

Middelenverslaving of substance use disorder (SUD) leidt tot veel negatieve gevolgen. De effectiviteit van SUD-behandeling is momenteel niet optimaal. Daarbij is bij 45% van de patiënten sprake van een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS). Kan een traumagerichte behandeling zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing de effectiviteit van een behandeling verhogen? Het doel van deze literatuurstudie is de rol van EMDR-therapie te onderzoeken bij de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS.

EEN LITERATUURSTUDIE

EMDR BIJ MIDDELEN- VERSLAVING

INLEIDING

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een therapeutische methode die vooral wordt ingezet bij de behandeling van posttraumatische stressstoornissen (PTSS). EMDR is in 1989 voor het eerst beschreven door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro (Shapiro & Maxfield, 2002). De therapie heeft aanzienlijke belangstelling gekregen op zowel sociaal als wetenschappelijk gebied vanwege het integreren van cognitieve, emotionele en gedragscomponenten (Valiente-Gómez, et al., 2019). EMDR is recent geïntroduceerd als mogelijke behandeling bij verslaving aan middelen (Schäfer et al., 2017; Carletto et al., 2018).

Verslaving aan middelen wordt ook wel *substance use disorder* (SUD) genoemd. Deze middelen kunnen bijvoorbeeld cannabis, GHB (gammahydroxyboterzuur), cocaïne of andere drugs zijn (Connor et al., 2021; Andresen et al., 2011). SUD begint vaak onschuldig met experimenteel gebruik van een recreatieve drug in sociale situaties, of door medicinale blootstelling aan bijvoorbeeld opioïden. Dit incidenteel gebruik kan overgaan in frequent gebruik. Er zijn steeds hogere doses nodig om hetzelfde initiële effect te bewerkstelligen. Uiteindelijk is sprake van volledig controleverlies over het drugsgebruik. Pogingen om het gebruik te stoppen, zorgen voor hunkering naar het middel (craving) en ernstige ontwenningverschijnselen (Koob & Volkow, 2010). Bij 45%

van de patiënten met SUD is sprake van een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit suggereert dat een traumagerichte behandeling wellicht leidt tot vermindering van SUD-symptomen (Schäfer et al., 2017; Carletto et al., 2018). PTSS en SUD zijn beide ernstige aandoeningen die veel psychische problemen veroorzaken. Daarnaast vergroten PTSS-symptomen de kans op middelengebruik (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

SUD vormt een belangrijk sociaal- en volksgezondheidsprobleem vanwege de negatieve gevolgen in termen van school- of werkuitval, uiteenvallen van gezinnen, dakloosheid, vatbaarheid voor misdrijven, ziektes, intoxicatie en sterfte (Valiente-Gómez et al., 2019). Het is mede daarom belangrijk SUD zo vroeg mogelijk te herkennen. Dit begint bij het moment dat het drugsgebruik niet meer onder controle is of problemen veroorzaakt. Hoe sneller begeleiding wordt ingeschakeld, hoe groter de kans is op duurzaam herstel. Daarnaast blijft de schade aan de gezondheid dan beperkt (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

Slechts een klein deel van de verslavingspatiënten blijkt na een verslavingsbehandeling abtinent te zijn of het gebruik onder controle te hebben. Vijftig tot zeventig procent van de verslavingspatiënten ervaart binnen een jaar na behandeling een terugval (Rooij, 2014). Dit komt vermoedelijk omdat SUD een complexe en progressieve aandoening

is, waarbij verschillende hersengebieden betrokken zijn. Het veroorzaakt een langdurige verandering in de neuronale netwerken in de hersenen, waardoor ook na langere tijd een sterke hunkering naar het verslavende middel kan optreden (Koob & Volkow, 2012). Omdat de bestaande behandelingen een terugval in veel gevallen niet kunnen voorkomen, moeten patiënten vaak meerdere keren in behandeling. Het ultieme doel is de controle over het middel te herstellen en een terugval te voorkomen. Er is een grote behoefte aan effectievere behandelingen voor SUD (Perez-Dandieu & Tapia, 2014; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.).

Zoals eerder benoemd kan PTSS een individuele risicofactor zijn voor het ontstaan van SUD (Valiente-Gómez et al., 2019; Schäfer et al., 2017). Hoewel is bewezen dat er een duidelijk verband bestaat tussen PTSS en SUD, bieden de meeste verslavingsbehandelingen geen traumagerichte therapie voor patiënten met SUD (Valiente-Gómez et al., 2019; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Traumagerichte PTSS-behandeling met EMDR bij patiënten met SUD zou mogelijk effectief kunnen zijn bij de behandeling van SUD-symptomen. Het zou de mate van verlangen, angst en depressie kunnen verminderen en daarnaast een verbetering van emotieregulatie en zelfvertrouwen kunnen opleveren (Schäfer et al., 2017; Carletto et al., 2018).

EMDR is gebaseerd op het adaptieve informatieverwerkingsmodel, dat stelt dat stressvolle gebeurtenissen die niet volledig zijn verwerkt en geïntegreerd in de geheugen-netwerken, op een disfunctionele manier worden opgeslagen (Carletto et al., 2018). EMDR zorgt voor de bevordering van de herverwerking van deze disfunctioneel opgeslagen informatie. Dit leidt tot vermindering van negatieve emoties, die zijn opgeslagen als gevolg van traumatische gebeurtenissen. Het behandelresultaat kan worden omschreven als integratie van traumatische informatie in een meer positieve toestand (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Het doel van deze literatuurstudie is te bepalen of en in

welke mate EMDR van toegevoegde waarde is voor de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS. De vraagstelling luidt: Welke rol kan EMDR-therapie krijgen bij de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS? Om een uitspraak over de bruikbaarheid van EMDR te kunnen doen, is gezocht naar Nederlands- of Engelstalige artikelen met behulp van PubMed en Embase. Er is gebruik gemaakt van de MeSH Terms: 'EMDR' en 'substance'. Om de effectiviteit van EMDR bij SUD in kaart te brengen, zijn vooral klinische trials, meta-analyses en gerandomiseerde gecontroleerde studies gebruikt uit de periode 2011-2021. Vervolgens zijn systematische reviews gebruikt om SUD en EMDR in een bredere neuropsychologische context te kunnen plaatsen.

DIAGNOSE-STELLING VAN SUD

Met een tijdige SUD-diagnose kan de juiste hulp aangeboden worden, en is de kans op volledig herstel groter (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.). De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis. De DSM wordt om de zoveel tijd vernieuwd, de laatste versie dateert uit 2014 (*American Psychiatric Association, 2014*).

De grote vraag bij het vernieuwen van de DSM-criteria voor SUD was of misbruik en afhankelijkheid als twee aparte aandoeningen geïnclassificeerd moesten blijven (Hasin et al., 2013). Uiteindelijk is gekozen voor meer uniformiteit onder het label SUD met verschillende gradaties (*American Psychiatric Association, 2014; Hasin et al., 2013*). In figuur 1 worden de DSM-IV-criteria voor drugsmisbruik (*abuse*) en afhankelijkheid (*dependence*) weergegeven. De diagnose afhankelijkheid kan worden gesteld wanneer aan drie of meer afhankelijkheidscriteria wordt voldaan. Als er geen sprake is van afhankelijkheid, kan misbruik gediagnosticeerd worden als er minstens één misbruikcriterium is.

Afhankelijkheid wordt dus als het ware hiërarchisch boven misbruik ingedeeld; misbruik mag niet worden vastgesteld als er sprake is van afhankelijkheid. In figuur 1 is ook te zien dat SUD wordt gediagnosticeerd bij twee of meer van de benoemde criteria.

ERNST VAN SUD EN CRAVING is alleen een symptoom van SUD en niet van misbruik en afhankelijkheid. Onder craving verstaan we de dwangmatige hunkering naar een verslavend middel. Verschijnselen van craving kunnen zich zowel fysiek als mentaal uiten (Koob & Volkow, 2010). Die kunnen zorgen

Slechts een klein deel van de verslavingspatiënten blijkt na een verslavingsbehandeling abtinent te zijn of het gebruik onder controle te hebben

FIGUUR 1. DSM-IV EN DSM-5 CRITERIA VOOR SUBSTANCE USE DISORDERS.

	DSM-IV Abuse ^a		DSM-IV Dependence ^b		DSM-5 Substance Use Disorders ^b	
Hazardous use	X	} ≥1 criterion	–	} ≥3 criteria	X	} ≥2 criteria
Social/interpersonal problems related to use	X		–		X	
Neglected major roles to use	X		–		X	
Legal problems	X		–		–	
Withdrawal ^d	–		X		X	
Tolerance	–		X		X	
Used larger amounts/longer	–		X		X	
Repeated attempts to quit/control use	–		X		X	
Much time spent using	–		X		X	
Physical/psychological problems related to use	–		X		X	
Activities given up to use	–		X		X	
Craving	–		–		X	

Een of meer misbruikcriteria binnen een periode van twaalf maanden en geen diagnose van afhankelijkheid; toepasbaar op alle stoffen behalve nicotine, waarvoor geen DSM-IV-misbruikcriteria bestaat.

Drie of meer afhankelijkheidscriteria binnen en periode van twaalf maanden.

Twee of meer SUD criteria binnen een periode van twaalf maanden.

Terugvallen niet geïncludeerd voor cannabis-, inhalatie- en hallucinogene middelen in DSM-IV. Terugval op cannabis is toegevoegd in DSM-5.

Noot. Overgenomen uit "DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale", door Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... & Grant, B. F. (2013). *American Journal of Psychiatry*, 170(8), p. 836.

voor verandering in gedachten of gedrag doordat een enorme behoefte aanwezig is om een drug te gebruiken.

De DSM-5 van SUD bestaat uit de volgende elf onderdelen (American Psychiatric Association, 2014):

- vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan je van plan was;
- mislukte pogingen om te minderen of te stoppen;
- het verkrijgen of gebruiken van de drug en het herstellen van gebruik kosten veel tijd;
- sterk verlangen om te gebruiken;
- door gebruik tekortschieten op het werk, school of thuis;
- blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in het sociale of relationele vlak;

- door gebruik opgeven of sterk verminderen van hobby's, sociale activiteiten of werk;
- voortdurend gebruik, zelfs als je daardoor in gevaar komt;
- voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich mee brengt of verergert;
- grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen oftewel tolerantie;
- het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig worden door meer van de stof te gebruiken.

Voor het vaststellen van de ernst van SUD en de mate van craving wordt gekeken naar het aantal criteria waaraan

voldaan wordt. Bij twee of drie criteria is er sprake van milde, bij vier of vijf van gematigde en bij zes of meer van ernstige SUD (American Psychiatric Association, 2014).

SUD EN COMORBIDE PTSS PTSS kan veroorzaakt worden door het meemaken van een traumatische gebeurtenis (bijvoorbeeld oorlogs- of misdaadervaring, seksueel misbruik of huiselijk geweld). Symptomen kunnen onder andere flashbacks, nachtmerries en ernstige angst zijn, evenals oncontroleerbare gedachten over de gebeurtenis. PTSS veroorzaakt klinisch significant lijden en een verminderd sociaal of professioneel functioneren (American Psychiatric Association, 2014). Ongeveer vijftig tot tachtig procent van de Nederlanders komt in aanraking met een traumatische ervaring. Van deze mensen ontwikkelt ongeveer 7,5% PTSS (LeTendre & Reed, 2017).

Het is belangrijk om een geïntegreerd behandelprincipe te hebben voor de combinatie van PTSS en SUD

SUD en PTSS delen enkele sociale risicofactoren en omgevingsrisicofactoren zoals ontoereikende gezinsondersteuning en sociale problemen. Wanneer symptomen van PTSS en middelenmisbruik door SUD samen voorkomen, kan dat tot complexe en uitdagende situaties leiden. De relatie tussen PTSS en SUD is bi-directioneel en ze kunnen elkaar versterken. Patiënten met een gelijktijdige diagnose van PTSS en SUD hebben vaak meer uitdagingen dan patiënten met één van beide stoornissen. Het is belangrijk om een geïntegreerd behandelprincipe te hebben voor de combinatie van PTSS en SUD (Simmons & Suarez, 2016).

Aangezien middelengebruik bij patiënten met SUD en comorbide PTSS mogelijk het gevolg is van pogingen tot zelfregulatie van PTSS-gerelateerde symptomen, kan traumagerichte behandeling wellicht ook klinisch relevante effecten hebben op de SUD-conditie (Schäfer et al., 2017). In de casestudy van Abel en O'Brien werd het gebruik van EMDR-therapie onderzocht bij een vrouw met langdurig alcoholmisbruik en comorbide PTSS. Twee jaar na de EMDR-therapie bleek de vrouw nog steeds abtinent te zijn,

en daarbij was sprake van volledige remissie van de PTSS-symptomen (Abel & O'Brien, 2010).

HUIDIGE BEHANDELING VAN SUD EN PTSS De huidige behandeling (*therapy as usual*; TAU) omvat technieken en vaardigheden om beter met PTSS-symptomen om te gaan en een SUD-terugval te voorkomen. In de huidige standaardbehandeling van SUD vindt alleen geen verwerking van traumagerichte herinneringen plaats (Schäfer et al., 2017).

De eerstelijnsbehandeling van PTSS en SUD bestaat uit psychotherapie. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een *evidence-based* interventie voor SUD. De cognitief-gedragsmatige benaderingen omvatten training in copingvaardigheden, terugvalpreventie, noodbeheer en gedragstherapie (Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Er wordt gefocust op verbeterde communicatie, bijvoorbeeld tussen ouders en kinderen, woedebeheersing, begrip van triggers, probleemoplossende vaardigheden en beheersing van problematisch gedrag. Hoewel abstinentie het doel blijft, zijn principes rondom *harm reduction* ook belangrijk. *Harm reduction* gaat over het beperken van de mogelijke schade door de aandoening (Simmons & Suarez, 2016).

Helaas blijkt CGT niet altijd voldoende effectief. De meest effectieve vormen van psychotherapie zijn traumagericht (LeTendre & Reed, 2017). In 2015 hebben Chen et al. onderzocht welke psychotherapeutische behandeling superieur is (Chen et al., 2015). Totaal waren 11 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken geïnccludeerd (N=424) tussen 1989 en 2013. Uit de resultaten van deze studie bleek dat zowel CGT als EMDR een positief effect heeft op de PTSS- en angstsymptomen. Wel scoort EMDR significant beter dan CGT op verschillende eindpunten.

EMDR is een traumagerichte behandeling waarvan is aangetoond dat deze effectief is bij het behandelen van patiënten met PTSS (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Bij een EMDR-behandeling zal de therapeut vragen om een gebeurtenis op te roepen en deze te koppelen aan afwisselende bilaterale stimuli zoals het volgen van de bewegende vinger van de therapeut of het luisteren naar klikjes. Vaak leidt dit tot een verandering in gedachten, gevoelens en beelden rondom deze gebeurtenis (Shapiro & Maxfield, 2002).

METEN VAN EFFECTIVITEIT VAN EMDR Zoals eerder benoemd wordt als primaire uitkomst gekeken naar de werkzaamheid van EMDR-therapie bij het verminderen van de ernst van de SUD. De effectiviteit van EMDR kan gemeten wor-

TABEL 1. OVERZICHT META-ANALYSES NAAR EMDR ALS BEHANDELMETHODE VOOR PTSS

	GEMETEN	EMDR EFFECTIEVER DAN TAU?
Bisson et al., 2013	PTSS-symptomen	Ja (SMD -1,17; 95%BI -2,04—-0,30)
	Depressieve symptomen	Ja (SMD -1,15; 95% CI -1,52— -0,78)
	Angstgerelateerde symptomen	Ja (SMD -1,02; 95% CI -1,36— -0,69)
Cusack et al., 2016	PTSS-symptomen	Ja (SMD -1,08; 95%BI -1,83—-0,33)
	Depressieve symptomen	Ja (SMD -1,13; 95%BI -1,52—-0,74)

Noot. EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; PTSS: *posttraumatische stressstoornis*; TAU: *treatment as usual*; SMD: *standardized mean difference*

den door verschillen in ernst van de SUD-symptomen vast te stellen. De ernst van SUD kan gemeten worden met verschillende meetinstrumenten (Valiente-Gómez et al., 2019):

De *Timeline Followback Questionnaire* (TLFB) is een retrospectieve kalender-gebaseerde meting van dagelijks middelengebruik. Deze is oorspronkelijk ontwikkeld om zelfrapportages van alcoholgebruik te verkrijgen, maar wordt tegenwoordig ook gebruikt voor andere middelen (Valiente-Gómez et al., 2019).

De *Severity of Dependence Scale* (SDS) is een vragenlijst met vijf onderdelen die de mate van afhankelijkheid van verschillende soorten middelen aangeeft. Elk onderdeel wordt ingedeeld op een vierpuntenschaal (0-3) en vervolgens opgeteld voor de totale score. Hoe hoger de score, hoe groter de afhankelijkheid (Valiente-Gómez et al., 2019).

De *Visual Analog Scale* (VAS) is een zelfrapportageschaal om de intensiteit van de drang naar het verslavende middel te meten. Deze werd oorspronkelijk gebruikt om pijnintensiteit te meten. De schaal loopt van 0 tot 10; hoe hoger de score, des te groter de drang naar het middel (Valiente-Gómez et al., 2019).

De *Beck Depression Inventory* (BDI), *State Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Dissociative Experience Scale* (DES), *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R), *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), *Anxiety Sensitivity Index* (ASI) en *Symptom Checklist* (SCL) zijn ook zelfrapportageschalen die de intensiteit van verschillende symptomen meten. Er wordt gekeken naar SUD-symptomen maar ook naar posttraumatische, dissociatieve, stress- en angstgerelateerde psychiatrische symptomen. Hoe hoger de score, hoe ernstiger de symptomen (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

EFFECTEN VAN EMDR VERGELEKEN MET TAU Verschillende onderzoeken hebben gekeken naar de effectiviteit van EMDR bij patiënten met PTSS. Het doel van het onderzoek van Bisson et al. (2013) was om de effecten van psychotherapieën voor de behandeling van PTSS te beoordelen (Bisson et al., 2013). Uiteindelijk zijn 70 onderzoeken geïncludeerd met in totaal 4761 patiënten. Als primaire uitkomst werd gekeken naar verschillen in vermindering van de ernst van PTSS-symptomen tussen een groep met EMDR en een groep met standaard zorg. De EMDR-groep liet een beter resultaat zien in de vermindering van deze symptomen dan de standaardzorggroep. Toch werd het bewijs uit deze studie als zeer laag beoordeeld door de kleine steekproefomvang en het lage onderscheidend vermogen van de onderzoeken. Daarnaast zijn er weinig gegevens over de follow-up, waardoor er geen conclusie getrokken kan worden over de effecten op de lange termijn.

Ook in de meta-analyse van Cusack et al. (2016) is gekeken naar de effectiviteit van verschillende PTSS-therapieën. Voor de verschillende uitkomstmaten werd de invloed van EMDR in vergelijking met de standaardbehandeling beoordeeld op PTSS-symptomen, depressieve symptomen en het aantal PTSS-diagnoses. De behandeling met EMDR gaf significant betere resultaten wat betreft de uitkomstmaten dan de standaardbehandeling. Daarnaast kwamen meer patiënten van de diagnose PTSS af na behandeling met EMDR; Cusack et al., 2016).

In tabel 1 is een overzicht van deze studies naar EMDR als behandelingsmethode voor PTSS weergegeven.

Behalve onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR-therapie bij PTSS, zijn er ook verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van SUD. In een quasi-experimenteel onderzoek van Carletto c.s. is

TABEL 2. OVERZICHT STUDIES NAAR EMDR ALS BEHANDELMETHODE VOOR SUD.

	GEMETEN	EMDR EFFECTIEVER DAN TAU?
Carletto et al., 2018	Dissociatieve symptomen (DES) Posttraumatische symptomen (IES-R) Psychiatrische symptomen (SCL-90-R) Angst-gerelateerde symptomen (STAI-1+2) Depressieve symptomen (BDI)	Ja ($p < 0.001$) Ja ($p < 0.001$) Ja ($p < 0.001$) Ja ($p = 0.067$; $p = 0.009$) Nee
Hase et al., 2008	Mate van verslaving (OCDS) Depressieve symptomen (BDI)	Ja ($p < 0.001$) Ja ($T = 4.0$, $p = .001$)
Perez-Dandieu & Tapia, 2014	PTSS-symptomen (PCL-S) Depressieve symptomen (BDI) Angst-gerelateerde symptomen (STAI) Mate van verslaving (ASI)	Ja ($T=9.60$; $p=0.011$) Ja ($T=14.134$; $p=0.004$) Nee Nee

Noot. EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PTSS: posttraumatische stressstoornis; TAU: treatment as usual; DES: Dissociative Experiences Scale; IES-R: Impact of Event Scale- Revised; SCL-90-R: Symptom Checklist – 90 – Revised; STAI: State-Trait Anxiety Inventory Scale State; BDI: Beck Depression Inventory; OCDS: Obsessive Compulsive Drinking Scale; PCL-S: Post-Traumatic Checklist Scale; ASI: Addiction Severity Index

gekeken naar de werkzaamheid van een aanvullende EMDR-behandeling in vergelijking met uitsluitend TAU bij patiënten met SUD (Carletto et al., 2018). De onderzoekspopulatie bestond uit 40 patiënten tussen de 18 en 65 jaar met de diagnose SUD (volgens de DSM-5). Alle patiënten kregen TAU, die bestond uit klinische interviews met de verslavingspecialist en toediening van bepaalde medicatie. Daarnaast zijn psychologische behandelingen, zowel individuele sessies als groepssessies, en psycho-educatieve groepssessies onderdeel van TAU. De patiënten werden gerandomiseerd om ofwel EMDR-therapie te ontvangen, toegevoegd aan TAU, ofwel TAU alleen. Over het algemeen bleek uit dit onderzoek dat de klinische toestand van alle SUD-patiënten was verbeterd, met een vermindering van posttraumatische, dissociatieve en psychiatrische symptomen, ongeacht het type behandeling. De *add-on* therapie met EMDR bleek een significant groter effect te hebben dan de TAU-groep. Daarnaast werd een significante verbetering waargenomen wat betreft de globale ernst van stressgerelateerde psychiatrische symptomen bij patiënten die aanvullend EMDR kregen in vergelijking met uitsluitend TAU. In zowel de TAU- als de EMDR-behandelgroep was echter geen significante verandering gezien in depressieve symptomen. Een beperking van de studie was dat

craving en abstinentie zelf niet onderzocht werden (Carletto et al., 2018).

In 2008 is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gepubliceerd waarin EMDR additioneel werd toegevoegd aan TAU (Hase et al., 2008). Patiënten met alcoholverslaving in de experimentele groepen kregen TAU met daarbij één uur EMDR, gericht op het verslavingsgeheugen. Het verslavingsgeheugen wordt namelijk gezien als de belangrijkste trigger van een terugval. Uit de resultaten blijkt dat er een significante vermindering was in craving in de EMDR+ TAU-groep direct na behandeling en een maand later. Deze bevindingen suggereren dat EMDR de verslavingsbehandeling verbetert door craving en terugvallen bij SUD te verminderen.

Dit is in overeenstemming met de resultaten uit een onderzoek van Perez-Dandieu & Tapia (2014). In dit onderzoek zijn de korte vorm PCL voor DSM-5 (PCL-5) en de ASI als primaire meetinstrumenten gebruikt voor de analyse. De uitkomsten van de PCL-5 lieten een significante verbetering in de TAU+ EMDR-groep zien, terwijl er geen afname van PTSS-symptomen werd opgemerkt in de TAU-behandelingsgroep. Het verschil tussen de twee groepen, wat betreft PCL-5-scores, was statistisch significant. Uit de analyse van de ASI-scores bleek dat de TAU+ EMDR-groep en de uitsluitend

TAU-groep beide geen vermindering in middelenverslaving toonden. Er was evenmin een significant verschil tussen de twee groepen aanwezig (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Voor het uitdrukken van de secundaire uitkomstmaten zoals angst- en depressie-symptomen zijn de BDI en de STAI gebruikt. Het verschil tussen de TAU-groep en TAU-EMDR-groep was statistisch significant wat betreft de uitkomsten van de BDI, wat betekent dat de TAU+EMDR-behandeling depressieve symptomen significant verminderde ten opzichte van enkel TAU. De TAU+EMDR-behandeling liet een significante afname van de BDI zien, maar uit de analyse van de STAI-scores bleek dat er geen statistisch significant verschil was tussen de twee groepen. EMDR-behandeling ging echter niet gepaard met een significante afname van middelengebruik (Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Tabel 2 bevat een overzicht van bovengenoemde studies naar EMDR als behandelingsmethode voor SUD.

DISCUSSIE

Dit literatuuronderzoek heeft relevante informatie gebundeld over de mogelijk toegevoegde waarde van EMDR voor de behandeling van patiënten met SUD en eventueel comorbide PTSS.

Een opvallend resultaat is dat de standaardtherapie (TAU) in combinatie met EMDR significant beter scoort op verschillende primaire en secundaire uitkomstmaten dan de standaardbehandeling (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Met betrekking tot de stressgerelateerde psychiatrische symptomen werd ook een significante verbetering vastgesteld bij patiënten met de aanvullende EMDR-behandeling. Tijdens intramurale behandeling van patiënten met SUD kan een aanvullende behandeling met EMDR in een vroeg stadium de algehele behandelresultaten verbeteren (Carletto et al., 2018; Perez-Dandieu & Tapia, 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is de bidirectionele relatie tussen PTSS en SUD (Simmons & Suarez, 2016). De kans is groot dat patiënten met SUD middelen gebruiken om negatieve PTSS-toestanden te reguleren. Als PTSS behandeld wordt, kan dit ook een gunstig therapeutisch effect hebben op SUD. De effecten van EMDR-behandeling bij het verminderen van middelenmisbruik zijn niet eenduidig. Onderzoekresultaten laten zien dat combinatietherapie met EMDR de craving en het terugvallen verminderen; dit gaat evenwel niet noodzakelijkerwijs samen met een significante afname van middelenmisbruik (Hase et al., 2008; Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

Zoals eerder benoemd zijn voor de inclusie van patiënten

de DSM-5-criteria voor SUD aangehouden (figuur 1). In de DSM-5 voor SUD wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende middelen. Een beperking aan deze literatuurstudie is dan ook het brede begrip SUD (Connor et al., 2021; Bhatia & Hassan, (2017). Het is mogelijk dat het per middel verschilt of en in welke mate de EMDR-behandeling effectief is.

Een andere beperking is dat er bij het veelgebruikte onderzoek van Carletto c.s. sprake was van een niet-gerandomiseerde opzet (Carletto et al., 2018). Kijkend naar de hoeveelheid en ernst van de symptomen vóór de behandeling vertoonden de deelnemers met de aanvullende EMDR-behandeling meer en ernstigere symptomen dan de groep met uitsluitend TAU. Dit verschil zou een vertekend beeld kunnen geven van de verbeteringen die werden waargenomen bij de EMDR-behandeling. Dit komt omdat de verbeteringen ook een gevolg kunnen zijn van spontane vermindering van symptomen, die verband houden met het feit dat er grotere verminderingen zijn als er sprake is van een startniveau met ernstigere symptomen (Carletto et al., 2018). Belangrijk om te melden is dat op dit moment een grote gerandomiseerde *multicenter trial* wordt uitgevoerd naar de effectiviteit van EMDR bij het behandelen van SUD (Valiente-Gómez et al., 2019).

EMDR kan een goede aanvullende behandeling zijn voor patiënten met SUD

CONCLUSIE EN AANBEVELING In deze literatuurstudie is gezocht naar een antwoord op de vraag welke rol EMDR-therapie kan krijgen bij de behandeling van patiënten met SUD en eventuele comorbide PTSS. Uit de resultaten blijkt dat het toevoegen van EMDR-therapie aan de standaardbehandeling van SUD kan zorgen voor een verbetering van de algehele behandelresultaten met een vermindering van posttraumatische, dissociatieve symptomen en angst-gerelateerde klachten.

Hoewel de resultaten als voorlopig beschouwd moeten worden, suggereert onderhavige studie dat EMDR een goede aanvullende behandeling kan zijn voor patiënten met SUD.

Het advies voor vervolgonderzoek is om niet alleen te concentreren op het reduceren van posttraumatische en verslavings-gerelateerde symptomen, maar ook te kijken naar de invloed van persoonlijke eigenschappen en omgevingsfactoren.

OVER DE AUTEURS

Hanna Nelissen is masterstudent farmaceutische wetenschappen bij de bètafaculteit van de Universiteit Utrecht. Elena Vos is afgestudeerd in de master Biomedical Sciences aan de Universiteit van Amsterdam en werkzaam als junior-onderzoeker bij het Trimbos Instituut. Prof. dr. Toine Pieters is coördinator van het keuzevak Verslaving en Verslavingsmiddelen aan de Universiteit Utrecht. Correspondentie aangaande dit artikel: t.pieters@uu.nl.

Summary

EMDR AS TREATMENT FOR SUBSTANCE USE DISORDER H. NELISSEN, E. VOS, T. PIETERS

Substance use disorder (SUD) has many negative consequences and is thus an important social and public health issue. Currently, effectivity of SUD treatment is not optimal. Moreover, comorbid posttraumatic stress disorder (PTSD) is seen in 45 per cent of the SUD patients. This suggests that trauma focused treatment (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, or EMDR) could increase effectivity of SUD treatment. The goal of this literature review is to investigate the possible role of EMDR in treatment of SUD patients with possible comorbid PTSD. The results indicate that therapy as usual (TAU), combined with EMDR, can result in a significant improvement of the overall clinical condition of SUD patients, although not all studies show improvement of SUD symptoms after EMDR treatment.

Literatuur

- Abel, N.J. & O'Brien, J.M. (2010). EMDR treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case example. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 50-59.
- American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5". Uitgeverij Boom.
- Andresen, H., Aydin, B.E., Mueller, A. & Iwersen-Bergmann, S. (2011). An overview of gamma hydroxybutyric acid: pharmacodynamics, pharmacokinetics, toxic effects, addiction, analytical methods, and interpretation of results. *Drug testing and analysis*, 3(9), 560-568.
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
- Carletto, S., Oliva, F., Barnato, M., Antonelli, T., Cardia, A., Mazzaferro, P., ... & Pagani, M. (2018). EMDR as add-on treatment for psychiatric and traumatic symptoms in patients with substance use disorder. *Frontiers in Psychology*, 8, 2333.
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M. & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443-451.
- Connor, J.P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A.J., & Hall, W.D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 1-24.
- Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C. ... & Gaynes, B.N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- Hase, M., Schallmayer, S. & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170-179.
- Hasin, D.S., O'Brien, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A. ... & Grant, B.F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuro-psychopharmacology*, 35(1), 217-238.
- LeTendre, M.L. & Reed, M.B. (2017). The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: Results of a nationally representative study. *Substance use & misuse*, 52(6), 689-697.
- Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie. (z.d.). Verslaving – Behandeling. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://www.nvvp.net/website/patinten-informatie/aandoeningen-/verslaving/behandeling>
- Rooij, P. (2014, 30 januari). Feit en fictie: 6 beelden over de verslavingszorg. Skipr. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://www.skipr.nl/blog/feit-en-fictie-6-beelden-over-de-verslavingszorg/>
- Perez-Dandieu, B. & Tapia, G. (2014). Treating trauma in addiction with EMDR: a pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 303-309.
- Schäfer, I., Chuey-Ferrer, L., Hofmann, A., Lieberman, P., Mainusch, G. & Lotzin, A. (2017). Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-7.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946.
- Simmons, S. & Suarez, L. (2016). Substance abuse and trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(4), 723-734.
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Radua, J., Hogg, B., Blanco, L., Lupo, W. ... & Amann, B.L. (2019). A multicenter phase II rater-blinded randomized controlled trial to compare the effectiveness of Eye movement desensitization reprocessing therapy vs. treatment as usual in patients with substance use disorder and history of psychological trauma: a study design and protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 108.
- Vereiniging EMDR Nederland (z.d.). Wat is EMDR: Hoe gaat EMDR in zijn werk. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van <https://www.emdr.nl/wat-is-emdr/#hoe-werkt-emdr>.