

MDR STOORNIS IN HET GEBRUIK VAN ALCOHOL

Tim van Grinsven, verslavingsarts KNMG Novadic-Kentron

Arjen Neven, psychiater Fivoor/ Parnassia

Ernst Noordraven, GZ-psycholoog Radboud Universiteit



Radboud Universiteit



fivoor

1

DISCLOSURE BELANGEN SPREKERS

(Potentiële) Belangenverstremgeling

geen

Voor bijeenkomst mogelijke relevante relaties met bedrijven:

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| ▪ Sponsoring of onderzoeksgeld | nvt |
| ▪ Honorarium of andere vergoeding | nvt |
| ▪ Aandeelhouder | nvt |
| ▪ Andere relatie, namelijk... | nvt |

2

INLEIDING/ INHOUD

- Totstandkoming MDR
- Detoxificatie & vitamines
- Medicamenteuze behandeling SGA
- Psychiatrische comorbiditeit bij terugval
- Verslavingscomorbiditeit
- Psychologische behandeling

3

TOTSTANDKOMING RICHTLIJN

4

TOTSTANDKOMING RICHTLIJN

- Vorige MDR Alcohol uit 2009: onderzoek > 15 jaar oud
- Meer aandacht voor:
 - Herstel en zelfhelp
 - Jeugd, ouderen, vrouwen en zwangerschap
 - Psychiatrische comorbiditeit & comorbide middelenstoornissen
 - Nieuwe ontwikkelingen, zoals cognitieve training
- GRADE methodiek + praktijkoverwegingen → aanbevelingen
- Autorisatie
- Stroomdiagram

5

TOTSTANDKOMING RICHTLIJN

Somatiek in aparte richtlijnen o.b.v. knelpunten:

- Detectie van chronisch alcoholgebruik
- Diagnostiek bij alcohol intoxicatie op SEH
- Behandeling van alcohol intoxicatie op SEH
- Bij welke somatische klachten moet worden gescreend op alcoholgebruik?
- Analgetica bij chronisch alcoholgebruik
- Prednison bij alc. hepatitis
- Leverbiopsie bij diagnose alc. hepatitis
- 6 maanden nuchter beleid bij levertransplantatie

6

HOOFDSTUKKEN

1. Inleiding
2. Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie
3. Behandeling intoxicatie en detoxificatie
4. Farmacologische behandelingen van SGA
5. Psychologische behandeling
6. Overige behandelingen abstinentie/reductie alcoholgebruik
7. Interventies voor maatschappelijk en persoonlijk herstel
8. Behandeling van SGA bij psychiatrische comorbiditeit
9. Behandeling van een SGA bij patiënten met een stoornis in het gebruik van meerdere middelen
10. Stroomschema en samenvatting
11. Toekomstig onderzoek

7

DETOXIFICATIE & VITAMINES

8

VIGNET

Frits is 63 jaar en drinkt al ruim 10 jaar overmatig, tot 20 halve liters bier per dag. Hij heeft nu geelzucht. Bij twee vorige klinische detoxen heeft hij onttrekkingsinsulten gehad. Frits wordt opgenomen, maar is in toenemende mate verward.

- Welke medicatie kiest u voor ondersteuning van de detox?
- Welke overwegingen heeft u bij deze medicatie?
- Wat doet u aan deze verwardheid?

9

WERNICKE: VAN RISICOFACTOREN NAAR CRITERIA

- Caine criteria zijn beschreven i.h.k.v. Wernicke:
 - Voedingstekort/ onvolwaardig dieet gedurende enkele weken
 - Oogbewegingsstoornis
 - Cerebellaire dysfunctie (loopstoornis)
 - Cognitieve stoornis: een veranderde mentale staat (actuele of recente desoriëntatie, slaperigheid/ coma) of geheugenstoornis.
- 1 criterium: verhoogd risico op Wernicke
- 2 criteria: verdenking op Wernicke

10

AANBEVELINGEN

- Aanbevelingen vitamine grotendeels overgenomen van Dijkstra 2017
- Kanttekeningen in 'overwegingen', zoals thiamine 2dd of 4dd en dosering 200-250mg thiamine i.m.

11

OVERIGE VERANDERINGEN

- Diazepam en lorazepam komen vanwege gunstig profiel meer naar voren
- Chloordiazepoxide verwijderd
- Intoxicatiebeeld beschreven

12

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING SGA

13

STELLING

Het is in de praktijk goed bruikbaar om – in samenspraak met de patiënt – een onderscheid maken tussen de behandeldoelen abstinentie en 'minder drinken'.

EENS**ONEENS**

14

PRAKTIJK OVERWEGINGEN

- Patiënten geen potentieel effectieve medicatie onthouden
- In combinatie met psychosociale behandeling of gestructureerde medische begeleiding
- In onderzoek effectief bovenop niet-medicamenteuze behandeling
- Sommige ervaringsdeskundigen ondersteunen dit

15

STROOMDIAGRAM FARMACOTHERAPIE



16

DISCUSSIE

Het is in de praktijk goed bruikbaar om – in samenspraak met de patiënt – een onderscheid maken tussen de behandeldoelen abstinentie en 'minder drinken'.

EENS



ONEENS

17

STELLING

Bij patiënten die abstinēt willen worden, is disulfiram, met ondersteuning bij inname, de eerste keuze medicatie.

EENS

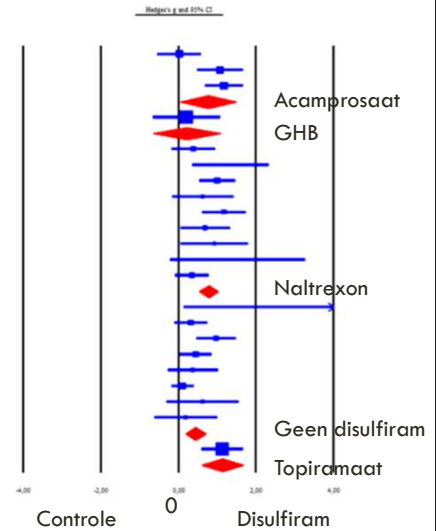


ONEENS

18

DISULFIRAM — WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN

- Alle studies: medium effect
 - (g=0.58; 95%-CI: 0.35-0.82)
- Open label: medium tot groot effect
 - (g=0.70; 95%-CI: 0.46–0.93)
- Supervisie: groot effect
 - (g=0.82; 95%-CI: 0.59–1.05)
- Significant beter dan 'geen disulfiram', naltrexon en acamprosaat



19

PRAKTIJK OVERWEGINGEN

- Belang van medicatie management (uitleg, bijwerkingen, monitoring, MGV)
- Uitleg disulfiram-alcohol reactie
 - wilsbekwame toestemming!
 - niet als straf, maar als ondersteuning!
 - niet als verplichte zorg, alleen bij voldoende motivatie

20

PRAKTIJK OVERWEGINGEN

- CAVE:
 - cardiovasculaire belasting (hartfalen = contra)
 - ernstige leverziekte (levercirrose = contra)
 - psychotische kwetsbaarheid (huidige psychose = contra)
- Inname onder toezicht familie, vriend, werkgever, behandelaar
 - bij uitzondering zonder toezicht

21

DISCUSSIE

Bij patiënten die abstinente willen worden, is disulfiram, met ondersteuning bij inname, de eerste keuze medicatie.

EENS**ONEENS**

22

STROOMDIAGRAM FARMACOTHERAPIE



23

NALTREXON EN ACAMPROSAAT – WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN

- 122 RCT's
- 22803 patiënten
- 12-52 weken
- In combinatie met psycho-sociale interventies
- 4 studies vergelijking naltrexon met acamprosaat
- Uitkomsten: terugval alcoholgebruik of zwaar alcoholgebruik

Original Investigation

Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings A Systematic Review and Meta-analysis

Daniel E. Jonas, MD, MPH; Halle R. Amick, MSPH; Cynthia Feltner, MD, MPH; Georgy Bobashev, PhD; Kathleen Thomas, PhD; Roberta Wines, MPH; Mimi M. Kim, PhD; Ellen Shanahan, MA; C. Elizabeth Gass, MPH; Cassandra J. Rowe, BA; James C. Garbutt, MD

24

ACAMPROSAAT – WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN

- 9% minder patiënten die terugvielen (NNT 12; klein effect)
- Zwaar alcoholgebruik: niet significant
- Het is waarschijnlijk dat acamprosaat bij patiënten met een SGA effectief is in het handhaven van **abstinentie** van alcohol en het verminderen van het aantal drinkdagen. De omvang van het effect is klein.
- Er zijn aanwijzingen dat acamprosaat **niet** effectief is in het verminderen van terugval in **zwaar drinken**, percentage **zware drinkdagen**, of aantal glazen per drinkdag.

Jonas e.a. 2014

25

NALTREXON – WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN

- NNT 20 (95%-CI: 11–500) voor terugval in gebruik van alcohol
- NNT 12 (95%-CI: 8–26) voor terugval in zwaar alcoholgebruik
- 100mg/dag niet effectief
- Niet ten tijde van alcoholgebruik (Palpacuer e.a. 2018)
- Het is aangetoond dat naltrexon (50 mg/dag, oraal) een klein effect heeft in het voorkomen van terugval, **na abstinentie**, in alcoholgebruik (zowel ongeacht de hoeveelheid als in **zwaar alcoholgebruik**) bij volwassenen met een SGA.

Jonas e.a. 2014

26

STELLING

Het is terecht dat, – wanneer de geregistreerde medicijnen onvoldoende effectief zijn gebleken – topiramaat (en ter overweging baclofen en gabapentine) off-label zijn opgenomen in het stroomdiagram.

EENS



ONEENS

27

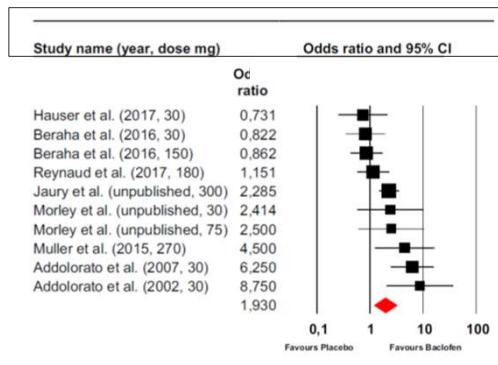
TOPIRAMAAT – WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN

- 15 RCT's
- Maximaal 300mg/dag, maximaal 12 weken
- Klein tot medium effect abstinentie en zwaar alcoholgebruik
- Geen goede vergelijking andere medicatie
- Het is aangetoond dat topiramaat (200-300 mg/dag) een klein tot medium effect heeft op het bevorderen van **abstinentie** en het verminderen van **zwaar alcoholgebruik** bij volwassenen met een SGA.

Cochrane review Pani e.a. 2014

28

BACLOFEN - WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN



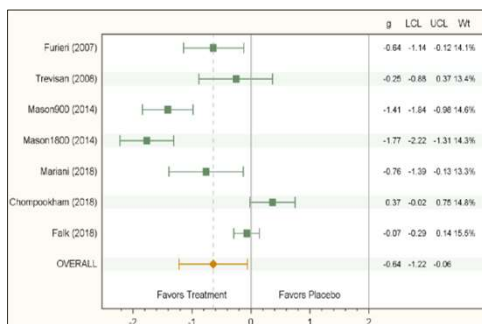
tweedekeus *off-label* medicijnen:

* **baclofen**: er is enige aanwijzing dat baclofen (30–300 mg/dag) effectief kan zijn in het bevorderen of behouden van **abstinentie**.

Pierce et al. (2018) *European Neuropsychopharmacology*

29

GABAPENTINE - WETENSCHAPPELIJKE OVERWEGINGEN



tweedekeus *off-label* medicijnen:

* **gabapentine**: er is enige aanwijzing dat gabapentine (600–3.600 mg/dag) effectief is in het reduceren van **heavy drinking**.

Kranzler et al. (2019) *Addiction*

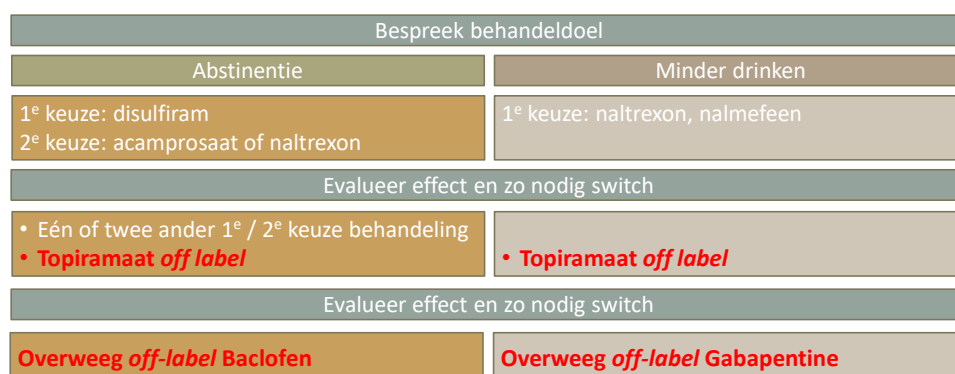
30

PRAKTIJK OVERWEGINGEN

- Off Label alleen na geregistreerde middelen
- CAVE sedatie → rustige opbouw!
 - topiramaat: start 25mg; ophogen 25-50mg/wk; soms ook bij 50-150mg effect
 - baclofen: start 3dd5mg; ophogen 15mg/3 dgn; max 100-120mg/dg
 - gabapentine: start 300mg; ophogen 300mg/dg
- CAVE misbruik & afhankelijkheid → baclofen/gabapentine
 - dosis escalatie, extra recepten, sedatie ed.
 - ontwenning na staken!
- Volg off label regels!

31

STROOMDIAGRAM FARMACOTHERAPIE



32

DISCUSSIE

Het is terecht dat, – wanneer de geregistreerde medicijnen onvoldoende effectief zijn gebleken – topiramaat (en ter overweging baclofen en gabapentine) off-label zijn opgenomen in het stroomdiagram.

EENS



ONEENS

33

STELLING

Aan elke patiënt met een SGA moet medicatie aangeboden worden.

EENS



ONEENS

34

PRAKTIJK OVERWEGINGEN

- Elke mogelijkheid om herstel te bevorderen aanbieden
 - Keuze is aan patiënt

- Belang goede uitleg (niet voorbehouden aan artsen)
 - Effectiviteit
 - Bijwerkingen
 - voor/nadelen

35

PRAKTIJK OVERWEGINGEN

- Gemengde reacties vanuit psychologen
 - medicatie alleen na niet succesvolle psychologische behandeling
 - nooit alleen medicatie
 - evidentie medicatie overschat tov psychotherapie

- Terughoudendheid ten aanzien van de inzet van medicatie mag geen reden zijn om bewezen effectieve behandelingen, zoals farmacotherapie, niet te bespreken met patiënten.

36

DISCUSSIE

Aan elke patiënt met een SGA moet medicatie aangeboden worden.

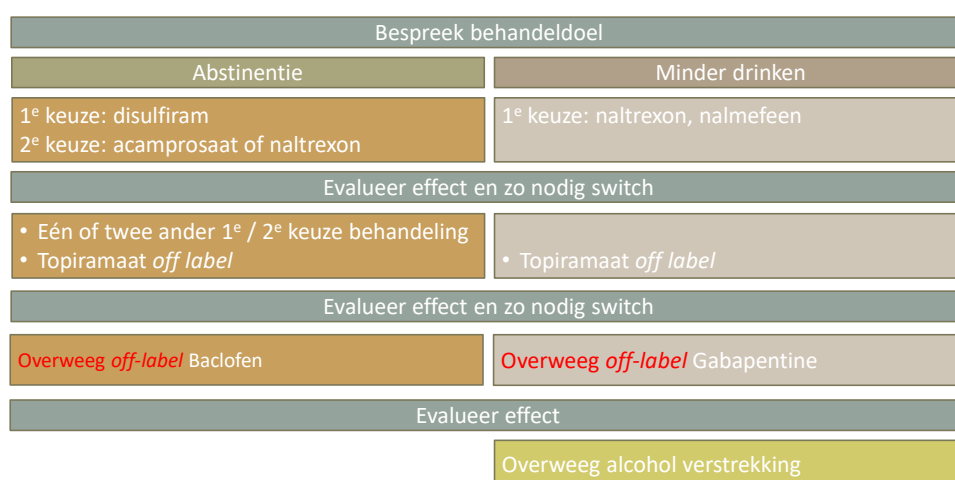
EENS



ONEENS

37

STROOMDIAGRAM FARMACOTHERAPIE



38

OVERIG

- Geen evidentie van voldoende kwaliteit voor combinatie van medicatie.
- Geen ruimte voor andere medicatie, zoals:
 - Valproaat
 - Ondansetron
 - Antipsychotica
 - Antidepressiva
 - GHB
 - Psychedelica

39

PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT BIJ
TERUGVALPREVENTIE

40

AANBEVELINGEN

1. In het algemeen geldt bij SGA en comorbide psychische stoornissen dat beide stoornissen behandeld moeten worden, omdat behandeling van de ene stoornis in het algemeen geen effect heeft op de andere (comorbide) stoornis.

a. Bij patiënten met een SGA en comorbide depressieve stoornis of angststoornis:

- bij een milde comorbide stoornis dient eerst de SGA behandeld te worden vanwege een mogelijk gunstig effect op de comorbiditeit.
- bij persistenten of hoge ernst van de comorbide stoornis, behandel conform de richtlijn voor de comorbide stoornis en behandel tegelijkertijd ook de SGA.

b. Bij patiënten met een SGA en comorbide bipolaire stoornis, PTSS, ADHD, psychotische stoornis en/of persoonlijkheidsstoornis: behandel conform de richtlijnen van de SGA en de richtlijnen van de comorbide stoornis.

41

AANBEVELINGEN

2. Patiënten met een SGA en een comorbide andere psychiatrische stoornis moeten in afstemming met de patiënt vanuit een geïntegreerde visie (parallel, sequentieel of geïntegreerd) behandeld worden.

3. Bovengenoemde aanbevelingen gelden in het algemeen ook voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en zwangeren.

42

OVERWEGINGEN WERKGROEP

- Stemming/angst: voorkeur voor SSRI's (t.o.v. andere antidepressiva)
- PTSS: Topiramaat?
- Psychotische stoornissen: voorkeur 2^e generatie / clozapine

43

VERSLAVINGSCOMORBIDITEIT

44

OVERWEGINGEN WERKGROEP

- Detoxificatie: kijk naar veiligheid van verschillende middelen bij het stoppen
 - Lang/ kort werkend
 - Afbouw of direct staken
 - Opvangen van ontwenning noodzakelijk of niet
- Alcohol en opioïden: denk aan naltrexon
- Alcohol en GHB: overweeg baclofen

45

AANBEVELINGEN

1. Bij patiënten met een SGA en comorbide andere stoornis in het gebruik van een middel dienen zowel de SGA als de comorbide stoornis in het gebruik van een ander middel conform de betreffende richtlijn behandeld te worden.
2. Overwegende dat bij patiënten met een SGA en een comorbide stoornis in het gebruik van een ander middel de behandel-effectiviteit in het algemeen lager is, adviseert de richtlijnwerkgroep een combinatie van psychologische en farmacologische interventies, met bijzondere aandacht voor contingentie management.
3. Bovengenoemde aanbevelingen gelden ook voor specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en zwangeren.

46

CONCLUSIE

- Nieuw hoofdstuk
- Zeer beperkte evidentie
- Geen eenduidig advies
- Maak keuze samen met patiënt
- Baseer keuze vooral op evidentie alcoholgebruik
 - Doel: abstinentie of minder drinken
 - Somatische comorbiditeit
 - Psychiatrische comorbiditeit

47

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

48

MDR 2023

Psychologisch	Herstel
1 ^e keuze: MGV, CGT, ambulant twaalf stappen optioneel: Voeg CM toe	<ul style="list-style-type: none"> Fysieke activiteit Op indicatie: Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First
Bespreek opties	
<ul style="list-style-type: none"> CGT: groep of individueel, face-to-face of digitaal Additie CBM bij klinische patiënt Zelfhulpgroep 	<ul style="list-style-type: none"> Ervaringsdeskundigheid Vaktherapie Interventies op: <ul style="list-style-type: none"> financiën huisvesting dagbesteding sociale inbedding Betrekken naasten
Evalueer effect elke 3 mnd	
<ul style="list-style-type: none"> Ander 1^e keuze behandeling CRA + CM Partnerrelatie therapie 	
Evalueer effect elke 3 mnd	

49

STIGMA?

- Is alcoholverslaving een psychische
- Is alcoholverslaving je eigen schuld

Tabel 3: Alcoholverslaving vs. andere psychische aandoeningen

1. Is alcoholverslaving een psychische ziekte? (tegenover 57-95%* bij schizofrenie)	19-49 % ja
2. Is verslaving je eigen schuld? (andere psychische aandoeningen 4-13%**)	54-60 % ja
3. Mag een alcoholverslaafde je buurman zijn? (19% nee depressie, 37% nee schizofrenie)	60 % nee

Bron: Schomerus (2011)

50

1^E KEUS NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

- Relatief kortdurend, geprotocolleerd
- Training en versterken zelfcontrole
- FA en BA → o.a. functie van gebruik
- G-schema's, uitdagen cognities

51

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE MIDDELEN

*CGT is bedoeld voor mensen **die bereid en in staat zijn** om met zelfcontrole hun problematisch middelengebruik of gokken te minderen of te stoppen (Schippers, Smeerdijk en Merkx, 2022)*

Wanneer is iemand bereid en in staat tot het volgen van psychologische behandeling? En wat doe je als iemand niet/onvoldoende bereid hier toe lijkt te zijn?

52

MOTIVERENDE GESPREKVOERING (MVG)



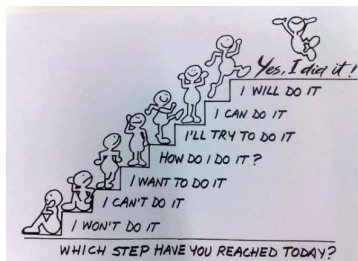
53

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

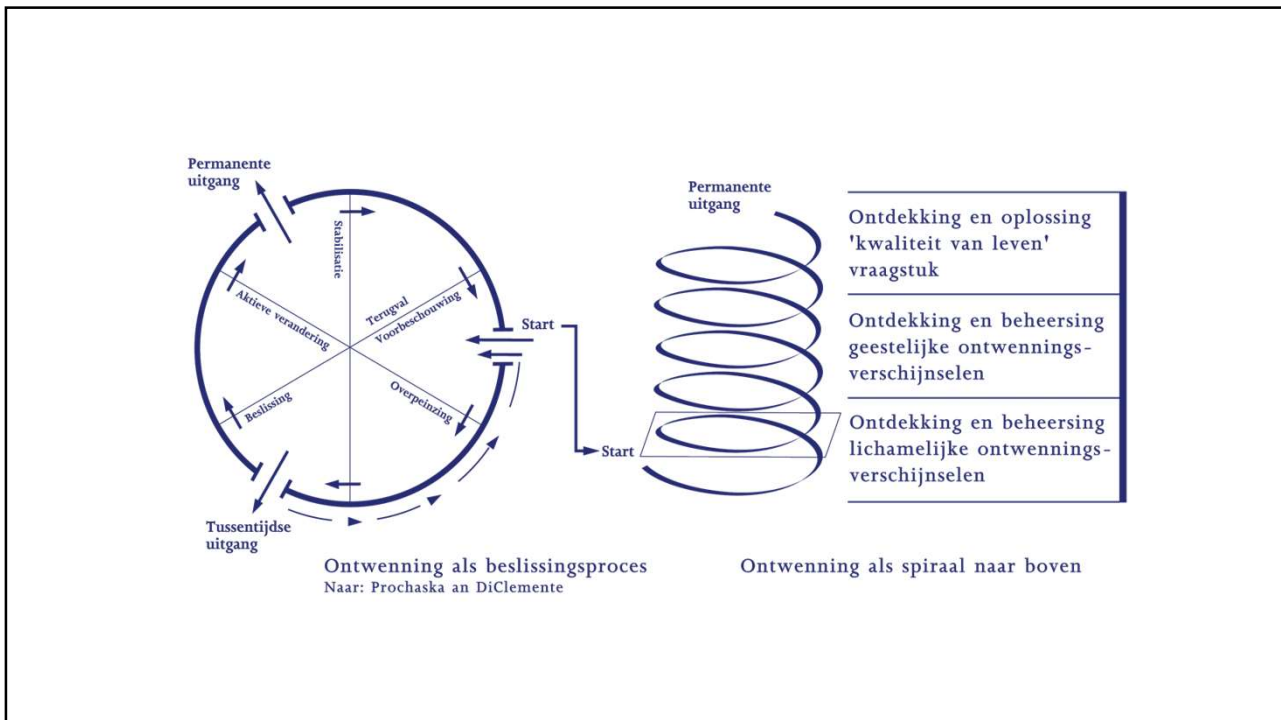
Bij een geïntegreerde behandeling zijn in elke behandelfase de uitgangspunten van motiverende gespreksvoering belangrijk. Motiverende gespreksvoering is een methodiek die patiënten ondersteunt in een veranderproces.

Principes van motiverende gespreksvoering:

1. Toon begrip
2. Wijs op discrepantie
3. Vermijd discussies
4. Meegaan met weerstand
5. Bevorder zelfwerkzaamheid



54



55

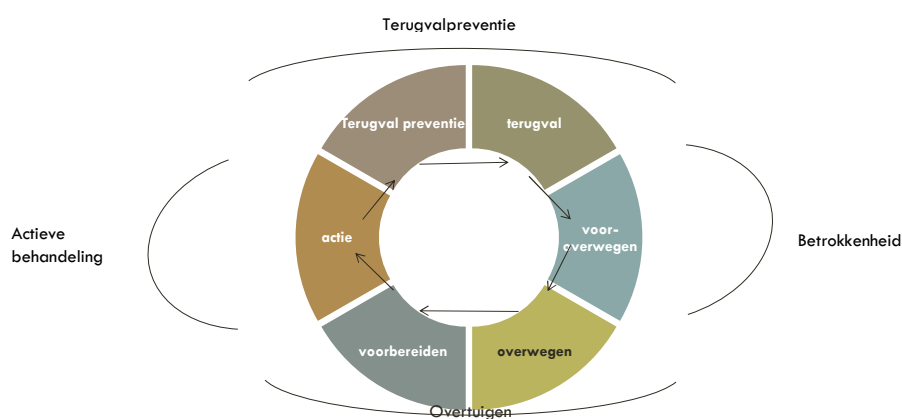
KRITIEK FASEMODEL

- Negatieve resultaten bij meta-analyse (roken, bewegen, dieet)
- Tegelijk in verschillende fasen
- Patiënten doorlopen de fasen niet sequentieel
- Weinig prognostische waarde (behalve vooroverwegingsfase)
- Voordeel:
 - Helpt bij machteloosheid
 - Handvat voor patiënt en familie
 - Gebruik het niet als statisch concept
 - Probeer een fase verder te komen



56

FASEN VAN VERANDERING - BEJEGENING



57

MDR 2023

Psychologisch	Herstel
1 ^e keuze: MGV, CGT, ambulante twaalf stappen optioneel: Voeg CM toe	<ul style="list-style-type: none"> Fysieke activiteit Op indicatie: Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First
Bespreek opties	
<ul style="list-style-type: none"> CGT: groep of individueel, face-to-face of digitaal Additie CBM bij klinische patiënt Zelfhulpgroep 	<ul style="list-style-type: none"> Ervaringsdeskundigheid Vaktherapie Interventies op: <ul style="list-style-type: none"> financiën huisvesting dagbesteding sociale inbedding Betrekken naasten
Evalueer effect elke 3 mnd	
<ul style="list-style-type: none"> Ander 1^e keuze behandeling CRA + CM Partnerrelatie therapie 	
Evalueer effect elke 3 mnd	

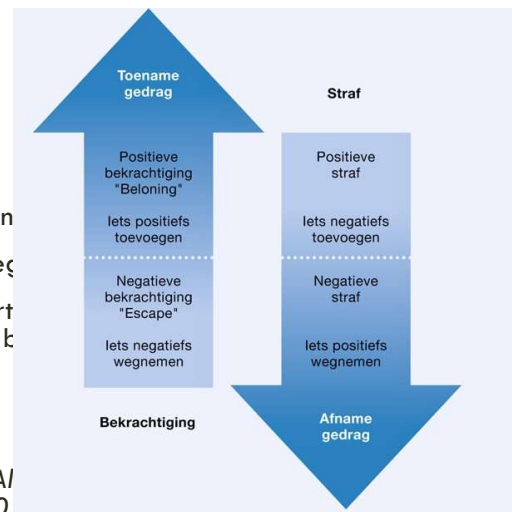
58

CONTINGENCY MANGEMENT

Operante conditionering

- Het doelgedrag dient duidelijk omschreven te zijn
- Het doelgedrag wordt tijdens de behandeling regelmatig bekrachtigd
- Op het moment dat de cliënt het doelgedrag vertoont, wordt het bekrachtigd door tastbare beloningen en sociale kansen
- Geen negatieve gevolgen

Alcohol (Alessi, Hanson, Wieners, & Petry, 2007; Al Murphy, Swift, & Colby, 2011; Hagedorn et al., 2010; McDonnell et al., 2012; Petry, Martin, Cooney, & Kranzler, 2000).



59

CONTINGENCY MANGEMENT

- CM als toepassing van CCT wordt effectief gebruikt (MDD, 2023)
- Wie gebruikt er beloningen?
- Is het ethisch verantwoord?
- Welke vorm van beloning is wel/niet acceptabel?

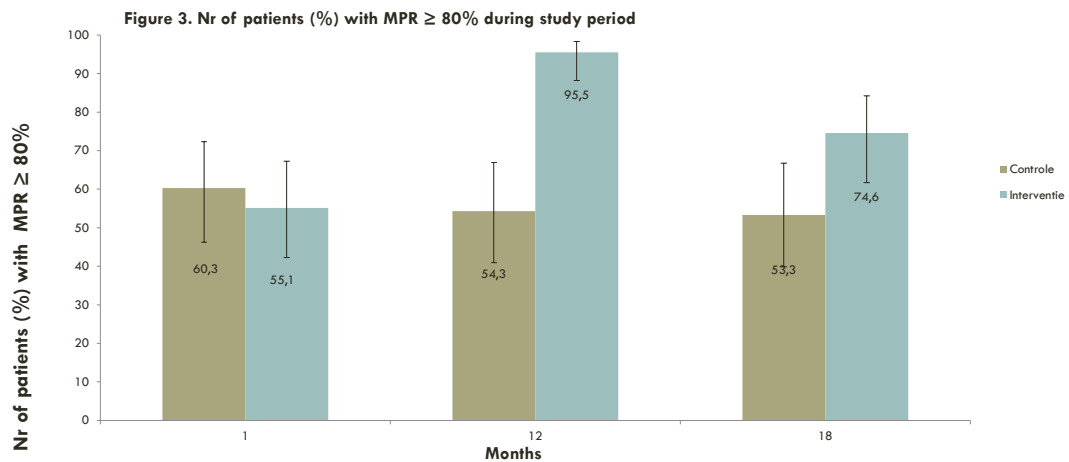
60

CONTINGENCY MANGEMENT



61

MONEY FOR MEDICATION



62

MDR 2023

Psychologisch	Herstel
1 ^e keuze: MGV, CGT, ambulant twaalf stappen optioneel: Voeg CM toe	<ul style="list-style-type: none"> Fysieke activiteit Op indicatie: Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First
Bespreek opties	
<ul style="list-style-type: none"> CGT: groep of individueel, face-to-face of digitaal Additie CBM bij klinische patiënt Zelfhulpgroep 	<ul style="list-style-type: none"> Ervaringsdeskundigheid Vaktherapie Interventies op: <ul style="list-style-type: none"> financiën huisvesting dagbesteding sociale inbedding Betrekken naasten
Evalueer effect elke 3 mnd	
<ul style="list-style-type: none"> Ander 1^e keuze behandeling CRA + CM Partnerrelatie therapie 	
Evalueer effect elke 3 mnd	

63

COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH

De Community Reinforcement Approach (CRA) is een multidimensionele behandeling die er op is gericht om enerzijds de bekrachtigende werking van psychoactieve middelen te beperken en anderzijds de rol van alternatieve bekrachtende activiteiten te versterken (Roozen, 2006). CRA is sterk gebaseerd op de operante leerprincipes en beoogt middels cognitief-gedragsmatige en systeeminterventies, eventueel ondersteund met farmacotherapie, de patiënt positieve beloning te laten ervaren in activiteiten en gedragingen, anders dan middelengebruik.

- Beperkte wetenschappelijke evidentie
- Casus/ervaringen?

64

CASUS

Casus bespreking: Vrouw van 43 jaar, recidiverende depressieve episodes, sinds circa 8 jaar bekend met stoornis in het gebruik van alcohol, meermaals klinisch opgenomen en langdurige ambulante zorg. Blijft herhaaldelijk terugvallen in alcoholgebruik, ondanks eerdere CGT behandelingen, medicamenteuze ondersteuning en systeemgesprekken.

Wat zou een vervolgstap zijn om te bespreken qua psychologische behandeling?

Mbv CRA lijst gemaakt met verschillende activiteiten die (haalbaar) en bekrachtigend zouden kunnen werken om abtinent te blijven van alcohol en de potentie met zich mee te brengen om op andere manieren positieve bekrachtigd te worden.

65

CONTEXT/KRITIEK VAN DE ONDERZOEKEN

- Beperkte effect sizes
- P=significant=relevant?
- Controlegroepen
- Kleine studies
- Comorbiditeit



66

CONCLUSIES MDR WERKGROEP (MDR, 2023)

- Shared decision making
- Gecombineerde behandeling CGT/medicamenteus, MVG, 12-stappen
- Bespreek en bekijk opties (individueel/ groep/ online / zelfhulp groepen)
- Toevoegen van CM optioneel
- Intensiveren en/of switchen van behandelmethodiek
- Evalueren elke 3 maanden
- Mogelijkheid tot aanbieden van CRA
- Terughoudend met EMDR, ACT, Schematherapie, Mindfulness based relapse prevention

67

TAKE HOME MESSAGE

- Alle patiënten medicatie aanbieden
- Stroomdiagram voor keuze medicatie per behandeldoel
- Weinig evidentie voor medicamenteuze behandeling comorbiditeit

68