Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). Psychiatric Rehabilitation. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation.

American Society of Addiction Medicine (2015) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use.

Balkom ALJM van, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, Meeuwissen JAC namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. BMJ: British Medical Journal 2010; 341

Bechdorf A, Pohlmann B, Guttgemanns J, Geyer C, Lindner K, Ferber C, et al. State-dependent motivational interviewing for people with schizophrenia and substance use : Results of a randomised controlled trial [Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht]. Nervenarzt 2011; 83 (7): 888–96.

Brink J.H. van den, J.M. de Jonge, J.M. de, Mensink, S., Withaar, F.K., Slooff, C.J. (2007). Geïntegreerde behandeling van verslaving bij mensen met een psychose. Protocol en handvatten voor verpleegkundigen. GGZ Drenthe: Interne publicatie.

Brink W. van den, Glind G. van de, Schippers, G. (redactie). (2013). Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving. Utrecht: De Tijdstroom.

Brooks, A.J. & P.E. Penn (2003). Comparing Treatments for Dual Diagnosis: Twelve-Step and Self-Management and Recovery Training. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. Vol. 29, No. 2, pp. 359–383.

Brunette, M., Mueser, K. & Robert Drake. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. Drug and Alcohol Review. Volume 23, Issue 4, 2004 pages 471-481.

Connors, G. J., Donovan, D. M., DiClemente, C. C. (2001). Substance abuse treatment and the stages of change: selecting and planning interventions. New York: Guilford Press.

Christina M. Delos Reyes, C.M., Kubek, P.M., Kruszynski, R., Boyle, P.E., Kola, L.A. (2008). Medical professionals & integrated dual disorder treatment. the evidence-based practice Ohio: Center for Evidence-Based Practices at Case Western Reserve University.

Crome, B., T. Myton. (2004). Pharmacotherapy in dual diagnosis. In: Advances in Psychiatric Treatment (10), 413–424.

Didden, R., Nagel, Van de Nagel, J., Trentelman, M., Stolker, J.J. (2013) Verstandelijke beperkingen en co-morbiditeit. In: Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, et al (red), Handboek Dubbele Diagnose. Utrecht: de Tijdstroom.

DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25-35.

Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser K.T., McHugo G.J., Bond, G. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 24, No. 4, 1998

Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2007). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008 Jan; 34(1): 123-38. Epub 2007 Jun 15.

Drake. R.E, & Wallach, M.A. (1993) Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry.* 44; 780-782.

Drieschner, K.H., Lammers, S.M. & Van der Staak, C.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clin Psychol Rev.* 2004 Jan; 23(8): 1115-37.

Dröes, 2013. Herstel en rehabilitatie. In: Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, et al (red), Handboek Dubbele Diagnose. Utrecht: de Tijdstroom.

Essock, S.M., Mueser, K.T., Drake, R.E., Covell, N.H., McHugo G.J., Frisman, L.K., Kontos, N.J., Jackson, C.T., Townsend, F., Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv.* 2006 Feb; 57(2): 185-96.

Gibson, D.R., Flynn, N.M., Perales, .D (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*. 2001 Jul 27; 15(11):1329-41.

Graham, Hermine L, Copello, Alex (2004). *Cognitive-behavioural Integrated Treatment (c-bit). A Treatment Manual For Substance Misuse In People With Severe Mental Health Problems*. John Wiley & Sons.

Graham, L.H., Copello, A., Birchwood, M.J., Mueser, K. (2003). A Cognitive Conceptualization of Concurrent Psychosis and Problem Drug and Alcohol use. In: *Substance Misuse in Psychosis: Approaches to Treatment and Service Delivery*. Graham, L.H., Copello, A., Birchwood, M.J., Mueser, K. (ed). (p. 74-89)Chicester: John Wiley & Sons.

Harm Reduction International (2009). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, United Kingdom.

Hunt, G.E., Siegfried N., Morley K., Sitharthan T., Cleary M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 3; 10: CD001088.
doi: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.

Initiatiefgroep Zelfmanagement. (2009). *Manifest Zelfmanagement chronisch zieken*. www.zelfmanagement.com

Irwin, J., Bowers, C., Dunn, M. & Wang, M. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563–570.

Jonge, J. de & Van Giffen, 2013. Motiveren van dubbele-diagnosecliënten en de stadia van gedragsverandering. In: Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, et al (red), *Handboek Dubbele Diagnose*. Utrecht: de Tijdstroom.

Kok, T., Rens. L. van, Haan, H. de (2013) Posttraumatische stressstoornis en verslaving. In: Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, et al (red), *Handboek Dubbele Diagnose*. Utrecht: de Tijdstroom.

Kraus, S., Douglas, J. (2015). Time to act: Fast -Tracking the response for people who inject drugs in Asia and the Pacific. *Harm Reduction Journal* (2015) 12:42.

Landelijk Platform GGZ. (2014). *Zelfmanagement en passende zorg Programma's van Eisen*. www.platformggz.nl

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol: Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Luijten, E., Korevaar, L., & Dröes, J. (2008). De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). In L. Korevaar & J. Dröes (red.), Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Lundahl B., Burke B.L. (2009) The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses
J Clin Psychol. 2009 Nov; 65(11):1232-45. doi: 10.1002/jclp.20638.

Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (Ed.). (1985). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Nunes VE and Quitkin FM (1997) Treatment of depression in drug-dependent patients: Affectio mood and drug use. NIDA Res. Monograph. 172, 61- 85. 26.

Magura, S., Laudet, A.B., Mahmood, D., Rosenblum, A., Knight, E. (2002). Adherence to Medication Regimens and Participation in Dual-Focus Self-Help Groups. In: Psychiatr Serv. 2002 Mar;53(3):310-6.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.53.3.310>

Magura S, Laudet AB, Mahmood D, Rosenblum A, Vogel HS, Knight EL. (2003). Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons. In: Addict Behav. 2003 Apr;28(3):399-413.

Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J., Rounsaville, B. (2002). Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. J Subst Abuse Treat. 2002 Dec; 23(4): 297–308.

Martino, S., & Moyers, T.B. (2007). Motivational interviewing with dually diagnosed patients. In H. Arkowitz, H.A. Westra, W.R. Miller, & S. Rollnick (Eds.) *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. (pp. 277-303). New York: Guilford Press.

McCracken, S. G., & Corrigan, P. W. (2008). *Motivational Interviewing for Medication Adherence in Individuals with Schizophrenia*. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick, *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press.

McGuire AB, Kukla M, Green A, Gilbride D, Mueser KT, & Salyers MP (2014). *Illness Management and Recovery: A Review of the Literature*. *Psychiatric Services* 65 (2), 171-179.

Michon, H., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van & A.D. Stant (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde ge-controleerde effectstudie. Deelrapport 1: Bevindingen na 18 maanden follow-up*.

Miller, William R. en Wilbourne, Paula L. (2002): *Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders*. *Addiction*, 97, 265–277. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs.

Miller, R.W. & S. Rollnick. (2002). *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change (Applications of Motivational Interviewing)*. New York: Guilford Publications, Inc.

Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Zarate, R., Fox, L., Feldman, J., Wolfe, R., & Clark, R.E. (2009). *Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial*. *Addictive Behaviors*, 34(10), 867-877.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. and Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. Guilford Press, New York, NY.

Mueser, K.T., Campbell, K., Drake, R.E. (2012). *The Effectiveness of Supported Employment in People With Dual Disorders*. *J Dual Diagn.* 2011 January 1; 7(1-2): 90–102. doi:10.1080/15504263.2011.568360.

Muusse, C., Wamel, A. van, Rooijen, S. van. (2012). Handreiking. Het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose. Utrecht: Trimbos-instituut.

Posthuma, T., R. Vos, M. Kerkmeer, P. Blanken, C. de Klerk, en C. van der Meer (2003). Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp: Richtlijnen voor Diagnostiek en Behandeling. Utrecht: GGZ Nederland.

Prochaska & DiClemente, 1983.

Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company.

Rens, W.J. van, Weert-van Oene, G.H. de, Oosteren, A.A. van, Rutten, C. (2012) Klinische behandeling van posttraumatische stressstoornis bij patiënten met ernstige dubbele diagnose. Tijdschrift voor Psychiatrie 54 (2012) 4, 383-388.

Ritter A, Cameron J (2006) A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug Alcohol Rev. 2006 Nov; 25(6):611-24.

Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). Health behaviour change: A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Schippers, G, Smeerdijk, M., Merx, M.J.N. (red). (2014). Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Amersfoort: Resultaten Scoren/Perspectief Uitgevers.

Shand F, Gates J, Fawcett J, Mattick RP (2003) The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. National Drug and Alcohol Research Centre. Department of Health and Ageing, Australia

Smeerdijk, M. (2013). De rol van familie bij de behandeling van dubbele diagnose. In: Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, et al (red), Handboek Dubbele Diagnose. Utrecht: de Tijdstroom.

Tate, S.J., Mrnak-Meyer, C.L., Shriver, J.H., Atkinson, S.K., Robinson, M.D., & Brown, S.A. (2011). Predictors of treatment retention for substance dependent adults with co-occurring depression. The American Journal on Addictions, 20, 357-365.

Velasquez, M.M., Maurer G.G., Crouch, C., & DiClemente, C.C. (2006). Groepsbehandeling bij middelenmisbruik: Stap voor stap veranderen op basis

van het transtheoretisch model. Amsterdam: Hartcourt/Pearson Assessment and information.

Wamel, A. van, Muusse, C., Rooijen S. van (2012). Handreiking Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten. Utrecht: Trimbos-instituut.

WHO, 1995 harm reduction

Wildt, W. de, Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). Module indicatiestelling & trajecttoewijzing Utrecht: GGZ Nederland.

Xie, H., McHugo, G.J., Fox, M., Drake, R.E. (2005). Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients With Mental and Substance Use Disorders. Psychiatric services. October 2005 Vol. 56 No. 10