

Multidisciplinaire richtlijn
Stoornissen in het gebruik van
cannabis, cocaïne, amfetamine,
ecstasy, GHB en benzodiazepines

Samenvatting van de aanbevelingen

Februari 2018

Vincent Hendriks • Peter Blanken • Esther Croes • Gerard Schippers
Arnt Schellekens • Martinus Stollenga • Wim van den Brink

INLEIDING

Aanvullend aan de reeds beschikbare Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van alcohol, MDR Opiaatverslaving en Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning is er nu een MDR voor de overige – niet-opioïde – drugs: de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. In het onderhavige document wordt een samenvatting gegeven van de aanbevelingen uit deze 'MDR-Drugs'.

De aanbevelingen zijn gebaseerd op zowel de wetenschappelijke evidentie, professionele kennis, ervaringskennis als, waar van toepassing, 'overige overwegingen' (bijvoorbeeld klinische relevantie, kosten, of beschikbaarheid van een behandeling) en zijn het resultaat van de integratie van deze informatiebronnen. Bij het opstellen van de aanbevelingen is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van – in volgorde van de sterkte van een aanbeveling – de volgende standaardformuleringen:

- Sterke aanbeveling: Het verdient aanbeveling
- Matig sterke aanbeveling: Het dient overwogen te worden
- Zwakke aanbeveling: Het kan overwogen worden
- Geen aanbeveling: Kan geen aanbevolen worden / kan geen aanbeveling worden gegeven

Deze MDR is gebaseerd op de uitgangspunten van herstel. Het gaat daarbij om het leren leven met een stoornis en de beperkingen die daaruit voortvloeien. We onderscheiden symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel. Bij symptomatisch herstel gaat het om het terugdringen van de symptomen, in geval van druggebruik dus het stoppen met of verminderen van dat gebruik. Het merendeel van de beschikbare evidentie, en dus ook het grootste deel van deze MDR, heeft hier betrekking op. Functioneel herstel betreft de verbetering in de menselijke functies - participatie, sociale interactie en activiteiten die de persoon onderneemt - die in het ongerede zijn geraakt door het gebruik van drugs. Persoonlijk herstel gaat over de versterking van het ervaren van regie, hoop, sociale betrokkenheid en een doel in het leven. Behandelbaar en cliënt stippelen samen het herstelproces uit en hebben naast het verminderen van de draaglast ook aandacht voor het versterken van de draagkracht.

ALGEMENE AANBEVELINGEN

- Het verdient aanbeveling om op middelengebruik gerichte contingentie management breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland te implementeren.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Het verdient aanbeveling om patiënten tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de patiënt.
- Er is geen (overtuigende) evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en – behoudens geleidelijke dosisverlaging – benzodiazepines en er kan daarom geen farmacologische behandeling voor deze stoornissen aanbevolen worden.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van deze drugs, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('*informed consent*') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

SCREENING, CLASSIFICATIE, DIAGNOSTIEK, INDICATIESTELLING, MONITORING EN EVALUATIE

Screening

- Voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen hebben instrumenten die breed informeren naar meerdere middelen – zowel tabak, alcohol als drugs – veelal de voorkeur boven instrumenten die naar één middel informeren.
- Afhankelijk van de beschikbare tijd en het gewenste niveau van detail van de informatie beveelt de werkgroep voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen (tabak, alcohol en drugs) bij volwassenen de ASSIST-Lite (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) aan en voor adolescenten de CRAFFT of de CAGE-AID (geen informatie over specifieke middelen; korte afnameduur), of de ASSIST(-Lite) (wél middelspecifieke informatie; volledige ASSIST langere afnameduur).
- Voor het uitgebreider in kaart brengen van de aard en ernst van het middelengebruik beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de middelenmatrix en de sectie voor de classificatie van een stoornis in het gebruik van middelen van de MATE/MATE-Jeugd (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie), of de ASSIST.
- Voor het in kaart brengen van het middelengebruik en de gevolgen daarvan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking kan de SumID-Q (Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire) overwogen worden.
- Gezien de relatief hoge prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen bij patiënten in de algemene GGz is in deze setting systematisch screenen op tabaksgebruik en problematisch alcohol- en drugsgebruik aangewezen. Dat geldt in het bijzonder voor patiënten met een psychotische stoornis, angst- of stemmingsstoornis (inclusief bipolaire stoornis), posttraumatische stressstoornis, ADHD, antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis, en voor patiënten die voor hun psychische problemen in een opnamesetting in de GGz behandeld worden.
- Systematische screening op tabaksgebruik en problematisch alcohol- en drugsgebruik is eveneens aangewezen bij adolescenten in de jeugdzorg en jeugd-GGz, en in justitiële settings en spoedeisende hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen.
- In de setting van vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten is het raadzaam om bij alle patiënten te informeren naar het gebruik van tabak, alcohol en drugs, en afhankelijk van de bevindingen, dit gebruik met de patiënt te bespreken, eventueel aan de hand van afname van een screeningsinstrument.
- Gezien de lage prevalentie is standaard screenen op problematisch gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy en GHB in de huisartspraktijk niet aangewezen. Bij patiënten met psychische klachten of patiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine is het raadzaam dat de huisarts, of – indien beschikbaar – de Praktijkondersteuner Huisarts (POH-GGz) het gebruik van tabak, alcohol en drugs (inclusief benzodiazepines) in de anamnese uitvraagt.
- Aanbevolen wordt om huisartspatiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy of GHB door te verwijzen naar de verslavingszorg. Behandeling van patiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine kan in principe plaatsvinden in de huisartspraktijk; bij onvoldoende resultaat wordt aanbevolen door te verwijzen naar de verslavingszorg.

Classificatie en diagnostiek

- De werkgroep beveelt aan een gestructureerd instrument te gebruiken voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen. De MATE bevat hiervoor een module overeenkomstig de DSM-IV en DSM-5.

Algemene diagnostische instrumenten

- De werkgroep beveelt de MATE en MATE-Jeugd aan om bij intake de voor de diagnose relevante patiëntkenmerken in kaart te brengen.

Beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)

- Voor het vaststellen van beperkingen in functioneren, zorgbehoeften en beïnvloedende factoren op uiteenlopende domeinen van activiteiten en participatie bij patiënten in de verslavingszorg beveelt de werkgroep de MATE-ICN (ICF Core set and Need for care) aan.
- De werkgroep beveelt aan de MATE-ICN nader te onderzoeken op betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid in de verslavingszorg.

Persoonlijk herstel

- Er zijn op dit moment geen in de Nederlandse gezondheidszorg beproefde instrumenten beschikbaar voor het vaststellen van verandering in belangrijke aspecten van persoonlijk herstel.
- Instrumenten die in aanmerking kunnen komen voor het vaststellen van verandering in persoonlijk herstel zijn vooralsnog de RAS (Recovery Assessment Scale), de NHS (Nationale Herstel Schaal), de MHRM (Mental Health Recovery Measure) en de I-ROC (Individual Recovery Outcomes Counter), maar er is op dit gebied veel ontwikkelactiviteit die in de toekomst tot nieuwe instrumenten kan leiden.
- Voor het vaststellen van de mate waarin patiënten de ontvangen zorg als ondersteunend ervaren voor hun (persoonlijk) herstel is de INSPIRE beschikbaar.

Psychiatrische comorbiditeit

- Vanwege de hoge prevalentie (>30%) verdient het aanbeveling om systematisch te screenen op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines. Dit geldt in het bijzonder voor angst- of stemmingsstoornissen (inclusief bipolaire stoornis), posttraumatische stressstoornis, psychotische stoornissen, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen.
- Het verdient aanbeveling om voor vroegsignalering, screening en diagnostiek van psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines de aanwijzingen in de richtlijnen en kwaliteitsstandaarden voor de betreffende psychiatrische stoornissen te volgen, inclusief de aldaar aanbevolen instrumenten.
- De inzet van van gestandaardiseerde instrumenten dient overwogen te worden, waarbij duidelijke uitleg van het instrument en terugkoppeling van de resultaten van belang zijn.
- Vanwege verschillen in de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit tussen mannen en vrouwen met een stoornis in het gebruik van deze drugs is het van belang bij vrouwen in het bijzonder aandacht te hebben voor angst- en stemmingsstoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis en bij mannen voor antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- Voor het verkrijgen van een indicatie over de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit bij volwassenen in de intake van de verslavingszorg beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van module 2 ('Indicaties Psychiatrisch en Medisch Consult') en module Q2 – de DASS (Depression, Anxiety and Stress Scales) – van de MATE, en bij jongeren hiervoor gebruik te maken van module 2 ('Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren'; IPSJ) van de MATE-Jeugd. De DASS lijkt bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen ook bruikbaar voor het identificeren van een comorbide posttraumatische stressstoornis.
- Voor het vaststellen van comorbide DSM-IV/5 psychiatrische stoornissen bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen beveelt de werkgroep gestructureerde diagnostiek aan, met instrumenten als de CIDI (Composite International Diagnostic Interview), de SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) of de MINI(-Plus) (Mini International Neuropsychiatric Interview) voor volwassenen en de DISC-IV (Diagnostic Interview Schedule for Children) voor jongeren.

- Voor het vaststellen van DSM-IV/5 persoonlijkheidsstoornissen beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders), de SIDP (Structured Interview for DSM-IV Personality) of de IPDE (International Personality Disorder Examination).
- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis de complete problematiek op alle levensgebieden vanuit de persoonlijke context en fase van herstel in kaart te brengen, met inachtneming van veranderingen en samenhang over de tijd met betrekking tot middelengebruik en de symptomen van de comorbide psychiatrische stoornis.
- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in het gebruik van deze drugs en een comorbide psychiatrische stoornis het diagnostisch traject middels gedeelde besluitvorming in te richten. Hierbij is psychoeducatie over de noodzaak van geïntegreerde diagnostiek, de wijze van diagnostiek en de relatie tussen de hulpvraag en diagnostiek van belang, evenals een terugkoppeling van de bevindingen uit diagnostisch onderzoek.
- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in het gebruik van deze drugs en een comorbide psychiatrische stoornis het diagnostisch traject als doorlopend proces in te richten, van eerste intake, na detoxificatie en gedurende de behandeling, zodat relevante comorbide psychiatrische problematiek niet gemist wordt.
- Het dient overwogen te worden voor diagnostiek naar psychiatrische comorbiditeit indien mogelijk een abstinente periode van ten minste twee tot drie weken in te lassen.

Indicatiestelling en besluitvorming

- De werkgroep beveelt bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs de toepassing aan van (1) een gestructureerde intake en probleeminventarisatie, (2) een geprotocolleerde indicatiestelling, en (3) het routinematig monitoren van de behandelresultaten tijdens en na de behandeling (ROM), teneinde de zorgindicatie wanneer nodig te kunnen bijstellen.
- De werkgroep beveelt aan de door Resultaten Scoren ontwikkelde beslisboom voor indicatiestelling aan te passen en nader te onderzoeken op voorspellende waarde voor behandeluitkomst.
- De werkgroep beveelt aan om tot een indicatiestelling te komen op basis van een gezamenlijk door de behandelaar en de patiënt genomen en gedeelde beslissing over de aard, de omvang en het doel van de behandeling, gebaseerd op de gedeelde informatie over de behandel mogelijkheden, de wensen en voorkeuren van de patiënt, en de te verwachten resultaten van de behandeling, inclusief de belasting die de behandeling voor de patiënt met zich mee kan brengen.

Monitoring en evaluatie

- De werkgroep beveelt de MATE en de MATE-Jeugd aan als instrumenten voor monitoring en evaluatie in de Nederlandse verslavingszorg.

Continue monitoring van herstel

- Het verdient aanbeveling om een vorm van gecontinueerd contact met patiënten te houden na afloop van een ambulante of klinische behandeling.

Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik

- Het verdient aanbeveling om naast zelfrapportage van drugsgebruik laboratoriumonderzoek op drugs in te zetten ten behoeve van screening en diagnostiek van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs, en voor het monitoren van drugsgebruik tijdens de behandeling.
- In immunoassay aangetoond drugsgebruik dient, als de uitslag betwist wordt of onwaarschijnlijk lijkt, bevestigd te worden door middel van een confirmatietest.

- Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik vindt altijd plaats onder de verantwoordelijkheid van een op dit gebied deskundige arts of verpleegkundig specialist.
- Het uitvoeren van laboratoriumonderzoek op drugsgebruik dient als professionele standaard te worden beschouwd. Dit betekent dat het ook als zodanig aan patiënten dient te worden gepresenteerd.
- Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik wordt in principe alleen ingezet voor gebruik in de planning van de behandeling en ten behoeve van het handhaven van een veilig therapeutisch milieu, en niet voor repressieve doeleinden. Afspraken hierover dienen vooraf met patiënten besproken te worden en in een behandelplan te worden vastgelegd. Dit geldt voor zowel vrijwillige behandeling als behandeling in een civielrechtelijk of strafrechtelijk kader.

CANNABIS

Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis

- De symptomen van cannabisintoxicatie of overdosering zijn over het algemeen tijdelijk en niet dusdanig dat medicatie nodig is. Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van cannabisintoxicatie of overdosering en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.

Detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van cannabis

- De cannabisonthoudingssymptomen zijn over het algemeen tijdelijk en niet dusdanig dat medicatie nodig is. Er is geen duidelijke evidentie voor een farmacologische behandeling van cannabisonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Persisterende klachten gedurende de onthouding kunnen het best behandeld worden met niet-verslavende symptoomgerichte medicatie of met benzodiazepinen, of z-medicijnen (ook wel benzodiazepinen verwante slaapmedicatie genaamd), mits dit van korte duur is en de dosis niet te hoog is.
- Omdat er in het algemeen geen complicaties optreden bij detoxificatie van cannabis is meestal geen opname nodig. Intramurale detoxificatie is wel aangewezen indien het niet lukt om in de eigen omgeving te stoppen met cannabisgebruik, of als er sprake is van ongeschikte omgevingsfactoren, comorbide psychiatrische problematiek (of twijfel daarover), een voorgeschiedenis van agressie en geweld tijdens detoxificatie, polydruggebruik, of een noodzaak tot bescherming van anderen.
- Tijdens de anamnese wordt de ernst van de te verwachten onthoudingsklachten en -symptomen ingeschat. Bruikbare informatie hierover is te verkrijgen via een beoordeling en evaluatie van gebruikskennmerken, eerdere detoxificatiepogingen, medische en psychiatrische kenmerken en eventueel laboratorium- en urineonderzoek.
- Een algemeen lichamelijk onderzoek is bij personen zonder klachten die alleen cannabis en geen andere middelen gebruiken in het algemeen niet nodig.
- De Cannabis Withdrawal Scale (CWS) of de Marijuana Withdrawal Scale (MWS) kunnen gebruikt worden om de ernst en het verloop van de onthoudingssymptomen in te schatten. Daarnaast is het belangrijk om alert te zijn op het ontstaan van depressieve klachten tijdens de detoxificatieperiode.
- Het screenen en regelmatig monitoren van depressieve klachten bij de patiënt is aangewezen en kan in eerste instantie plaatsvinden op basis van anamnese en observatie. Indien er aanwijzingen zijn van depressieve klachten, kan de Depressie, Angst en Stress vragenlijst (DASS) gebruikt worden om de klachten te objectiveren. De Beck Depression Inventory (BDI) vragenlijst kan op indicatie bij de patiënt worden afgenomen.

- De uitgangspunten voor een detoxificatie van cannabis zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet-zwangere vrouwen en de detoxificatie kan in elk trimester van de zwangerschap plaatsvinden. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de medicatie.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

- Het verdient aanbeveling om bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering aan te bieden, of een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management. Een intensievere behandeling gedurende meerdere maanden heeft daarbij de voorkeur.
- De combinatie van deze behandelingen heeft waarschijnlijk toegevoegde waarde en dient daarom overwogen te worden.
- Motiverende gespreksvoering dient overwogen te worden bij alle psychologische behandelingen van een stoornis in het gebruik van cannabis, bij volwassenen met een (nog) ambivalente hulpvraag.
- Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen als eerste keuze in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cannabisgebruik.
- Digitale (online) zelfhulpinterventies kunnen effectief zijn in het verminderen van het cannabisgebruik bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en worden om deze redenen aanbevolen.
- Digitale interventies kunnen ook overwogen worden als aanvulling op een behandeling met reguliere, face-to-face gesprekken, in het kader van een 'blended' behandeling.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

- Het verdient aanbeveling om bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering aan te bieden, of een gezinsbehandeling als multidimensionele gezinstherapie. Een intensievere behandeling gedurende meerdere maanden heeft daarbij de voorkeur.
- Bij jonge adolescenten en degenen met – naast een stoornis in het gebruik van cannabis – een gedragsstoornis of internaliserende problemen kan een gezinsbehandeling als multidimensionele gezinstherapie overwogen worden, en bij oudere adolescenten en degenen zonder psychiatrische comorbiditeit cognitieve gedragstherapie met motiverende gespreksvoering.
- Een aanvullend behandelaanbod van op middelengebruik gerichte contingentie management heeft bij cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering waarschijnlijk toegevoegde waarde en dient daarom overwogen te worden.
- Bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis die onvoldoende baat hebben bij cognitieve gedragstherapie kan een behandeling met de Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) overwogen worden.
- Motiverende gespreksvoering dient overwogen te worden bij alle psychologische behandelingen van een stoornis in het gebruik van cannabis, bij jongeren met een (nog) ambivalente hulpvraag.

- Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen als eerste keuze in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij jongeren die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cannabisgebruik.
- Digitale (online) zelfhulpinterventies kunnen effectief zijn in het verminderen van het cannabisgebruik bij jongeren die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en worden om deze redenen aanbevolen.
- Digitale interventies kunnen ook overwogen worden als aanvulling op een behandeling met reguliere, face-to-face gesprekken, in het kader van een 'blended' behandeling.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis die onvoldoende baat hebben bij een psychologische behandeling kan n-acetylcysteïne overwogen worden.

COCAÏNE

Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cocaïne

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van niet-psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt lorazepam aanbevolen.
- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen.
- Bij de keuze voor de bovenstaande of andere medicatie, waaronder andere benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapyramidale symptomen en hartritmestoornissen.

Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van cocaïne

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van cocaïneonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Persistierende klachten gedurende de onthouding kunnen het best behandeld worden met symptoomgerichte medicatie, waarbij op geleide van de onthoudingssymptomen die zich voordoen de volgende medicatie wordt geadviseerd:
 - slaapproblemen, onrust, angst zolpidem, zopiclon, mirtazapine, promethazine
 - prikkelbaarheid diazepam (niet langer dan 7 dagen)
 - maag-/darmklachten mebeverine
 - pijnklachten, hoofdpijn paracetamol, NSAIDs
 - misselijkheid promethazine, metoclopramide
 - psychose olanzapine
- Naast een standaard lichamenlijk onderzoek is een (goede anamnese en) uitgebreid lichamenlijk onderzoek met specifieke aandacht voor aan stimulantiagebruik gerelateerde aandoeningen van belang:
 - cardiovasculair - aritmieën: tachycardie, bradycardie, ventriculaire tachycardie
 - hypertensie: kan cerebrovasculaire accidenten veroorzaken
 - arteriële spasmen: kunnen hartinfarcten en cerebrovasculaire accidenten, alsmede cardiomyopathie en congestief hartfalen veroorzaken

- neurologisch
 - convulsies
 - cerebrovasculaire accidenten: met hersenbloedingen, infarcten en ischemische episoden
 - neuropsychologische veranderingen: aandacht- en concentratieproblemen, geheugenstoornissen, problemen met het aanleren van nieuwe vaardigheden
 - bewegingsstoornissen: tics, stereotype bewegingen, choreatische bewegingen
 - luchtwegen
 - geïrriteerd neusslijmvlies, neusbloedingen, septum perforatie, chronische longschade, pneumonie, longoedeem, tracheo-bronchitis
 - seksualiteit
 - kortdurend gebruik is geassocieerd met een versterkt gevoel van seksueel verlangen en presteren
 - chronisch gebruik geeft een afname van de libido, impotentie, problemen met klaarkomen, gynaecomastie bij mannen, menstruatieproblemen met oligomenorroe, amenorroe en galactorroe bij vrouwen
 - zwangerschap
 - gebruik van stimulantia is geassocieerd met een vergrote kans op obstetrische complicaties (spontane abortus, vroeggeboorte, placentaloslating) en kan schade aan de vrucht veroorzaken
 - overige
 - gewichtsverlies door verlies aan eetlust en verhoogd metabolisme
 - huidandoeningen met infecties door krabben
 - spuitgerelateerde aandoeningen (bijvoorbeeld *humaan immunodeficiëntie virus (hiv)*, hepatitis B en C)
 - darmnecrose
 - nierinfarct
- Urine-onderzoek biedt geen meerwaarde om de ernst van de onthouding te bepalen.
 - Bloedonderzoek is geïndiceerd indien er op basis van de anamnese en/of lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van somatische comorbiditeit.
 - Het regelmatig monitoren van de onthoudingsklachten is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen.
 - Voor het monitoren van onthoudingsklachten lijkt de Cocaine Selectivity Severity Assessment Scale (CSSAS) een goed instrument.
 - De uitgangspunten voor een detoxificatie van cocaïne zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet-zwangere vrouwen. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de medicatie.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

- Het verdient aanbeveling om bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management als eerste keus behandeling aan te bieden.
- Indien een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management niet beschikbaar is, verdient het aanbeveling om bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne een behandeling met cognitieve gedragstherapie aan te bieden.
- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne die onvoldoende baat hebben bij cognitieve gedragstherapie kan een behandeling met de Community Reinforcement Approach (CRA) overwogen worden.
- De combinatie van op middelengebruik gerichte contingentie management en cognitieve gedragstherapie heeft waarschijnlijk geen toegevoegde waarde bij de behandeling van personen met een stoornis in cocaïnegebruik.
- Motiverende gespreksvoering kan overwogen worden bij alle psychologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van cocaïne, bij personen met een (nog) ambivalente hulpvraag.

- Motiverende gespreksvoering kan overwogen worden in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij personen die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cocaïnegebruik.
- Digitale (online) zelfhulpinterventies zouden effectief kunnen zijn in het verminderen van het cocaïnegebruik bij personen die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en dienen om deze redenen overwogen te worden.
- Digitale interventies kunnen ook overwogen worden als aanvulling op een behandeling met reguliere, *face-to-face* gesprekken, in het kader van een *'blended'* behandeling.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

- Ondanks het vele onderzoek dat is verricht, is er geen overtuigende evidentie voor de effectiviteit van een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne.
Bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne dient men daarom terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie.
- Bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne die onvoldoende baat hebben bij een psychologische behandeling kan farmacotherapie overwogen worden met indirecte dopamine-agonisten. Met name vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte *mixed amfetamine salts* en wellicht ook – bij voldoende therapietrouw – bupropion en modafinil zouden effectief kunnen zijn.
Bij dit alles dient opgemerkt te worden dat de (korte termijn) effectiviteit van vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte *mixed amfetamine salts* vooral is onderzocht in condities met hoge therapietrouw en dat wanneer wordt overwogen deze middelen voor te schrijven er aandacht dient te zijn voor het optimaliseren van therapietrouw en voor het minimaliseren van de kans op misbruik, bijwerkingen, en *diversion*.

Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren

- Voor de – psychologische of farmacologische – behandeling van jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne is geen specifieke evidentie beschikbaar en er kunnen derhalve geen specifieke aanbevelingen worden gedaan.
- Bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne dient een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management overwogen te worden of een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering.
De combinatie van deze behandelingen heeft wellicht toegevoegde waarde en kan om deze reden bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne overwogen worden.
- Gezien de aanwijzingen voor effectiviteit van de Community Reinforcement Approach (CRA) bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis, is de werkgroep van mening dat (A-)CRA overwogen kan worden bij jongeren bij wie cognitieve gedragstherapie niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik.
- Gezien het ontbreken van specifieke evidentie ten aanzien van de effectiviteit van farmacologische behandeling dient *off label* farmacotherapie niet overwogen te worden bij de behandeling van jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne.

Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middelenstoornis(sen)

- Het verdient aanbeveling om bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide middelenstoornis(sen) als eerste keus een behandeling met op cocaïnegebruik gerichte contingentie management aan te bieden.
- Er is onvoldoende evidentie beschikbaar om een aanbeveling te doen over het toepassen van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne met comorbide middelstoornis(sen).

- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid in opiaatsubstitutiebehandeling verdient methadon de voorkeur boven buprenorfine. Bij patiënten bij wie de behandeling met methadon niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik, verdient het aanbeveling om op cocaïnegebruik gerichte contingentie management in te zetten.
- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid bij wie op cocaïnegebruik gerichte contingentie management niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik, kan farmacotherapie overwogen worden met indirecte dopamine-agonisten. Met name vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte *mixed amfetamine salts* (en wellicht ook – bij voldoende therapietrouw – bupropion en modafinil) zouden effectief kunnen zijn in het reduceren van het cocaïnegebruik.
Bij dit alles dient opgemerkt te worden dat de (korte termijn) effectiviteit van vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte *mixed amfetamine salts* vooral is onderzocht in condities met hoge therapietrouw en dat wanneer wordt overwogen deze middelen voor te schrijven er aandacht dient te zijn voor het optimaliseren van therapietrouw en voor het minimaliseren van de kans op misbruik, bijwerkingen, en *diversion*.
- De voorgaande aanbeveling is eveneens van toepassing bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid. Wanneer op cocaïnegebruik gerichte contingentie management niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik, kan farmacotherapie met vertraagde afgifte dexamfetamine of vertraagde afgifte *mixed amfetamine salts* (en wellicht ook – bij voldoende therapietrouw – bupropion) overwogen worden.
- Naltrexon, disulfiram en modafinil lijken op basis van de beschikbare evidentie niet overwogen te moeten worden bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid.

AMFETAMINE

Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van amfetamine

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van niet-psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt lorazepam aanbevolen.
- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen.
- Bij de keuze voor de bovenstaande of andere medicatie, waaronder andere benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapyramidale symptomen en hartritme stoornissen.

Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van amfetamine

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van amfetamineonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Persisterende klachten gedurende de onthouding kunnen het best behandeld worden met symptoomgerichte medicatie, waarbij op geleide van de onthoudingssymptomen die zich voordoen de volgende medicatie wordt geadviseerd:

• slaapproblemen, onrust, angst	zolpidem, zopiclone, mirtazapine, promethazine
• prikkelbaarheid	diazepam (niet langer dan 7 dagen)
• maag-/darmklachten	mebeverine
• pijnklachten, hoofdpijn	paracetamol, NSAIDs
• misselijkheid	promethazine, metoclopramide
• psychose	olanzapine

- Wanneer benzodiazepinen of z-medicijnen (ook wel benzodiazepinen verwante slaapmedicatie genaamd) worden gebruikt voor het verminderen van specifieke onthoudingsverschijnselen dan dient dit van korte duur te zijn en in de vorm van een afbouwschema.
- Amineptine is niet effectief in het verminderen van onthoudingsverschijnselen of craving gedurende en na onthouding van amfetaminen.
- Mirtazapine is mogelijk effectief in het verminderen van onthoudingsverschijnselen, maar nader onderzoek hiernaar is wenselijk, omdat de bevindingen van twee RCTs elkaar tegen spreken.
- Dexamfetamine met een vertraagde afgifte is mogelijk effectief in het verminderen van onthoudingsverschijnselen en craving gedurende en na methamfetamine-onthouding.
- Naast een standaard lichamelijk onderzoek is een (goede anamnese en) uitgebreid lichamelijk onderzoek met specifieke aandacht voor aan stimulantia gebruik gerelateerde aandoeningen van belang:
 - cardiovasculair
 - aritmieën: tachycardie, bradycardie, ventriculaire tachycardie
 - hypertensie: kan cerebrovasculaire accidenten veroorzaken
 - arteriële spasmen: kunnen hartinfarcten en cerebrovasculaire accidenten, alsmede cardiomyopathie en congestief hartfalen veroorzaken
 - neurologisch
 - convulsies
 - cerebrovasculaire accidenten: met hersenbloedingen, infarcten en ischemische episoden
 - neuropsychologische veranderingen: aandacht- en concentratieproblemen, geheugenstoornissen, problemen met het aanleren van nieuwe vaardigheden
 - bewegingsstoornissen: tics, stereotype bewegingen, choreatische bewegingen
 - luchtwegen
 - geïrriteerd neusslijmvlies, neusbloedingen, septum perforatie, chronische longschade, pneumonie, longoedeem, tracheo-bronchitis
 - seksualiteit
 - kortdurend gebruik is geassocieerd met een versterkt gevoel van seksueel verlangen en presteren
 - chronisch gebruik geeft een afname van de libido, impotentie, problemen met klaarkomen, gynaecomastie bij mannen, menstruatieproblemen met oligomenorroe, amenorroe en galactorroe bij vrouwen
 - zwangerschap
 - gebruik van stimulantia is geassocieerd met een vergrote kans op obstetrische complicaties (spontane abortus, vroeggeboorte, placentaloslatting) en kan schade aan de vrucht veroorzaken
 - overige
 - gewichtsverlies door verlies aan eetlust en verhoogd metabolisme
 - huidaandoeningen met infecties door krabben
 - spuitgerelateerde aandoeningen (bijvoorbeeld *humaan immunodeficiëntie virus (hiv)*, hepatitis B en C)
 - darmnecrose
 - nierinfarct
- Urine-onderzoek biedt geen meerwaarde om de ernst van de onthouding te bepalen.
- Bloedonderzoek is geïndiceerd indien er op basis van de anamnese en/of lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van somatische comorbiditeit.
- Het regelmatig monitoren van de onthoudingsklachten is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen.
- Voor het monitoren van onthoudingsklachten kan de Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ) gebruikt worden.
- De uitgangspunten voor een detoxificatie van amfetamine zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet-zwangere vrouwen. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de medicatie.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

- Het verdient aanbeveling om bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine een behandeling met cognitieve gedragstherapie en (bij voorkeur intensieve) motiverende gespreksvoering aan te bieden.
- Het toevoegen van op middelengebruik gericht contingentie management aan de behandeling verdient aanbeveling. Het voortzetten van contingentie management gedurende meerdere maanden heeft de voorkeur.
- Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen voor terugvalpreventie.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

- Wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit kan in de reguliere behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine (nog) geen farmacotherapie worden aanbevolen.
- Bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine die geen of onvoldoende baat hebben bij een psychologische behandeling geeft de werkgroep - ondanks het ontbreken van overtuigende evidentie - ter overweging een behandeling aan te bieden met naltrexon, of met vertraagde afgifte formuleringen van methylfenidaat, dexamfetamine (in voldoende hoge dosering: ≥ 60 mg/dag) of *mixed amfetamine salts*. Wanneer overwogen wordt een van de genoemde indirecte dopamine-agonisten voor te schrijven, dient er aandacht te zijn voor het optimaliseren van therapietrouw en voor het minimaliseren van de kans op misbruik, bijwerkingen en *diversion*.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

- Vanwege het ontbreken van studies van voldoende kwaliteit onder jongeren met een stoornis in het gebruik van amfetamine is het advies de aanbevelingen voor volwassenen te volgen.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

- Wegens het ontbreken van studies naar de effectiviteit heeft farmacotherapie in de reguliere behandeling van een stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren (nog) geen plek.

Behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen

- Voor mannen die seks hebben met mannen (MSM) met hiv of een verhoogd risico op hiv en een stoornis in het gebruik van amfetamine kan contingentie management in combinatie met cognitieve gedragstherapie worden overwogen om het amfetaminegebruik te reduceren.
- Voor het reduceren van de seksuele risico's kan worden overwogen condooms en pre-exposure profylaxe (PrEP) ter beschikking te stellen.
- Voor vrouwelijke patiënten met een comorbide stoornis in het gebruik van alcohol naast een stoornis in het gebruik van amfetamine valt te overwegen om intensieve motiverende gespreksvoering toe te passen. Hierbij wordt met name een effect op het alcoholgebruik verwacht. Het effect bij mannen is minder groot.
- Bij volwassenen met amfetamine-afhankelijkheid en comorbide opiaatafhankelijkheid kan behandeling met een naltrexon implantaat overwogen worden.

ECSTASY

Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van ecstasy

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van niet-psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt lorazepam aanbevolen.

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen.
- Bij de keuze voor de bovenstaande of andere medicatie, waaronder andere benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapiramidale symptomen en hartritme stoornissen.

Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van ecstasy

- Onthouding van stimulantia brengt gewoonlijk geen medische gevaren of intens lijden met zich mee. In de bestudeerde richtlijnen zijn daarom geen specifieke aanbevelingen gevonden over het medicamenteus beleid bij onthouding van stimulerende middelen.
- Het regelmatig monitoren van de onthoudingsklachten is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen. De frequentie is afhankelijk van de ernst van de verschijnselen. Monitoring hiervan kan op basis van anamnese en klinische observatie. Onthoudingsschalen zijn niet geïndiceerd hiervoor.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

- Alvorens over te gaan tot behandeling van mensen met ecstasygebruik dient eerst vastgesteld te worden of er wel sprake is van een stoornis in het gebruik van ecstasy.
- Er kan wegens gebrek aan wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis geen aanbeveling worden gedaan voor een eventuele psychologische behandeling van (frequente) ecstasygebruikers of van patiënten met een stoornis in het gebruik van ecstasy.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

Er zijn geen studies beschikbaar over het effect van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van ecstasy en er kunnen dan ook geen aanbevelingen gedaan worden.

GHB

Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van GHB

- Bij presentatie van een patiënt met een vermoeden op GHB intoxicatie wordt aanbevolen als eerste stap de patiënt te stabiliseren en als tweede te differentiëren tussen een GHB intoxicatie en een acute GHB onthouding.
- Om te kunnen differentiëren tussen GHB onthoudingsklachten en GHB intoxicatie dient bij de patiënt en het aanwezige netwerk uitgevraagd te worden wat het GHB-gebruikspatroon is en de snelheid waarin de aanwezige symptomen zich hebben ontwikkeld. Symptomen passend bij een GHB intoxicatie zijn: kortdurende amnesie, euforie, hypotonie, duizeligheid, somnolentie, coma, bradycardie, Cheyne-Stokes ademhaling, cardiorespiratoire collaps, misselijkheid, braken, myoclonus, tonisch-clonisch insult, hypothermie. Gebruikers kunnen zich ook presenteren met paradoxale agitatie en agressie, verminderde oriëntatie en verwardheid (delier) en hallucinaties. Bij ernstige intoxicaties kan een patiënt overlijden door respiratoire schade vanwege aspiratie, verstikking of longoedeem of door letsel dat is ontstaan ten gevolge van plotselinge verlaging van het bewustzijn door GHB.
- Bij een GHB intoxicatie wordt een expectatief beleid aanbevolen in de vorm van observatie en symptomatische behandeling.
- Het verdient aanbeveling rekening te houden met een co-intoxicatie met andere middelen (alcohol of drugs) omdat hierdoor de risico's en de onvoorspelbaarheid van het beloop negatief worden beïnvloed. Ook kan de intoxicatie overgaan in een onthoudingsbeeld.

- Pro memori: uitvragen van GHB afhankelijkheid en, indien geïndiceerd, motiveren voor aanmelding bij een instelling voor verslavingszorg.

Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van GHB

- Voor de aanbevelingen met betrekking tot de keuze voor ambulante of intramurale detoxificatie van GHB, de aanbevelingen bij complicaties en de aanbevelingen bij een ongeplande detoxificatie wordt verwezen naar de volledige tekst in de MDR. Voor details met betrekking tot de farmacologische behandeling van GHB onthouding wordt eveneens verwezen naar de MDR.
- Bij presentatie van een patiënt met een vermoeden op GHB onthouding wordt aanbevolen als eerste stap de patiënt te stabiliseren en als tweede te differentiëren tussen een GHB intoxicatie en een acute GHB onthouding.
- Om te kunnen differentiëren tussen GHB onthoudingsklachten en GHB intoxicatie dient bij de patiënt en het aanwezige netwerk uitgevraagd te worden wat het GHB-gebruikspatroon is en de snelheid waarin de aanwezige symptomen zich hebben ontwikkeld. Symptomen passend bij een GHB onthouding zijn: slaperigheid, moeheid, insomnia, agitatie, craving, tremoren, transpireren, angst, koude en warme rillingen, spiertrekkingen of motorische onrust, pupildilatatie, loopneus, buikpijn, misselijkheid, braken, hypertensie, autonome ontregeling, hallucinaties, wanen en delier. GHB-onthouding kan levensbedreigend zijn met onder meer pneumonie, cardiovasculaire problemen, rhabdomyolyse, nierfalen en leverdysfunctie.
- Geadviseerd wordt GHB-onthouding als een serieus toestandsbeeld te behandelen dat ernstige en levensbedreigende complicaties met zich mee kan brengen. Het is van belang GHB-onthouding op te nemen in de differentiaal diagnostiek van opwindingstoestanden.
- Een GHB onthoudingsdelier of psychotisch beeld na GHB-onthouding kan overgaan in een delier met een maligne verloop. Alarmsignalen zijn hyperthermie, uitdroging en aanhoudende agressieve agitatie. Aanbevolen wordt rekening te houden met geheugenstoornissen bij een delier of psychose en met een toename van angst, sombere gevoelens en PTSS klachten tijdens de onthouding.
- Het is van belang alert te zijn op temperatuurverhoging bij de patiënt. Die kan gepaard gaan met de ontwikkeling van rhabdomyolyse.
- Een volledige anamnese over GHB gebruikspatroon, waaronder gebruiksfrequentie, interval, dosering en nachtelijk gebruik wordt nadrukkelijk aanbevolen om de ernst van de onthouding te kunnen inschatten. Kwantitatieve bepaling van GHB in de urine biedt ondersteuning om gericht medicamenteus te behandelen tijdens het detoxificatietraject.
- Aanbevolen wordt een volledige medische (somatische en psychiatrische) screening af te nemen in verband met de mogelijke impact van psychiatrische en of somatische comorbiditeit op de indicatiestelling en de keuze voor de behandelmethode.
- Aanbevolen wordt een bepaling van elektrolyten (met name kalium), vitamine D en vitamine B1. De nier- en leverfunctie kunnen routinematig bepaald worden.
- Geadviseerd wordt om te testen op het co-gebruik van andere drugs.
- Het is van belang hoe dan ook een heteroanamnese te verkrijgen om aspecten als GHB-gebruikspatroon en psychiatrische comorbiditeit te bevestigen of verduidelijken.
- Bij het gebruik van een lage dosis GHB (minder dan 32 gram GHB per dag) of blanco psychiatrische voorgeschiedenis of een stabiel psychiatrisch en somatisch toestandsbeeld worden benzodiazepinen aanbevolen als de eerste keus farmacotherapie. Hierbij worden langwerkende benzodiazepinen geadviseerd (bijvoorbeeld diazepam of clorazepinezuur).
- Bij het gebruik van een hoge dosis GHB, een instabiel psychiatrisch toestandsbeeld, het acuut staken van GHB, presentatie van klachten meer dan zes uur na het staken met GHB gebruik, in crisissituaties en bij resistentie voor benzodiazepinen wordt farmaceutische GHB aanbevolen als eerste keus en de meest geschikte methode bij detoxificatie. Detoxificatie met farmaceutische GHB kan het beste plaatsvinden in een verslavingszorginstelling, GGZ- of op een PAAZ-afdeling.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

- Er kan wegens gebrek aan wetenschappelijke kennis geen specifieke psychologische behandeling worden aanbevolen.
- Het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van een stoornis in het gebruik van GHB onderstreept de noodzaak van onderzoek hiernaar.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

- Wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit kan in de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB (nog) geen farmacotherapie worden aanbevolen.
- Het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van een stoornis in het gebruik van GHB onderstreept de noodzaak van onderzoek hiernaar.
- Ondanks het ontbreken van overtuigend bewijs voor de effectiviteit kan overwogen worden om baclofen (45-60 mg per dag) toe te voegen aan de gebruikelijke behandeling. Er is hierin echter grote terughoudendheid geboden vanwege de ontwikkeling van tolerantie voor baclofen (met daarbij behoefte aan steeds hogere doseringen en ernstige onthouding bij het overslaan van een dosering), het optreden van bijwerkingen (vermoeidheid, droge mond, hoofdpijn en maagklachten) en het risico op (levens)gevaarlijke complicaties bij gecombineerd gebruik van baclofen en GHB bij terugval.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

- Vanwege het ontbreken van studies van voldoende kwaliteit onder jongeren met een stoornis in het gebruik van GHB is het advies de aanbevelingen voor volwassenen te volgen.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

- Wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit kan in de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB geen farmacotherapie bij jongeren worden aanbevolen.

BENZODIAZEPINES

Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine

- Bij een ernstige of levensbedreigende benzodiazepine-overdosering moet flumazenil i.v. worden ingezet alsmede ondersteunende behandeling met bijzondere aandacht voor de ademhalingsfunctie. Omdat na enkele uren het effect van de benzodiazepine kan terugkeren, is gedurende enige tijd klinische bewaking nodig.

Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

- Het onthoudingsbeeld bij benzodiazepinen varieert per middel en per persoon. Wees erop bedacht dat patiënten lang na detoxificatie last kunnen hebben van onthoudingssymptomen.
- Wees erop bedacht dat zich ernstige complicaties bij detoxificatie van benzodiazepinen kunnen voordoen, zijnde: insulten en delier. Deze kunnen levensbedreigend zijn en dienen dan ook adequaat behandeld te worden.
- Om te kunnen differentiëren tussen rebound, onthoudingsklachten en een angststoornis is het goed uitvragen van klachten voorafgaand aan de start van het benzodiazepinegebruik noodzakelijk.
- Verificatie bij voorschrijvend artsen en/of apothekers, of familie, is van belang om een goed beeld te verkrijgen van de gebruikte medicatie door de patiënt.

- Uit efficiëntie-overwegingen is het zinvol te kiezen voor een immuno-assay dat test voor oxazepam in de urine tenzij bekend is dat de patiënt een lorazepam of een z-drug gebruikt.
- Onderzoek naar andere middelen is van groot belang bij hoge dosisafhankelijkheid, omdat gecombineerd gebruik met andere psychoactieve middelen vaak voorkomt.
- Een intramurale behandeling bij therapeutische dosisafhankelijkheid is alleen geïndiceerd na herhaald falen van een ambulante detoxificatie.
- Een intramurale behandeling bij hoge dosisafhankelijkheid is geïndiceerd om stabiliteit te creëren bij ernstige somatische of psychiatrische comorbiditeit of sterk wisselend gebruik per dag.
- Als er een wens is om de onthoudingsklachten te monitoren dan adviseert de werkgroep de Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ) te gebruiken. Na een baseline meting kan deze in een ambulante setting elke twee weken en in een intramurale setting elke week afgenomen worden.
- Als klachten van angst, slaap en/of depressie het onthoudingssyndroom overstijgen dan dienen deze volgens actuele richtlijnen behandeld te worden.
- Bij therapeutische dosisafhankelijkheid wordt geadviseerd eerst af te bouwen met de eigen medicatie. Mocht dit falen dan kan worden overgestapt naar een langwerkend middel.
- Bij gedragsproblemen zoals agressie, suïcidaliteit en/of dosisescalatie wordt geadviseerd direct te switchen naar een langwerkend middel alvorens af te bouwen.
- Bij hoge dosisafhankelijkheid wordt geadviseerd te switchen naar een langwerkend benzodiazepine.
- Omdat hoge dosisafhankelijkheid gepaard kan gaan met co-gebruik van andere middelen, wordt urineonderzoek hierop standaard geadviseerd.
- Omdat langdurig gebruik van benzodiazepines niet gepaard gaat met directe lichamelijke schade, zijn er geen aanbevelingen voor verder laboratoriumonderzoek. Lever- en nierfunctie kunnen routinematig bepaald worden.
- Eerste keus langwerkend benzodiazepine om mee af te bouwen is diazepam. Tweede keus langwerkend benzodiazepine is chloordiazepoxide of clonazepam.
- Bij een switch naar een langwerkend benzodiazepine bij therapeutische dosisafhankelijkheid wordt een startdosering tussen de 75 en 100% equivalentie geadviseerd. Bij therapeutische dosisafhankelijkheid wordt geadviseerd af te bouwen met flexibiliteit en een tempo variërend tussen de 0,5 en 5 mg diazepam per stap.
- Bij hoge dosisafhankelijkheid (> 30 mg diazepam) wordt geadviseerd te starten met een dagelijkse dosisequivalent van 60% van de gemiddeld dagelijks gebruikte benzodiazepinen, met een maximum van 50 mg diazepam. Een afbouw van vervolgens 5-10 mg per week wordt als adequaat beschouwd.
- Bij afbouw wordt geadviseerd te beginnen met een hogere dosisreductie en te eindigen met een lagere dosisreductie.
- Bij zwangere vrouwen wordt aanbevolen om langzaam af te bouwen, met een langwerkend benzodiazepine als diazepam. Voor zwangere vrouwen met – chronisch of intermitterend – hoge dosisafhankelijkheid, of bij comedicaatie met andere psychofarmaca wordt geadviseerd om met een medische indicatie te bevallen.

Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

- Alvorens dosisreductie of volledig stoppen met het gebruik van benzodiazepines te adviseren of te initiëren dient eerst overwogen te worden of (a) er wel sprake is van een klinisch relevant probleem, bijvoorbeeld een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en/of (b) het afbouwen of staken van het benzodiazepinegebruik niet meer klinische problemen geeft dan voortzetting van het (gematigde) gebruik ervan.
- Huisartsen wordt aangeraden (1) benzodiazepines zo kort mogelijk voor te schrijven, (2) het effect ervan en de noodzaak tot continuering regelmatig te evalueren en (3) alle patiënten met langdurig benzodiazepinegebruik jaarlijks uit te nodigen voor een persoonlijk consult en/of hen een jaarlijkse gepersonaliseerde brief te sturen met het advies afbouw te overwegen.
- Vooralsnog is er onvoldoende bewijs voor het effect van internetcounseling op het minderen of staken van het gebruik van benzodiazepines en internetcounseling kan daarom (nog) niet worden aanbevolen.
- Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan worden aanbevolen voor hen die willen minderen of stoppen met het gebruik van benzodiazepines. Het effect houdt ten minste drie maanden aan, maar neemt met de tijd af en daarom dient effectieve CGT gevolgd te worden door regelmatige monitoring van het gebruik en van eventuele terugval in het (overmatige) gebruik.
- Bij patiënten met (chronisch) benzodiazepinegebruik en een comorbide stoornis in het gebruik van andere drugs is cognitieve gedragstherapie zonder geleidelijke dosisreductie niet geïndiceerd om de kans op het stoppen met benzodiazepinegebruik te vergroten.
- Motiverende gespreksvoering (MGV) zou gedurende een beperkte periode effectief kunnen zijn bij het stoppen met het gebruik van benzodiazepines, maar de geringe kwaliteit van de studies maakt dat MGV desondanks niet kan worden aanbevolen.
- Ontspanningsgeoriënteerde behandelingen zijn niet effectief bij de afbouw en het stoppen met het gebruik van benzodiazepines en kunnen daarom niet worden aanbevolen.

Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

- Als er daadwerkelijk sprake is van een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine kan de patiënt geadviseerd worden de dosering geleidelijk af te bouwen en het gebruik te staken.
- Het effect van geleidelijke dosisverlaging wordt niet beter door toevoeging van geleidelijke of abrupte vervanging van het betreffende benzodiazepine door een ander geneesmiddel en dit dient daarom in het algemeen achterwege gelaten te worden.
- In uitzonderlijke gevallen kunnen behandelaar en patiënt besluiten toch voor een aanvullende medicamenteuze ondersteuning te kiezen. Op dit moment kan echter geen specifiek vervangend geneesmiddel worden aanbevolen.

Behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren

- Er worden geen aparte aanbevelingen voor jongeren met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine gegeven.

Behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen

- Bij ouderen (>50 jaar) dient naast geleidelijke dosisreductie altijd cognitieve gedragstherapie aangeboden te worden.
- De aanbevelingen ten aanzien van de psychologische en farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine bij volwassenen zijn eveneens van toepassing bij ouderen (>50 jaar).

OVERIGE BEHANDELINGEN GERICHT OP REDUCTIE VAN DRUGSGEBRUIK

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs kan een behandeling met Acceptance and Commitment Therapie (act) of op mindfulness gebaseerde terugvalpreventie (MBRP) overwogen worden.
- Het is aangetoond dat acupunctuur niet effectief is in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen. Behandeling met acupunctuur wordt om deze reden ontraden.
- Gezien het ontbreken van bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), cognitieve trainingen (inclusief cognitieve bias modificatie) en neuromodulatie (EEG-neurofeedback, rTMS, tDCS, DBS) als behandeling van een stoornis in het gebruik van drugs, beveelt de werkgroep aan deze behandelingen alleen toe te passen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.
- Het verdient aanbeveling om patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen waarin gebruik wordt gemaakt van de 12-stappen benadering.
- Gezien het ontbreken van bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van ambulante 12-stappen behandeling in de professionele verslavingszorg, beveelt de werkgroep aan deze behandeling alleen te overwegen bij patiënten met een uitgesproken voorkeur voor deze behandeling.
- Gezien het ontbreken van bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van klinische 12-stappen behandeling (Minnesota model), beveelt de werkgroep aan deze behandeling alleen te overwegen bij patiënten met een indicatie voor klinische behandeling en een uitgesproken voorkeur voor deze behandeling.

HERSTELONDERSTEUNENDE INTERVENTIES

- Het verdient aanbeveling om in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen die dakloos zijn zorg te dragen voor snelle en stabiele huisvesting. Hierbij kan een werkwijze volgens het model van Housing First overwogen worden.
- In de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen die werkloos zijn en die de wens hebben om te participeren op de arbeidsmarkt dient 'Individuele Plaatsing en Steun' (IPS) als (aanvullende) interventie overwogen te worden.
- In de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen die andere participatiedoelen hebben kan de 'Individuele Rehabilitatie Benadering' (IRB) als (aanvullende) interventie overwogen worden.
- Het dient overwogen te worden om in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, naast of in aanvulling op de reguliere zorg, door ervaringsdeskundigen geleide herstelondersteunende interventies aan te bieden om zodoende het persoonlijk herstel van patiënten te bevorderen (vergroten van hoop, zelf-effectiviteit en empowerment) en mogelijk hun zorgbehoefte en middelengebruik te reduceren. Hierbij kunnen interventies als 'Herstellen Doe Je Zelf' of 'Wellness Recovery Action Plan' (WRAP) ingezet worden.
Om deze interventies aan te kunnen bieden dienen ervaringsdeskundigen te worden aangesteld en opgeleid, en dienen zij ondersteund te worden bij de uitvoering van hun werkzaamheden.
- Bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch middelengebruik kan overwogen worden om middels Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) de toeleiding naar de zorg van deze personen te bevorderen.

- Er is geen evidentie voor de effectiviteit van het werken met een crisiskaart en deze kan voor de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen daarom niet worden aanbevolen.
- Assertive Community Treatment (ACT) kan overwogen worden als behandeling bij het in zorg krijgen en in zorg houden van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en ernstige psychiatrische comorbiditeit.
- Er is onvoldoende evidentie voor de effectiviteit van Assertive Community Treatment (ACT) en Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) – ten aanzien van het reduceren van crisiscontacten of (niet) gedwongen opnames, noch ten aanzien van het verbeteren van symptomatologie of andere aspecten van herstel – om ACT of F-ACT aan te bevelen in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, al dan niet in combinatie met ernstige psychiatrische comorbiditeit.
- Bij de detoxificatie en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen dient fysieke inspanning als aanvullende interventie overwogen te worden.
- Naar de mening van de werkgroep kunnen hiertoe ook andere vaktherapeutische interventies (muziektherapie, beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, psychomotore therapie) overwogen worden, ondanks het ontbreken van afdoende wetenschappelijke evidentie hiervoor.

COMORBIDE PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN

Algemeen

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van het betreffende middel als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van deze drugs en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen.
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van deze drugs en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.
- Er is geen (overtuigende) evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en – behoudens geleidelijke dosisverlaging – benzodiazepines en er kan daarom – ook bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit – geen farmacologische behandeling voor deze middelenstoornissen aanbevolen worden.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis kunnen diverse psychosociale interventies overwogen worden, waaronder cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, contingency management, multisysteem therapie, groepstherapie, gezinstherapie, cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en seeking safety.

Comorbide psychotische stoornissen

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide psychotische stoornis dient waar mogelijk onderscheid te worden gemaakt tussen een middelen-geïnduceerde psychose en een primaire psychotische stoornis, gebaseerd op het beloop na staken van het gebruik van het middel.

- Wat betreft een middelen-geïnduceerde psychose:
Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen. Bij de keuze voor deze of andere medicatie, waaronder benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapiramidale symptomen en hartritmestoornissen.
- Wat betreft een niet-middelen-geïnduceerde psychose:
Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van de in deze richtlijn besproken drugs bij patiënten met een comorbide psychotische stoornis en er kan daarom geen farmacologische behandeling voor de middelenstoornis aanbevolen worden.
Bij farmacotherapie voor de psychotische stoornis bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis verdienen atypische antipsychotica waarschijnlijk de voorkeur boven klassieke antipsychotica, vanwege het gunstiger bijwerkingen profiel.
- Bij farmacotherapie bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis moet expliciet aandacht worden besteed aan eventuele farmacokinetische interacties tussen drugs en medicatie. Bij het gebruik van antipsychotica moet, zoals gezegd, in het bijzonder aandacht worden besteed aan het risico op bijwerkingen zoals extrapiramidale symptomen en verlenging van de QT tijd op het electrocardiogram.
- Bij psychotherapie bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis kan conform de richtlijn psychotische stoornissen cognitieve gedragstherapie of motiverende gespreksvoering overwogen worden.
- Bij personen met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine en een comorbide bipolaire/psychotische stoornis zijn er geen redenen om motiverende gespreksvoering aan te bieden om met het gebruik van benzodiazepines te stoppen.

Comorbide angststoornissen

- Het verdient aanbeveling om bij patiënten met een naast elkaar bestaande stoornis in het gebruik van middelen en een angststoornis beide stoornissen integraal te benaderen en om daarbij eerst het middelengebruik te behandelen via detoxificatie of stabilisatie, om daarmee de angstklachten die samenhangen met het middelengebruik te reduceren. De mogelijkheid en wenselijkheid om stoornissen in deze volgorde te behandelen hangt echter af van de specifieke angststoornis en de wensen van de patiënt.
- Bij ontwenning van middelen moet er rekening mee worden gehouden dat de ontwenning angstklachten kan oproepen, verergeren of doen herleven.
- Het verdient aanbeveling de diagnose angststoornis bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen pas te stellen na 2-3 weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld. Indien abstinentie niet haalbaar is, dient te worden gestreefd naar een periode van stabilisatie van gebruik.
Het stellen van de diagnose sociale angststoornis vormt hierop mogelijk een uitzondering, aangezien de angst voor interactie in sociale situaties – het hoofdkenmerk van sociale angst – niet een specifiek symptoom is behorend bij middelengebruik of ontwenningverschijnselen.
- Bij patiënten met langdurig benzodiazepinegebruik en een comorbide psychiatrische stoornis heeft het in het algemeen geen zin om medicatie toe te voegen aan een geleidelijke dosisreductie om de kans op abstinentie te vergroten.
Een mogelijke uitzondering is wellicht het gebruik van imipramine bij de geleidelijke dosisreductie van benzodiazepines bij patiënten met een algemene angststoornis.
- Bij ernstige angstklachten die na twee weken abstinentie nog steeds aanhouden kan een behandeling met selectieve serotonine heropnameremmers overwogen worden.

- Bij comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) naast een stoornis in het gebruik van middelen dient direct aandacht voor de PTSS te zijn, zowel tijdens als direct aansluitend op de detoxificatie.
- Individuele behandeling van de middelenproblematiek in plaats van groepsbehandeling zou effectiever kunnen zijn bij patiënten met een sociale angststoornis, omdat het deelnemen aan een groepsactiviteit voor deze doelgroep vaak een te hoge drempel is.
- Exposure en huiswerkopdrachten in het kader van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van de comorbide angststoornis kunnen beter pas worden ingezet wanneer het middelengebruik onder controle is.
- Benzodiazepines zijn – behalve voor detoxificatiedoeleinden (onder strenge monitoring) – niet geïndiceerd bij de behandeling van mensen met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide angststoornis.

Comorbide stemmingsstoornissen

- Het verdient aanbeveling om bij patiënten met een naast elkaar bestaande stoornis in het gebruik van middelen en een stemmingsstoornis beide stoornissen integraal te benaderen, maar eerst het middelengebruik te ondervangen met een detoxificatie of stabilisatie, om de stemmingsklachten die samenhangen met het middelengebruik te reduceren. De mogelijkheid en wenselijkheid om stoornissen in deze volgorde te behandelen hangt echter af van de specifieke stemming stoornis en de wensen van de patiënt.
- Bij ontwenning van middelen moet er rekening mee worden gehouden dat de ontwenning stemmingsklachten kan luxeren of verergeren. Bij verergering van de psychische klachten tijdens ontgifting of indien eerst een behandeling met een antidepressivum wordt ingesteld, kan een langere afbouwperiode (bijv. van benzodiazepinen) worden overwogen.
- Het verdient aanbeveling de diagnose depressieve stoornis bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen pas te stellen na 2-3 weken abstinente, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld. Indien abstinente niet haalbaar is, dient te worden gestreefd naar een periode van stabilisatie van gebruik.
- Indien depressieve klachten na detoxificatie in ernstige vorm blijven voortbestaan, wordt aangeraden om antidepressieve behandeling te starten. De American Psychiatric Association raadt aan om tot vier weken abstinente te wachten met het voorschrijven van antidepressiva. Hiervan kan worden afgeweken 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.
 - Wanneer na twee weken abstinente blijkt dat er geen sprake is van een significante verbetering van de depressieve klachten, wordt aanbevolen het antidepressivum eerder dan na vier weken abstinente voor te schrijven.
 - Bij ernstige depressies, crises of suïcidaliteit kan ook worden overwogen eerder te starten met een antidepressivum, eventueel in combinatie met (tijdelijke voorschrijven van) benzodiazepines.
- Tijdens de instelfase van een antidepressivum kan tijdelijk een lage dosering benzodiazepines worden gegeven, aangezien deze patiëntengroep relatief meer bijwerkingen ervaart als slapeloosheid, agitatie en angstklachten. Men dient dit af te wegen tegen de potentieel verslavende werking van benzodiazepines.
- Bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis en een stoornis in middelengebruik valt het om reden van veiligheid (suicidegevaar) te overwegen een selectieve serotonine heropnameremmer (SSRI) of serotonine-noradrenaline heropnameremmer (SNRI) als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van tricyclische antidepressiva.

- Bij patiënten met een bipolaire stoornis en een stoornis in het gebruik van middelen valt het om reden van veiligheid te overwegen valproaat als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van lithium.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine en een comorbide depressieve stoornis zijn er geen studies en geen andere vormen van bewijs voor de effectiviteit van aanvullende farmacotherapie – naast geleidelijke dosisreductie – voor het stoppen met het benzodiazepinegebruik en het aanvullend gebruik van antidepressiva wordt vooralsnog niet aanbevolen.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide stemmingsstoornis kunnen gedragstherapeutische interventies overwogen worden die zich zowel richten op de depressieve klachten als de middelenproblematiek (probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheids- en assertiviteitstraining, vrijetijdsbesteding, recidief preventieplan).
- Bij patiënten met zowel een stoornis in het gebruik van amfetamine als een depressieve stoornis kan cognitieve gedragstherapie, al dan niet in combinatie met een andere behandeling zoals motiverende gespreksvoering of contingentie management, overwogen worden, vanwege mogelijk gunstig effect op zowel het amfetaminegebruik als de comorbide depressie.
- Er zijn geen redenen om motiverende gespreksvoering aan te bieden bij personen met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine en een comorbide bipolaire stoornis om met het gebruik van benzodiazepines te stoppen.

Comorbide aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)

- Het is voor het stellen van de diagnose en het opvolgen van een behandel-effect van belang dat het middelengebruik bij voorkeur wordt gestaakt alvorens tot diagnose en behandeling van ADHD over te gaan. Het wordt daarom aanbevolen om eerst het middelengebruik te ondervangen met een detoxificatie of stabilisatie.
- Er is geen reden gevonden om bij comorbiditeit van ADHD met een stoornis in gebruik van middelen af te wijken van de algemene behandeladviezen voor de stoornis in het gebruik van middelen, zoals geformuleerd binnen de geldende richtlijnen (MDR Alcohol, MDR Opiaten en MDR Drugs).
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide ADHD kan overwogen worden vertraagde afgifte *mixed amfetamine salts* voor te schrijven.
- Bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine en comorbide ADHD kan een behandeling overwogen worden met een hoge dosering methylfenidaat met vertraagde afgifte (maximaal 180 mg/dag).
- Omwille van het misbruikpotentieel van stimulantia, kan bij patiënten met ADHD en een stoornis in het gebruik van middelen overwogen worden eerst met een niet-stimulantium te behandelen, wanneer farmacotherapie overwogen wordt. Daarbij kan gedacht worden aan bupropion of atomoxetine.
- Bij patiënten met ADHD en een stoornis in het gebruik van middelen kan psychologische behandeling overwogen worden. Hierbij kan worden gedacht aan cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, individuele coaching, peer support, vaardigheidstraining, mindfulness, dialectische gedragstherapie en systeemgesprekken.

Comorbide persoonlijkheidsstoornissen

- Patiënten met naast een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines een persoonlijkheidsstoornis kunnen waarschijnlijk dezelfde verslavingsbehandelingen aangeboden worden als patiënten zonder een bijkomende persoonlijkheidsstoornis.

- Bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en comorbide stoornis in het gebruik van middelen kan op middelengebruik gerichte contingentie management worden overwogen.
- Bij een combinatie van een borderline persoonlijkheidsstoornis en een stoornis in het gebruik van middelen is het aan te bevelen suïcidaliteit zorgvuldig te monitoren.
- Het is aan te bevelen om bij patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis en comorbide stoornis in het gebruik van middelen bedacht te zijn op het bestaan van een HIV- (en hepatitis B/C) infectie en in de behandeling aandacht te besteden aan risicovolle gedragingen, waaronder gedeeld gebruik van injectienaalden en risicovolle seks.
- Bij patiënten met cluster B persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met een stoornis in het gebruik van middelen dient een geïntegreerde psychologische behandeling, zoals dialectische gedragstherapie, overwogen te worden.