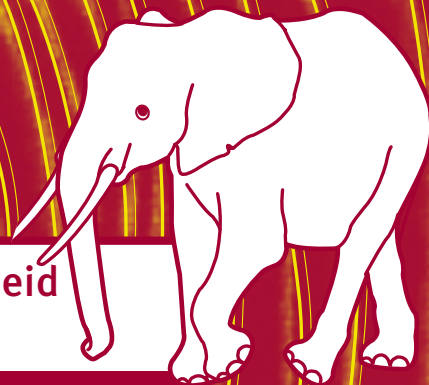


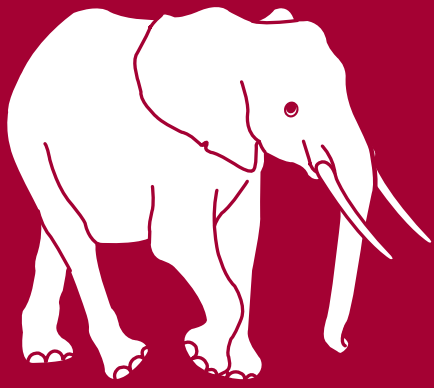
# Middelenafhankelijkheid en depressie

Handleiding

Resultaten Scoren

2009





# Middelenafhankelijkheid en depressie

diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen

Handleiding en protocol voor de behandelaar

Juni 2009

**Auteurs:**

M.G.H. Guiot  
A.M. Smeerdijk  
L.C. Franklin  
B.J.H. Kuiper

**Redactie:**

J. Huyser  
G.M. Schippers  
C. Krappel  
W.A.J.M. de Wildt  
H.R. Buntjer

**Literatuurstudie:**

A.M.Smeerdijk en B.J.H. Kuiper

## Voorwoord

Depressie en (alcohol)verslaving worden tegenwoordig wel als de 2 grote geestelijke “volksziekten” beschouwd.

De cijfers onder andere uit de omvangrijke NEMESIS bevolkingsonderzoeken zijn in dit verband eenduidig. Behalve deze feitelijke aspecten, zijn er ook een hele reeks van inhoudelijke kanttekeningen bij de twee aandoeningen te plaatsen.

Deze hebben betrekking op de soort en ernst van zowel depressies als middelenafhankelijkheid maar ook op de etiologie, de causaliteit, het gezamenlijk voorkomen van beide stoornissen en om de meest effectieve wijze waarop ze behandeld kunnen worden.

Wat de soort en ernst van de middelenafhankelijkheid betreft gaat het vooral om afhankelijkheid van alcohol, psychofarmaca, opiaten, cocaïne en problematisch cannabisgebruik.

Bij depressie wordt onderscheid gemaakt tussen depressieve stoornissen (w.o. bipolaire) en dysthyme stoornis. Vanwege de ruime categorisering van beide stoornissen, lijkt een nauwkeurige diagnostiek van groot belang voordat een behandelplan wordt opgesteld.

Wat de samenhang en causaliteit betreft tussen depressie en middelenafhankelijkheid: hierbij zijn vele gradaties mogelijk. Onbehandelde depressie verhoogt de kans op terugval in gebruik van middelen, hetgeen weer kan leiden tot zwaardere en langdurige depressies. Beide stoornissen kunnen elkaar versterken en recidiveren frequent.

Voor gedetailleerde antwoorden op deze vragen zijn recent verschillende goede publicaties verschenen zoals de multidisciplinaire richtlijn depressie (CBO, 2005), rapport van de British Association for Psychopharmacology (BAP, 2004) en de overzichtelijke publicatie van ZonMw (2006) over Comorbiditeit, verslaving plus een psychische stoornis. Van der Stel, auteur van laatstgenoemde studie, concludeert naar aanleiding van een meta-analyse dat medicatie en psychotherapie beide geschikt zijn voor de behandeling van verslaving en depressie met dien verstande dat de effectiviteit van antidepressieve medicatie op het middelengebruik niet toeneemt als daaraan een psychosociale behandeling wordt toegevoegd.

Deze publicatie “Middelenafhankelijkheid en depressie” legt het accent op de cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Daarvan is aangetoond dat deze effectief is, mits de juiste stappen worden genomen. Belangrijke stap is bijvoorbeeld dat bij gelijktijdig voorkomen van afhankelijkheid en depressie, de behandeling van de verslaving als eerste wordt aangepakt.

De handleiding is ontwikkeld en getoetst bij Jellinek/Arkin, zowel bij behandelafdelingen voor verslaving als voor psychiatrie/depressie. Daarnaast heeft een groep externe deskundigen, voornamelijk gedrags en cognitief therapeuten, handleiding en protocol beoordeeld.

Door de inspanningen in dit project geleverd, zijn we een stap verder gekomen in een adequate en effectieve aanpak van dit specifieke probleem van co-morbide afhankelijkheid en depressie. Wij hopen en verwachten dat deze publicatie brede ingang zal vinden in zowel de werkvloer van de verslavingszorg als die van de ggz en daarmee verwante sectoren.

Amersfoort, september 2009  
Martinus Stollenga  
Voorzitter Stuurgroep Resultaten Scoren

# Inhoudsopgave

## Deel 1 Introductie

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Achtergrond en totstandkoming van de handleiding</b>	<b>5</b>
2.1	Aanleiding	5
2.2	Literatuurstudie	5
2.3	Het ontwikkeltraject van de handleiding en de resultaten van de pilots	6
2.4	Doelstellingen	7
2.5	Definitie en exclusiecriteria	7
2.5.1	Definitie	7
2.5.2	Exclusiecriteria	7
2.6	Het zorgtraject	8
2.7	Organisatie van de zorg	8
2.8	Leeswijzer	9
<b>3</b>	<b>De fasering van diagnostiek en behandeling</b>	<b>9</b>
3.1	Fase 1: De intake	9
3.1.1	Screening en Assessment binnen de verslavingszorg	9
3.1.2	Screening en Assessment binnen de geestelijke gezondheidszorg	11
3.1.3	Medische screening	12
3.2	Fase 2: Detoxificatie	13
3.3	Fase 3: Vervolgdiagnostiek en evaluatie	14
3.4	Fase 4: Behandeling	14
3.4.1	Fase 4a: Behandeling van middelenafhankelijkheid	15
3.4.2	Fase 4b: Behandeling van depressie	16
<b>4</b>	<b>CGT van middelenafhankelijkheid en depressie</b>	<b>17</b>
4.1	De complexiteit van twee stoornissen	17
4.2	Overeenkomstige interventies	18
4.2.1	Probleemoplossende vaardigheden	18
4.2.2	Sociale vaardigheid- en Assertiviteitstraining	18
4.2.3	Vrijtijdsbesteding	18
4.2.4	Recidief preventieplan	18
4.3	Verschil in interventies	18
<b>5</b>	<b>Aspecten van de medicamenteuze behandeling van middelenafhankelijkheid en depressie</b>	<b>19</b>
5.1	Medicamenteuze behandeling van problematisch middelengebruik bij een comorbide depressieve stoornis	19
5.1.1	Medicamenteuze behandeling van alcohol- en opioïde afhankelijkheid	19
5.1.2	Medicamenteuze behandeling van benzodiazepine afhankelijkheid	20
5.1.3	Medicamenteuze behandeling van stimulantia- en cannabismisbruik	20
5.2	Medicamenteuze behandeling van een depressieve stoornis bij comorbide middelenproblematiek.	21
5.3	Effect van antidepressiva op alcohol en opioïde gebruik	22
5.4	Afbouw van medicatie	22
5.5	Interacties	22

## Deel 2 Protocol Depressiebehandeling

### Protocol Depressiebehandeling: beschrijving van de sessies

Sessie 1	24
Sessie 2	28
Sessie 3	30
Sessie 4	33
Sessie 5	36
Sessie 6	38
Sessie 7	39
Sessie 8	40
Sessie 9	42
Sessie 10	44

### Achtergronden voor de behandelaar

1	Inleiding	47
2	Rationale van de behandelmodule	47
3	Onderzoeksbevindingen	48
4	Positionering van de module	49
5	Doelen	50
6	Instreamcriteria	50
7	Duur en aantal sessies	50
8	Aanwezigheid en processturing	50
9	Profiel van de behandelaars	50
10	Materialen	51
11	Rapportage	51
12	Literatuurlijst	51

# Deel 1

## 1. Inleiding

Voor u ligt een handleiding voor de behandelaar van cliënten met comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. De handleiding beschrijft een geïntegreerde aanpak voor deze problematiek wat in dit geval inhoudt dat de cliënt eerst een leefstijltraining volgt om het middelengebruik onder controle te krijgen en daarna de CGT groepsdepressie behandeling.

## 2. Achtergrond en totstandkoming van de handleiding

### 2.1 Aanleiding

Bij veel mensen met depressieve klachten is er eveneens sprake van problematisch middelengebruik. Omgekeerd hebben mensen met middelenafhankelijkheid veelal te kampen met psychische klachten. De depressieve klachten en de middelenproblematiek kunnen uit elkaar voortvloeien, maar kunnen ook naast elkaar bestaan en elkaar versterken. Het stellen van de juiste diagnoses en het geven van een goede behandeling blijkt bij dubbele diagnoseproblematiek complex. Hierbij komt dat de diagnostiek en behandeling van een primaire stoornis vaak negatief wordt beïnvloed door de aanwezigheid van comorbide problematiek. Zo wordt comorbiditeit gekenmerkt door problemen op het gebied van gezondheid, huisvesting, criminaliteit en sociale relaties (Van der Meer, Hendriks, & Vos, 2003). Meer specifiek met betrekking tot comorbide depressie en middelenafhankelijkheid blijkt dat een toename in ernst van een van beide stoornissen geassocieerd is met een toename in ernst van de andere stoornis (Pettinati, 2004). Daarnaast neemt bij depressieve cliënten de kans op suïcide toe als zij eveneens kampen met middelenafhankelijkheidsproblemen (Modesto-Lowe & Kranzler, 1999). De organisatie van de huidige zorg voor deze cliëntengroep is over het algemeen gefragmenteerd. Het gevolg hiervan is dat mensen met een dubbele diagnose vaak van de ene naar de andere instelling worden verwezen, waardoor zij veelal tussen de wal en het schip vallen. Hierdoor ontstaan voor cliënten, familie en vrienden, hulpverleners en voor de maatschappij als geheel frustrerende situaties. Op grond van de bovengeschetste situatie zijn AMC de Meren en de verslavingszorginstelling Jellinek in het kader van het project Resultaten Scoren van GGZ-Nederland een samenwerkingsverband aangegaan. Het doel van deze samenwerking is om een handleiding op te stellen voor het diagnosticeren en behandelen van cliënten met comorbide depressie en middelenafhankelijkheid.

### 2.2 Samenvatting van de literatuurstudie<sup>1</sup>

Bij comorbiditeit van alcoholafhankelijkheid en depressie is behandeling met een antidepressivum effectief in het verminderen van depressieve symptomen, maar niet in het verminderen van het alcoholgebruik. Ook bij opiaatafhankelijkheid blijken antidepressiva effectiever te zijn in het reduceren van de depressieve symptomen dan in het reduceren van het drugsgebruik. Bij cocaïne afhankelijkheid en comorbide depressie hebben antidepressiva nagenoeg geen effect op beide stoornissen. Er zijn geen studies gevonden naar de behandeling van cannabismisbruik en comorbide depressie.

### 2.3 Het ontwikkeltraject van de handleiding en de resultaten van de pilots

Op basis van de verrichte literatuurstudie is een eerste versie van de handleiding en een daarbij aansluitend behandelprotocol ontwikkeld voor de geïntegreerde behandeling van middelenafhankelijkheid en depressie. In deze geïntegreerde behandeling wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) ingezet om zowel middelenafhankelijkheid als depressie gelijktijdig, binnen dezelfde serie behandelcontacten, te behandelen. De toepasbaarheid van de handleiding en het protocol zijn vervolgens getest in twee afzonderlijke pilots. Als eerste bij de ontwikkelaars van het protocol; Jellinek locatie Jacob Obrechtstraat en de afdeling stemmingsstoornissen van AMC de Meren gevolgd door een tweede pilot bij de Brijder Stichting en de Geestgronden locatie Spaarnepoort te Hoofddorp.

De pilots leverden een aantal uitvoeringsproblemen op die aanleiding vormden om de handleiding en het protocol ingrijpend aan te passen.

De eerste bevinding was dat het gelijktijdig uitvoeren van de behandelingen voor depressie en middelenafhankelijkheid in de praktijk tot verwarring leidde bij zowel de behandelaren als de cliënten. De sessies waren te vol en het was voor cliënten lastig om de opdrachten uit elkaar te houden met betrekking tot de verschillende problemen. Om deze reden werd er binnen de beide pilots al snel op praktische gronden gekozen om beide behandelingen sequentieel aan te bieden in plaats van geïntegreerd. Door eerst de aandacht op de middelenafhankelijkheid te richten, en pas over te stappen op de behandeling van depressie op het moment dat cliënten zes weken abstinente zijn, werd de behandeling voor zowel cliënten als hulpverleners meer gestructureerd en overzichtelijker.

Belangrijk in deze opzet is, dat er te allen tijde aandacht blijft voor de middelenafhankelijkheid en dat de aandacht hiernaar terug kan verschuiven op het moment dat cliënten terugvallen in hun middelengebruik.

De tweede bevinding uit de pilots was dat het abstractieniveau van de cognitieve interventies uit de depressiebehandelingen voor sommige cliënten uit de verslavingszorg te hoog lag. Evaluatie van de pilot toonde echter aan dat er vaak cliënten in de behandeling waren gestroomd van wie de problematiek in feite te complex was voor een ambulante CGT behandeling. Ook functioneerde het protocol binnen de pilots niet optimaal en waren er een aantal behandelaren binnen de verslavingszorg nog niet voldoende opgeleid in het geven van CGT. Deze drie factoren tezamen zouden bovenstaande bevinding kunnen verklaren.

De derde en laatste bevinding uit de pilots is dat de attitude en kennis van de medewerkers in de psychiatrie en de verslavingszorg van elkaar verschilden. Dit beïnvloedde de mate waarin de gecombineerde behandeling kon worden geïmplementeerd in negatieve zin. Hoewel binnen de GGZ de noodzaak van dubbele diagnose behandelingen werd gezien en medewerkers geïnteresseerd waren, kostte het veel inspanning om de verslavingszorg en de psychiatrie wezenlijk met elkaar te verbinden. Opvallend was ook dat er in de pilots weinig mensen in de gecombineerde behandeling zijn ingestroomd. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de manier van screenen, de attitude van de intakepersoneel en de onwennigheid van de cliënten om binnen de GGZ over hun middelengebruik te praten. Voor de implementatie van het gecombineerde behandelprotocol is een van de voorwaarden dat het personeel in voldoende mate wordt getraind in het screenen en diagnosticeren van middelengebruik c.q. depressieve klachten.

Drie van de vier deelnemende instellingen meldden dat ná de pilot de attitude duidelijk was verbeterd. Behandelaren waren enthousiast over de mogelijkheid om cliënten een dubbele behandeling aan te kunnen bieden en verwelkomden de kennisuitbreiding. Wel is het essentieel dat er gedegen intervisie en supervisie afspraken tussen de GGZ en VZ worden gemaakt, zodat er voldoende ondersteuning en opleiding is met betrekking tot het complementaire vakgebied.

Na de pilot is de Jellinek doorgeshaan met een CGT voor depressie (volgend op de standaard Leefstijltraining) en heeft haar ervaringen in het protocol verwerkt.

Aangezien de producten van Resultaten Scoren ten doel hebben landelijk bruikbaar te zijn heeft er een externe toetsing van de producten (Handleiding Middelenafhankelijkheid & Depressie en de groepsbehandeling depressie) plaatsgevonden. De nieuwe producten zijn in november, december 2008 en januari 2009 voorgelegd aan een aantal externe deskundigen. Deze herziene handleiding is het resultaat van de pilotbevindingen, de externe toetsing en de evaluatie daarvan. Deze handleiding moet als eerste stap worden gezien in de discussie op welke wijze de gecombineerde problematiek van depressie en middelenafhankelijkheid kan worden behandeld. Er is nu gekozen voor een sequentiële, organisatorisch geïntegreerde aanpak.

## **2.4 Doelstellingen**

Deze handleiding geeft inhoudelijke en organisatorische aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van de dubbele diagnose depressie en middelenafhankelijkheid binnen de psychiatrie en de verslavingszorg. In de handleiding zijn de volgende onderdelen te onderscheiden:

- Diagnostische criteria voor de dubbele diagnose depressie en middelenafhankelijkheid en een middelen geïnduceerde depressie.
- Een beslisboom ten behoeve van de indicatiestelling.
- Protocollen voor de sequentiële, organisatorisch geïntegreerde behandeling van depressie en middelenafhankelijkheid, gericht op het verminderen van de depressieve klachten en regulering of abstinentie van het problematische middelengebruik.

## **2.5 Definitie en exclusiecriteria**

### **2.5.1 Definitie**

In de DSM-IV-TR (APA, 2000) wordt er van een (klinische) depressie gesproken als er sprake is van of een gedeprimeerde stemming of van het verlies van belangstelling of genoegens. Daarnaast moet er sprake zijn van nog minstens vier andere symptomen, zoals een verstoord slaappatroon, een gevoel van schuld en een verminderde eetlust. Deze symptomen dienen ten minste twee aaneengesloten weken aanwezig te zijn. De factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan en/of het voortbestaan van de symptomen kunnen divers zijn. Er is sprake van een afhankelijkheid van middelen (afhankelijkheid) als men meer middelen gebruikt of meer gokt dan men zou willen, niet kan stoppen, het gebruik of het gokken niet meer in de hand heeft en een groot deel van de dag hiermee bezig is. In de DSM-IV-TR wordt gesproken van een aan middelengebonden stoornis, middelenmisbruik en afhankelijkheid van middelen. Middelenafhankelijkheid kan worden gezien als een primaire ziekte of biologische kwetsbaarheid, een door middelen geïnduceerde kwetsbaarheid of secundair ontstaan door levensomstandigheden of een psychiatrische stoornis. Ten gevolge van middelenafhankelijkheid kunnen verschillende psychiatrische symptomen of stoornissen ontstaan, zoals een depressie. Er wordt van comorbiditeit gesproken bij het gelijktijdig voorkomen van een psychiatrische stoornis en een middelgebonden stoornis.

### **2.5.2 Exclusiecriteria**

Deze handleiding is niet van toepassing bij cliënten:

- waarbij de middelenafhankelijkheid ernstig en/of chronisch is en waarbij de behandeling zich primair op de middelenafhankelijkheid zou moeten richten. Voorbeelden zijn cliënten met een jarenlange polymiddelenafhankelijkheid en cliënten die opioïde afhankelijk zijn en nog niet zijn ingesteld op methadon.
- waarbij de psychiatrische problematiek zodanig ernstig is, waardoor een aparte behandeling is geïndiceerd. Voorbeelden zijn cliënten met een comorbide depressie met psychotische kenmerken of een comorbide bipolaire stoornis.

## **7 Middelenafhankelijkheid en depressie**

## 2.6 Het zorgtraject

Om tot een goede diagnostiek en behandeling te komen is het van belang om een duidelijke fasering van het organisatorisch geïntegreerde zorgtraject aan te brengen. In navolging van de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van psycho-medisch Parnassia Centrum (Van der Meer, et al., 2003) en het in paragraaf 1.2 besproken wetenschappelijke onderzoek is de volgende fasering van het zorgtraject opgesteld:

1. Intake: Standaard intakeprocedure en voorlopige diagnostiek van de comorbide stoornissen aan de hand van screening en assessment
2. Detoxificatie: Ontgiftiging van het problematische middelengebruik
3. Vervolgdiagnostiek en evaluatie:  
Assessment van middelenafhankelijkheid en depressie en de indicatiestelling voor vervolghandeling
- 4a. Vervolgbehandeling middelenafhankelijkheid:  
Farmacologische- en/of psychotherapeutische behandeling van de middelenafhankelijkheid
- 4b. Behandeling depressie  
Farmacologische- en/of psychotherapeutische behandeling van de depressieve klachten

Na het doorlopen van elke fase wordt beoordeeld of de cliënt naar de volgende fase kan doorstromen of dat er wellicht een stap terug gedaan moet worden. Aangezien de behandelingen van middelenafhankelijkheid en depressie sequentieel worden aangeboden, kan aan het einde van de leefstijltraining (fase 4a) worden besloten of de depressie behandeling nog nodig is. Indien de depressieve klachten na abstinentie of regulering van het middelengebruik voldoende zijn opgeklaard, kan ervoor worden gekozen de behandeling op dit moment af te ronden en fase 4b niet meer in te zetten. Indien er nog depressieve klachten aanwezig zijn en het middelengebruik onder controle is, zal na de leefstijltraining de depressiebehandeling worden ingezet. Afhankelijk van de organisatievorm kan de keuze voor het inzetten van de CGT voor depressie ook worden gemaakt na de detoxificatie. Echter, aangezien de meeste detoxificatieprogramma's slechts één of twee weken duren, verdient het de voorkeur om deze keuze uit te stellen totdat er een langere periode van abstinentie is bereikt.

Het is bij deze fasering belangrijk in het oog te houden dat de twee stoornissen over het algemeen een verschillend herstelpatroon vertonen. In de regel heeft een leefstijltraining een meer recidiverend verloop, waarin de cliënt vol goede hoop en inzet begint, maar grote kans heeft om een aantal maal in het middelengebruik terug te vallen. Om deze reden is het belangrijk dat er te allen tijde - ook bij volledige abstinentie - aandacht moet worden besteed aan de middelenafhankelijkheid, zij het op de achtergrond. Daarentegen wordt bij een depressiebehandeling meer een geleidelijke verbetering gezien met minder tussentijdse ernstige terugvallen.

## 2.7 Organisatie van de zorg

De organisatie van de zorg voor cliënten met een dubbele diagnose kan per instelling verschillend zijn. Uitgangspunt is dat het voor de cliënt duidelijk is dat het zorgaanbod op elkaar is afgestemd en dat het aansluit. Vermeden moet worden dat cliënten van de ene naar de andere instelling worden (door-) verwezen zonder enige vorm van afstemming, waardoor de kans bestaat dat zij tussen de wal en het schip vallen. Om dezelfde reden wordt de cliënt niet naar een reguliere depressie- of verslavingsbehandeling verwezen, wanneer een van de twee stoornissen tijdens de behandeling in remissie treedt. De cliënt blijft gedurende het hele traject binnen hetzelfde behandelkader, onafhankelijk van de status van de comorbide problematiek. Alleen wanneer de ernst van de problematiek dermate escaleert dat de cliënt een wezen-

lijk andere behandeling nodig heeft, zal er worden overwogen om de cliënt (tijdelijk) door te verwijzen (bijvoorbeeld voor een klinische opname). Een gecombineerde en geïntegreerde behandeling betekent niet automatisch dat de behandeling alleen door één behandelaar gegeven kan worden. Gekozen kan worden om de behandeling voor middelenaafhankelijkheid en depressie door verschillende behandelaars te laten uitvoeren. Tevens kan ervoor gekozen worden om de behandelingen in een groep te doen. Zaak is om tot een goede afstemming te komen.

## **2.8 Leeswijzer**

In de komende hoofdstukken is een beschrijving opgenomen van de diverse aspecten van de (medicamenteuze) behandeling van middelenaafhankelijkheid en depressieve klachten.

In hoofdstuk 3 wordt er allereerst een overzicht gegeven van het gehele behandelproces, van de intake, de diagnostiek, tot de uiteindelijke sequentiële behandeling van de aanwezige middelenaafhankelijkheid en de depressieve klachten.

In hoofdstuk 4 wordt de complexiteit van twee comorbide stoornissen beschreven en wat dit voor effect kan hebben op de behandeling. Tevens worden de overeenkomsten en verschillen besproken tussen de beide interventies.

In hoofdstuk 5 wordt er een beschrijving gegeven van de behandeling van middelenaafhankelijkheid en depressie met behulp van medicatie, welke als ondersteuning kan dienen bij de beide gedragstherapeutische interventies.

Deel II bevat het protocol van de groepsbehandeling depressie.

## **3. De fasering van diagnostiek en behandeling**

Dit hoofdstuk bespreekt de vier, in paragraaf 2.6 genoemde, fasen van de sequentiële behandeling van middelenaafhankelijkheid en depressie afzonderlijk.

### **3.1 Fase 1: De intake**

De handleiding heeft betrekking op cliënten die via de gebruikelijke intakeprocedures zijn aangemeld bij een psychiatrische of verslavingszorginstelling. Voor deze cliëntengroepen wordt tijdens de intakefase ten doel gesteld om cliënten met een comorbide depressie en middelenaafhankelijkheid vroegtijdig op te sporen. Hiertoe moeten zowel cliënten die zich aanmelden bij de verslavingszorg als cliënten die zich melden bij de psychiatrie standaard op beide stoornissen worden onderzocht. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen screening (gevalsopsporing), assessment (vaststelling van de stoornis en van de ernst van de stoornis) en de definitieve diagnostiek. Het assessment vindt bij voorkeur al tijdens de intakefase plaats, om een ernstinschatting van de problematiek te kunnen maken. De definitieve diagnostiek ten aanzien van de depressieve klachten vindt plaats na de detoxificatiefase aangezien er voor die tijd nog niet kan worden vastgesteld of de depressieve klachten los staan van het middelengebruik.

#### **3.1.1 Screening en Assessment binnen de verslavingszorg**

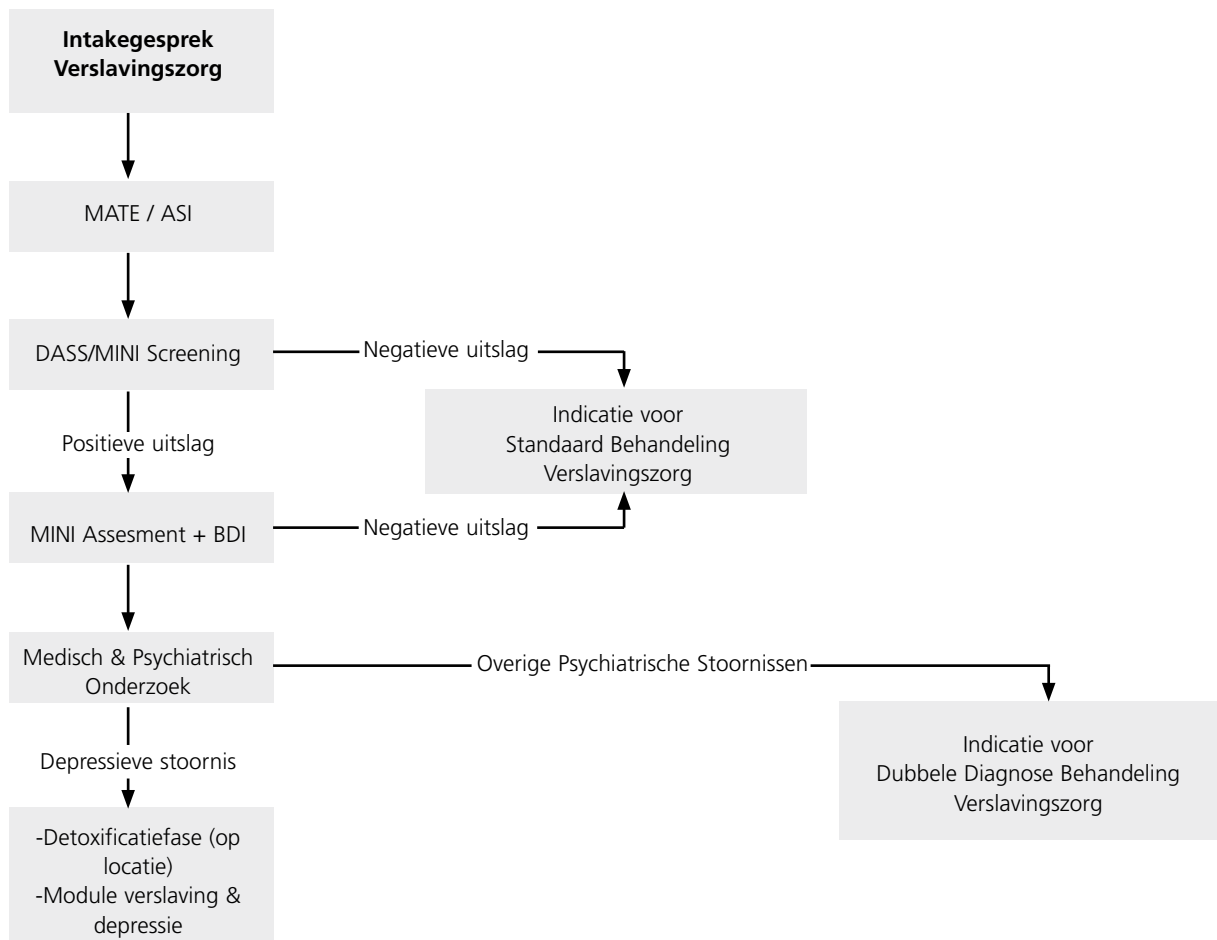
In de verslavingszorg (Stroomschema 1) wordt voor de screening en assessment van de mid-

delenaafhankelijkheid tijdens de intake vrijwel standaard de EuropASI of de MATE (-Crimi) afgenomen. De inschatting van de ernst van de middelenafhankelijkheid is met behulp van de EuropASI subjectief. De MATE vraagt de DSM-IV-TR criteria voor middelenmisbruik en -afhankelijkheid letterlijk uit met behulp van de CIDI, wat een objectievere maat voor de middelenafhankelijkheid biedt. Voor de screening van depressie kan gebruik worden gemaakt van de Hospital **Anxiety Depression Scales (HADS)**, de Depression Anxiety Stress Scales (DASS) die is opgenomen in de MATE, of de MINI-screen indien de EuropASI wordt gebruikt. Indien de cliënt op de screening positief scoort wordt een uitvoeriger assessment gedaan, bijvoorbeeld met de depressiesectie van de uitgebreide MINI. De Beck's Depression Inventory (BDI) wordt afgenomen om zicht te krijgen op de ernst van de depressieve stoornis.

Als er (heftige) ontwenningssverschijnselen te verwachten zijn en de cliënt de wens heeft om te stoppen met gebruiken, dan is een medisch consult voor de bepaling van de detoxificatie geïndiceerd (zie paragraaf 2.1.3).

Indien de psychische klachten ernstig zijn en er bijvoorbeeld sprake is van suïcidale ideaties, wordt aangeraden een psychiatrisch (spoed-) consult vóór de detoxificatie te laten plaatsvinden. Wanneer er geen sprake is van een depressieve stoornis, zal de cliënt naar een regulier behandel aanbod voor middelenafhankelijkheid worden verwezen.

### Stroomschema 1: Procedure Intakefase verslavingszorg

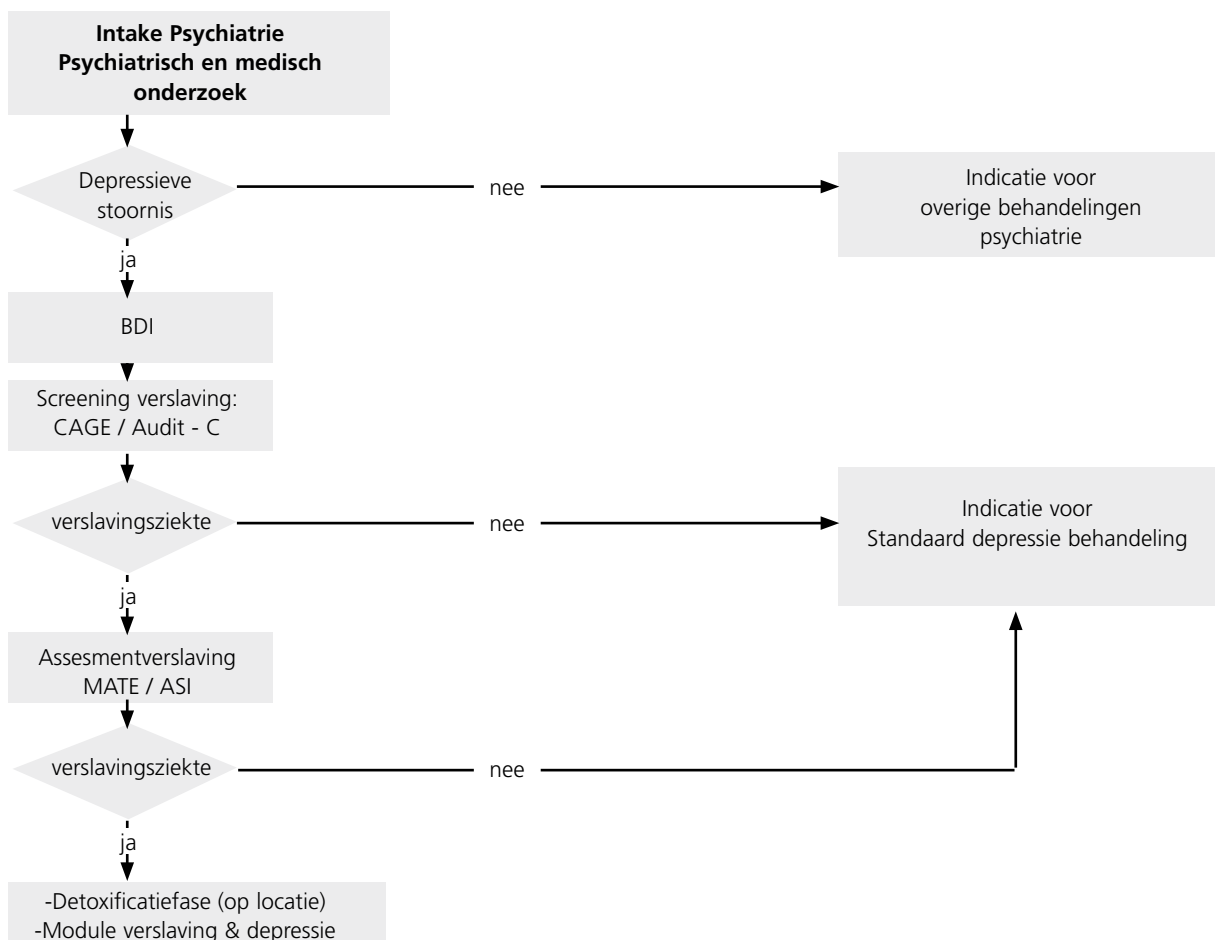


### 3.1.2 Screening en Assessment binnen de geestelijke gezondheidszorg

In de psychiatrie (Stroomschema 2) bestaat de intakeprocedure standaard uit een psychiatrisch en een medisch onderzoek. Hierbij wordt door een psychiater onderscheid gemaakt tussen een depressieve stoornis en overige psychiatrische stoornissen en worden mogelijke somatische oorzaken van de psychische klachten onderzocht. Een eventueel aanwezige depressieve stoornis wordt vastgesteld met behulp van een klinisch interview, al dan niet aan de hand van een (semi-) gestructureerd diagnostisch instrument. In de afgelopen jaren heeft met name de MINI een opmars doorgemaakt in de GGZ.

In het geval er een depressieve stoornis wordt geconstateerd, zal mogelijk een ernstlijst zoals de BDI, de HDRS, MADRS of IDS worden afgenomen ter vaststelling van de ernst van de depressie. Het is echter ook mogelijk dat de clinicus de ernst meer globaal beoordeelt op aantal en ernst (psychose, suicidaliteit) van de symptomen en het functioneren van de patiënt op dat moment. De middelenafhankelijkheid wordt standaard uitgevraagd bij een intake. Bij een deel van de instellingen wordt daarbij gebruik gemaakt van een screener zoals de CAGE, de CAGE-AID en de Audit-C, maar het vragen naar symptomen van misbruik en afhankelijkheid behoort tot het standaard diagnostisch interview ('klinische diagnose') van de psychiater. Bij een positieve screeningsuitslag of vermoeden van middelenafhankelijkheid kan de alcohol- en drugssectie van de MATE of EuropASI worden afgenomen om dit nader te specificeren. Indien er geen sprake is van middelenafhankelijkheid, wordt de cliënt verwezen naar een regulier behandelaanbod voor depressieve stoornissen. Als er wel sprake is van middelenafhankelijkheid, is een medisch consult aan te bevelen om te bepalen of en eventueel welke detoxificatie geïndiceerd is.

**Stroomschema 2: Procedure Intakefase Psychiatrie**



### 3.1.3 Medische screening

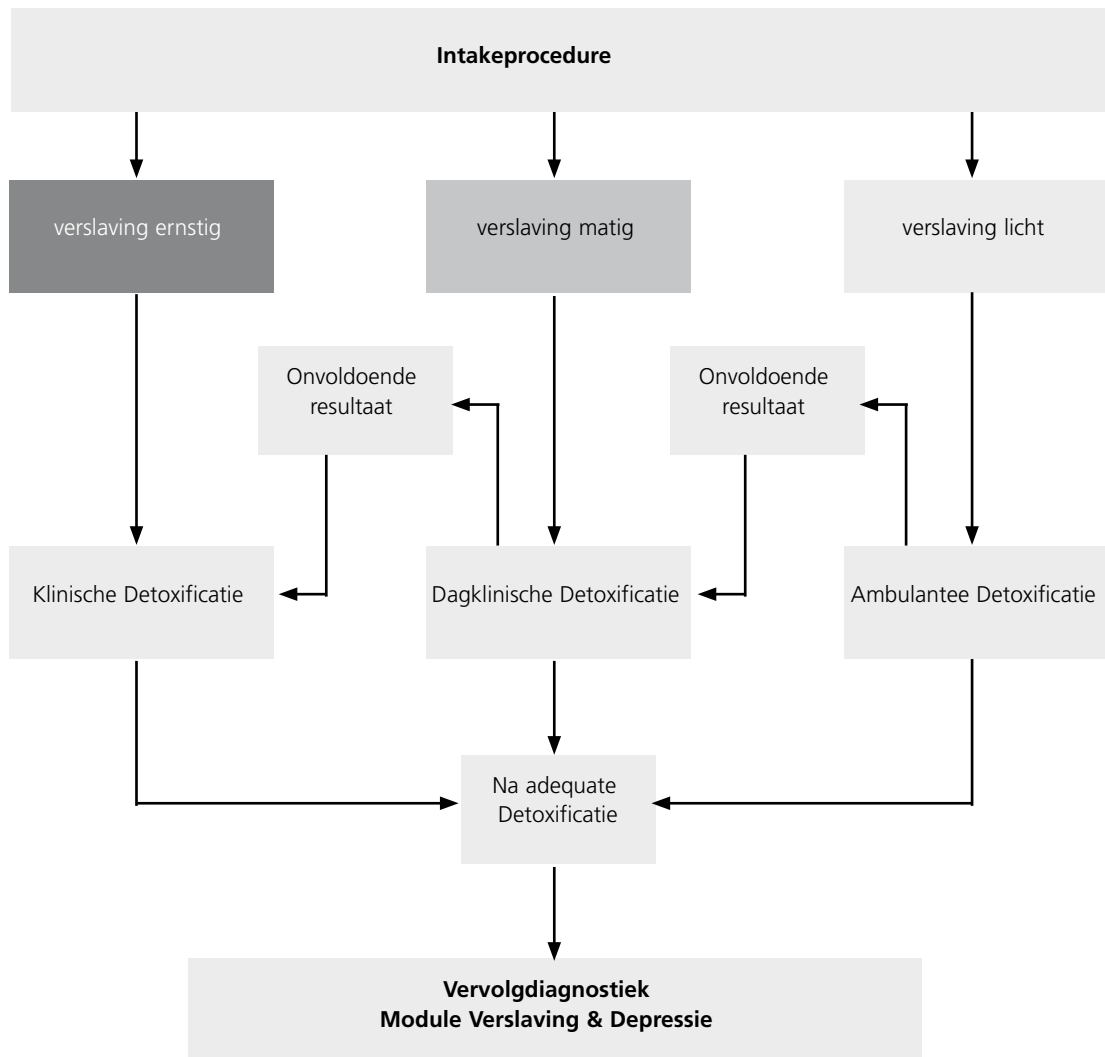
Bij de aanwezigheid van zowel depressieve klachten als middelenaafhankelijkheid dient deze groep cliënten tijdens de intakefase om een drietal redenen door een arts medisch gescreend te worden:

- Ten eerste presenteren depressieve cliënten en cliënten met middelenaafhankelijkheid zich veelal met lichamelijke klachten. Deze worden vaak door ontwenning of spanningen veroorzaakt, maar kunnen evengoed worden veroorzaakt door somatische aandoeningen. Er is bij deze cliënten vaak zelfs sprake van somatische comorbiditeit.
- Depressies en middelenaafhankelijkheid beïnvloeden het beloop van somatische aandoeningen in negatieve zin. Het is om deze redenen aan te bevelen om een medische anamnese en een globaal lichamenlijk en neurologisch onderzoek af te nemen. Naast het somatische onderzoek, kan de medische screening ook worden gebruikt om een klinische inschatting te maken van de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek.
- Ten slotte wordt tijdens het medisch onderzoek vastgesteld of de detoxificatie ambulant of klinisch kan plaatsvinden en wordt het beleid vastgelegd in een medisch behandelplan.

De indicatie voor een ambulante, dagklinische of klinische detoxificatie wordt gesteld op basis van de ernst van de middelenaafhankelijkheid en de psychiatrie. Deze kan worden vastgesteld aan de hand van de criteria die hiervoor zijn opgesteld door Resultaten Scoren in de 'Module indicatiestelling en trajecttoewijzing' (2002). De vaststelling van het type detoxificatie wordt altijd door een arts gedaan. Samen met de cliënt wordt hierbij een keuze gemaakt uit het minderen of stoppen van het middelengebruik en het wel of niet ondersteunen met farmaca. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het stepped care model waarbij de cliënten in eerste instantie, tenzij anders geïndiceerd, in aanmerking komen voor een ambulante detoxificatie (stroomschema 3). Bij onvoldoende resultaat wordt deze vervangen door een dagklinische detoxificatie (met of zonder farmaca) en uiteindelijk door een klinische detoxificatie.

Bij een ernstige depressieve stoornis of bij ernstige middelenaafhankelijkheid is een (dag-) klinische detoxificatie gericht op abstinentie van middelen geïndiceerd. Een uitzondering hierop is de afhankelijkheid van opioïden, waarbij voorzichtigheid geboden is bij het streven naar abstinentie en de behandeling over het algemeen bestaat uit substitutietherapie. Als er sprake is van een onthoudingsinsult of delirium tremens in de voorgeschiedenis is dit een indicatie voor een klinische detoxificatie. Ook kunnen somatische problemen reden zijn voor een klinische detoxificatie.

**Stroomschema 3: Indicatiestelling voor de detoxificatie**



### 3.2 Fase 2: Detoxificatie

In de detoxificatiefase is de primaire doelstelling de ontgiftiging van het middelengebruik. Cliënten die hun gebruik alleen willen minderen, kunnen deze fase overslaan. Tijdens de detoxificatiefase worden cliënten met behulp van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002) en psycho-educatie gemotiveerd tot het staken van het middelengebruik. Tevens wordt er aandacht besteed aan de motivatie voor en de voorbereiding op de vervolgbehandeling. Cliënten worden lichamelijk onderzocht en zo nodig behandeld. Onthoudingsyndromen worden op basis van medische observatie behandeld. De medische toestand, met name wat betreft de vitale functies, dienen tijdens de detoxificatie te worden gecontroleerd aangezien bij te heftige ontwenning onder meer delirante beelden en ontwenningssinsulten kunnen ontstaan. Als een cliënt depressieve klachten heeft en reeds een antidepressivum slikt, dan wordt deze gehandhaafd tijdens de detoxificatiefase. Er wordt aanbevolen dat na 4 tot 6 weken abstinentie, als de depressieve klachten aanhouden, (na een assessment van de ernst van de depressie met de BDI) de cliënt een psychiatrisch consult krijgt. Hierin kan beoordeeld worden of er een

indicatie is voor een ander antidepressivum te kiezen of dat er nadere diagnostiek nodig is naar de oorzaak van de aanhoudende klachten.

Als een cliënt nog geen antidepressivum slikt, dan wordt er in principe 4 tot 6 weken gewacht om te kijken of de depressieve klachten blijven bestaan. Als dit het geval is, is een consult bij de psychiater aangewezen.

Over het algemeen zal de detoxificatie 5 tot 14 dagen duren. Voor de individuele cliënt die veel last heeft van ontwenningssverschijnselen, spanningsklachten of slaapproblemen kan deze fase worden verlengd. Voor de detoxificatie van benzodiazepines dient vaak een langere periode te worden uitgetrokken. Deze is afhankelijk van de ontwenningssverschijnselen die optreden tijdens de ontgiftiging. Aanbevolen wordt om veranderingen van de medicamenteuze behandeling van opioïde afhankelijkheid in de verslavingszorg te laten plaatsvinden.

Voor een beschrijving van de detoxificatie van alcohol wordt verwezen naar de Resultaten Scoren Richtlijn Detox (2004), de handleiding 'Klinische detoxificatie van alcohol' van de Jellinek (Boonstra, 2001) en het protocol 'Preventie onthoudingsinsulten in het kader van een alcohol ontwenningssyndroom' van de Jellinek (Boonstra, 2003). Met betrekking tot benzodiazepines kan het gelijknamige protocol over de detoxificatie van benzodiazepines worden aangehouden (Boonstra, Geerlings, & Sigling, 2005). Voor een uitgebreide beschrijving van de medicamenteuze behandeling van opioïdafhankelijkheid wordt verwezen naar de betreffende module van de Jellinek (Boonstra, 2004).

### 3.3 Fase 3: Vervolgdiagnostiek en evaluatie

Na de detoxificatiefase wordt de vervolgdiagnostiek- en evaluatiefase gebruikt om een inschatting van de ernst van de depressieve klachten en de middelenafhankelijkheid te maken en de diagnose depressieve stoornis te heroverwegen. De diagnostiek van depressieve klachten kan in deze fase worden bemoeilijkt door het lastige onderscheid tussen onthoudingsverschijnselen van het middelengebruik en symptomen van de depressieve stoornis. De ernstmeting kan gebruikt worden als uitgangspunt voor het volgen van het verdere beloop van de behandeling. De ernst van de depressieve klachten kan met behulp van bijvoorbeeld de BDI worden gevolgd. De ernst van de middelenafhankelijkheid kan in de loop van de behandeling duidelijker worden op basis van het aantal en de ernst van terugvallen in het middelengebruik.

Het verdient aanbeveling de diagnose depressie bij alcoholpatiënten paste stellen na twee tot drie weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld (Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol, 2009).

### 3.4 Fase 4: Behandeling

Uitgangspunt bij de comorbide aanpak is dat de behandeling van de middelenafhankelijkheid voorafgaat aan de behandeling van de depressie. Hiervoor zijn een drietal redenen te noemen. De eerste en voornaamste reden is dat de depressieve klachten mogelijk middelengeïnduceerd zijn. Als dit het geval is, zullen de depressieve klachten in de weken na de detoxificatie verdwijnen. De verwachting is dat dit bij een meerderheid van de cliënten het geval is. Een tweede is dat de intoxicatie door middelen met de behandeling interfereert en in het geval van alcohol ook met de behandeling met antidepressiva. Ten derde is de verwachting dat de behandeling

van de middelenproblematiek al een positieve invloed zal hebben op de depressieve klachten, aangezien beide behandelingen aangrijpen op dezelfde factoren. Zo speelt zowel bij middelenafhankelijkheid als bij depressie het terugkrijgen van controle een rol, evenals het activeren van de cliënt.

#### 3.4.1 Fase 4a: Behandeling van middelenafhankelijkheid

De cognitief gedragsmatige interventies in Fase 4a zijn gebaseerd op de Leefstijltraining 2 (individueel) en de Leefstijltraining 4 (groep). De cognitieve gedragstherapie voor middelenafhankelijkheid bestaat bij de Leefstijltraining 2 uit zes standaard sessies, een evaluatiesessie en vervolgens drie keuzesessies waarbij cliënten uit een aantal thema's kunnen kiezen. Bij de Leefstijltraining 4 gaat het om 12 sessies. Binnen de sessies wordt een onderscheid gemaakt tussen motivering, zelfcontroletraining en terugvalpreventie. Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick (1983) is specifiek gericht op het onderzoeken van de ambivalentie ten aanzien van het middelenmisbruik en om de intrinsieke motivatie tot verandering te versterken. Deze methode maakt gebruik van motiveringstechnieken om de eigen mogelijkheden die de cliënt heeft om zijn gedrag te veranderen, te gebruiken. Motiverende gespreksvoering combineert een ondersteunende en empathische gespreksstijl met een directieve methode om de ambivalentie te beïnvloeden richting verandering (Emmelkamp & Vedel, 2007 – p 49).

De middelenafhankelijkheid kan met de Leefstijltraining alleen of met een combinatie van psycho- en farmacotherapeutische interventies worden behandeld. Vooral bij cliënten met ernstige middelenafhankelijkheid kan gekozen worden om aan de behandeling farmacotherapie toe te voegen. In dat geval kan in overleg met de cliënt een keuze worden gemaakt uit anti-craving, substitutie en/of aversie medicatie.

In de sequentiële behandeling van middelenafhankelijkheid en depressie wordt de zevende (evaluatie) sessie van de Leefstijltraining 2 gebruikt om de middelenproblematiek en eventueel resterende depressieve klachten te evalueren, en te beslissen hoe men vanaf hier verder gaat. Wanneer de cliënt nog steeds depressieve klachten heeft en het middelengebruik voldoende onder controle is, kan vanaf dit moment op de CGT voor depressie worden overgegaan. Indien de depressieve klachten voldoende zijn afgenomen, kan ervoor worden gekozen om de behandeling af te ronden en eventueel nog de drie keuzesessies uit de Leefstijltraining 2 te benutten.

Bij cliënten die na adequate regulering van het middelengebruik depressieve klachten houden, wordt alsnog abstinentie nagestreefd – zo nodig ondersteund met farmaca - en wordt met de cliënt eerst een detoxificatiefase afgesproken (Fase 2).

Voor een uitvoerige beschrijving van de Leefstijltraining 2 wordt verwezen naar de Handleiding trainer Leefstijltraining 2 (De Wildt, 2002) en voor de Leefstijltraining 4 naar de Handleiding trainer Leefstijltraining 4 (Merckx en Van Broekhoven, 2003). Voor een beschrijving van de motiverende gespreksvoering wordt verwezen naar de 'Handleiding Motiverende gespreksvoering' (Schipper, 1996) of het boek 'Motivational interviewing' (Miller & Rollnick, 2002).

Voor een meer uitvoerige beschrijving van farmacotherapie wordt verwezen naar hoofdstuk 5. Verder wordt verwezen naar de modules 'Medicamenteuze behandeling van alcoholmiddelenafhankelijkheid' (Boonstra, 2003), 'Medicamenteuze behandeling van benzodiazepines' (Boonstra, Geerlings, & Rozenbroek, 2005) en 'Medicamenteuze behandeling van opioïdafhankelijkheid' (Boonstra, 2004). Alle drie deze uitgaven zijn in het beheer van de Jellinek.

### 3.4.2 Fase 4b: Behandeling van depressie

Wanneer cliënten zes weken abtinent zijn, kan worden gestart met de behandeling van de depressie. Criterium om aan de in deze handleiding beschreven groepsbehandeling<sup>2</sup> mee te kunnen doen is dat de cliënt een BDI score van 14 of hoger heeft. De groepsbehandeling is niet geschikt voor cliënten die psychotisch en/of suïcidaal zijn.

De nadruk binnen het CGT protocol ligt op activatie en het hervinden van controle.

Een andere interventie, zoals bijvoorbeeld IPT of het toevoegen van mindfulness technieken, kan naar eigen keuze worden ingezet.

Deel II van deze handleiding bevat het protocol voor de Depressiebehandeling (Heringa, Wilcke, & Herweijer, 2009).

De cognitief gedragstherapeutische interventies kunnen uiteraard worden gecombineerd met antidepressiva. Deze kunnen bijvoorbeeld worden voorgeschreven wanneer de ernst van de depressie na vier weken abtinentie is toegenomen of niet is afgenomen. Ook bij een ernstiger depressie, of wanneer uit de voorgeschiedenis blijkt dat de patiënt eerder een niet middelengeïnduceerde depressie heeft doorgemaakt, c.q. wanneer de patiënt eerder goed heeft gereageerd op antidepressiva, kunnen antidepressiva al na twee weken abtinentie worden voorgeschreven. De combinatie geïntegreerde psychotherapie en antidepressiva wordt met name geadviseerd bij een recidiverende of een ernstige depressie.

Voor een beschrijving van de behandeling met antidepressiva wordt verwezen naar de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen (2005) van het Trimbos Instituut.

Bij recidiverende of ernstige depressies en ernstige middelenafhankelijkheid wordt een combinatie van geïntegreerde psychotherapie, antidepressiva en anticravingmiddelen geadviseerd. De keuze hiertussen is afhankelijk van de psychiatrische- en verslavings voorgeschiedenis van de cliënt, diens voorkeuren, diens somatische toestand en van diens cognitieve mogelijkheden.

Na het doorlopen van beide behandelfasen (Fase 4a en b) kan het zijn dat de cliënt nog steeds last heeft van depressieve klachten of terug blijft vallen in middelengebruik. In deze gevallen dient een intensivering van de behandeling (bijvoorbeeld een intensiteitverhoging naar dagbehandeling, een andere psychotherapeutische interventie of farmacotherapie) en combinaties van antidepressiva, anticravingmiddelen en psychotherapeutische interventies te worden overwogen.

<sup>2</sup> De in deze handleiding beschreven behandeling is een groepsbehandeling. Behandeling kan vanzelfsprekend ook individueel gegeven worden.

## 4. CGT van middelenafhankelijkheid en depressie

Zoals eerder gezegd is de psychotherapeutische behandeling van beide stoornissen inhoudelijk sequentieel en organisatorisch geïntegreerd. De integratie vindt voornamelijk plaats op het vlak van de gekozen behandelvorm (cognitieve gedragstherapie) en overeenkomsten in de benodigde behandelinterventies. Ook is het belangrijk dat cliënt en behandelaar kunnen switchen tussen fase 4a en 4b in het geval van een terugval in middelengebruik.

Fase 4a bestaat uit de Leefstijltraining 2 of 4 voor middelenafhankelijkheid en fase 4b bestaat uit een cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van depressie, waarbij aandacht is voor activering van de cliënt. Het depressieprotocol is bijgevoegd als bijlage aan deze handleiding. Dit hoofdstuk beschrijft de complexiteit van twee stoornissen, en de overeenkomsten en verschillen van de behandelingen voor middelenafhankelijkheid en depressie.

### 4.1 De complexiteit van twee stoornissen

Bij de psychotherapeutische behandeling van depressie en middelenafhankelijkheid is het belangrijk om doordrongen te zijn van de complexiteit van de beide stoornissen. Zo gebruiken cliënten met middelenafhankelijkheid middelen om spanningen te reduceren, problemen niet meer onder ogen te hoeven zien en om een positief gevoel te bewerkstelligen. Bij afwezigheid van het middel treedt een averechts effect op. Ze voelen zich schuldig en onverbeterlijk over hun gebruik. Zij komen tot weinig of niets door de toxische effecten van de middelen of doordat zij grote gedeelten van de dag bezig zijn met het verkrijgen of gebruiken van de middelen. Ook ontstaan lichamelijke en psychische problemen. Veelvoorkomend zijn somberheid en angst, slaapproblemen, oververmoeidheid, geheugen- en concentratieproblemen, en soms agitatie. Veelal komen verslaafde cliënten maatschappelijk in de problemen en in een sociaal isolement. Het middelengebruik kan door cliënten ook als zelfdestructie worden gebruikt. Bij overmatig gebruik kan een psychotisch of delirant beeld ontstaan.

Voor depressieve cliënten gelden veelal dezelfde problemen, al hebben zij een andere etiologie. Bij een depressieve episode hebben cliënten last van somberheid en kunnen zij nergens meer van genieten. Ze voelen zich vaak minderwaardig en snel schuldig. Cliënten piekeren veel en zijn een groot deel van de dag bezig met hun depressieve klachten. Ze hebben last van slaapproblemen, geheugen- en concentratieproblemen, oververmoeidheid en soms agitatie. Ze zijn inactief, vermijden moeilijke situaties en voelen zich hulpeloos. Daarnaast hebben ze ook frequent last van faalangst, wanhoop en angst om belangrijke personen te verliezen. Ze zijn hierdoor niet meer in staat om te werken en raken sociaal geïsoleerd. Bij een ernstige depressie kan zelfdestructief of suïcidaal gedrag of een psychose ontstaan.

De CGT voor depressie kan zowel een negatieve als een positieve invloed hebben op de middelenafhankelijkheid. Enerzijds kan de behandeling belastend zijn voor de cliënt waardoor de kans op een terugval wordt verhoogd. Anderzijds kan het aanslaan van de depressiebehandeling de kans op terugval in middelengebruik verkleinen. Met beide situaties moet van tevoren rekening worden gehouden.

Bij de behandeling van cliënten met depressie en middelenafhankelijkheid dient verder rekening te worden gehouden met specifieke kenmerken van deze complexe cliëntengroep. Zo is bijvoorbeeld de kans op somatische aandoeningen, suïcidaliteit, stoornissen in de impulsbeheersing, en stoornissen in de emotieregulatie verhoogd.

## 4.2 Overeenkomstige interventies

Een aantal gedragstherapeutische interventies zijn waardevol voor zowel depressieve klachten als middelenproblematiek.

### 4.2.1 Probleemoplossende vaardigheden

Vaak ontstaan er problemen door de depressie en/of het middelengebruik. Het aanleren van effectieve methoden om probleemsituaties aan te pakken en op te lossen kan een terugval in middelengebruik voorkomen en kan de depressieve klachten doen verminderen.

### 4.2.2 Sociale vaardigheid- en Assertiviteitstraining

Bij overmatig middelengebruik of door een depressieve stemming kan er sprake zijn van minder activiteiten, minder of conflictueus inter-persoonlijk gedrag en weinig positieve reacties uit de omgeving. In de sociale omgeving kan er eveneens sprake zijn van overmatig middelengebruik en wordt de cliënt gestimuleerd om middelen te gebruiken. Ook kunnen (positieve) reacties van anderen door de cliënt negatief worden geïnterpreteerd, vanwege een negatief zelfbeeld, schuldgevoelens of faalangst. Dit kan als gevolg hebben dat de omgeving minder bereid is of onbewust minder bereidheid laat blijken om met de depressieve cliënt om te gaan. Het gevolg is dat de cliënt zich afsluiten voor sociaal contact, sociale situaties gaan vermijden en dat er verstoorde interacties ontstaan. Hierdoor kan een sociaal isolement ontstaan. Dit alles kan ertoe leiden dat de cliënt meer middelen gaat gebruiken en zich nog depressiever gaat voelen.

### 4.2.3 Vrijtijdsbesteding

Cliënten met middelenaafhankelijkheid besteden veelal een groot deel van hun tijd aan het gebruik van middelen en hebben daardoor weinig andere activiteiten. Ze hebben vaak moeite om plezier aan activiteiten te ervaren, waardoor activiteiten minder ondernomen worden. Dit werkt weer het middelengebruik en de depressie in de hand.

Als er sprake is van een laag activiteitsniveau en als cliënten niet goed te weten hoe ze anders hun tijd kunnen invullen dan middelen te gebruiken, kan de interventie vrijetijdsbesteding een belangrijke aanvulling op de behandeling zijn.

### 4.2.4 Recidief preventieplan

Zowel bij cliënten met een depressieve stoornis als bij cliënten met middelenaafhankelijkheid lijkt een reële kans op recidive te bestaan. Samen met de cliënt wordt een individueel recidief preventieplan opgesteld waarbij zoveel mogelijk in gedragstermen worden opgeschreven hoe te handelen in risicosituaties, bij een terugval in middelengebruik en bij een toename van depressieve klachten.

## 4.3 Verschil in interventies

Een belangrijk verschil is de gedragsdoelstelling van beide interventies. Bij de CGT voor depressie speelt het veranderen van cognities een belangrijke rol. Er wordt geleerd om anders tegen situaties aan te kijken en om bepaalde stimuli anders te interpreteren. Dit gebeurt bijvoorbeeld door middel van het uitdagen van belemmerende gedachten en door het herkennen en uitdagen van denkfouten.

Bij de Leefstijltraining voor middelenafhankelijkheid gaat het niet om het veranderen van cognities, maar voornamelijk om het veranderen van het gedrag dat deze cognities veroorzaakt. Er wordt geleerd om geen middelen te gebruiken of om niet te gokken in situaties die gewoonlijk zorgen voor (extra) trek in gebruik/gokken. Tijdens de Leefstijltraining wordt ook aandacht besteed aan het leren omgaan met sociale druk.

## **5. Aspecten van de medicamenteuze behandeling van middelenafhankelijkheid en depressie**

Dit hoofdstuk beschrijft aspecten van de medicamenteuze behandeling van problematisch middelengebruik bij een comorbide depressieve stoornis, én de medicamenteuze behandeling van een depressieve stoornis met comorbide middelenproblematiek. Waar bekend, worden interacties tussen de verschillende farmaca aangegeven en aandachtspunten besproken met betrekking tot de comorbide stoornis. Voor de medicamenteuze behandeling van de enkelvoudige stoornissen wordt verwezen naar de fungerende richtlijnen.

### **5.1 Medicamenteuze behandeling van problematisch middelengebruik bij een comorbide depressieve stoornis**

Bij de detoxificatie van middelen dient de behandelaar rekening te houden met het feit dat cliënten om psychische klachten het hoofd te kunnen bieden, middelen kunnen gebruiken als 'zelfmedicatie'. Detoxificatie kan bij deze cliënten een verergering van het psychiatrische beeld veroorzaken.

#### **5.1.1 Medicamenteuze behandeling van alcohol en opioïdeafhankelijkheid**

Voor een beschrijving van de detoxificatie van alcohol wordt verwezen naar de Resultaten Scoren Richtlijn Detox (2004), de handleiding 'Klinische detoxificatie van alcohol' van de Jellinek (Boonstra, 2001) en het protocol 'Preventie onthoudingsinsulten in het kader van een alcohol ontwenningssyndroom' van de Jellinek (Boonstra, 2003). Ook wordt verwezen naar de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009) van het Trimbos. Wat betreft Naltrexon wordt verwezen naar het hoofdstuk over recidiefpreventie bij alcohol en de module medicamenteuze behandeling van alcoholafhankelijkheid (Boonstra, 2003). Voor een uitgebreide beschrijving voor de behandeling van opioïdeafhankelijkheid wordt verwezen naar de RIOB (richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling – resultaten scoren 2005) en de module 'Medicamenteuze behandeling van opioïdeafhankelijkheid' van de Jellinek (Boonstra, 2004).

#### **Detoxificatie**

Bij de ontgifting van alcohol worden benzodiazepines voorgeschreven tegen de onthoudingsverschijnselen. Afhankelijk van de ernst van de middelenafhankelijkheid en de depressieve klachten kan het gebruik van benzodiazepines over het algemeen na ongeveer 3 tot 7 dagen worden gestaakt. Bij verergering van de psychische klachten of indien eerst een antidepressivum wordt ingesteld, kan een langere afbouwperiode worden overwogen. Bij cliënten die ontgiften van alcohol komen vaak slaapstoornissen voor. Hiervoor worden dan bij voorkeur geen (extra) benzodiazepines voorgeschreven. Bij cliënten met middelenafhankelijkheid en depres-

sieve klachten kan in dit geval Mirtazapine voor de nacht worden overwogen, aangezien sedatie vaak als bijwerking ontstaat wat een normaal slaappatroon zou kunnen bevorderen.

### **Medicamenteuze terugvalpreventie**

Bij gelijktijdige behandeling met Disulfiram en TCA's dient men rekening te houden met de mogelijkheid dat er hogere bloedspiegels van Disulfiram en TCA's ontstaan (Ciraulo, Barnhill, & Boxenbaum, 1985, Ciraulo et al., 1985). De instelling van Disulfiram dient dan ook alleen te geschieden, nadat de cliënt hierover uitgebreid is geïnformeerd, hier volledig achter staat en onder frequent toezicht staat. Gezien de grote kans op toxiciteit en een verhoogd suïciderisico bij terugval dienen geen grote hoeveelheden te worden voorgeschreven. Contra-indicaties voor Disulfiram zijn zelfdestructief gedrag, impulsregulatieproblemen, suïcidaliteit, cognitieve stoornissen, leverfunctiestoornissen, cardiale problemen, zwangerschap en recent alcoholgebruik.

#### 5.1.2 Medicamenteuze behandeling van benzodiazepine afhankelijkheid

Voor een uitgebreide beschrijving van de detoxificatie van benzodiazepines kunnen de Jellinek protocollen over de detoxificatie van benzodiazepines worden aangehouden (Boonstra, Geerlings, Rozenbroek & Sigling, 2005).

### **Medicamenteuze ondersteuning tijdens en na de ontwenning**

Bij de ontgifting van benzodiazepines is het van belang om rekening te houden met de functie van het gebruik voor de cliënt. Vaak is dit om negatieve gedachten te stoppen of depressieve klachten te verminderen. Om deze reden is het belangrijk de cliënt uit te leggen dat benzodiazepines een depressieve episode kunnen induceren of onderhouden. Tevens kan aangegeven worden dat ongeveer 70% van de mensen met depressieve klachten opknappen na het staken van het gebruik van een benzodiazepine. Bij aanhoudende of verergering van de depressieve klachten kan een antidepressivum overwogen worden.

Bij comorbide angststoornissen treden in de detoxificatiefase vaak lichamelijke en geestelijke angstverschijnselen op. Maar ook bij slaapproblemen kunnen de klachten verergeren. In dat geval kan behandeling met Mirtazepine en slaaphygiëne de cliënt ondersteunen.

#### 5.1.3 Medicamenteuze behandeling van stimulantia- en cannabismisbruik

De onthoudingssyndromen van stimulantia en cannabis, maar ook langdurige intoxicatie, worden met name gekenmerkt door angsttoestanden, depressieve episodes, slapeloosheid, overmatig slapen, oververmoeidheid, agitatie en soms psychose. Onthoudingsverschijnselen verdwijnen bij stimulantia over het algemeen binnen 72 uur na onthouding. Bij het staken van cannabis kunnen, vanwege de lange halfwaardetijd, de onthoudingsverschijnselen in lichtere vorm enkele weken aanhouden. Ter vermindering van het angstniveau bij de detoxificatie van cannabis of stimulantia kunnen kort- en snelwerkende benzodiazepines worden voorgeschreven. Ter voorkoming en behandeling van insulten bij stimulantia, kunnen langer werkende benzodiazepines worden voorgeschreven, zoals Diazepam.

Tijdens de detoxificatiefase kunnen agitatie-toestanden, agressieve impulsdoorbraken, psychotische verschijnselen of manische toestandsbeelden ontstaan. Deze kunnen behandeld worden met klassieke of moderne antipsychotica gedurende enkele dagen. Een klinische opname dient in dit geval te worden overwogen. Bij mildere problematiek kan een observatieperiode worden ingesteld alvorens medicatie voor te schrijven. Wanneer er sprake is van comorbide alcohol- en cocaïneafhankelijkheid kunnen farmaca die bij alcoholafhankelijkheid worden voorgeschreven een indirect positief effect hebben op het cocaïnegebruik.

Men dient bedacht te zijn op een intoxicatie met stimulantia, waarbij verschijnselen als hyper-

activiteit, rusteloosheid, angst en een verminderd oordeelsvermogen kunnen optreden. In ernstige gevallen van intoxicatie met stimulantia kan hyperthermie, tachycardie en bloeddrukstijging ontstaan, waarbij een intensive care opname geïndiceerd is. Vaak is er sprake van dubbele middelenafhankelijkheid met alcohol of opiaten. Dit kan het klinische beeld compliceren, waardoor er sterk wisselende beelden kunnen ontstaan.

## 5.2 Medicamenteuze behandeling van depressie bij comorbide middelenproblematiek

Voor de medicamenteuze behandeling van een depressieve stoornis wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2005) van het Trimbos instituut.

Bij een matige depressie is de keuze aan de cliënt of deze CGT of een antidepressivum wil. Indien de depressieve klachten na detoxificatie in ernstige vorm blijven voortbestaan, wordt de cliënt aangeraden om een antidepressivum te gaan gebruiken. De American Psychiatric Association raadt aan om tot vier weken na abstinentie te wachten met het voorschrijven van antidepressiva. In deze handleiding wordt geadviseerd dit ook te doen, behalve in de volgende gevallen:

- Wanneer uit de psychiatrische voorgeschiedenis blijkt dat depressieve klachten bleven bestaan in een recente abstinente periode van minimaal één maand, kan tijdens of na detoxificatie worden gestart met een antidepressivum (Nunes & Levin, 2004).
- Wanneer na twee weken abstinentie blijkt dat er geen sprake is van een significante verbetering van de depressieve klachten, wordt aanbevolen het antidepressivum eerder dan na vier weken abstinentie voor te schrijven.
- Bij ernstige depressies, crises of suïcidaliteit kan ook worden overwogen eerder te starten met een antidepressivum, eventueel in combinatie met (een tijdelijke voorschrijving van) extra benzodiazepines.
- Bij een lichte depressie kan na detoxificatie worden overwogen om het beloop van de depressieve klachten enkele weken te observeren, alvorens een cliënt in te stellen op een antidepressivum.

Tricyclische antidepressiva worden niet als middel van eerste keus aanbevolen vanwege de potentieel serieuze interacties met alcohol, zoals cardiotoxiciteit en overdosering (Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009).

Hieronder worden enkele specifieke gevallen beschreven met betrekking tot de voorschrijving van een antidepressivum:

- Ten aanzien van het antidepressieve effect bij mensen met middelenafhankelijkheid en depressieve klachten zijn SSRI's en SNRI's vergelijkbaar met TCA's (Torrens, Fonseca, Mateu, & Farre, 2005).
- Men zal bij het voorschrijven van een antidepressivum aan cliënten met suïcidegedachten en/of suïcideplannen alert moeten zijn op het activerende effect van deze medicatie en de mogelijkheid van toename van impulsiviteit of agitatie, waardoor het suïciderisico kan toenemen (Fergusson et al., 2005).
- Bij cliënten met een goede respons op TCA's in het verleden of een goede respons bij een eerstegraads familielid, kan een TCA worden overwogen. Zij dienen dan wel een goede impulsbeheersing te hebben indien er sprake is van matige tot ernstige suïcidaliteit.
- Aan cliënten die alcohol gebruik(t)en moet worden uitgelegd dat voor TCA's, en in mindere mate voor SSRI's, geldt dat door interacties met alcohol de kans op (gevaarlijke) bijwerkingen wordt vergroot. De kans op bijwerkingen (met name sedatie) of een fatale overdosering door de combinatie met alcohol is het laagste bij SSRI's. Ook voor de 3e generatie antidepressiva Venlafaxine en Mirtazapine geldt dat een overdosering in combinatie met

alcohol tot gevaarlijke situaties kan leiden. De kans op bijwerkingen of een fatale overdosering met Venlafaxine of Mirtazapine in combinatie met alcohol is groter dan bij de SSRI's maar kleiner dan bij de TCA's (Koski, Vuori & Ojanperä, 2005).

- Bij het instellen van een antidepressivum kan tijdelijk een lage dosering benzodiazepines worden gegeven, aangezien deze cliëntengroep relatief meer bijwerkingen ervaart als slapeloosheid, agitatie en angstklachten. Men dient hiermee echter terughoudend te zijn in verband met de verslavende werking van benzodiazepines. Bij veelvoorkomende comorbide angstklachten verdient een meer selectief serotonerg werkend middel de voorkeur (Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, 2003).
- In het veelvoorkomende geval dat slaapstoornissen ontstaan bij detoxificatie, kan tijdens de detoxificatie fase het antidepressivum Mirtazapine worden voorgeschreven, aangezien deze vaak sedatie als bijwerking geeft. Door deze bijwerking kan een normaal slaappatroon worden bevorderd. Hiermee kan eveneens worden voorkomen dat langdurig benzodiazepines worden voorgeschreven, met kans op een benzodiazepineafhankelijkheid.

### 5.3 Effect van antidepressiva op alcohol- en opioïdegebruik

Uit verschillende meta-analyses blijkt dat antidepressiva een positief effect kunnen sorteren op depressieve klachten bij cliënten met een comorbide depressie en alcohol- of opioïdeafhankelijkheid. Anticravingmedicatie vermindert het alcoholgebruik en heeft mogelijk een licht indirect effect op de depressieve klachten. Dit resultaat is echter niet in elke studie significant (Blanken et al., 2003; Nunes & Levin, 2004; Pettinati, 2004).

Anticraving middelen zoals Naltrexon en Acamprosaat kunnen ondersteunend zijn bij het verminderen van het middelengebruik (Feinn & Kranzler, 2005; Bouza, Angeles, Munoz, & Amate, 2004) en zijn toepasbaar wanneer de cliënt veel last heeft van trek in alcohol of onvoldoende behandelingseffect heeft van de psychologische interventie op het alcoholgebruik. Logischerwijs kunnen ze indirect tot een stemmingsverbetering leiden bij een alcoholgeïnduceerde depressie.

Bij gecombineerde behandeling van Naltrexon en Acamprosaat is zowel het continuerende middelengebruik als de kans op terugval lager dan bij één enkel anticraving middel (Kiefer et al., 2003).

### 5.4 Afbouw van medicatie

Uit onderzoek blijkt dat depressieve klachten bij cliënten met middelenaafhankelijkheid vaak een ernstiger en langduriger beloop hebben, dan bij cliënten met een depressie zonder middelenaafhankelijkheid (Pettanini, 2004). Bij een terugval in middelengebruik blijkt dat er meestal ook weer een depressieve episode ontstaat. Dit betekent dat deze cliëntengroep kwetsbaar is en dat voorzichtigheid moeten worden betracht met het afbouwen van medicatie na herstel. Het wordt aanbevolen de afbouw onder regelmatige specialistische observatie uit te voeren.

### 5.5 Interacties

Chronisch overmatig alcoholgebruik kan door inductie van het cytochroom P450 de metabolisme van antidepressiva versnellen waardoor lagere bloedspiegels ontstaan. De werking van alcohol en van benzodiazepines wordt door antidepressiva versterkt (Fraser, 1997).

Antidepressiva, benzodiazepines, anticravingmiddelen en vitaminesuppletie kunnen gelijktijdig aan cliënten worden gegeven zonder noemenswaardige interacties. Disulfiram daarentegen heeft een inhiberende werking op het cytochroom CYP2E1 en het CYP1A2 systeem waardoor het de spiegels van verschillende antidepressiva, antipsychotica en alcohol kan beïnvloeden (Frye & Branch, 2002).

# Deel 2

## Beschrijving van de sessies (groepsbehandeling depressie)

### Inhoud sessies

**Sessie 1 Kennismaking**

Uitleg over de inhoud en structuur van de training  
Wat is een depressie?  
Rationale depressie  
Reactivatie

**Sessie 2 Reactivatie**

Piekermanagement en Slaaphygiëne

**Sessie 3 Reactivatie**

Piekermanagement en Slaaphygiëne  
Rationale cognitieve benadering  
Onderscheid situatie/gedachte/gevoel

**Sessie 4 Identificeren van belemmerende gedachten**

Herkennen van denkfouten

**Sessie 5 Denkfouten**

Uitdagen

**Sessie 6 Uitdagen**

Evaluatie van de training

**Sessie 7 Uitdagen van gedachten plus verandering van gedrag**

**Sessie 8 Uitdagen van gedachten plus verandering van gedrag**

Zelfbeeld

**Sessie 9 Zelfbeeld**

Uitdagen plus verandering van gedrag  
Terugvalpreventie

**Sessie 10 Uitdagen plus verandering van gedrag**

Terugvalpreventie  
Eindevaluatie

## Sessie 1

# Reactivatie

---

### Doelen

- > Kennismaking en bewerkstelligen van een positief werkklimaat
- > Uitleg over de inhoud van de training
- > Rationale voor depressie uitleggen
- > Reactivatie op gang brengen

### Vorbereiding

- > Bestudeer de aanmeldingsklacht van cliënt
- > Indien cliënt al eerder is behandeld voor depressieve klachten, bekijk dan welke aanbevelingen een andere behandelaar heeft gedaan. Bekijk of te ontdekken valt welke factoren hebben geleid tot stemmingsverslechtering
- > Schrijf de agenda op het white-board
- > Leg de werkboeken en naambordjes klaar
- > Verdeel de rollen met de co-trainer

### Materialen

- > Handleiding trainer
  - > Werkboeken voor de cliënten
  - > Naambordjes
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

### 20 min Kennismaking

- > Heet iedereen welkom en stel uzelf voor. Laat vervolgens de co-trainer zich voorstellen. Leg de opbouw van de eerste sessie uit: kennismaking, uitleg over de inhoud en structuur van de training, rationale van depressie, pauze, reactivatie, afsluiting + huiswerk en het invullen van de BDI.
- > Introduceer de kennismakingsoefening.

“Voordat we daadwerkelijk van start gaan, lijkt het ons prettig dat iedereen van elkaar weet wie wie is en welke problemen hij of zij ervaart. Ons voorstel is dat u in tweetallen kort aan elkaar iets over uzelf vertelt: bijvoorbeeld leeftijd, wel of niet getrouwd, wel of geen kinderen, werk en hobby's. Ook vertelt u aan elkaar wat de aanleiding is om deze training te volgen, wat de verwachtingen zijn en of u eerdere behandelingen op het gebied van depressie heeft gevolgd. Ieder krijgt ongeveer 5 minuten de tijd om de ander van het tweetal te interviewen. Vervolgens wisselt u van rol. Nadat u in tweetallen kennis hebt gemaakt, wordt elke deelnemer aan deze training door de ander van het tweetal voorgesteld. Hierna weet iedereen iets van elkaar en kunnen de naambordjes ingevuld worden.”

- > Laat plenair elke deelnemer zijn of haar buurman voorstellen.

### 5 min Uitleg inhoud en structuur van de training

- > De training bestaat in totaal uit 10 sessies gedurende een periode van 10 weken. Benadruk het belang dat iedereen bij zoveel mogelijk sessies aanwezig is. Geef aan dat het te laat verschij-

nen storend is voor de groep. Als de deur dicht is, is de cliënt weer welkom na de pauze of bij de volgende sessie. Indien de cliënt niet kan komen, vraag of ze af willen bellen. Een cliënt mag maximaal 2 sessies missen.

- > Vertel kort iets over de opbouw van de training. Geef uitleg over cognitieve gedragstherapie: aandacht wordt gericht op zowel gedrag als gedachten die een rol spelen bij de stemmingsklachten. De onderwerpen die aan bod komen gedurende de training zijn: reactivatie, slaaphygiëne, piekermanagement, uitdagen van disfunctionele gedachtes en terugvalpreventie.
- > Vertel kort iets over de structuur van elke zitting: registraties bespreken, thema, pauze, thema, afsluiting + huiswerkopdracht.
- > Introduceer het werkboek. Het werkboek dient ter ondersteuning van de sessies. Elk behandeld thema wordt ondersteund door een huiswerkopdracht. Daarnaast zijn er registratieopdrachten. De registraties kunnen inzicht geven in de factoren die een rol spelen bij de stemmingsklachten. De ervaring leert dat men meer profiteert van de training als de opdrachten daadwerkelijk gedaan worden.
- > Bespreek de groepsregels: binnen de groep besproken persoonlijke informatie blijft binnenshuis en wordt niet met derden besproken. Er is respect voor elkaars mening. Controle over middelgebruik is een voorwaarde om deel te kunnen nemen aan de groep. Middelgebruik kan een negatieve invloed hebben op de stemming. Daarom wordt abstinentie van alle middelen geprefereerd boven gecontroleerd gebruik. Eventuele terugvallen in gebruik gedurende de training worden van tevoren gemeld bij de trainers. Gekeken wordt of cliënt in staat is de sessie/training nuchter te vervolgen en nog baat te hebben bij vervolg. Geef ook aan dat gebruik een depressogene werking kan hebben en dat behandeling in combinatie met gebruik minder kans van slagen heeft.

#### 10 min **Wat is een depressie?**

Vraag aan de groep wat zij verstaan onder een depressie. Noteer dit op het bord en vraag of cliënten symptomen bij elkaar herkennen. Geef aan dat er twee verschijnselen zijn die kenmerkend zijn voor een depressie en tenminste één daarvan moet aanwezig zijn om te spreken van een depressie:

1. sombere stemming, leeg voelen
2. geen interesse en plezier meer hebben in bijna alle activiteiten

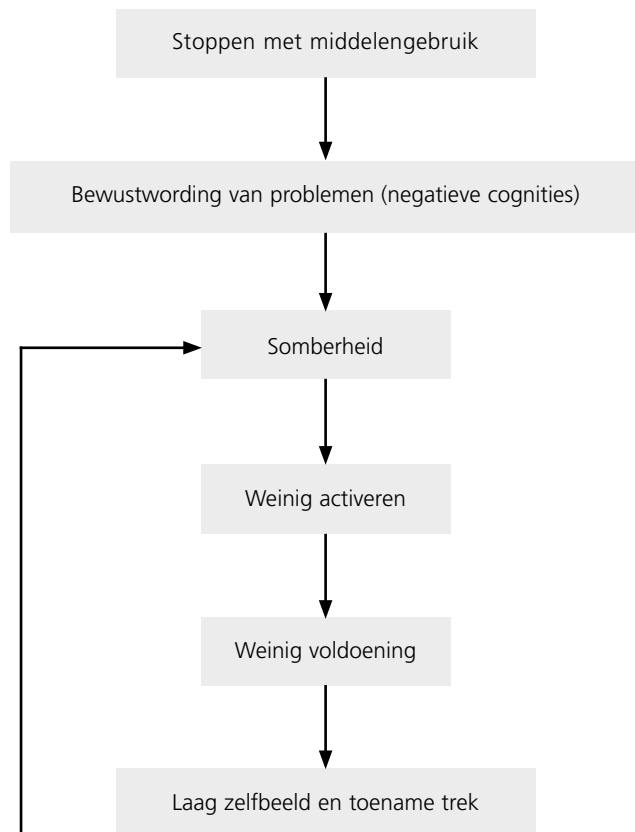
Deze symptomen gaan niet in een dag over, maar blijven bij een depressie voor een langere periode aanwezig, gedurende het grootste gedeelte van de dag, voor minimaal twee weken.

Naast deze twee hoofdsymptomen zijn er nog zeven andere symptomen die kunnen wijzen op een depressie:

1. gevoel van waardeloosheid
2. slaapstoornissen: te veel of juist te weinig slapen
3. verminderde of grotere eetlust/ duidelijke gewichtsverandering
4. gebrek aan energie/ernstige vermoeidheid
5. concentratieproblemen of besluiteloosheid
6. traagheid in denken of juist aanhoudende lichamelijke onrust
7. terugkerende gedachtes aan de dood of zelfdoding

Geef aan dat er depressies zijn in allerlei verschillende vormen. Afhankelijk van het aantal symptomen en de mate waarin ze het dagelijks leven verstoren, spreken we bijvoorbeeld van een lichte, matige of ernstige depressie.

#### 10 min **Rationale depressie**



- > Leg uit dat somberheid leidt tot weinig ondernemen, waardoor men weinig voldoening haalt uit een dag. Dit leidt weer tot somberheid en/of middelengebruik en daarmee is de cirkel rond. Vraag de groep activiteiten te benoemen die zij minder of niet meer ondernemen vanwege somberheidsklachten. Benoem dat het vaak de plezierige activiteiten zijn die op een laag pitje komen te staan. Noteer die activiteiten op het bord. Vraag aan de groep hoe zij bovenstaande cirkel kunnen doorbreken. Leg uit dat reactivatie een belangrijk en effectief onderdeel is van de behandeling van depressie.

15 min **Pauze**

15 min **Reactivatie**

- > Laat iedere deelnemer kort enkele activiteiten benoemen die hij of zij minder, dan wel niet meer onderneemt. Laat iedereen kort benoemen welke (plezierige) activiteiten zij voor de volgende week kunnen oppakken/uitbreiden. Vraag cliënt een onderscheid te maken tussen 'plezierige activiteiten' en 'verplichte activiteiten' zoals het regelen van maatschappelijke zaken of schoonmaken. Vraag cliënten activiteiten uit beide categorieën te bedenken. Let er op dat de activiteit haalbaar is en de kans van slagen groot. Vraag cliënten wat er voor nodig is om de geplande activiteiten te realiseren. Meld ook dat het ondernemen van plezierige activiteiten nog geen garantie vormt voor een plezierige beleving ervan. Leg de cliënt uit dat hij of zij geen plezierige beleving kan opeisen en vraag de cliënt de aandacht te richten op het al dan niet stemmingsverbeterende effect van de activiteit. Vraag cliënten bovenstaande te noteren op het werkblad 1A en 1B.

20 min **Uitleg stemmingsregistratie**

- > Laat de cliënt de stemmingsregistratie uit het werkboek (achterin) voor zich nemen. Leg het nut van de registratieopdracht uit. Geef aan dat het registreren van de stemming en de bijbehorende activiteit leidt tot meer inzicht in de relatie tussen stemming en activiteiten. Door te registreren wordt inzichtelijk wat de activiteiten zijn die nu worden uitgevoerd en de stemming die hierbij wordt ervaren. Verder blijkt dat mensen toch meer doen dan dat ze van tevoren dachten. Maak vervolgens de stap naar de wijze van invullen. Doe dit aan de hand van enkele voorbeelden uit de groep. Vraag iedereen de registratieopdracht thuis per dag in te vullen.

5 min **Afsluiting + Huiswerk**

- > Vraag iedereen de registratieopdracht thuis per dag in te vullen en de geplande activiteiten uit te voeren.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie en vraag iedereen de naambordjes zelf te bewaren, zodat deze de volgende keer opnieuw gebruikt kunnen worden.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 1. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 2

# Slaaphygiëne & Piekermanagement

---

### Doelen

- > Bewustwording van de relatie tussen activiteiten en stemming
- > Reactivatie verbeteren
- > Uitleg slaaphygiëne
- > Uitleg piekermanagement

### Vorbereiding

- > Schrijf de agenda op het white-board
- > Verdeel de rollen met de co-trainer
- > Bekijk in de rapportage de geplande activiteiten van de afgelopen week per cliënt

### Materialen

- > Handleiding trainer
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

#### 10 min **Introductie + terugblik**

- > Heet iedereen welkom en laat eventuele nieuwe deelnemers zichzelf voorstellen. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Bespreek de inhoud van de tweede sessie aan de hand van de agenda.
- > Geef een korte samenvatting van de eerste sessie (ga na wat is blijven hangen en herhaal indien nodig).

#### 20 min **Bespreken van de stemmingsregistratie**

- > Laat cliënten in tweetallen hun stemmingsregistratie bespreken. Laat ze bij elkaar nagaan of er een patroon te herkennen is in de stemming gedurende de dag en/of week. Welke activiteiten hebben een stemmingverbeterend effect en welke activiteiten hebben een stemmingsverslechterend effect?
- > Nodig enkele cliënten uit hun registratie plenair te bespreken. Zeg dat er gezien de beperkte tijd maar maximaal twee cliënten aan bod kunnen komen.

#### 15 min **Reactivatie komende week**

- > Bespreek per cliënt welke activiteiten hij of zij de afgelopen week heeft opgepakt dan wel voortgezet. Bespreek per cliënt welke activiteiten hij/zij voor de volgende week zou willen oppakken en/of voortzetten. Verwijs naar het werkblad.

#### 15 min **Pauze**

#### 20 min **Slaaphygiëne**

- > Geef aan dat slaapproblemen een veelvoorkomende klacht is bij mensen met een depressieve stoornis. Inventariseer bij wie slaapproblemen een rol spelen. Vraag naar hun slaap-/waakritme. Slapen cliënten overdag om hun slaapte kort in te halen? Inventariseer of cliënten bijvoorbeeld eten, lezen en/of televisie kijken in hun bed. Ga na wanneer zij avondeten en of zij vlak voor het slapen gaan nog iets eten. Let op koffie en chocolade. Bespreek het belang van een goede slaaphygiëne en leg uit dat bij een goede slaaphygiëne het volgende van belang

is:

- Op vaste tijdstippen naar bed gaan en opstaan.
  - 's Avonds rustig aan doen (niet om 22.00 uur nog gaan sporten).
  - Ongeveer twee uur voor het slapen gaan niet meer eten (voorkom een overbelaste maag).
  - Geen koffie en/of chocolade laat op de avond.
  - Activiteiten zoals lezen, televisie kijken, eten en dergelijke buiten de slaapkamer.
  - Zorg voor voldoende beweging overdag.
  - Leg uit dat overdag slapen het slaap-/waakritme verstoort.
  - Een rustig ingerichte slaapkamer.
  - Voldoende ventilatie.
  - Ruim bed, matras met stevige vering, niet een te dik kussen (belangrijk dat men 's nachts kan draaien).
- > Geef aan dat bij mensen die veel in bed liggen te woelen en te piekeren (dus veel tijd 's nachts in bed doorbrengen) zonder te slapen het bed een piekerassociatie krijgt. Het kan helpen later naar bed te gaan en eerder op te staan.
- Zorg dat de deelnemers actief meedenken over de slaaphygiëne. Als variatie kan de trainer de cliënten in tweetallen laten bespreken wat volgens hen een effectieve slaaphygiëne is en vervolgens dit plenair bespreken.

#### 15 min **Piekermanagement**

- > Inventariseer bij wie piekeren een rol speelt. Vraag de groep naar het verschil tussen piekeren en nadenken. Leg uit dat er een verschil is tussen piekeren en nadenken. Geef aan dat met nadenken niks mis is en dat iemand meer zal nadenken als de huidige situatie turbulent is. Piekeren levert echter geen oplossingen op en kost alleen maar energie. Vaak wordt het piekeren als oncontroleerbaar ervaren. Om meer controle te krijgen over het piekeren kan een piekeruurtje worden ingelast. Tijdens dit piekeruurtje mag cliënt al zijn zorgen op papier zetten. De rest van de dag is het de bedoeling dat cliënt zijn piekergedachten reserveert voor tijdens het piekeruurtje. Op een vast tijdstip van de dag (niet te laat op de avond) krijgt de cliënt een uur de tijd om te piekeren. Zo wordt het piekermoment wat meer onder de controle van de cliënt gebracht.
- > Een andere methode om piekeren aan te pakken is door de terugteloefening te doen. De bedoeling is dat men begint bij 1000 en vervolgens 3 aftrekt en van dat getal wederom 3 aftrekt etc. Deze methode leent zich goed voor mensen die 's nachts in hun bed last hebben van piekeren.

#### 5 min **Afsluiting + huiswerk**

- > Geef aan dat ook voor deze week gevraagd wordt om de stemmingsregistratie bij te houden en een haalbare activiteit op te pikken dan wel uit te breiden. Voor de cliënten bij wie piekeren en/of slapen een probleem vormt, geldt het toepassen van het piekeruurtje en/of de slaaphygiëne.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

#### 5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 2. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 3

# Cognitieve Therapie

---

### Doelen

- > Bewustwording van het verband tussen activiteiten en stemming
- > Reactivatie versterken
- > Uitleg cognitieve benadering
- > Onderscheid kunnen maken tussen situatie, gedachte en gevoel

### Vorbereiding

- > Schrijf de agenda op het white-board
- > Verdeel de rollen met de co-trainer

### Materialen

- > Handleiding trainer
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften Therapie
- 

#### 5 min **Introductie + terugblik**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de tweede sessie.
- > Bespreek de inhoud van de sessie aan de hand van de agenda.

#### 15 min **Bespreken van de stemmingsregistratie**

- > Laat cliënten in tweetallen hun stemmingsregistratie bespreken. Laat ze bij elkaar nagaan of er een patroon te herkennen is in de stemming gedurende de dag en/of week. Welke activiteiten hebben een stemmingsverbeterend effect en welke activiteiten hebben een stemmingsverslechterend effect? Bespreek welke activiteiten van tevoren waren ingepland om op te pakken en wat het effect hiervan was. Geeft de registratie aanknopingspunten voor het verder uitbreiden van bepaalde activiteiten?
- > Nodig enkele cliënten uit hun registratie plenair te bespreken. Zeg dat er gezien de beperkte tijd maar maximaal twee cliënten aan bod kunnen komen.

#### 10 min **Reactivatie**

- > Bespreek per cliënt welke activiteiten hij of zij heeft opgepakt dan wel voortgezet afgelopen week. Ga na welke activiteiten hij/zij voor de volgende week zou willen oppakken en/of voortzetten. Verwijs naar het registratieformulier.

#### 10 min **Slaaphygiëne/ piekermanagement**

- > Vraag wie de slaaphygiëne heeft toegepast. Laat deze cliënten kort aan het woord. Wat hebben zij veranderd en wat was het effect hiervan? Vraag wie het piekeruurtje heeft ingelast. Ga na wat het effect hiervan was.

#### 15 min **Pauze**

#### 20 min **Rationale van de cognitieve benadering**

- > Geef aan dat de eerste twee sessies vooral zijn gegaan over reactivatie en dat we nu meer de

nadruk gaan leggen op gedachten. Illustreer aan de hand van een voorbeeld hoe het gevoel en het gedrag beïnvloed worden door gedachten.

“In de komende sessies gaan we het verband tussen wat u in een bepaalde situatie denkt, voelt en doet aanpakken. We gaan dus kijken naar de verbanden die bestaan tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Depressieve mensen voelen zich meer dan andere mensen somber, neerslachtig of lusteloos. Deze gevoelens komen niet uit de lucht vallen. Het is gebleken dat de gedachten die iemand heeft belangrijk zijn voor wat hij of zij voelt. Dat is de reden dat we nu gaan achterhalen wat uw gedachten zijn op de momenten dat uw stemming erg somber is.”

> Voorbeeld van de inbreker.

Het volgende voorbeeld kan dit verband tussen gedachten, gevoelens en gedrag verduidelijken. Een man ligt 's nachts in bed en hoort plotseling een geluid. Hij denkt: “Een inbreker in huis!” Wat zou hij voelen? **Laat de groep reageren.** Wat zou hij doen? **Laat de groep reageren.** Stel nu dat diezelfde man in dezelfde situatie zou denken: “O, de kat heeft een vaas omgegooid.” Wat zou hij dan voelen en wat zou hij doen? **Laat de groep reageren. Vraag de groep hoe het komt dat in dezelfde situatie diezelfde man zich anders voelt en anders gedraagt.** Kortom: een en hetzelfde geluid leidt, afhankelijk van de gedachte, tot twee verschillende gevoelens. Dat komt, omdat de man in het voorbeeld op twee verschillende manieren kan denken.

> Schets op het white-board het onderstaande schema en leg dit uit.



Het is meestal zo dat je op meerder manieren tegen een gebeurtenis aan kan kijken. Uit ervaring weten we dat depressieve mensen vaak de meest negatieve of zwarte kant van gebeurtenissen en situaties naar voren halen. Ze zien niet dat er ook positieve of prettige kanten aan kunnen zitten. Ook halen depressieve mensen vaak de negatieve kanten van zichzelf, van hun omgeving en van de toekomst naar voren.

In de loop van de tijd kan het een gewoonte worden om zo negatief te denken. Bij gewoonten is het meestal zo dat men er eigenlijk niet bij stilstaat dat men ze heeft. Zo is het ook bij deze manier van denken: alles van de zwarte kant bekijken kan een gewoonte geworden zijn, waarvan u zich niet bewust bent. Mensen die depressief zijn kunnen in een vicieuze cirkel terechtkomen. Hun negatieve gedachten leiden tot een negatief gevoel en dat negatieve gevoel leidt weer tot negatieve gedachten. Dat er nog meer manieren zijn om naar een gebeurtenis te kijken, verliezen depressieve mensen vaak uit het oog. Het gevolg hiervan is dat hun stemming somber blijft.

Geef aan dat gedachten het aangrijpingspunt voor de behandeling vormen. Leg uit dat we gaan kijken naar die gedachten die de cliënt heeft bij stemmingsverslechtering. Geef aan dat we die gaan bekijken aan de hand van voorbeelden van situaties die cliënten hebben meegeemaakt. We zullen bekijken of u automatische gedachten heeft en welke aanleidingen er in die situaties zijn die u tot negatieve gedachten brengen. Daarna gaan we op een rijtje zetten of

er wellicht redenen zijn om die gebeurtenis van een positievere kant te bezien. Door positieve gedachten kunnen we de vicieuze cirkel doorbreken en plaats maken voor positievere gevoelens.

Om een aanknopingspunt te hebben, krijgt u als huiswerkopdracht mee om de situaties op te schrijven waarin uw stemming daalt. Daarbij schrijft u ook op welke gedachten u in die situaties had. In de volgende sessies gaan we deze situaties verder bekijken.

10 min **Onderscheid tussen situatie, gedachte en gevoel**

- > Geef aan dat het lastig kan zijn onderscheid te maken tussen situatie, gevoel en gedachte. Neem plenair met cliënten het formulier "onderscheid tussen situaties, stemming, gedachten" door. Verwijs naar het werkboek voor het formulier. Ga na of cliënten het onderscheid begrijpen alvorens je door gaat naar de registraties.

10 min **Registratie situatie, gedachte, gevoel**

- > Leg uit dat het registeren meer inzicht geeft in negatieve gedachten. Doe enkele registraties op het bord.

5 min **Afsluiting + huiswerk**

- > Vraag elke deelnemer de komende week bij stemmingsverslechtering het dagboekregistratieformulier in te vullen.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 3. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 4

# Denkfouten

---

### Doelen

- > Bewustwording van de rol van negatieve gedachten op de stemming en het gedrag
- > Inzicht in welke gedachten leiden tot een stemmingsverslechtering
- > Commitment om bepaalde gedachten te willen uitdagen

### Vorbereiding

- > Schrijf de agenda op het white-board
- > Verdeel de rollen met de co-trainer

### Materialen

- > Handleiding trainer
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de derde sessie.
- > Bespreek de inhoud van de vierde sessie aan de hand van de agenda.

#### 15 min **Terugblik vorige sessie.**

- > Vraag na wat er is bijgebleven van de rationale van de cognitieve therapie. Herhaal afhankelijk van wat cliënten hebben opgestoken van de rationale. Indien cliënten er vorige keer niet waren laat dan de andere cliënten hen inlichten over de inhoud van de vorige sessie (de rationale cognitieve therapie). Vraag plenair kort naar de stemmingsregistratie. Zijn er patronen terug te vinden? Welke activiteiten hebben een stemmingsverbeterend effect? Geef aan dat dit de laatste keer is dat de stemmingsregistratie wordt besproken en er vanaf nu geregistreerd zal worden in het dagboekformulier.

#### 15 min **Huiswerkbespreking (dagboekregistratie situatie, gedachte, gevoel)**

- > Vraag of het gelukt is de afgelopen week om op momenten van stemmingsverslechtering te registreren. Bekrachtig indien het registreren gelukt is. Laat eerst cliënten aan het woord die de registratie hebben bijgehouden. Werk deze momenten plenair uit op het bord. Help cliënten hun belemmerende gedachten correct te formuleren.

#### 15 min **Tweetallen gedachten identificeren**

- > Laat cliënten in tweetallen bespreken welke gedachten bij hen een belangrijke rol spelen bij stemmingsverslechtering. Vraag of er overeenkomsten zijn in de gedachten die zij hebben opgeschreven. Laat ze hun belangrijkste negatieve gedachten, die steeds terugkeren in de registratie, apart noteren zodat hier later mee kan worden gewerkt (werkblad 6).

#### 15 min **Pauze**

15 min **Gedachten identificeren plenaire terugkoppeling.**

- > Vraag de cliënten naar de gedachten die ze hebben genoteerd op werkblad 6.

15 min **Denkfouten**

- > Geef aan dat er verschillende soorten denkfouten zijn die mensen kunnen hebben. Deze denkfouten hebben vaak een negatieve invloed op de stemming. Daarom is het van belang om deze denkfouten bij jezelf te herkennen. Benoem de onderstaande denkfouten en leg ze uit. Let er op dat je bij de uitleg de cliënten actief betreft. Dit om een monoloog te voorkomen.

**Zwart-wit denken:** Situaties worden in uitersten beoordeeld, niet in gradaties. Alles of niets denken, goed of slecht. Een voorbeeld hiervan is de gedachte: "Alles loopt bij mij slecht af."

**De toekomst rampzalig voorspellen:** Absoluut zeker weten dat de toekomst negatief zal aflopen. Een voorbeeld hiervan is: "Ik val toch wel weer terug in gebruik"

**Emotioneel redeneren:** Gevoelens worden als bewijs gebruikt voor een bepaalde gedachte. "Ik ben overtuigd nooit meer beter te worden, omdat ik een hopeloos gevoel heb."

**Labels of stickers plakken:**

Snel een globaal en negatief oordeel hebben over een detail. Een voorbeeld hiervan is te denken een mislukking of 'loser' te zijn als er iets misgaat, in plaats van: 'het is een vergissing' of 'ik wist het niet'.

**Mentaal filteren:**

U richt uw aandacht uitsluitend op een negatief detail en zodoende wordt de hele situatie negatief voor u. Bijvoorbeeld iemand vertelt u hoe hij/ zij over u denkt (zowel positief als negatief) en u hoort alleen de negatieve opmerkingen.

**Gedachten lezen:**

U vult gedachten van anderen in, die wellicht niet kloppen. Een voorbeeld is dat u met iemand praat die gaat geeuwen en u denkt: 'zie je wel, ik verveel hem', waarbij u niet denkt aan de mogelijkheden dat de ander moe is of slecht geslapen heeft.

**Overgeneraliseren:**

Op grond van een enkele ervaring trekt u overmatig negatieve conclusies. Een voorbeeld hiervan is de situatie waarin u iemand vraagt iets te doen waarop hij aangeeft het te druk te hebben en u vervolgens concludeert dat niemand u wil helpen en dat iedereen tegen u is.

**Personalisatie:**

Gebeurtenissen of gedrag van anderen betreft u te veel op uzelf. Bijvoorbeeld: 'mijn baas was vast en zeker chagrijnig omdat ik die fout heb gemaakt.'

**Moet-denken:**

Van uzelf moeten bepaalde dingen gebeuren, want anders heeft het verschrikkelijke gevolgen. De belangrijkste motivatie is het moeten. Bijvoorbeeld: 'ik zou dit moeten kunnen', of 'ik zou al veel verder moeten zijn.'

**Negatief denken:**

Neutrale en positieve gebeurtenissen worden negatief geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld: 'Het was puur geluk dat ik dat goed deed; dat wil niet zeggen dat ik iets kan.'

**Met twee maten meten:**

Voor uzelf strengere regels hanteren dan voor anderen. Een voorbeeld daarvan is te denken dat je een mislukking bent als je een fout maakt, terwijl je een ander die dezelfde fout maakt geen mislukking vindt.

**Overschatten en onderschatten:**

Onprettige ervaringen worden overgewaardeerd ('doemdenken') en prettige ervaringen worden ondergewaardeerd. Een voorbeeld van het onderwaarderen van het positieve is de kans op 1% schatten dat de depressie overgaat. Een voorbeeld van het overwaarderen van het negatieve is te denken dat 'zenuwachtig' overkomen een ramp is.

Ga na welke denkfouten cliënten bij zichzelf herkennen. Gebruik hierbij het werkblad dat zij voor de pauze hebben ingevuld.

5 min **Afsluiting + huiswerkopdrachten**

- > Registreren van stemmingsverslechtingen.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de sessie in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende sessie en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 4. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 5

# Gedachten uitdagen

---

### Doelen

- > Cliënten leren kritisch te kijken naar hun eigen gedachten
- > Denkfouten leren herkennen

### Vorbereiding

- > Schrijf de agenda op het white-board.
- > Verdeel de rollen met de co-trainer.

### Materialen

- > Handleiding trainer
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige sessie.
- > Bespreek de inhoud van de sessie aan de hand van de agenda.

#### 20 min **Denkfouten**

- > Ga na wat is bijgebleven van de vorige keer. Leg indien nodig nogmaals uit dat denkfouten een negatieve invloed kunnen hebben op de stemming. Vraag welke denkfouten cliënten bij zichzelf herkennen. Loop zo nodig elke denkfout langs.

#### 15 min **Bespreeken van de dagboekregistratie**

- > Twee registraties uitwerken op het white-board.

#### 10 min **Uitdagen (kritische vragen stellen naar aanleiding van de balans)**

- > Laat cliënten het voorbeeldschema voor zich nemen. Bespreek dit voorbeeld plenair. Werk vervolgens op het white-board een situatie van één van de cliënten uit. Nodig de overige cliënten uit om kritische vragen te stellen en vervolgens om helpende gedachten te formuleren. Vraag de cliënt die de situatie heeft ingebracht welke kritische gedachte het meeste invloed heeft op zijn/haar denken en welke de meest helpende gedachte is. Laat cliënt benoemen tot welk gevoel en welk gedrag de helpende gedachte leidt. De trainer mag in deze fase sturende vragen stellen en antwoorden aanreiken, zodat cliënten de vaardigheid van het uitdagen onder de knie krijgen

#### 15 min **Pauze**

#### 15 min **Uitdagen**

- > Werk op het bord enkele situaties uit.

15 min **Huiswerkopdrachten**

- > Laat de cliënt de huiswerkopdracht uit het werkboek voor zich nemen. Leg het nut van de opdracht uit. Vraag iedereen om de huiswerkopdracht thuis per dag in te vullen.
- > Laat cliënten hun negatieve gedachten (zie de bijlage uit sessie 4) voor zich nemen als huiswerk, waarbij ze bij elke gedachte bedenken welke denkfout ze maken.
- > Nieuwe registratie met de helpende gedachte erbij. Laat bij de registratie ook de helpende gedachten opschrijven.

5 min **Afsluiting**

- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 5. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 6

# Gedachten uitdagen & Evaluatie

---

### Doelen

- > Leren registraties te maken en de geregistreerde gedachten uit te dagen
- > Uitdagen van gedachten

### Vorbereiding

- > Verdeel de rollen met de co-trainer.
- > Met co-trainer bespreken wat de aandachtspunten zijn voor de komende sessie.
- > Schrijf de agenda op het whiteboard.

### Materialen

- > Handleiding trainer
  - > Whiteboard stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige sessie.
- > Bespreek de inhoud van de sessie aan de hand van de agenda

#### 25 min **Uitdagen van gedachten**

- > Werk plenair enkele gedachten uit die cliënten zelf als huiswerk hebben onderzocht en laat de groep actief meedenken. Vraag ook om herkenning van denkfouten. Formuleer enkele alternatieve gedachten en vraag wat deze gedachten voor effect hebben op het gevoel.

#### 15 min **Pauze**

#### 25 min **Uitdagen van gedachten**

- > Werk plenair enkele gedachten uit die cliënten zelf als huiswerk hebben onderzocht en laat de groep actief meedenken. Maak hierbij ook de link naar de denkfouten.

#### 20 min **Tussentijdse evaluatie**

- > Geef aan dat de training over de helft is en ga per cliënt na in hoeverre er verandering is opgetreden. Wat hebben ze tot nu toe geleerd, waar kunnen ze wat mee en heeft dit effect gehad op hun stemming (zie werkboek werkblad)?

#### 10 min **Afsluiting + Huiswerkopdracht**

- > Registraties uitdagen van gedachten (zie achter in het werkboek bij week 6).
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

#### 5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 6. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 7

# Gedachten uitdagen

---

### Doelen

- > Uitdagen van gedachten

### Vorbereiding

- > Verdeel de rollen met de co-trainer.
- > Met co-trainer bespreken wat de aandachtspunten zijn voor de komende sessie.
- > Schrijf de agenda op het whiteboard.

### Materiaal

- > Handleiding trainer
  - > Whiteboard stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige sessie.
- > Bespreek de inhoud van de sessie aan de hand van de agenda.

#### 40 min **Uitdagen van gedachten plus verandering van gedrag**

- > Geef aan dat het gedragsverandering heel belangrijk is bij het verminderen van depressieve klachten. In de komende registraties wordt het gedrag ook meegenomen. Verwijs naar het werkboek voor het met gedrag uitgebreide formulier. Werk plenair enkele registraties uit met behulp van het uitgebreide formulier.

#### 15 min **Pauze**

#### 35 min **Uitdagen van gedachten plus verandering van gedrag**

- > Werk plenair enkele gedachten uit die cliënten zelf als huiswerk hebben onderzocht en laat de groep actief meedenken.

#### 5 min **Afsluiting + huiswerk**

- > Uitdagen van gedachten als huiswerk.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

#### 5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 7. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 8

# Positieve eigenschappen

---

### Doelen

- > Uitdagen van gedachten aan de hand van het uitgebreide schema
- > Cliënten hun eigen positieve eigenschappen laten formuleren, dit ook leren koppelen aan hun eigen gedrag

### Vorbereiding

- > Verdeel de rollen met de co-trainer.
- > Met co-trainer bespreken wat de aandachtspunten zijn voor de komende sessie.
- > Schrijf de agenda op het white-board.

### Materialen

- > Handleiding trainers
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige sessie.
- > Bespreek de inhoud van de sessie aan de hand van de agenda.

#### 30 min **Uitdagen van gedachten**

- > Werk plenair enkele gedachten uit die cliënten zelf als huiswerk hebben onderzocht en laat de groep actief meedenken. Maak hierbij ook de link naar de denkfouten.

#### 15 min **Pauze**

#### 20 min **Wat zijn mijn waarden?**

- > Leg uit dat mensen met depressieve klachten vaak hun waarden uit het oog zijn verloren. Het is belangrijk om weer in contact te komen met waar je voor staat in het leven om je zodoende weer beter te kunnen voelen. Hoe wil je graag herinnerd worden? Wat wil je bereikt hebben over 2-5 jaar? Hoe wil je dat anderen je zien? Vraag aan de cliënten even de tijd te nemen voor zichzelf en te noteren waar zij voor staan in het leven. Maak een rondje en probeer deze waarden om te zetten in concrete doelen en acties. Bijvoorbeeld iemand die graag herinnerd wil worden als een dierenliefhebber en als een idealistisch persoon, kan deze waarden omzetten in actie door (vrijwilligers-)werk te gaan doen bij het dierenasiel. Iemand die dol is op kinderen, maar zelf geen kinderen kan krijgen en daardoor niet doet waar haar hart ligt, kan bijvoorbeeld weer in contact komen met haar waarde door als oppas te gaan werken.

#### 25 min **Zelfbeeld**

- > Vraag cliënten naar momenten waarop zij tevreden waren met zichzelf. Informeer naar hun gedrag in die situatie en vraag naar positieve eigenschappen die bij dat gedrag horen. Probeer bij de cliënten positieve uitspraken over henzelf te ontlokken.
- > Leg uit dat mensen met depressieve klachten vaak last hebben van een negatief zelfbeeld. Verwijs ook naar de eerder uitgelegde kernopvattingen. Opvattingen die passen bij een negatief

zelfbeeld zijn bijvoorbeeld: 'Ik ben walgelijk, ik ben een mislukkeling, ik ben niet goed genoeg, ik ben stom, ik ben niet de moeite waard, ik deug niet en ik ben het niet waard om van te houden'. Vraag aan de groep welke denkfout er wordt gemaakt bij bovenstaande opvattingen. Ga, eventueel aan de hand van de registraties, na of bovenstaande opvattingen herkenbaar zijn.

- > Laat cliënten kort zichzelf omschrijven aan de hand van vijf eigenschappen die zij op henzelf van toepassing vinden. Ga na hoe de balans is. Vaak hebben mensen met depressieve klachten een balans waarbij de negatieve eigenschappen meer aanwezig zijn dan de positieve eigenschappen. Leg ook uit dat een negatieve gedachte over jezelf ook weer allerlei andere negatieve gedachten over jezelf aanwakkert.
- > Laat cliënten 10 positieve eigenschappen van zichzelf benoemen.

5 min **Afsluiting + huiswerk**

- > Vraag cliënten op te schrijven over welke eigenschappen zij tevreden zijn en welke dingen zij hebben gedaan waar zij trots op zijn.
- > Blijven registreren van het volledige uitdaagschema.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan wanneer deze is.
- > Sluit de sessie.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 2. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 9

# Terugvalpreventie

---

### Doelen:

- > Cliënten hun eigen positieve eigenschappen laten formuleren en deze leren koppelen aan hun eigen gedrag
- > Belemmerende gedachten uitdagen
- > Terugvalpreventieplan maken

### Vorbereiding

- > Verdeel de rollen met de co-trainer.
- > Met co-trainer bespreken wat de aandachtspunten zijn voor de sessie.
- > Schrijf de agenda op het white-board.

### Materialen

- > Handleiding trainers
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige sessie.
- > Bespreek de inhoud van de sessie aan de hand van de agenda.

#### 10 min **Positieve eigenschappen**

- > Ga na of het iedereen is gelukt om positieve eigenschappen te noteren. Laat cliënten elkaar hierbij helpen door positieve eigenschappen van elkaar te benoemen.
- > Vraag ook naar momenten van de afgelopen week waarop cliënten zich tevreden voelden over zichzelf. Wat deden ze toen precies en wat zegt die activiteit over hen? Probeer bij de cliënten een positieve uitspraak over henzelf te ontlocken.

#### 30 min **Uitdagen plus verandering van gedrag**

- > Werk plenair enkele gedachten uit die cliënten zelf als huiswerk hebben onderzocht en laat de groep actief meedenken.

#### 15 min **Pauze**

#### 35 min **Terugvalpreventie, rationale, signalen en maatregelen**

- > Introduceer het terugvalpreventieplan:

“In deze sessie wordt een begin gemaakt met het maken van een preventieplan. In het preventieplan wordt opgenomen wat u kunt doen om een verslechtering van de stemming te voorkomen.

In de eerste kolom komt, op een schaal van 0-100, te staan waaraan u herkent dat u weer depressieve klachten hebt. Denk daarbij aan het begin van de vorige depressie. Hoe ging het toen met slapen, eten, denken, concentreren? Had u minder zin om dingen te ondernemen? Wat merkt uw omgeving aan u bij een beginnende depressie?

In de tweede kolom komt te staan welke vaardigheden u geleerd hebt in de afgelopen training die behulpzaam zijn bij het onder controle krijgen van de depressie. Wat heeft er goed

geholpen, deze keer en een vorige keer? De bedoeling is om een zo concreet mogelijk plan te maken van activiteiten en oefeningen, maar ook wie er om hulp gevraagd gaat worden. Het risico van middelengebruik kan op de loer liggen bij een stemmingsverslechtering. Ook hierom is ondersteuning bij een recidiverende depressie heel belangrijk. Hoe sneller u er bij bent hoe makkelijker het is om de depressie en het gebruik voor te zijn.”

Mocht het zo zijn dat er cliënten zijn die niet verbeterd zijn tijdens de training, dan is het belangrijk om dit te benoemen en aan te geven dat het gek kan voelen om een preventieplan te maken voor een situatie die nog niet is opgetreden. Het terugvalpreventieplan is dan om verergering te voorkomen. Ga na welke signalen van stemmingsverslechtering cliënten benoemen. Noteer deze aan de linkerkant van het bord. Laat de cliënten bij elk signaal maatregelen bedenken om stemmingsverslechtering te voorkomen of binnen de perken te houden. Noteer deze maatregelen aan de rechterkant van het white-board.

5 min **Afsluiting + huiswerk**

- > Geef het maken van een terugvalpreventieplan en het uitdagen van gedachten op als huiswerk.
- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Vat de inhoud van de zitting in enkele zinnen samen.
- > Bespreek kort de inhoud van de volgende zitting en geef aan dat dit tevens de laatste zitting is van de training.
- > Sluit de sessie.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 9. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Sessie 10

# Evaluatie

---

### Doelen

- > Afmaken terugvalpreventieplan
- > Uitdagen van gedachten
- > Afronding en evaluatie van de training

### Vorbereiding

- > Verdeel de rollen met de co-trainer.
- > Met co-trainer bespreken wat de aandachtspunten zijn voor de sessie.
- > Schrijf de agenda op het white-board.

### Materialen

- > Handleiding trainers
  - > Cliëntenlijst
  - > White-board stiften
- 

#### 5 min **Introductie**

- > Heet iedereen welkom. Laat iedereen zijn/haar naambordje voor zich plaatsen.
- > Geef een korte samenvatting van de vorige sessie.
- > Bespreek de inhoud van de tiende sessie aan de hand van de agenda. Geef tevens aan dat dit de laatste sessie is.

#### 20 min **Terugvalpreventieplan**

- > Vraag of het gelukt is om een persoonlijk terugvalpreventieplan te maken/af te maken. Laat cliënten tweetallen vormen om elkaar van feedback voorzien. Bespreek naderhand eventuele knelpunten.

#### 20 min **Uitdagen plus verandering van gedrag**

- > Werk plenair enkele gedachten uit die cliënten zelf als huiswerk hebben onderzocht en laat de groep actief meedenken. Inmiddels moeten de cliënten het uitdagen onder de knie hebben. Er kan voor gekozen worden (afhankelijk van het niveau van de groep) om een van de cliënten de situatie, die wordt ingebracht, te laten uitwerken op het bord. De trainers hebben alleen een ondersteunende inbreng, indien nodig.

#### 15 min **Pauze**

#### 35 min **Evaluatie van de training**

- > Geef een korte samenvatting van elk onderwerp dat aan bod is gekomen gedurende de training.
- > Laat iedere cliënt benoemen wat er is veranderd ten opzichte van het begin van de training. Wat doen zij nu anders dan voorheen? Tot welke inzichten is de cliënt gekomen? Laat de cliënt zijn meest helpende cognities formuleren. Waar heeft de cliënt het meeste aan gehad? Is dit terug te zien in de grafiek met de BDI-scores? Hoe gaat de cliënt na de training verder met het geleerde?
- > Geef per cliënt feedback over de getoonde inzet en behaalde resultaten.
- > Benadruk het terugvalpreventieplan en het belang van het blijven toepassen van het

geleerde.

- > Vraag hoe ze de training hebben ervaren en vraag naar suggesties ter verbetering van de module.
- > Besteed ook aandacht aan hoe ze de beëindiging van de module ervaren.

5 min **Afsluiting**

- > Bedank iedereen voor hun betrokkenheid en aandacht. Geef aan dat de training nu is afgelopen. Wens iedereen succes en bedank ze voor de getoonde inzet. Adviseer mensen die verdere begeleiding nodig lijken te hebben, dit te bespreken met hun hoofdbehandelaar. Stel ook zelf de desbetreffende hoofdbehandelaar op de hoogte.

5 min **BDI**

- > Vraag cliënten te blijven zitten om de BDI in te vullen en de score te noteren in hun werkboek bij sessie 10. Er kan ook voor gekozen worden om alleen bij sessie 1, 6 en 10 een BDI af te nemen.

## Achtergronden voor de behandelaar

## 1 Inleiding

De depressiemodule is een groepsgerichte behandeling, binnen een verslavingsbehandeling (leefstijltraining), gericht op het afnemen van depressieve klachten en het terugvinden van controle. In dit gedeelte wordt stilgestaan bij de rationale en verantwoording van de behandeling. Doelstelling en (theoretische) uitgangspunten van de groepsmodule komen aan de orde. Eveneens worden in- en exclusiecriteria van de module uiteengezet.

Uitgangspunt voor de inhoud en de opzet van dit protocol vormt het standaard CGT protocol (zie: 'Depressie theorie, diagnostiek & behandeling' Albersnagel, Emmelkamp en Hoofdakker). Deelnemers aan de groepsbehandeling maken gebruik van het bijbehorende werkboek.

## 2 Rationale van de behandelmodule

Bij veel mensen met problematisch middelengebruik is er eveneens sprake van depressieve klachten. Omgekeerd hebben mensen met depressieve klachten veelal te kampen met middelenafhankelijkheid. Tot op heden werden de behandelingen van beide stoornissen los van elkaar gegeven, zonder goede monitoring, waardoor cliënten het risico liepen om tussen de wal en het schip te raken. Om dit risico te ondervangen is er in het kader van Resultaten Scoren een pilot opgezet bij de Jellinek en AMC De Meren voor een geïntegreerde behandeling van middelenafhankelijkheid en depressie. Uit deze pilot bleek dat de sessies te vol waren en voor onduidelijkheid zorgden bij zowel de behandelaren als de cliënten. Mede door deze bevinding is besloten om de behandelingen voor middelenafhankelijkheid en depressie sequentieel aan te bieden.

Het doel van de voorliggende module is het doen afnemen van de depressieve klachten en het aanleren van vaardigheden om de somberheid te herkennen en er mee om te kunnen gaan. De module wordt aangeboden als toevoeging aan een verslavingsbehandeling van ten minste een leefstijltraining.

De behandelaar richt zich op de activering van de cliënt, het veranderen van disfunctionele cognities en het voorkomen van terugval. Alle evidence-based onderdelen van de standaard CGT voor depressie zitten in deze module, maar er zijn enkele practice-based aanpassingen gedaan, aangezien cliënten tevens kampen met middelenafhankelijkheid. Deze aanpassingen zullen hieronder besproken worden.

In de sessies worden de volgende onderdelen behandeld:

**Reactiveren:** Mensen die zich depressief voelen, ervaren over het algemeen minder plezier aan activiteiten dan voorheen. Hierdoor neemt hun activiteitsniveau af, wat tot gevolg heeft dat iemand minder of geen voldoening meer ervaart en zich in toenemende mate somber gaat voelen. Er wordt een activiteitenplan opgesteld, waarbij het activiteitsniveau wordt opgevoerd. In verband met de middelenafhankelijkheid kunnen cliënten niet elke activiteit doen. Ten eerste is er vaak sprake van het ontbreken van een sociaal netwerk zonder gebruikers. Cliënten hebben hierdoor geen of een zeer beperkt sociaal netwerk waar ze op terug kunnen vallen, hetgeen het sociaal activeren in de weg staat. Ten tweede gelden veel activiteiten als risicomoment voor gebruik. Dit resulteert in het feit dat cliënten hun oude activiteiten vaak niet op kunnen pakken, omdat deze teveel gerelateerd zijn aan gebruik. Mensen zijn door het gebruik vaak het contact met de maatschappij verloren en zullen hierdoor moeten leren nieuwe activiteiten en contacten te ontplooiën, wat veel spanning oproept. Dit kan een risico vormen voor gebruik. Ten derde beschikken mensen vaak niet over de financiële mogelijkheden om activiteiten op te pakken. De behandelaar moet hier expliciet aandacht voor hebben.

**Slaaphygiëne:** Een ander belangrijk kenmerk van een comorbide depressie bij middelenafhankelijkheid is slecht slapen. Vaak gebruiken mensen in de avond en nacht en slapen ze hun roes de volgende dag overdag uit. Hierdoor is het slaap-/waakritme ernstig verstoord. Als mensen stoppen met gebruik komt het dan ook regelmatig voor dat ze in de nacht niet kun-

nen slapen en veel piekeren, hetgeen hun stemming verslechtert. Het niet kunnen slapen kan tevens een risico zijn voor gebruik, denk bijvoorbeeld aan het slaapmutsje. Er wordt tijdens de behandeling gekeken welke slaapgewoontes er zijn en welke verandering wenselijk is voor een betere nachtrust.

**Piekermanagement:** Veel depressieve mensen brengen hun tijd piekerend in bed of op de bank door. Bij mensen met middelenafhankelijkheid wordt dit verergerd, omdat zij door abstinentie geconfronteerd worden met de problemen die het gebruik heeft veroorzaakt op sociaal, maatschappelijk, financieel en psychisch gebied. Daarnaast hebben ze vaak geen idee hebben hoe ze deze problemen op moeten lossen, wat leidt tot overmatig piekeren. Het piekermanagement staat in de behandeling niet in het kader van een gegeneraliseerde angststoornis, maar (staat in het kader) van het functioneel leren denken over problemen. Tijdens de behandeling worden tips gegeven hoe het piekeren gecontroleerd kan worden.

**Uitdagen van negatieve gedachten:** Uit de cognitieve therapie blijkt dat gedachten een grote invloed hebben op de stemming. Depressieve mensen hebben vaak negatieve gedachten over zichzelf, de toekomst en de wereld om hen heen. Tijdens de training zullen deze negatieve gedachten worden uitgedaagd en zal er gekeken worden of deze veranderd kunnen worden in helpende gedachten. Middelenafhankelijkheid kan mensen in (grote) problemen brengen (verslechterde relatie, verloren werk, afgebrokkeld sociaal netwerk etc.) wat hun negatieve gedachtepatroon versterkt. Bij het uitdagen van negatieve gedachten moet rekening worden gehouden met het waarheidsgehalte van deze gedachten. Het doel van het uitdagen is om deze gedachten draaglijk te maken. Het vaak grote waarheidsgehalte leidt er toe dat de uitdaagtechnieken die zijn ontwikkeld door Beck niet goed toepasbaar zijn. Een andere invalshoek is in dat geval aan te raden. Een voorbeeld is de methodiek van Ellis, die het 'verschrikkelijke' aspect van de negatieve gedachte af haalt en leert om een nieuwe helpende gedachte te formuleren. De trainer moet zich ervan bewust zijn dat het bespreekbaar maken van deze disfunctionele gedachten trek kan oproepen, omdat de cliënt geconfronteerd wordt met negatieve gedachten/gevoelens en dit door gebruik zou willen dempen/vermijden. Het is raadzaam om dit verband te bespreken en te bedenken hoe de cliënt met deze trek om kan gaan.

**Terugvalpreventie:** De terugvalpreventie van depressie heeft een grote overlap met de terugvalpreventie in middelengebruik. Dit is logisch gezien het grote risico op een terugval in middelengebruik als cliënten weer somber worden. Preventie van depressie of somberheid is tegelijkertijd een preventie in middelengebruik.

In dit protocol is er bewust voor gekozen om het thema sociale vaardigheden niet toe te passen. Het lukt hoogstwaarschijnlijk niet om sociale vaardigheden in 1-2 sessies zo goed in te trainen en het kan dus van belang zijn dat een cliënt naast de depressiemodule een module sociale vaardigheden volgt.

### 3 Onderzoeksbevindingen

In de verslavingszorg komen stemmingsstoornissen en stoornissen in middelengebruik regelmatig samen voor. In een review van Swendsen en Merinkangas (2000) werd gevonden dat 16 tot 59% van de patiënten met een stoornis in het middelengebruik ook depressieve klachten had. In een review van Sullivan, Fiellin en O'Connor (2005) werd gevonden dat 5 tot 67% van de patiënten met een depressieve stoornis een huidige stoornis in het middelengebruik had en 10 tot 60% een lifetime stoornis in het middelengebruik.

Er zijn verschillende verklaringenmodellen voor deze hoge comorbiditeit. In het eerste verklaringmodel is er sprake van een artefact: de depressieve stoornis wordt veroorzaakt door de fysiologische effecten van excessief middelengebruik. Schukit (1983) spreekt in dit verband

van een secundaire depressieve episode. Het middelengebruik heeft een depressogene werking die somberheidsklachten veroorzaakt die lijken op een depressieve stoornis. De depressieve klachten verdwijnen echter na een periode van abstinentie. In verschillende onderzoeken werd bewijs gevonden voor dit verklaringsmodel (Schuckit, Tipp, Bergman, Reich, Hesselbrock, & Smith, 1997; Abraham, & Fava; 1999, Holahan, Moos, Holahan, Cronkite & Randall, 2003). Een ander verklaringsmodel is de zelfmedicatiehypothese. In dit geval gaan de depressieve klachten vooraf aan het middelengebruik. Het middel wordt gebruikt om de depressieve klachten te verlichten. Bij abstinentie van middelen houden de depressieve klachten aan. Schukit spreekt hier over een primaire depressieve episode. Ook voor dit verklaringsmodel werd bewijs gevonden. Zo vonden Caron en Rutter (1991) dat een depressie de kans op een stoornis in het middelengebruik verhoogt. Stoornissen in middelengebruik en depressie vormen dus risicofactoren voor elkaar (Delbello & Strakowski, 2003).

Wanneer cliënten in behandeling komen voor een stoornis in het middelengebruik en depressieve klachten rapporteren, is vaak nog niet duidelijk of het om een primaire of een secundaire depressieve episode gaat. Depressieve episoden zijn moeilijk te diagnosticeren op het moment dat er ook sprake is van excessief middelengebruik (Nunes & Quitkin, 1997; Nunes, Quitkin, Donovan, Deliyannides, Ocepek-Welikson, Koenig, Brady, McGrath & Woody, 1998). Daarom is het bij het diagnosticeren van stemmingsstoornissen van belang rekening te houden met de invloed die het middelengebruik hierop kan hebben. Het middelengebruik maskeert vaak de symptomen van stemmingsstoornissen. Deze maskerende werking kan tot enkele weken van abstinentie doorwerken. Pas na ongeveer zes weken is te zeggen of de stemmingsklachten aanhouden of dat deze afnemen als gevolg van abstinentie.

Uit het onderzoek van Ramsey, Kahler, Read, Stuart en Brown (2004) blijkt dat cliënten in veel gevallen onterecht de diagnose middelgeïnduceerde depressieve episode krijgen. Dit heeft implicaties voor de behandeling, aangezien er vanuit wordt gegaan dat de depressieve symptomen zullen verdwijnen na abstinentie van het middel. De patiënten worden niet meer behandeld voor hun depressieve symptomen, wat de kans op terugval in het middelengebruik vergroot. Het is dan ook van belang vroegtijdig zicht te krijgen op primaire en secundaire depressieve episoden. Sommige klinici zijn terughoudend in de indicatie van behandeling van depressie als nog niet duidelijk is of het om een primaire of een secundaire depressieve episode gaat. Whooley en Simon (2000) vonden echter dat een stoornis in het middelengebruik geen belemmering hoeft te zijn in de behandeling van depressie. De beste manier om te onderzoeken welk effect depressie heeft op het beloop van de stoornis in het middelengebruik is het behandelen van de depressie. Toch is verder onderzoek vereist om hier conclusies over te trekken. Er bestaat nog geen consensus over de invloed die depressie heeft op de uitkomst van behandeling van een stoornis in het middelengebruik (Charney, Paraherakis & Gill, 2001). Wel hebben verschillende onderzoeken uitgewezen dat depressieve patiënten een slechtere prognose hebben voor uitkomst van behandeling van hun middelenafhankelijkheid dan patiënten zonder een depressie (Bobo, McIlvain & Leed-Kelly, 1998; Greenfield, Weiss & Muenz, 1998). Ook hebben zij een grotere kans om opnieuw depressief te worden en een grotere kans op terugval in middelengebruik. Cognitieve therapie is in veelvuldige gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken effectief gebleken in de behandeling van depressie (Dobson & Hamilton, 2002).

#### **4 Positionering van de module**

De depressiemodule is een groepsgerichte module, bedoeld voor mensen die, nadat ze hun middelenafhankelijkheid onder controle hebben, nog steeds last hebben van depressieve klachten. De groep bestaat uit maximaal 10 cliënten. Cliënten hebben reeds een hoofd-/eerst verantwoordelijke behandelaar binnen de verslavingszorg, die tevens verantwoordelijk is voor de monitoring van de cliënt. Cliënten kunnen te allen tijde terug bij deze behandelaar, mocht men zijn teruggevallen in gebruik. Medicamenteuze ondersteuning bij het verminderen van de depressieve klachten kan in combinatie met deze module aangeboden worden.

## 5 Doelen

Het doel van de depressiemodule is het doen afnemen van de depressieve klachten en het geven van handvatten om met de depressieve klachten om te gaan.

## 6 Instroomcriteria

De depressiemodule is bedoeld voor mensen die:

1. hun middelenafhankelijkheid minimaal vier weken onder controle hebben
2. last hebben van depressieve klachten (BDI score van 14 of hoger)

Contra-indicaties voor deze module zijn mensen die:

1. suïcidaal zijn
2. psychotisch zijn
3. sterke mate van (sociale) angst\*hebben.

\* Er is voor gekozen om cliënten met sterke sociale angst niet aan de groep te laten deelnemen, omdat zij het gevaar lopen dat hun negatieve cognities door de medecliënten bekrachtigd worden.

## 7 Duur en aantal sessies

De depressiemodule bestaat uit 10 sessies van ieder 105 minuten, die wekelijks worden aangeboden.

## 8 Aanwezigheid en processturing

Het is van belang dat cliënten hun uiterste best doen om geen van de sessies te missen. Dit is niet alleen belangrijk in het kader van het veranderingsproces, maar het levert ook een bijdrage aan een optimale groepsdynamiek. Het kan voorkomen dat een cliënt een sessie mist. Dit mag maximaal tweemaal voorkomen. In dat geval zal de trainer de cliënt vragen om de huiswerkopdracht van de gemiste sessie zelfstandig te maken.

Tijdens de module bestaat de mogelijkheid tot een individueel gesprek, wanneer daartoe aanleiding is. Dit gesprek kan bijvoorbeeld kort in de pauze gehouden worden of na afloop van de sessie. De volgende factoren kunnen redenen zijn voor een gesprek:

- een cliënt vertoont storend gedrag in de groep;
- er is sprake van een forse terugval, zodanig dat de ernst van de middelenafhankelijkheid op de voorgrond staat.

Doel van het individuele contact is om samen met de cliënt te komen tot een beslissing over continuering van de behandelingsmodule of de indicatie te stellen voor een ander c.q. zwaarder behandelingsaanbod. Een terugval moet door de cliënt voor het begin van de sessie worden aangegeven. De behandelaar beslist vervolgens of de cliënt de sessie kan volgen of niet. Dit is afhankelijk van de toestand van de deelnemer op dat moment (cliënt is bijvoorbeeld onder invloed).

## 9 Profiel van de behandelaren

Om de behandelingen naar behoren uit te kunnen voeren, dienen de behandelaren te voldoen aan de volgende opleidingseisen:

- Minimaal een HBO-diploma in een agogische richting
- Met succes (in het bezit van een certificaat) een specifieke training gevolgd hebben in:
  - Motiverende gespreksvoering (MGV)
  - Leefstijltraining 2 en/of 4

Verder beschikken de trainers over actuele kennis op het gebied van:

- Middelenmisbruik en -afhankelijkheid
- Gedragsstoornissen

- Groepsdynamica
- Het leertheoretische model
- Het veranderingsmodel van Prochaska & DiClemente

## 10 Materialen

Zie de sessies.

## 11 Rapportage

Van iedere cliënt wordt per sessie een sessieverslag geschreven. Tevens wordt de voortgang teruggekoppeld aan de hoofdbehandelaar van de cliënt.

## 12 Literatuurlijst

Abraham, H. D., & Fava, M. (1999). Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 44-50.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beck, A.T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Berglund, M. (2005). A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study. *Addiction*, 100, 742-750.

Blanken, P., Hendriks, V., Kerkmeier, M., Klerk, C. de, Meer, C. van der, Posthuma, T., & Vos, R. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp; richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Utrecht: GGZ Nederland.

Bobo, J. K., McIlvain, H. E., & Leed-Kelly, A. (1998). Depression screening scores during residential drug treatment and risk of drug use after discharge. *Psychiatric Services*, 49, 693-695.

Bockting, C. L. H. (2003). *Cognitieve therapie bij depressie*. Psychiatrie AMC/ De Meren Amsterdam.

Boonstra, M. (2001). Handleiding klinische detoxificatie van alcohol. *Interne Jellinek uitgave*.

Boonstra, M. (2003). Protocol preventie onthoudingsinsulten in het kader van een alcohol ontwenningssyndroom van de Jellinek. *Interne Jellinek uitgave*.

Boonstra, M. (2003). Medicamenteuze behandeling van alcoholmiddelenafhankelijkheid. *Interne Jellinek uitgave*.

Boonstra, M. (2004). Medicamenteuze behandeling van opioïde afhankelijkheid. *Interne Jellinek uitgave*.

Boonstra, M., Geerlings, P.J., Rozenbroek, N., & Sigling, H. (2005). Module benzodiazepines, chronisch gebruik en afhankelijkheid. *Interne Jellinek uitgave*.

Bouza, C., Angeles, M., Munoz, A., & Amate, J.M. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*, 99, 811-828.

- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., & Gill, K. J. (2001). Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 672-677.
- Ciraulo, D.A., Barnhill, J., & Boxenbaum, H. (1985). Pharmacokinetic interaction of disulfiram and antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1373-1374.
- Delbello, M. P., & Strakowski, S. M. (2003). Understanding the problem of co-occurring mood and substance use disorders. In P. M. G. Emmelkamp, & E. Vedel, *Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner's guide to theory, methods, and practice*, 17-18.
- Dobson, K. S., & Hamilton, K. E. (2002). Cognitive therapy of depression: pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychological Review*, 22, 875-893.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Lola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.
- Feinn, R., & Kranzler, H.R. (2005). Does effect size in naltrexone trials for alcohol dependence differ for single-site vs. multi-center studies? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 983-988.
- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K.C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., & Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 19, 330-396.
- Fraser, A.G. (1997). Pharmacokinetic interactions between alcohol and other drugs. *Clinical Pharmacokinetics*, 33, 79-90.
- Frye, R.F., & Branch, R.A. (2002). Effect of chronic disulfiram administration on the activities of CYP1A2, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1, and N-acetyltransferase in healthy human subjects. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 53, 155-162.
- Garbutt, J.C., West, S.L., Carey, T.S., Lohr, K.N., & Crews, F.T. (1999). Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA*, 14, 1318-1325.
- Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L. R., & Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 259-265.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: A 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 159-165.
- Kiefer, F., Jahn, H., & Tarnaske, T. (2003). Comparing and combining Naltrexone and Acamprostate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 92-99.

Koski, A., Vuori, E., & Ojanperä, I. (2005). Newer antidepressants: evaluation of fatal toxicity index and interaction with alcohol based on Finnish postmortem data. *International Journal of Legal Medicine*, 119, 344-348.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009) *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Lima, M.S. de., Oliveira Soares, B.G. de., Reisser, A.A., & Farrell, M. (2002). Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*, 9, 931-949.

Merkx, M.J.M., & Van Broekhoven, T. (2003) *Leefstijltraining 4. Handleiding voor de trainer*. Utrecht: GGZ Nederland.

Minkoff, K., Zweben, J., Rosenthal, R., & Ries, R. (2003). Development of service intensity criteria and program categories for individuals with co-occurring disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 22, 113-129.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Modesto-Lowe, V., & Kranzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health*, 23, 144-149.

Murthy, K.K. (1997). Psychosis during disulfiram therapy for alcoholism. *Journal of the Indian Medical Association*, 95, 80-81.

Nich, C., McCance-Katz, E.F., Petrakis, I.L., Cubells J.F., Rounsaville, B.J., & Carroll, K.M. (2004). Sex differences in cocaine-dependent individuals' response to disulfiram treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 1123-1128.

Nunes, E.V., & Levin, F.R. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A meta-analysis. *JAMA*, 291, 1887-1896.

Nunes, E. V., & Quitkin, F. M. (1997). Treatment of depression in drug-dependent patients: Effects on mood and drug use. *NIDA Research Monograph*, 172, 61-85.

Nunes, E. V., Quitkin, F. M., Donovan, S. J., Deliyannides, D., Ocepek-Welikson, K., Koenig, T., Brady, R., McGrath, P. J., & Woody, G. (1998). Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders: A placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 55, 153-160.

Pettinati, H. (2004). Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence. *Biological Psychiatry*, 56, 785-792.

Ramsey, S. E., Kahler, C. W., Read, J. P., Stuart, G. L., & Brown, R. A. (2004). Discriminating between substance-induced and independent depressive episodes in alcohol dependent patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 672-676.

Schippers, G.M. (1996). Handleiding voor motiverende gespreksvoering, Jellinek uitgave.

Schippers, G.M., & Jonge, J. de. (2002). Motivational Interviewing. Maandblad *Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 250-265.

- Smeerdijk, M. (2005). Behandeling van middelenafhankelijkheid en comorbide depressie. Interne Jellinek uitgave.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M., & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154, 948-957.
- Schuckit, M. A. (1983) Alcoholic patients with secondary depression. *American Journal of Psychiatry*, 140, 711-714.
- Sheehan, D.V., Janavus, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., & Sheehan, M. (2001). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. University of South Florida, Tampa.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavus, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M., & Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1980). *Timeline follow-back user's guide*. Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.
- Sullivan, L. E., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American Journal of Medicine*, 118, 330-341.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.
- Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., & Farre, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 78, 1-22.
- Torrey, W.C., Drake, R.E., Cohen, M., Fox, L.B., Lynde, D., Gorman, P., & Wyzik, P. (2002). The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Mental Health Journal*, 38, 507-521.
- Wildt, W.A.J.M. de. (2002). *Achilles leefstijltraining 2. Handleiding voor de trainer*. Zeist: Cure en Care Publishers.
- Wildt, W.A.J.M. de., Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). Module indicatiestelling en trajecttoewijzing. Utrecht: GGZ Nederland.
- Whooley, M. A., & Simon, G. E. (2000). Managing depression in medical outpatients. *The New England Journal of Medicine*, 28, 1942-1950.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2000) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-9





<b>Colofon</b>	Deze publicatie is uitgebracht door Jellinek/Arkin in opdracht van het project Resultaten Scoren, GGZ Nederland
<b>Auteurs</b>	M.G.H.Guiot, A.M.Smeerdijk, L.C.Franklin, B.J.H.Kuiper
<b>Redactie</b>	J.Huysen, G.M.Schippers, C.Krappel, W.A.J.M.de Wildt, H.R.Buntjer
<b>Uitgever</b>	GGZ Nederland, project Resultaten Scoren
<b>Ontwerp</b>	<a href="http://www.taluut.nl">www.taluut.nl</a>
<b>Publicatienummer</b>	2009 - 357

Prijs: eerste exemplaar gratis voor leden GGZ Nederland; elk volgend exemplaar € 15,- inclusief verzendkosten. Gratis downloaden via [www.ggzkennisnet.nl](http://www.ggzkennisnet.nl)

© Copyright 2009: Jellinek/Arkin, GGZ Nederland, project Resultaten Scoren  
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van de uitgever GGZ Nederland

