

First things first?

Behandeling van comorbiditeit

Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg is bij 45% van de cliënten sprake van comorbiditeit; hieronder wordt verstaan het tegelijkertijd bestaan van twee of meer psychiatrische aandoeningen (Van Loo & Romeijn, 2015). Angst- en stemmingsstoornissen behoren met een lifetime-prevalentie van 75% tot de meest voorkomende comorbide aandoeningen (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001). Een derde van deze stoornissen gaat gepaard met verslaving (Dom *et al.*, 2013). De hoge prevalentie van psychiatrische comorbiditeit hangt samen met de categoriale classificatie van de DSM, en met veronderstelde gezamenlijke onderliggende mechanismen, en leidt steeds meer tot praktische en theoretische problemen (Van Oudheusden, Meynen, & Van Balkom, 2015). In het geval van comorbiditeit zijn aandoeningen vaak ernstiger, en leiden tot grotere beperkingen in het dagelijks functioneren (Klein Hofmeijer-Sevink *et al.*, 2012). Er zijn verschillende verklaringen voor de relatie tussen angst- en depressieve stoornissen en verslaving. Angst en depressie vormen de oorzaak (zelfmedicatie hypothese) of het gevolg van verslaving, maar er kunnen ook gemeenschappelijke biologische en/of omgevingsfactoren in het spel zijn die met alle drie aandoeningen zijn geassocieerd (Dom, *et al.*, 2013). De diversiteit aan verklaringsmodellen bemoeilijkt de gelijktijdige behandeling van angst, depressie en verslaving. Een functieanalyse – het verhelderen van factoren die gebruik van middelen uitlokken of in standhouden – kan nader inzicht geven in de relatie tussen verslaving en comorbide klachten (Dom, *et al.*, 2013). Hoewel er weinig bewijs bestaat voor een geïntegreerde behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen, gaat hier in de klinische praktijk vaak de voorkeur naar uit. Dit hangt samen met de maximale aandacht voor de functionele samenhang tussen stoornissen (Smith & Randall, 2012). De generieke module Comorbiditeit

(GGZ standaarden, 2018) onderschrijft deze integrale visie, maar gaat niet in op de inhoud van zorg en verwijst naar stoornisspecifieke standaarden en richtlijnen. Een geïntegreerde behandeling vraagt om een combinatie van stoornisspecifieke, evidence-based interventies (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish, 2015). Dit terwijl er bij comorbiditeit vaak sprake is van categorie-overschrijdende en overlappende oftewel transdiagnostische symptomen die onderling verweven zijn en elkaar beïnvloeden (Marshall, 2020). Het is grotendeels onbekend hoe de volgorde en timing van de interventies er precies uit moet zien (Smith & Randall, 2012). Deze gevalbeschrijving illustreert welke integrale behandelstappen de verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios) kan nemen bij een cliënt met klachten op het gebied van angst, stemming en verslaving, en na later blijkt trauma.

Casusbeschrijving

Alex* is sinds 2016 in beeld bij de verslavingszorg, waar hij wordt behandeld voor een alcoholverslaving. Conform de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (Trimbosinstituut, 2008) passen de hulpverleners de interventies motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (CGT)-middelen toegepast. Deze behandeling sorteert onvoldoende effect, waardoor de behandeling van comorbide klachten niet van de grond komt. Hierop wordt Alex aangemeld bij een *Assertive Community Treatment* (ACT)-team voor cliënten met dubbele-diagnoseproblematiek. De reden van aanmelding is excessief alcoholgebruik in combinatie met angst- en stemmingsklachten. Ook dit team zet in eerste instantie in op een verslavingsbehandeling, alvorens Alex een behandeling te bieden voor comorbide klachten. Een ambulante detoxificatie, medicamenteuze behandeling met een zuchtremmer en een klinische behandeling leveren nauwelijks resultaat op. Dit is aanleiding voor de vios van het ACT-team om uitgebreid nadere diagnostiek te verrichten, alvorens samen met Alex een verder behandeltraject uit te stippelen.

Biografie

Alex is geboren in Irak. Hij is moslim, en vertelt afstand te hebben gedaan van islamitische gewoonten en tradities. Alex heeft een verblijfsstatus. Naast Arabisch spreekt hij Engels. Op 18-jarige leeftijd ontwikkelt hij lichte angst- dan wel dwangklachten die dan nog goed te hanteren zijn. Hij is destijds getuige geweest van oorlogsgeweld en

* Alex is een gefingeerde naam. De cliënt heeft toestemming gegeven voor het gebruiken van zijn gegevens.

zijn familie verbreekt het contact, vermoedelijk naar aanleiding van zijn homoseksuele geaardheid. Op z'n 27e vlucht hij naar Nederland. Na verblijf in verschillende asielzoekerscentra, belandt Alex in 2014 in een centrum dat hem doet denken aan een gevangenis, waardoor hij zich opgesloten voelt. Hij wordt somber en krijgt last van intrusieve gedachten. Op den duur gaat Alex alcohol gebruiken ter coupering van deze klachten.

Diagnostiek

Bij psychiatrisch onderzoek (Hengeveld & Schudel, 2003) wordt een redelijk verzorgde, leeftijdsconforme man gezien die een petje en zwarte kleding draagt. Hij presenteert zijn klachten enigszins aanklampend. Er is sprake van een lichte stoornis in de concentratie en het kortetermijngeheugen. De geschatte intelligentie is gemiddeld. Er zijn geen aanwijzingen voor waarnemingsstoornissen. Het denken is normaal van tempo. Inhoudelijk is Alex gepreoccupeerd met het idee dat zijn leven niet de moeite waard is. Zijn stemming is somber met een normaal modulerend affect. Er is sprake van anhedonie en interesseverlies. Suïcidegedachten zijn aanwezig zonder dat Alex de intentie heeft zichzelf iets aan te doen. Er spelen obsessief-compulsieve klachten. Zich aan hem opdringende, onwenselijke gedachten leiden tot dwanghandelingen, wat veel tijd kost en met angst gepaard gaat. Verder blijkt er naast verslavingsproblematiek, bij nader doorvragen sprake van traumatische klachten. Hij is echter zeer terughoudend in het delen van zijn traumatische ervaringen. Er is zichtbaar sprake van lijdensdruk. De DSM-5 diagnoses depressie, obsessief-compulsieve stoornis (OCS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en alcoholafhankelijkheid kunnen worden gesteld.

Verpleegkundig onderzoek vanuit de gezondheidspatronen van Gordon (2017) laat zien dat Alex door verschillende verstoorde functies beperkingen heeft op diverse levensgebieden, zoals op het gebied van werk, vrijetijdsbesteding en sociale contacten. Er is nauwelijks ondersteuning vanuit zijn netwerk en Alex voelt zich eenzaam. Hij laat weinig los over het conflict met zijn familie en de betekenis die zijn seksuele identiteit voor hem heeft. Zijn functioneren wordt geobjectiveerd door middel van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organisation, 2007). Aanvullend wordt een cultureel interview (Pharos, z.d.) afgenomen, waaruit blijkt dat Alex zich sterk identificeert met de Nederlandse cultuur. De ernst van de verslaving blijkt hoog na afname van de MATE ('Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie') (Schipper & Broekman, 2014). Lichamelijk onderzoek en monitoring vinden plaats door de huisarts. Laboratoriumonderzoek laat verstoorde leverfuncties zien.

Tenslotte wordt samen met Alex een gepersonaliseerde beschrijvende diagnose opgesteld, waarin naast de psychiatrische classificatie de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)-diagnose wordt beschreven (Heather-Herdman & Kamitsuru, 2019). De complexiteit van problemen, oorzaken en gevolgen wordt uitgebreid met hem besproken. Trauma's hebben waarschijnlijk depressie, angst- waaronder dwangklachten en verslaving geluxeed en houden deze klachten in stand. Hieruit voortvloeiend kan worden gesteld dat er, binnen het domein van coping en stresstolerantie, sprake is van de NANDA-diagnose Post-traumatisch syndroom.

Beschrijvende diagnose

Alex is een 37-jarige, alleenstaande, zelfstandig wonende man, die in 2018 door een verslavingszorginstelling wordt aangemeld wegens een alcoholverslaving en angst- en stemmingsklachten, omdat behandeling aldaar stagneert. Alex is geboren in Irak en is de een-na-oudste uit een gezin van vijf kinderen. Op zijn 27e vlucht hij naar Nederland. Zijn familie heeft het contact met hem verbroken, vermoedelijk vanwege zijn homoseksuele geaardheid. Er is sprake van een psychiatrische voorgeschiedenis in Nederland vanaf 2017, bij een verslavingszorginstelling waar Alex middels een ambulante detoxificatie en CGT wordt behandeld wegens een alcoholafhankelijkheid. Somaatisch gezien is er sprake van lichte hepatosteatose. Doorgemaakte trauma's zijn luxerende en in stand houdende factoren voor bestaande klachten. Psychiatrisch gezien is er sprake van een depressieve stoornis (296.33), onder andere gekenmerkt door somberheid en anhedonie. Comorbide is er sprake van een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) (300.3), gekenmerkt door dwanggedachten en -handelingen. Ook is er sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (309.81), onder andere gekenmerkt door recidiverende intrusieve herinneringen aan het trauma. Tenslotte heeft Alex een alcoholafhankelijkheid (303.90), gekenmerkt door excessief gebruik en craving. Verpleegkundig diagnostisch is er sprake van het Post-traumatisch syndroom (NANDA, 00141), dat wordt gekenmerkt door concentratie- en geheugenproblemen (b1400.2/b1440.2), somberheid (b152.3), intrusieve en obsessieve gedachten (b1602.3/b1603.3), in- en doorslaapproblemen (b134.3) en hunkering naar alcohol (b1303.3). Etiologische factoren zijn blootstelling aan oorlogsgeweld, verstoting door familie en het verblijf in een asielzoekerscentrum waar Alex zich opgesloten en van de wereld 'afgesneden' voelde. Bovenstaande verpleegkundige diagnose belemmert hem in het verwerven en behouden van werk (d845.4), in het creëren van vrijetijdsbesteding (d920.3) en in het aangaan en onderhouden van (informele) sociale relaties (d750.3). Bevorderende externe factoren zijn het contact met een vriend (e325+1) en met de hulpverlening (e355+2), alsook maatschap-

pelijke attitudes (e460+3) en de sociale normen (e465+3) in Nederland. Het ontbreken van contact met naaste familie (e310.3) en hun persoonlijke attitude (e410.4) vormen belemmerende factoren. Alex omschrijft zichzelf als een strijder. Zelfvertrouwen en gelukkig zijn vormen voor hem belangrijke waarden. Hij wil weer genieten van dingen, minder last hebben van ongewilde opdringende gedachten en wederom perspectief ervaren. De beschrijvende diagnose is besproken met Alex en hij herkent zichzelf hierin.

Behandeling

De door Alex gevolgde verslavingsbehandeling bood weinig soelaas, vermoedelijk omdat depressieve klachten en angst-, dan wel dwangklachten zijn alcoholgebruik onderhouden. De met Alex gemaakte functieanalyse (Dom et al, 2013) onderstreept deze hypothese. De trauma's die ten grondslag liggen aan zijn klachten, zijn nauwelijks met hem bespreekbaar. Dientengevolge is in overleg met Alex, op basis van Shared Decision Making (SDM) (Stiggelbout, Pieterse, & De Haes, 2015), besloten om in eerste instantie te interveniëren op de symptomen waar Alex naar eigen zeggen de meeste hinder van ondervindt. De verwachting hierbij is dat vermindering van de meest prangende symptomen mogelijk vertrouwen en veiligheid biedt om op termijn een traumaverwerkende behandeling aan te gaan.

Samen met Alex zijn doelen geformuleerd die voortvloeien uit de NANDA-diagnose. Met behulp van de Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2017) worden de zorgresultaten bepaald en met behulp van de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2020) worden in te zetten interventies geformuleerd. Het belangrijkste voor Alex is dat hij zich minder verdrietig wil voelen. Het beoogde zorgresultaat bij dit behandeldoel wordt weergegeven middels indicatoren op depressieniveau (NOC 1208) en getracht te bereiken middels de interventies stemmingsregulatie (NIC 5330), slaapbevordering (NIC 1850) en bevordering socialisatie (NIC 5100). Daarnaast stelt Alex zich ten doel om zijn intrusieve en dwanggedachten en -handelingen te verminderen en beter hanteerbaar te maken, waarbij het zorgresultaat wordt gemeten middels persoonlijke beheersing van denkprocessen (NOC, 4003). De interventie cognitieve herstructurering (NIC, 4700) wordt hierbij ingezet.

Voor de behandeling van depressieve en angst- dan wel dwangklachten maakt de vios tevens gebruik van het Unified Protocol (UP) (Barlow *et al.*, 2011), een transdiagnostische cognitieve gedragsbehandeling, die een aanzienlijke verbetering geeft van de kwaliteit van leven (Gallagher *et al.*, 2013). Het UP bestaat uit vijf kernmodules, gericht

op motivatiebevordering, bewustwording van emotionele ervaringen, cognitieve flexibiliteit en het veranderen van denkfouten, het tegengaan van emotionele en gedragsmatige vermijding en het herkennen van lichamelijke sensaties en deze leren verdragen (Barlow *et al.*, 2011). Het UP is gebleken even effectief te zijn als stoornisspecifieke interventies voor angst- en stemmingsstoornissen (Barlow *et al.*, 2017). Uit onderzoek van Steele *et al.* (2018) komt naar voren dat dit behandelprotocol eveneens effectief is bij comorbiditeit. De vios past het UP toe in wekelijkse contacten met Alex.

Tenslotte streeft Alex alcoholabstinentie na, waarbij het resultaat wordt gemeten middels een indicator gericht op stopgedrag alcoholmisbruik (NOC 1629). Als interventie gebruikt de vios CGT-middelen (Schippers, Smeerdijk, & Merckx, 2014). Aanvankelijk mist Alex vaak afspraken. Door te investeren in de relatie, aansluiting te zoeken met zijn leefwereld en present te zijn, verbetert het contact (Baart, 2006). De vios start met psycho-educatie omtrent verslaving, comorbide klachten en hun onderlinge samenhang, met als doel de klachten van Alex te normaliseren, zijn zelfstigma te verminderen en zijn perspectief te bevorderen (GGZ Standaarden, 2017). Hoewel de frequentie van alcoholgebruik vermindert, blijft Alex incidenteel excessief alcohol gebruiken. Ter opfrissing worden zelfcontrolemaatregelen besproken en wordt een terugvalpreventieplan gemaakt (Schippers *et al.*, 2014). Naast psychologische behandeling wordt sertraline gestart, een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI). In de farmacologische behandeling van zowel depressie, OCS als trauma vormen SSRI's middelen van eerste keus (GGZ Standaarden, 2017; GGZ Standaarden, 2018; GGZ Standaarden, 2020). Om activering te bevorderen, dagbesteding te realiseren en sociale contacten te helpen ontlooiën, heeft Alex tweewekelijks contact met een verpleegkundige.

Resultaten

Ten tijde van de driemaandelijke evaluatie is behandeling via het UP nog niet afgerond. Toch zijn er periodes waarin de depressieve klachten minder nadrukkelijk aanwezig zijn. De indicatoren van de NOC-uitkomstmaat depressieniveau (1208) laten een verbetering zien van ernstig tot matig wat betreft concentratiestoornissen, slapeloosheid, bedroefdheid en suïcidale gedachten. De indicatoren eenzaamheid en activiteitsniveau laten nog geen verbetering zien. Hiernaast worden de intrusieve gedachten en de dwanggedachten minder sterk, wat zich uit in verbetering van de NOC-uitkomstmaat persoonlijke beheersing van denkprocessen (4003) van zelden naar soms. Hoewel Alex nog niet volledig abtinent is, verbetert de uitkomstmaat stopgedrag alcoholmisbruik (1629) van soms naar vaak. Alex heeft zichzelf vrijwilligerswerk in een klein restaurant ten doel gesteld, maar durft

dit nog niet aan. Ook blijft hij het lastig vinden om sociale contacten aan te gaan. Desondanks ervaart hij geleidelijk meer perspectief in zijn leven.

Discussie

Deze gevalsbeschrijving illustreert de complexiteit van de behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen, alsook de rol van de vios hierin, die met haar focus op de gevolgen voor het dagelijks functioneren aansluit bij een transdiagnostische zienswijze. Door verpleegkundige, psychologische en medische kennis te combineren, is zij bij uitstek geschikt om vanuit een holistisch perspectief regie te voeren over de verschillende behandelstappen (v&vn, 2019). In het proces van klinisch redeneren focust de vios zich op het exploreren en behandelen van etiologische factoren (v&vn, 2019). Trauma ligt in deze casus waarschijnlijk voor een groot deel ten grondslag aan de gemelde klachten. Echter, het trauma is onbespreekbaar en in overleg met Alex wordt expliciet de keuze gemaakt om eerst verslaving, depressieve en angst- waaronder dwangklachten te behandelen. Deze zijn nauw met elkaar verweven en vragen om een geïntegreerde behandeling (Newby *et al.*, 2015). De vios heeft dit vormgegeven door op basis van een functieanalyse de verslavingsbehandeling in te vlechten in de behandeling van comorbide klachten. Duidelijk wordt dat de intrusieve en dwanggedachten triggers vormen voor gebruik. Door dit inzichtelijk te maken en een terugvalpreventieplan op te stellen, kan Alex zijn alcoholgebruik beter controleren. Het ontbreken van richtlijnen voor de timing en volgorde van geïntegreerde interventies (Smith & Randall, 2012) vormt een zwakte in de behandeling. De vios heeft dit, in samenspraak met het multidisciplinair team, naar eigen inzicht gedaan. Omdat bij Alex sprake is van onderling verweven, transdiagnostische symptomen, is gekozen voor het UP. Toepassing van deze behandeling heeft bij Alex een verbetering van depressieve, ocs- en andere angstklachten opgeleverd, wat in lijn is met significante onderzoeksuitkomsten (Barlow *et al.*, 2017; Steele *et al.*, 2018). Een symptomatische behandeling is gestart met de verwachting dat Alex, na vermindering van de meest belastende symptomen, open zal staan voor traumaverwerking. Hoewel dit stadium nog niet is bereikt, lijken door toepassing van het UP ook zijn traumagerelateerde klachten te zijn verminderd. Het feit dat er bij PTSS, depressieve en angststoornissen, transdiagnostische symptoomclusters dwars door de drie diagnostische categorieën heen snijden, biedt hiervoor een verklaring (Grisanzio *et al.*, 2018). Dat met één geïntegreerde behandeling op de meest prangende symptomen kan worden geïnterveneerd, is een groot voordeel van het UP en kan tevens de therapeuti-

sche alliantie bevorderen (Smith & Randall, 2012). Mogelijk heeft de kwaliteit van de therapeutische alliantie zelf ook bijgedragen aan het resultaat van de behandeling (Kidd, Davidson & McKenzie, 2017).

Conclusie

De behandeling van comorbide psychiatrische problematiek is complex en vraagt, gezien de onderlinge samenhang van psychiatrische klachten, om een geïntegreerde behandeling. De verpleegkundig specialist GGZ kan vanuit regiebehandelaarschap, door een combinatie van verpleegkundige, medische en psychologische kennis, een belangrijke rol spelen in deze behandeling. Het UP blijkt geschikt om comorbide stemmings-, ocs en andere angstklachten te behandelen, omdat dit protocol in één behandeling aangrijpt op diverse, gemeenschappelijke en elkaar beïnvloedende, oftewel transdiagnostische symptomen. Verder onderzoek naar de effectiviteit van transdiagnostische behandeling van verslaving en comorbide psychiatrische aandoeningen verdient aanbeveling.

Summary

Psychiatric comorbidity is often encountered in mental health care. Treatment is complex and requires an integrated approach. This case report illustrates which interventions trainee nurse practitioner in mental health care applied for a client who experienced symptoms such as anxiety, depression and addiction. In addition to cognitive behavioral therapy aimed at alcohol dependence, the Unified Protocol was used for the treatment of anxiety and depressive symptoms. This transdiagnostic cognitive behavioral protocol addresses different overlapping and mutually influencing symptoms. In this case, the use of the Unified Protocol led to mood improvement and reduction of anxiety and obsessive thoughts. It is recommended to further investigate the effectiveness of an integrated transdiagnostic treatment of addiction and comorbid psychiatric disorders.

Keywords: Comorbidity, Transdiagnostic, Unified-Protocol

Literatuur

- Baart, A. J. (2006). *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich May, J. T. (2011). *Transdiagnostische behandeling van emotionele stoornissen: Therapeutenhandleiding* (1e editie). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Galloway, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala (...), Cassiello-Robbins, M. A. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599. doi:10.1037/0021-843X.110.4.585
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2020). *Verpleegkundige interventies: Vertaling van Nursing Interventions Classification (NIC)* (5e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Van der Hoorn, B., Kroon, H., Muusse, C., Van Rooijen, S., Schroevers, R., & Van Wamel, A. (2013). *Handboek Dubbele Diagnose*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(1), 57-72. doi:10.1521/ijct.2013.6.1.57
- Ggz Standaarden. (2018). *Generieke Module Comorbiditeit*. Verkregen op 17 januari, 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/zorg-voor-patienten-met-co-of-multi-comorbiditeit>
- Ggz Standaarden. (2017). *Generieke Module Destigmatisering*. Verkregen op 13 oktober, 2020, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/destigmatisering-binnen-en-buiten-de-ggz/vroege-erkenning-en-preventie/handvatten>
- Ggz Standaarden. (2017). *Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen*. Verkregen op 16 januari, 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling/behandeling-en-begeleiding/medicamenteuze-behandeling>
- Ggz Standaarden. (2018). *Zorgstandaard Depressieve stoornissen*. Verkregen op 16 januari, 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling/behandeling-en-begeleiding/stappenvolgorde-in-de-farmacotherapie-bij-depressie-bij-volwassenen>
- Ggz Standaarden. (2020). *Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. Verkregen op 16 januari, 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling/behandelinterventies-gericht-op-patient-en-systeem>
- Gordon, M. (2017). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek* (6e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Farchione, T. J., Goodness, T. M., & Williams, K. M. E. (2017). The Unified Protocol for Comorbid Alcohol Use and Anxiety Disorders. *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*, 127-149. doi:10.1093/med-psych/9780190255541.003.0008
- Grisanzio, K. A., Goldstein-Piekarski, A. N., Wang, M. Y., Rashed Ahmed, A. P., Samara, Z., & Williams, L. M. (2018). Transdiagnostic Symptom Clusters and Associations With Brain, Behavior, and Daily Function in Mood, Anxiety, and Trauma Disorders. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 1-19. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3951
- Heather Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2019). *NANDA International: Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2018-2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hengeveld, W., & Schudel, W. J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: de Tijdstroom

- Kidd, S. A., Davidson, L., & McKenzie, K. (2017). Common Factors in Community Mental Health Intervention: A Scoping Review. *Community Mental Health Journal*, 53(6), 627-637. doi:10.1007/s10597-017-0117-8.
- Klein Hofmeijer-Sevink, M., Batelaan, N. M., Van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., Van den Hout, M. A., & Van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 106-112. doi:10.1016/j.jad.2011.12.008
- Marshall, M. (2020). The hidden links between mental disorders. *Nature*, 581,19-21.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2017). *Verpleegkundige zorgresultaten: Vertaling van Nursing Outcomes Classification (NOC)* (3e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Naarding, P., & Beers, E. (2015). *Molemans praktische psychofarmacologie* (1ste editie). Houten: Prelum Uitgevers.
- Newby, J. M., McKimmon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Pharos. (z.d.). *Het Culturele Interview in het kort*. Geraadpleegd op 13 oktober 2020, van https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Het_culturele_interview_in_het_kort_Pharos-1.pdf.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2014). *MATE-Q 2.1.: Handleiding*. Nijmegen: Bèta Boeken.
- Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. J. M. (2014). *Handboek CGT bij middelengebruik en gokken* (1ste editie). Voorthuizen: Perspectief Uitgevers.
- Smith, J.P., & Randall, C.L. (2012). Anxiety and Alcohol Use Disorders, Comorbidity and Treatment Considerations. *Alcohol Research*, 34, 414-431.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.005
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172-1179. doi:10.1016/j.pec.2015.06.022
- Trimbosinstituut. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Geraadpleegd op 15 september 2020, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/2b38223e-5384-4bd5-9b12-167221521ebb.pdf>
- Van Loo, H. M., & Romeijn, J. W. (2015a). Psychiatric comorbidity: fact or artifact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(1), 41-60. doi:10.1007/s11017-015-9321-0
- Van Oudheusden, L. J. B., Meynen, G., Van Balkom, A. J. L. M. (2015). Psychiatrische comorbiditeit: theoretische en klinische dilemma's. *Tijdschrift voor psychiatrie*. Jaargang 57 (9), 664-671.
- V&VN (2019). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. Verkregen op 12 oktober, 2020, van <https://storage.googleapis.com/capstone01/venvnvs/2020/02/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf>
- World Health Organization. (2007). *ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Samenvatting

In de GGZ heeft men veel te maken met psychiatrische comorbiditeit. De behandeling van deze comorbiditeit is complex en vraagt om een geïntegreerde benadering. Deze gevalsbeschrijving illustreert welke interventies de verpleegkundige in opleiding tot specialist in kan zetten bij een cliënt met klachten op het gebied van zowel angst, stemming als verslaving. Naast cognitieve gedragstherapie gericht op alcoholafhankelijkheid, wordt het *Unified Protocol* toegepast voor de behandeling van angst- dan wel dwangklachten en stemmingsklachten. Dit protocol beschrijft een transdiagnostische, cognitief gedragstherapeutische behandeling, die aangrijpt op verschillende, elkaar overlappende en wederzijds beïnvloedende symptomen. In deze casus leidt de inzet van het Unified Protocol tot een verbeterde stemming van de cliënt en vermindering van angst- waaronder dwangklachten. Het verdient aanbeveling om de effectiviteit van een geïntegreerde transdiagnostische behandeling van verslaving en comorbide psychiatrische aandoeningen verder te onderzoeken.

Trefwoorden: Comorbiditeit, Transdiagnostisch, Unified-Protocol