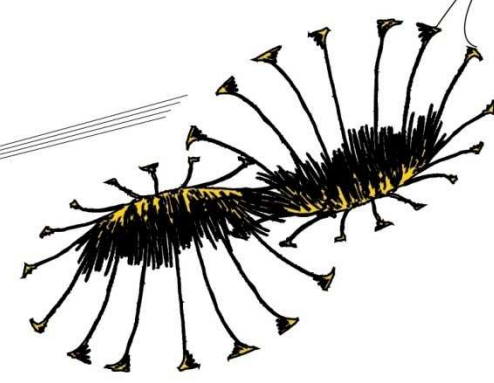
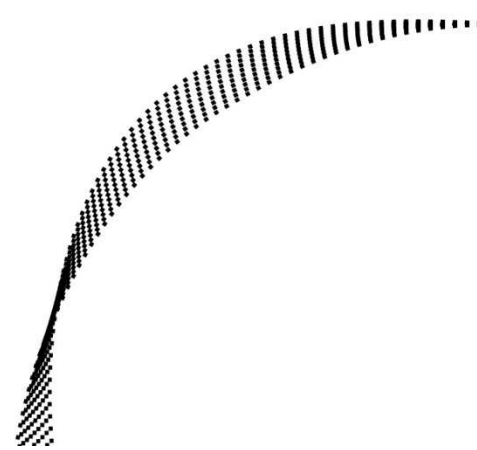
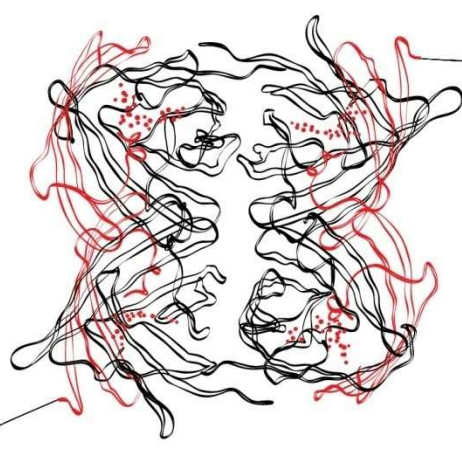




Het effect van gespecialiseerde behandeling Seeking Safety op copingstrategieën van getraumatiseerde verslaafden



Martinus Jan Hendrik Kornegoor
Mei 2014



UNIVERSITEIT TWENTE.

“It is tempting, if the only tool you have is a hammer, to treat everything as if it were a nail.” (Abraham Maslow)

Universiteit Twente
In samenwerking met Tactus Verslavingszorg

Master Psychology
Faculteit Psychologie, Gezondheid & Technologie

Begeleiders:
Dr. M.G. Postel (Universiteit Twente)
J. Pouls, MSc. (Universiteit Twente)
T. Kok, MSc. (Tactus Verslavingszorg)

Samenvatting

Inleiding: Verslaving is een psychische stoornis waarbij een individu niet zonder een middel (zoals alcohol) of gewoonte (zoals gokken) kan. Een trauma is een vorm van psychisch letsel dat kan ontstaan na het meemaken van een niet-alledaagse en zeer emotioneel geladen gebeurtenis, die kan resulteren in een posttraumatische stressstoornis (PTSS). PTSS komt veel voor bij verslaafden. Omdat reguliere behandelingen niet afdoende zijn bij deze complexe dubbeldiagnose, is de gespecialiseerde behandeling Seeking Safety ontwikkeld. Deze behandeling richt zich onder andere op de copingstijlen van de patiënt, de manieren waarop hij omgaat met problemen. Positieve copingstijlen pakken het probleem aan, negatieve copingstrategieën ontwijken of verergeren het. De verwachting was dat Seeking Safety zal zorgen voor een grotere toename in positieve copingstijlen en een grotere afname van negatieve copingstijlen dan een reguliere behandeling. De onderzoeksvraag die daarbij gesteld werd was: Wat is het effect van Seeking Safety op de copingstijlen van patiënten met de diagnose middelenafhankelijkheid en een trauma?

Methode: 16 patiënten tussen de 24 tot 57 jaar oud met de diagnose middelenafhankelijkheid en een trauma namen deel aan het onderzoek en werden random opgedeeld in twee groepen. De experimentele groep ontving de reguliere behandeling (TAU) in combinatie met Seeking Safety, deze groep werd door middel van een RCT vergeleken met een controlegroep die alleen TAU kreeg. De reguliere behandeling bestond uit leefstijltraining 4, een programma met o.a. cognitief gedragstherapeutische kenmerken. Op baseline, posttreatment en drie maand follow-up werd een testbatterij afgenomen, waaronder de Utrechtse Coping Lijst, een instrument die de copingstijlen meet.

Resultaten: Op baseline verschilde de groepen niet in leeftijd, geslacht of opleidingsniveau. In de experimentele groep werd meer cannabis gebruikt dan in de controlegroep. In beide condities was een afname in het gebruik van de copingstijlen palliatieve reactie en passief reactiepatroon, Seeking Safety maakt hier geen significant verschil. Voor de overige copingstijlen zijn geen verschillen gevonden in tijd of conditie.

Discussie: Er is geen bewijs gevonden dat Seeking Safety een significant verschil maakt in de verandering van copingstijlen van patiënten. Dit komt mogelijk door het lage aantal patiënten die deelnamen aan het onderzoek of aan de periode die het kost om een nieuwe gewoonte aan te leren. De resultaten van het overkoepelende onderzoek moeten worden afgewacht om meer te kunnen zeggen over de effectiviteit van Seeking Safety. Er is meer onderzoek nodig naar het effect van de afzonderlijke sessies van Seeking Safety.

Abstract

Introduction: Addiction is a psychological disorder which is characterized by the need of a substance (such as alcohol) or habit (such as gambling). A trauma is a form of psychological injury that can occur after experiencing an unusual and very emotional event, this can result in a post-traumatic stress disorder (PTSD). PTSD is common among addicts. Because conventional treatments are not sufficient for treating this complex dual diagnosis, the specialized treatment Seeking Safety was developed. This treatment focuses on different areas of life including the coping styles of a patient, which are ways to deal with problems. Positive coping styles address the problem, negative coping styles worsen it. It was expected that Seeking Safety would provide a greater increase in positive coping styles and a greater decrease in negative coping styles than regular treatment. The research question was: What is the effect of Seeking Safety on the coping styles of patients with substance use disorder and a trauma?

Method: 16 patients between 24 to 57 years old with a diagnosis substance use disorder and a trauma participated in the study. An experimental group received treatment as usual (TAU) with the addition of Seeking Safety, this group was compared through an RCT with a control group who received TAU. Treatment as usual comprised leefstijltraining 4, a therapy which among other consist of cognitive behavioral components. At baseline, post- treatment and three- month follow -up, a test battery was administrated. This included the Utrecht Coping List, an instrument that measures coping styles.

Results: At baseline the groups did not differ in age, gender or education. Cannabis use was higher in the experimental group than in the control group. In both conditions there was a decrease in the use of coping styles palliatieve reactie and passief reactiepatroon, the addition of Seeking Safety to TAU didn't made a difference in the results. For other coping styles no significant differences were found between conditions and between baseline and post treatment.

Discussion: There is no evidence that Seeking Safety makes a significant difference in the change of coping styles of patients. This is possible due to the low number of patients participated in this study or to the period it takes to learn a new habit. The results of the main research project have to be awaited to conclude with more certainty on the effectiveness of Seeking Safety. More research is necessary on the effectiveness of individual Seeking Safety sessions.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
<u>Verslaving</u>	6
<u>Trauma</u>	8
<u>Verslaving en trauma</u>	10
<u>Seeking Safety</u>	11
<u>Copingstijl</u>	12
<u>Onderzoeksvraag</u>	13
 Methode.....	 13
<u>Design</u>	13
<u>Respondenten</u>	14
<u>Interventie</u>	14
<u>Meetinstrumenten</u>	15
<u>Procedure</u>	17
<u>Analyse</u>	18
 Resultaten.....	 19
<u>Baselinekenmerken</u>	19
<u>Copingstijlen</u>	20
 Discussie	 22
<u>Limitaties en sterke kanten</u>	24
<u>Aanbevelingen</u>	25
<u>Conclusie</u>	26
 Referenties.....	 27

Inleiding

Verslaving

Verslaving kan gezien worden als een toestand waarin een individu niet zonder een middel of gewoonte kan. Er zijn diverse gewoontes en middelen die verslavend kunnen zijn. Bij een gewoonte verslaving kan gedacht worden aan pathologisch gokken of een seksverslaving. Bij de middelen zijn er drie subgroepen: De oppeppende middelen (amfetamines, cocaïne), de verdovende middelen (alcohol, heroïne) en de bewustzijns veranderende middelen (LSD, marihuana).

Ondanks de mogelijk verslavende eigenschap wordt niet iedereen die wel eens gokt, alcohol drinkt of drugs gebruikt daaraan verslaafd. In 2009 dronk 84% van de Nederlandse bevolking tussen 15 en 65 jaar wel eens alcohol, waarvan 0,3% tot 1,2% verslaafd was (Van Rooij, Schoenmakers & Van de Mheen, 2011). In veel culturen is het gebruikelijk om bij sociale aangelegenheden alcohol te drinken, zoals in Nederland het glaasje champagne met nieuwjaar. De alcohol zorgt er in zulke situaties voor dat men zich beter kan ontspannen en meer feestvreugde voelt. Dit komt onder andere doordat alcohol en andere middelen de perceptie veranderen en de concentratie van neurotransmitters als serotonine en dopamine verhogen (Halsey, Huber, & Hardwick, 2012; Yoshimoto et al., 2000).

Een gewoonte of gebruik van een middel wordt problematisch als de negatieve gevolgen groter worden dan het positieve effect, zoals beschreven door Rutten, Loth en Hulshoff (2009): *“Wat maakt dat iemand, ondanks alle negatieve gevolgen op de langere termijn, het kortetermijngenoege of -belang – want een genoeg is het dan vaak allang niet meer – van het gebruik van alcohol of drugs niet kan weerstaan? Hier stuiten we eigenlijk al meteen op de kern van wat verslaving is: het dwangmatig blijven gebruiken van drugs of alcohol ondanks de vele negatieve consequenties.”* (p. 21) Als een individu een verslaving heeft opgebouwd, heeft het middel of de gewoonte een functie gekregen, zoals het helpen bij ontspanning of het onderdrukken van depressieve gevoelens.

Gebruik van middelen komt in alle culturen en in alle lagen van de bevolking voor (Heath, 2001; Sutherland, 2012). Ook in Nederland komt het gebruik van middelen vaak voor. Zo is alcoholisme het meest voorkomende psychiatrische ziektebeeld bij mannen (Rutten et al., 2009). In tabel 1 is de prevalentie van gebruikers en verslaafden van alcohol en drugs in Nederland weergegeven.

Tabel 1. Prevalentie van verslaving aan middelen en gewoonten

	Gebruik	Verslaafd (x) of probleemgebruiker (y)	Verslavingszorg
Alcohol	10.000.000	x: 380.000 x + y: 820.000	35.400
Nicotine	3.700.000	900.000	nihil
Cannabis	360.000	80.000	32.000
Gokken	?	x: 40.000 x + y: 116.000	?
Heroïne	32.000	24.000	15.200
Cocaïne	> 20.000	17.500	17.500
XTC	> 40.000	?	900
Amfetamine	> 21.000	?	2000

Gegevens middelen uit Van Laar et al., 2007, gegevens gokken uit Kerssemakers, Van Meerten, Noorlander, & Vervaeke, 2008

Er kunnen twee vormen van middelengebruik onderscheiden worden. De eerste is problematisch gebruik en deze wordt in de literatuur beschreven als misbruik van een middel. De tweede is verslaving en deze wordt afhankelijkheid van een middel genoemd. Beide zijn beschreven in de Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (American Psychiatric Association [DSM-IV-TR], 2000). In box 1 en 2 zijn de criteria voor beide omschreven.

Box 1. Afhankelijkheid van een middel volgens DSM-IV-TR

Afhankelijkheid van een middel	
Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:	
1.	tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende: a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
2.	onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende: a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom b. hetzelfde (of nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
3.	het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was
4.	er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
5.	een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen, het gebruik van het middel, of het herstel van de effecten ervan
6.	belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel
7.	het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd wordt door het middel

Box 2. Misbruik van een middel volgens DSM-IV-TR*

Misbruik van een middel	
A	Een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste een (of meer) van de volgende: 1. herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis 2. herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is

	3. herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie 4. voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door de effecten van het middel
B	De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

* Wanneer de diagnose middelenafhankelijkheid wordt gesteld, vervalt de diagnose middelenmisbruik

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat middelenmisbruik en -afhankelijkheid veel negatieve gevolgen kunnen hebben voor de verslaafde. Een van de redenen dat een verslaafde toch blijft gebruiken kan zijn dat het middel dient als zelfmedicatie. Zo is van alcohol onder andere bekend dat het door patiënten met een sociale fobie gebruik wordt om angstige gevoelens te onderdrukken (Carrigan & Randall, 2003). Zelfmedicatie met behulp van middelen wordt ook gezien bij patiënten met een trauma en posttraumatische stressstoornis (Khantzian, 1985).

Trauma

Een trauma is een vorm van psychisch letsel dat kan ontstaan na het meemaken van een niet-alledaagse en zeer emotioneel geladen gebeurtenis. Oorlogen, emotionele of lichamelijke verwaarlozing in de vroege jeugd, natuurrampen of gewelddadige aanvallen zijn voorbeelden van zulke gebeurtenissen. Naast het beleven van een dergelijke gebeurtenis heeft het individu vaak het idee dat zijn of haar handelen niets meer aan de situatie kan veranderen. De DSM-IV-TR stelt dat gesproken kan worden over een traumatische gebeurtenis als wordt voldaan aan de volgende twee kenmerken:

1. De betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met een of meerdere gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwondingen met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van de betrokkene of van anderen

2. Tot de reacties van de betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw

Gemiddeld maakt 50% tot 90% van de bevolking iets mee wat als traumatiserend kan worden omschreven. Van deze groep ontwikkelt 20% tot 30% een posttraumatische stress stoornis (PTSS), waarvan de helft herstelt zonder behandeling (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995). De lifetime prevalentie van PTSS is 3,4% in Europa en 6,8% in de VS (Darves-Bornoz et al., 2008; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). PTSS wordt in de DSM-IV-TR geschaald onder de angststoornissen en is op As 1 te classificeren. De criteria voor het diagnosticeren van PTSS zijn weergegeven in box 3.

Box 3. Posttraumatische stressstoornis volgens DSM-IV-TR

Posttraumatische stressstoornis	
A.	De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn: (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
B.	De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren: (1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. (2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. (3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). (4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken (5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
C.	Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende: (1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden (2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden (3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren (4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten (5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen (6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben) (7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)
D.	Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende: (1) moeite met inslapen of doorslapen (2) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen (3) moeite met concentreren (4) overmatige waakzaamheid (5) overdreven schrikreacties
E.	Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand
F.	De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Bij PTSS wordt onderscheid gemaakt tussen acuut (indien duur van de symptomen korter dan drie maanden is) en chronisch (indien duur van de symptomen drie maanden of langer is). Daarnaast kan er een verlaat begin worden gediagnosticeerd, indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na de traumatische gebeurtenis ligt. Wanneer de stoornis meer dan twee dagen maar minder dan vier weken na de traumatiserende gebeurtenis optreedt, wordt er gesproken van de acute stress-stoornis (ACS). Gediagnosticeerd worden

met ACS is een sterke voorspeller voor het later ontwikkelen van PTSS (Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999).

Verslaving en trauma

Onderzoek laat zien dat er een duidelijke relatie is tussen verslaving en PTSS. Bij patiënten met een middelenafhankelijkheid wordt bij 11% tot 51% een actuele PTSS gevonden bij (Brown, Recupero, & Stout, 1995). De lifetime prevalentie van PTSS van deze groep is 33% tot 75% (Najavits, Weiss, & Shaw, 1997). Deze relatie wordt gevonden in klinische verslavingsbehandelingen (Hien, Cohen, Miele, Litt, & Capstick, 2004), in gevangenissen (Heath, 2010; Zlotnick, Johnson, & Najavits, 2009; Zlotnick, Najavits, Rohsenow, & Johnson, 2003), in psychiatrische ziekenhuizen (Brown, Stout, & Mueller, 1999) en in Amerikaanse veteranen ziekenhuizen (Norman, Wilkins, Tapert, Lang, & Najavits, 2010).

Onder wetenschappers is er geen consensus over de oorzaak van de hoge comorbiditeit tussen verslaving en trauma, daar er verschillende theorieën zijn die deze relatie proberen te verklaren. De eerste theorie is de zelfmedicatie theorie van Khantzian (1985, 1997). Deze theorie stelt dat de middelen gebruikt worden als een vorm van zelfmedicatie om het leed van PTSS te verdoven. De tweede theorie stelt dat het gebruik van middelen zorgt voor een verhoogde lichamelijke arousal. Hierdoor zou een individu vatbaarder zijn voor het oplopen van PTSS (Stewart & Conrod, 2003). De derde theorie, de high-risk hypothese, stelt dat middelenafhankelijkheid een individu kwetsbaarder maakt voor trauma's die sneller PTSS veroorzaken, zoals seksueel en interpersoonlijk geweld (Steward, 1996; Steward et al., 2003). De verklaring achter de relatie tussen middelenafhankelijkheid en trauma is belangrijk, omdat dit van invloed kan zijn op de behandeling. Zo veronderstelt de zelfmedicatie theorie dat PTSS aanwezig moet zijn als reden voor middelenafhankelijkheid, terwijl de high-risk hypothese stelt dat middelenafhankelijk een individu kwetsbaarder maakt voor zwaardere trauma's. Dit kan implicaties hebben voor de focus van een psychologische behandeling, als ook voor de volgorde waarin beide stoornissen behandeld worden.

De behandelresultaten van patiënten met verslaving en PTSS zijn slechter dan die van patiënten met andere dubbeldiagnoses of patiënten met alleen middelenafhankelijk als diagnose (Ouimette, Ahrens, Moos, & Finney, 1998; Ouimette, Finney, & Moos, 1999). Patiënten met de dubbeldiagnose lopen een grotere kans op het (opnieuw) meemaken van een trauma dan verslaafden zonder PTSS (Dansky, Brady, & Saladin, 1998; Fullilove et al., 1993, Herman, 1992). Ook laten patiënten met zowel verslavingsproblematiek als PTSS hogere scores zien op andere maten van psychopathologie (o.a. depressie en angst) dan verslaafden

zonder PTSS diagnose (Brady, Killeen, Saladin, Dansky, & Becker, 1994; Najavits et al., 1998; Rounsaville, Weissman, Wilber, & Kleber, 1982). Ook is de mate van verslaving ernstiger bij patiënten met middelenafhankelijkheid en PTSS (Driessen et al., 2008). Bovengenoemde redenen maken de behandeling van deze combinatie complex. Een behandeling die zich expliciet richt op het behandelen van getraumatiseerde verslaafden is daardoor noodzakelijk.

Seeking Safety

Seeking Safety is een gespecialiseerde behandeling die zich richt op de het behandelen van middelenafhankelijkheid met comorbide PTSS. Deze combinatie is volgens klinici moeilijker behandelbaar dan deze stoornissen onafhankelijk van elkaar (Najavits, Kivlahan, & Kosten, 2011). Reguliere trauma behandelingen, zoals EMDR en exposure therapie, richten zich alleen op het trauma en niet op de verslaving. Reguliere verslavingsbehandelingen, zoals motiverende gespreksvoering, zijn minder geschikt voor het behandelen van een trauma. Om die reden is Seeking Safety in 1992 ontwikkeld door dr. Lisa Najavits. Seeking Safety combineert onderdelen van de cognitieve gedragstherapie met psycho-educatie en het aanleren van copingskills. Het doel van Seeking Safety is om de deelnemer zoveel mogelijk veiligheid te laten creëren. Veiligheid kan hierbij opgevat worden als alles wat zelfdestructief gedrag vermindert, enkele voorbeelden zijn stoppen met middelengebruik en loslaten van onveilige relaties. Doordat de focus ligt op veiligheid wordt de kans op hertraumatisering verkleind en is het voor veel patiënten mogelijk om na afronding van Seeking Safety een trauma verwerkende behandeling als EMDR of exposure therapie te gaan doen (Najavits et al., 2008).

Onderzoek uit de VS laat zien dat Seeking Safety een bewezen effectieve methode is voor het behandelen van middelenafhankelijkheid en PTSS. Een van de bevindingen is dat er vermindering van middelengebruik optreedt bij verschillende doelgroepen, waaronder jonge meisjes, mannen van middelbare leeftijd en oorlogsveteranen. Deze vermindering treedt zowel op bij groepstherapie als bij individuele behandelingen (Hien et al., 2004; Najavits, Weiss, Shaw, & Muenz, 1998; Najavits, Schmitz, Gotthardt, & Weiss, 2005; Najavits, Gallop, & Weiss, 2006; Weller, 2005; Zlotnick et al., 2003). Daarnaast is Seeking Safety in veel gevallen effectiever dan Treatment As Usual (TAU), waarbij TAU zowel cognitieve gedragstherapie, individuele psychotherapie of exposuretherapie kan zijn (Desai, Harpez-Rotem, Rosenheck, & Najavits, in press; Gatz et al., 2007; Hien et al., 2004; Najavits et al., 2006).

Copingstijl

Veel patiënten met verslavingsproblematiek hebben ook problemen op andere levensgebieden, zoals schulden of problemen met justitie (DeFulio et al., 2013; Martire, Sunjic, Topp, & Indig, 2011). Zij lijken veel moeite te hebben met het aanpakken en oplossen van problemen. Dit is problematisch wanneer dit ertoe leidt dat problemen niet opgelost worden of verergeren. De manier waarop iemand een probleem aan pakt, wordt ook wel coping genoemd. Lazarus en Folkman (1984) definiëren coping als volgt: *‘Coping is a behavioral and cognitive response to manage specific external and internal demands that exceed the resources of the person.’* Er kan onderscheid gemaakt worden tussen positieve en negatieve copingstrategieën. De positieve copingstrategieën zijn de benaderende tactieken, zij pakken het probleem aan en lossen het op (Holahan et al., 2007). Enkele van deze strategieën zijn actief aanpakken en sociale steun zoeken. De negatieve strategieën zijn de methoden die gericht zijn op het emotionele gedeelte van een probleem, zoals expressie of vermijding van emoties (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Zij lossen het probleem niet op en door hun ontwijkende aard verergeren zij het probleem vaak.

Van drugs- en alcoholverslaafden is bekend dat zij een meer negatieve copingstijl hebben dan individuen zonder verslaving (Askari, Hassanbeigi, & Fallahzadeh, 2011). Andersom geldt dat mensen die een meer positieve copingstijl hebben minder snel verslaafd raken aan alcohol of drugs, of hier sneller van herstellen als zij toch verslaafd dreigen te raken (Belding, Iguchi, Lamb, Lakin, & Terry, 1996; Hyama et al., 2009). Een verschuiving van een negatieve naar een positieve coping (met name actief aanpakken) is de beste voorspeller van herstel en voorspoedige herintegratie van verslaafden (Babamiri et al., 2013). Deze verschuiving wordt ook geassocieerd met een verlaging van middelengebruik post treatment (Kuper, Gallop, & Greenfield, 2010) en is een voorspeller van minder middelengebruik en minder psychologische stoornissen bij een twaalf maanden follow-up meting (Chung, Langenbucher, Labouvie, Pandina, & Moos, 2001).

Een meta-analyse van Littleton, Horsley, John en Nelson (2007) laat zien dat individuen die gediagnosticeerd zijn met PTSS vaker een negatieve copingstijl hebben dan mensen zonder deze diagnose. Alcohol of drugs worden hierbij vaak als copingstijl gebruikt (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite, & Randall, 2001; Park & Levenson, 2002; Ullman, Relyea, Peter-Hagene, & Vasquez, 2013). Na de behandeling van PTSS is de copingstijl bij een groot deel van de patiënten veranderd van emotiegeoriënteerd naar probleemgeoriënteerd (Britvić et al., 2012). Er zijn geen cijfers of onderzoeken bekend over het veranderen van de copingstijl aan

het einde van de behandeling van patiënten met zowel de diagnose middelenafhankelijkheid als PTSS.

Een behandeling hoeft zich niet expliciet op coping te richten om deze tijdens een behandeling te veranderen. Tijdens een behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis veranderde de belangrijkste copingstijl van de patiënten aanzienlijk, zonder dat daar directe aandacht voor was. De behandelde populatie scoorde echter na de behandeling nog steeds lager op actieve coping dan een controlegroep (Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemse-Koning, & Turksma 2001). Seeking Safety bevat meer onderdelen die op coping gericht zijn dan de reguliere behandeling. Om die reden is het waarschijnlijk dat patiënten na het volgen van Seeking Safety betere copingstijlen hanteren dan de controlegroep die deze module niet heeft gehad.

Onderzoeksvraag

Seeking Safety bevat meer elementen gericht op het verbeteren van de copingstijl van een patiënt dan andere reguliere behandelingen, zoals exposure of cognitieve gedragstherapie. In het huidige onderzoek wordt de relatie tussen Seeking Safety en copingstijlen onderzocht. De onderzoeksvraag van dit onderzoek was: Wat is het effect van Seeking Safety op de copingstijlen van patiënten met de diagnose middelenafhankelijkheid en een trauma?

Er wordt verwacht dat Seeking Safety een verschil zal maken tussen het gebruik van een aantal copingstijlen tussen de experimentele en de controlegroep. Er wordt een toename verwacht in gebruik van de positieve copingstijlen (actief aanpakken en sociale steun zoeken) en een verlaging in gebruik van de negatieve copingstijlen (vermijden, passief reactiepatroon en palliatieve reactie). De verwachting is dat de experimentele groep een grotere toename van positieve copingstijlen en een grotere afname van negatieve copingstijlen zal vertonen dan de controle groep. Voor de copingstijlen expressie van emoties en geruststellende gedachten is wegens de neutrale aard geen verwachte richting aan te duiden.

Methode

Design

Het overkoepelende onderzoek naar de effectiviteit van Seeking Safety bij patiënten met een verslaving en trauma is nog niet afgerond, het huidige onderzoek heeft de data gebruikt die tot zover beschikbaar was. Het onderzoek had een randomized control trial (RCT) onderzoeksdesign. Patiënten werden in blokken van vier en acht middels block randomisatie toegewezen aan één van de volgende condities:

- Experimentele groep: TAU (leefstijltraining 4) en Seeking Safety
- Controle groep: TAU (leefstijltraining 4)

Respondenten

Voor inclusie aan het onderzoek was van belang dat patiënten een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt en gediagnosticeerd waren met de diagnose middelenafhankelijkheid. Een reden voor exclusie van het onderzoek was ernstige psychopathologie (zoals zeer ernstig zelfdestructief gedrag of zeer ernstige stemmingsstoornis) of minder dan zes maanden geleden een actieve behandeling voor PTSS ontvangen hebben. De inclusie- en exclusiecriteria zijn weergegeven in tabel 2. Bij de selectieprocedure werd geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Op t0 is van 35 patiënten data bekend, op t1 is van 16 patiënten de data bekend, het huidige onderzoek is gebaseerd op de data van deze 16 respondenten. Wegens het ontbreken van resultaten van de follow-up meting, beperkt het huidige onderzoek zich tot de resultaten van t0 en t1. Omdat het huidige onderzoek is uitgevoerd in de beginfase van het overkoepelende onderzoek, was veel van de follow-up data nog niet bekend. Slechts een klein deel van de patiënten had de behandeling meer dan drie maanden geleden afgesloten.

Tabel 2. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Diagnose middelenafhankelijkheid volgens DSM-IV	Zeer ernstig zelfdestructief gedrag
18 jaar of ouder	Zeer ernstige stemmingsstoornis
Vaardig in Nederlandse taal	Niet te reguleren agressie
Ingevuld informed consent	Bezwaar tegen gemengde groep
Traumatische gebeurtenis meegemaakt en score van 29 of hoger op screeningslijst voor PTSS	In afgelopen zes maanden actieve behandeling ontvangen voor PTSS

Interventie

Voorheen was het voor patiënten met de diagnose middelenafhankelijkheid en een trauma lastig om een passende behandeling te vinden. Wegens de complexiteit van de dubbeldiagnose werden patiënten vanuit de verslavingszorg behandeld voor hun verslaving en vervolgens verwezen naar de reguliere GGZ. De behandelresultaten van deze patiënten waren laag en er was een hoge mate van recidief. Omdat Seeking Safety zich tegelijkertijd richt op deze twee stoornissen, kunnen mogelijk de behandelresultaten worden verbeterd en de mate van recidives worden verlaagd.

Het onderzoek naar de effectiviteit van Seeking Safety in Nederland werd uitgevoerd door Tactus Verslavingszorg. Tactus is een zorginstelling die zich richt op zorg, advies en voorlichting voor mensen die verslaafd zijn of verslaafd dreigen te raken. Tactus richt zich daarbij op allerlei verslavingen zoals middelenverslaving, eetverslaving, gokproblematiek,

seksuele verslavingen of een combinatie daarvan. Patiënten van Tactus kunnen zichzelf aanmelden dan wel wegens justitiële redenen worden aangemeld. Tactus poogt zoveel mogelijk de belangrijke naasten van de patiënt bij de behandeling te betrekken.

Beide groepen ontvangen TAU, een ambulante behandeling in groepsverband. Deze therapie bestaat uit twaalf sessies en heeft een cognitief gedragstherapeutische inslag, maar bevat ook elementen van de motiverende gespreksvoering, sociale vaardigheidstraining en terugvalpreventie.

De experimentele groep ontving naast TAU ook Seeking Safety, een behandeling die is aangepast aan de specifieke doelgroep en een cognitief gedragstherapeutisch karakter heeft. Deze ambulante behandeling werd twee keer in de week in groepsverband aangeboden, waarbij telkens negen patiënten en twee begeleiders aanwezig waren. Het programma van Seeking Safety bestond uit 25 onderwerpen die in 25 sessies besproken werden, waarbij in iedere sessie een ander onderwerp werd besproken. Voorbeelden van onderwerpen zijn gezonde relaties, denken in herstel en goed voor jezelf zorgen. Een patiënt had Seeking Safety succesvol gevolgd indien hij minimaal negen sessies had bijgewoond (Hien et al., 2004; Najavits et al., 1998). Door het open-group format konden op ieder moment uitbehandelde patiënten uitstromen en nieuwe patiënten instromen.

Meetinstrumenten

Voor de behandeling (baseline), na de behandeling (posttreatment) en drie maand na de behandeling (follow-up) werd bij de patiënten een testbatterij afgenomen. Voorafgaand aan de testen, werd er gevraagd naar demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

Het huidige onderzoek concentreerde zich op de Utrechtse Coping Lijst (UCL), een vragenlijst die de verschillende copingstijlen meet (Scheurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Dit was een vragenlijst die de patiënt zelf invulde en mat hoe de patiënt omgaat met problemen of gebeurtenissen die aanpassing vereisen. De UCL bevat 47 items zijn onderverdeeld over zeven subschalen, er zijn drie items die geen schaal hebben. De subschalen zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. Overzicht van subschalen van de UCL

Subschaal	Omschrijving	Items	Voorbeelditem
Actief aanpakken	Problemen analyseren en actief oplossen	7	Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn
Palliatieve reactie	Op andere dingen dan probleem richten	8	Proberen je te ontspannen
Vermijden	Problemen ontkennen en/of vermijden	8	Proberen je te onttrekken aan de situatie
Sociale steun zoeken	Begrip en steun zoeken bij anderen	6	Met anderen het probleem oplossen
Passief reactiepatroon	Afzonderen van anderen	7	Je niet in staat voelen iets te doen
Expressie van emoties	Frustraties aan anderen laten blijken	3	Je ergernis laten blijken
Geruststellende gedachten	Men overtuigt zich ervan het goed komt	5	Jezelf moed inspreken bij moeilijkheden
Niet opgenomen in schaal	Andere manieren van handelen	3	Optimistisch blijven over de toekomst

Per item diende de patiënt aan te geven hoe vaak hij reageert op de manier die het item weerspiegelt. De antwoordmogelijkheden zijn gebaseerd op een Likert 4-puntsschaal met de volgende opties: Zelden of nooit = 1, soms = 2, vaak = 3 en zeer vaak = 4. Een score op een subschaal werd bepaald door de scores op de bijbehorende items op te tellen. Het kostte een patiënt tussen de vijf en tien minuten tijd om de UCL in te vullen.

In een validatie onderzoek onder 229 respondenten vonden Sanderman en Ormel (1990) een Cronbach's α voor de verschillende schalen tussen .65 tot .89. De interne consistentie van de subschalen kan daarmee matig tot goed genoemd worden. Voor de subschalen palliatieve reactie en sociale steun zoeken werden in het huidige onderzoek vergelijkbare waarden gevonden. Voor de overige schalen werden lagere waardes gevonden.

Tabel 4. Cronbach's α Sanderman & Ormel (1990) en huidige onderzoek

Subschaal	α Sanderman & Ormel (1990) (n=229)	α huidig onderzoek (n=16)
Actief aanpakken	.79	.32
Palliatieve reactie	.71	.70
Vermijden	.65	.46
Sociale steun zoeken	.79	.78
Passief reactiepatroon	.74	.47
Expressie van emoties	.64	.53
Geruststellende gedachten	.68	.58

De UCL heeft daarnaast een goede constructvaliditeit (Schaufeli, & van Dierendonck, 1992). Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) heeft de UCL beoordeeld, de beoordeling is weergegeven in tabel 5.

Tabel 5. COTAN beoordeling Utrechtse Coping Lijst 1994

Psychometrische kenmerken	Beoordeling
Uitgangspunten bij de testconstructie	Goed
Kwaliteit van het testmateriaal	Goed
Kwaliteit van de handleiding	Voldoende
Normen	Onvoldoende*
Betrouwbaarheid	Voldoende
Begripsvaliditeit	Voldoende
Criteriumvaliditeit	Voldoende

* Normen zijn niet representatief en/of de representativiteit is niet te beoordelen. Normen zijn verouderd.

In het overkoepelende onderzoek werd de European Addiction Severity Index (EuropASI) afgenomen (Hendriks, van der Meer, & Blanken, 1991). Dit instrument meet problemen op verschillende levensgebieden, zoals lichamelijke gezondheid, middelengebruik en problemen met politie/justitie. Voor het huidige onderzoek werd het onderdeel middelengebruik geanalyseerd. Aan een patiënt werd gevraagd welke middelen hij de afgelopen 30 dagen heeft gebruikt en hoe vaak hij deze heeft gebruikt. Aan de hand van de uitslagen kon berekend worden hoeveel gebruikers er van elk middel zijn.

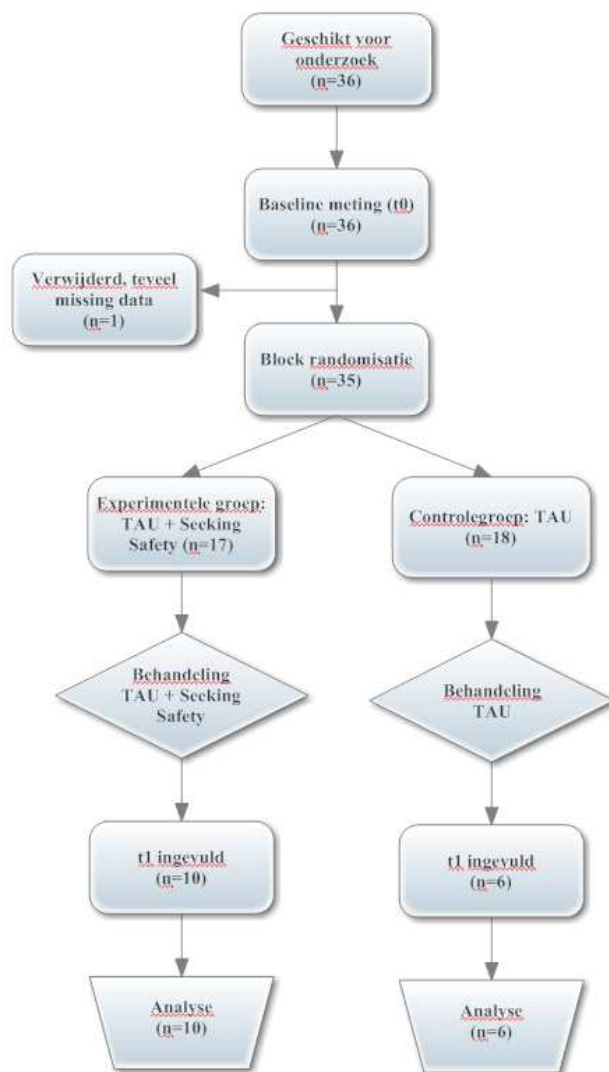
De mate van trauma en PTSS bij de patiënten is onderzocht met twee verschillende instrumenten. De Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI Plus) is een gestructureerd interview om As I stoornissen volgens de DSM-IV-TR te detecteren (Van Vliet, Leroy, & Van Megen, 2000). Omdat met deze test geen diagnose gesteld kan worden, moet het gebruikt worden als indicatie voor vervolg onderzoek. In het huidige onderzoek werd alleen onderdeel omtrent PTSS meegenomen. Naast de MINI werd de Zelf Inventarisatie Lijst Posttraumatische Stress (ZIL) afgenomen. De 22 items van deze vragenlijst zijn opgesteld aan de hand van de PTSS criteria van de DSM-IV-TR (Hovens, Bramsen, & Van der Ploeg, 2000). De items werden ingevuld aan de hand van een Likert 4-puntsschaal en hanteert een cut-off score van 52, vanaf die score is er sprake van PTSS. Hovens et al. (1994) vonden in een validatie onderzoek naar de ZIL een Cronbach's alpha van .92 en test retest betrouwbaarheid van .90. Er kan geconcludeerd worden dat de ZIL een betrouwbaar instrument is om PTSS mee vast te stellen.

Procedure

Patiënten die geïndiceerd waren voor een ambulante groepsbehandeling en voldeden aan de criteria werden gevraagd of zij deel wilden nemen aan het onderzoek. Indien zij interesse hadden werd mondelinge en schriftelijke informatie over het onderzoek verstrekt, vervolgens kregen de patiënten twee dagen bedenktijd. Vooraf werd gemeld dat de afname van vragenlijsten gedaan zou worden door de hoofdonderzoeker of onderzoeksassistenten. Daarbij werd vermeld dat de onderzoeksassistenten studenten van de Universiteit Twente waren.

Indien de patiënt na de twee dagen bedenktijd deel wilde nemen aan het onderzoek, konden zij het informed consent formulier tekenen. Daarna werden de deelnemers random toegewezen aan de experimentele of controle groep. Zowel de hoofdonderzoeker als de onderzoeksassistenten waren blind voor de verdeling van de deelnemers. Figuur 1 geeft de onderzoeksopzet schematisch weer.

Figuur 1. Schematische weergave onderzoeksopzet



Analyse

De groepen werden op baseline vergeleken op opleidingsniveau en geslacht door middel van een X^2 test. Vergelijking van leeftijd en gebruik van copingstijlen gebeurde door met een T-test. Middelengebruik uit de EuropASI en aanwijzingen voor PTSS werden vergeleken met een X^2 test. De totale ZIL score werd geanalyseerd door middel van een T-Test. De primaire uitkomstmaat van het onderzoek is het verschil in totaalscore op de copingstijlen. Een 1 Sample Kolmogorov-Smirnoff test liet zien dat er sprake was van normale verdeling bij de totaalscores van de copingstijlen. Door middel van een repeated measures ANOVA werden groepsgemiddelden per copingstijl op t0 en t1 met elkaar vergeleken. Per copingstijl werd door een grafiek de toename of afname van de subschaal weergegeven. Indien er significante effecten werden gevonden, werd Cohen's d berekend als maat voor de effectsize. Bij de analyses is gebruikt gemaakt van PASW Statistics 21 (SPSS Inc, Armonk, NY, USA).

Resultaten

Baselinekenmerken

Er zijn geen verschillen gevonden op de baselinemerken geslacht, opleidingsniveau en leeftijd. Tabel 6 beschrijft de baselinekenmerken van de deelnemende patiënten. Totaal deden twaalf mannen en vier vrouwen mee aan het onderzoek. Er bevonden zich meer mannen in de experimentele groep (90%) dan in de controlegroep (50%), dit verschil was niet significant. De meerderheid van de patiënten had een laag opleidingsniveau. De patiënten waren tussen de 24 tot 57 jaar oud, de gemiddelde leeftijd was 37.9 in de experimentele groep en 41.7 in de controlegroep.

In de experimentele groep werden meer verschillende soorten drugs gebruikt dan in de controlegroep. Ook zaten er meer cannabisgebruikers in de experimentele groep en dan in de controlegroep, dit verschil is significant. Er zijn geen andere verschillen in het gebruik van middelen gevonden.

De MINI-J gaf in de experimentele groep eenmaal aanwijzingen voor aanwezigheid van PTSS, in de controlegroep was dit tweemaal. Dit verschil was niet significant. De experimentele groep scoorde gemiddeld 48 op de ZIL, de controlegroep had een gemiddelde score van 56.7. Een T-test vond een kleine overschrijdskans ($p = 0.07$) maar er kon niet gesproken worden van statistische significantie. De ZIL hanteert een cut-off score van 52. Het is opvallend dat het gemiddelde van de experimentele groep onder 52 punten ligt, terwijl de gemiddelde score van de controlegroep daar boven ligt. Ondanks dat er niet gesproken kan worden van een significant verschil, lijkt de trend dat de controlegroep meer symptomen van PTSS vertoont dan de experimentele groep.

Op baseline verschilden de groepen niet significant in gebruik van de verschillende copingstijlen.

Tabel 6. Baseline kenmerken

Kenmerk	Experimentele groep (n=10)	Controlegroep (n=6)	X ²	t	df	p
Geslacht, n (%)						
Man	9 (90%)	3 (50%)	3.20		1	0.07
Vrouw	1 (10%)	3 (50%)				
Opleidingsniveau, n (%)						
Laagopgeleid	8 (89%)	5 (100%)	.60		1	0.43
Hoogopgeleid	1 (11%)	0 (0%)				
Leeftijd						
Gemiddelde (sd)	37.9 (5.3)	41.7 (9.8)		-.98	13	0.35
Middel	Aantal gebruikers	Aantal gebruikers	X²		df	p
Alcohol	7	2	2.05		1	0.15
Alcohol, >5 eenheden per dag	6	2	1.07		1	0.30
Medicijnen	3	0	2.22		1	0.14
Cocaïne	3	2	0.02		1	0.89
Cannabis	5	0	4.36		1	0.04*
Hallucinogenen	1	0	0.64		1	0.42

Kenmerk	Experimentele groep (n=10)	Controle groep (n=6)			
PTSS	Gemiddelde (sd)	Gemiddelde (sd)	t	df	p
Aanwijzingen PTSS - MINI	1	2	1.31	1	0.25
ZIL Score	48.0 (8.8)	56.7 (7.8)	-1.98	14	0.07
Copingstijl	Gemiddelde (sd)	Gemiddelde (sd)	t	df	p
Actief aanpakken	14.3 (2.6)	14.7 (1.9)	-0.30	14	0.77
Palliatieve reactie	19.4 (4.1)	21.0 (3.4)	-0.80	14	0.44
Vermijden	18.2 (2.7)	19.7 (3.3)	-0.97	14	0.35
Sociale steun zoeken	9.2 (2.6)	11.2 (3.4)	-1.32	14	0.21
Passief reactiepatroon	18.0 (3.7)	17.0 (2.2)	-0.60	14	0.56
Expressie van emoties	6.1 (2.0)	7.7 (2.0)	-1.54	14	0.15
Geruststellende gedachten	10.9 (2.6)	9.8 (1.7)	0.88	14	0.36

Copingstijlen

Er zijn uit de analyse geen significante verschillen gevonden in het gebruik van de copingstijlen tussen de experimentele en de controlegroep. Dit betekent dat Seeking Safety niet zorgt voor een grotere toename of afname in het gebruik van copingstijlen dan TAU.

Bij de copingstijlen palliatieve reactie en passief reactiepatroon is een significant verschil zichtbaar voor de factor tijd, het verschil tussen baseline en posttreatment is significant verschillend. Er is geen verschil tussen de experimentele en controlegroep, patiënten uit beide groepen zijn minder passief gaan reageren en hebben minder palliatieve reacties vertoond. Er is geen sprake van een interactie-effect tussen de factoren tijd en groep.

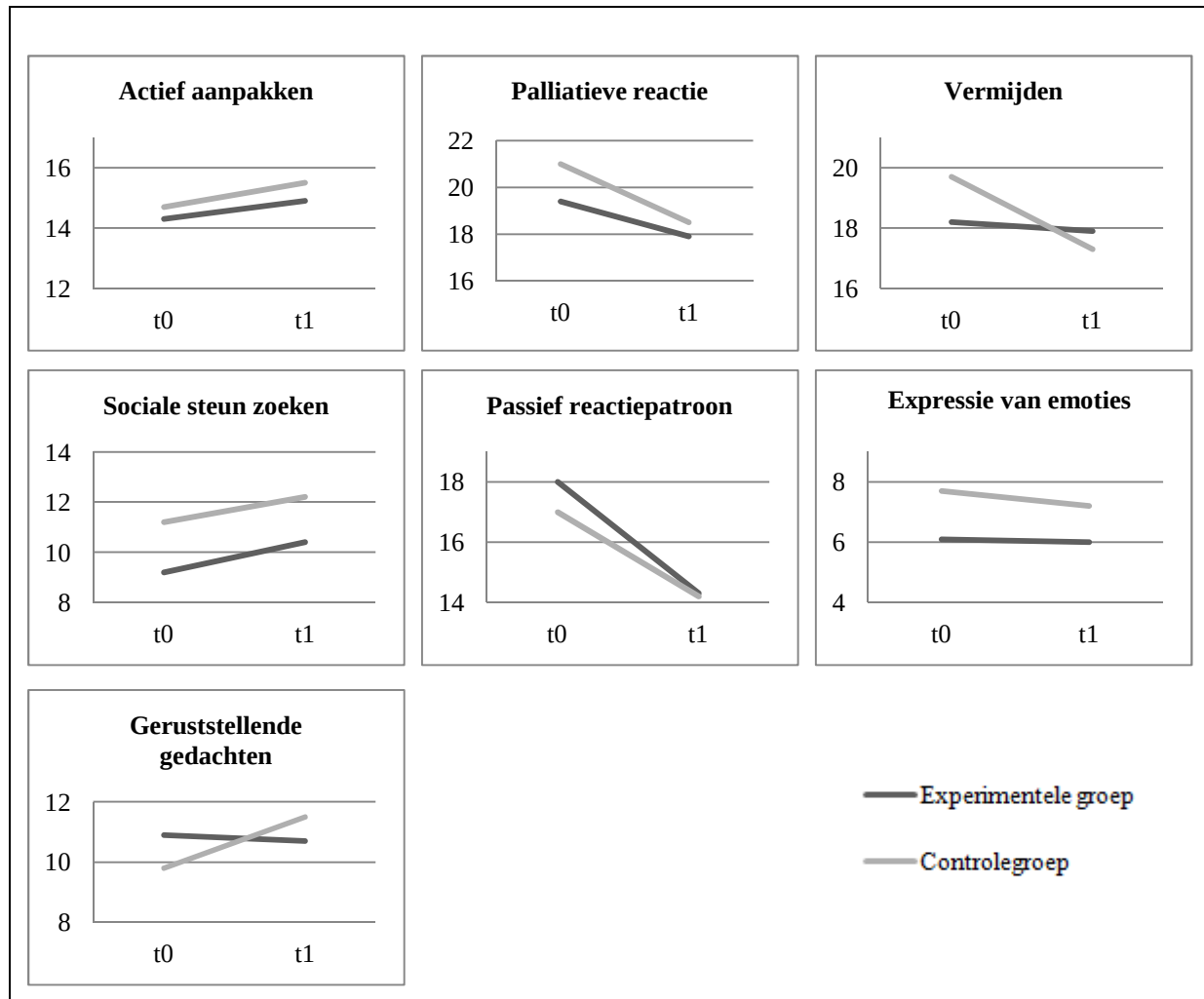
Bij de copingstijlen actief aanpakken, vermijden, sociale steun zoeken, expressie van emoties en geruststellende gedachten zijn geen significante hoofdeffecten van de factoren tijd en groep gevonden tussen de experimentele en controlegroep. Er is geen significante toename of afname in gebruik van de copingstijlen tussen t0 en t1 en er is geen verschil tussen de condities, wat betekent dat patiënten niet meer of minder gebruik te zijn gaan maken van deze copingstijlen na het volgen van de behandeling. Er is bij deze copingstijlen geen sprake van interactie-effecten tussen de factoren tijd en groep.

Bij de copingstijl expressie van emoties is voor de factor groep geen significant verschil gevonden, maar wel een kleine p-waarde ($p = 0.07$). De trend lijkt dat patiënten uit de controlegroep vaker hun emoties uiten dan de experimentele groep. Tabel 7 laat de verschillen in copingstijlen tussen de experimentele en controlegroep zien, figuur 2 geeft de verandering van de copingstijl tussen baseline en posttreatment weer.

Tabel 7. Verschil in copingstijlen over tijd

Copingstijl	Experimentele groep (n=10) Gemiddelde (sd)	Controle groep (n=6) Gemiddelde (sd)	F	p
Actief aanpakken op t0,	14.3 (2.6)	14.7 (2.0)		
Actief aanpakken op t1	14.9 (3.3)	15.5 (3.5)		
Tijd			0.91	0.36
Groep			0.14	0.72
Tijd * groep			0.02	0.88
Palliatieve reactie op t0	19.4 (4.1)	21.0 (2.9)		
Palliatieve reactie op t1	17.9 (2.9)	18.5 (2.3)		
Tijd			6.36	0.02*
Groep			0.52	0.54
Tijd * groep			0.40	0.54
Vermijden op t0	18.2 (2.7)	19.7 (3.3)		
Vermijden op t1	17.9 (2.5)	17.3 (5.0)		
Tijd			1.94	0.19
Groep			0.10	0.75
Tijd * groep			1.16	0.30
Sociale steun zoeken op t0	9.2 (2.6)	11.2 (3.4)		
Sociale steun zoeken op t1	10.4 (3.0)	12.2 (3.4)		
Tijd			1.50	0.24
Groep			2.14	0.17
Tijd * groep			0.01	0.91
Passief reactiepatroon op t0	18.0 (3.7)	17.0 (2.2)		
Passief reactiepatroon op t1	14.3 (2.8)	14.2 (3.7)		
Tijd			14.85	<0.01*
Groep			0.16	0.69
Tijd * groep			0.26	0.62
Expressie van emoties op t0	6.1 (2.0)	7.7 (2.0)		
Expressie van emoties op t1	6.0 (1.9)	8.2 (2.8)		
Tijd			0.14	0.71
Groep			3.82	0.07
Tijd * groep			0.32	0.58
Geruststellende gedachten op t0	10.9 (2.6)	9.8 (1.7)		
Geruststellende gedachten op t1	10.7 (3.2)	11.5 (3.6)		
Tijd			0.73	0.41
Groep			0.01	0.91
Tijd * groep			1.18	0.30

Figuur 2. Verschil in copingstijlen over tijd



Discussie

Dit onderzoek heeft zich gericht op de vraag: Wat is het effect van Seeking Safety op de copingstijlen van patiënten met de diagnose middelenafhankelijkheid en een trauma? De verwachting was dat de toevoeging van Seeking Safety een positief effect zou hebben op de copingstijl van patiënten. Er werd een verhoging in gebruik van de positieve copingstijlen (actief aanpakken en sociale steun zoeken) verwacht en een verlaging in gebruik van de negatieve copingstijlen (vermijden, passief reactiepatroon en palliatieve reactie). Voor zowel de experimentele als de controlegroep werd gevonden dat patiënten minder gebruik gingen maken van palliatieve reactie en passief reactiepatroon, patiënten reageerden minder passief op problemen na de behandeling. Omdat minder passief of palliatief reageren leidt tot minder vermijden of verergeren van problemen, kan de afname in het gebruik ervan gezien worden als een positief effect. Deze afname is voor beide condities gevonden. Uit onderzoek is

gebleken dat er bij psychologische en psychotherapeutische behandelingen niet gesproken kan worden over een dose-effect relatie (Beail, Kellet, Newman, & Warden, 2007; Molenaar et al., 2011; Salzer, Bickman, & Lambert, 1996). Hieruit kan geconcludeerd worden dat meerdere behandelingen niet automatisch leiden tot een beter resultaat. Indien er een verschil tussen Seeking Safety en TAU zou bestaan, zou dat door de toevoeging van Seeking Safety moeten komen, aangezien Seeking Safety andere elementen bevat dan TAU. Omdat dit niet het geval is, kan geconcludeerd worden dat Seeking Safety geen toevoeging levert op TAU.

Voor de overige copingstijlen zijn er geen aanwijzingen gevonden dat TAU met of zonder toevoeging van Seeking Safety zorgt voor een verandering. Dit is opvallend, gezien van patiënten met een verslaving of trauma bekend dat is dat zij andere copingstijlen hanteren van mensen zonder psychische problematiek. Een mogelijke verklaring is de tijd die het kost om een nieuwe gewoonte aan te leren. Copingstijlen kunnen namelijk gezien worden als gedragingen om te kunnen omgaan met problematische en aanpassingseisende situaties. Uit onderzoek is gebleken dat het aanleren van een nieuwe gewoonte tussen de 18 en 224 dagen duurt (Lally, van Jaarsveld, Potts, & Wardle, 2010). De lengte wordt door een aantal factoren bepaald, onder andere de leeftijd van de persoon in kwestie en de tijd die hij het gedrag vertoond heeft. Omdat de patiënten van dit onderzoek een gemiddelde leeftijd van 39 jaar hadden, is het waarschijnlijk dat zij al geruime tijd dezelfde manier van omgaan met problemen hanteren. Het is waarschijnlijk dat de baselinemeting de eerste verandering in het gedrag meet. Er kan een groter verschil verwacht worden op de meting van t2, deze meting wordt 90 dagen na het einde van de behandeling afgenomen.

Bij de copingstijl expressie van emoties lijkt een trend zichtbaar tussen de experimentele en de controlegroep, het verschil tussen de groepen is net niet significant. De trend lijkt dat de experimentele groep minder gebruik maakt van deze copingstijl dan de controlegroep. Een mogelijke verklaring hiervoor is het significante verschil in cannabisgebruikers op baseline. In de experimentele groep waren vijf cannabisgebruikers aanwezig, in de controlegroep niet één. In meerdere onderzoeken is een sterke relatie tussen cannabisgebruik en sociale angsten gevonden (Buckner et al., 2008; Buckner, Zvolensky, & Schmidt, 2012). Daarnaast is bekend dat cannabis onder deze groep gebruikt wordt als zelfmedicatie om met moeilijke sociale situaties om te gaan (Buckner, Silgado, & Schmidt, 2011). Mogelijk speelt bij de cannabisgebruikers uit de experimentele groep een vorm van sociale angst en vinden zij het moeilijk om hun gevoelens bij anderen te uiten. Eenzelfde soort relatie zou verwacht kunnen worden bij de copingstijl sociale steun vragen, gezien de sociale aard van deze copingstijl. Uit de resultaten bleek echter dat er geen significant verschil is in sociale steun vragen tussen de

experimentele en de controlegroep. Meer onderzoek is naar de relatie tussen verschillende middelen en afzonderlijke copingstijlen.

In dit onderzoek zijn ontwijkende copingstijlen zoals vermijden gezien als negatief, omdat zij problemen niet oplossen of verergeren. Zo verklaart een vermijdende copingstijl gedeeltelijk de slechtere middelengebruik uitkomsten na een behandeling voor PTSS (Ouimette, Brown, & Najavits, 1998). Een afname van het gebruik in negatieve copingstijlen is daarom gezien als een positief effect van de behandeling. Vermijden is echter een negatieve copingstijl die niet altijd slecht hoeft te zijn. Een patiënt die nooit nee zegt of altijd de confrontatie aan gaat, zal er bijvoorbeeld bij gebaat zijn om meer te leren vermijden. Dit impliceert dat zowel een lage als een hoge mate van vermindering niet optimaal is, maar dat er een balans is. Om een betere score voor deze copingstijl te krijgen, zou in vervolgonderzoek de score van de patiënt vergeleken kunnen worden met een normscore van een gezonde populatie. De afstand tot de normscore is dan de score van de patiënt, een lagere score betekent in dat geval een betere balans in het gebruiken van de copingstijl vermijden.

Limitaties en sterke kanten

Op basis van bestaande literatuur werd verwacht dat de toevoeging van Seeking Safety aan TAU een significant verschil zou maken op het gebruik van verschillende copingstijlen. De resultaten uit dit onderzoek ondersteunen die hypothese niet. Mogelijk kan een gedeelte hiervan verklaard worden uit een aantal limitaties van dit onderzoek.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek was het geringe aantal deelnemers waarvan data bekend was. Op t0 was van 35 patiënten data bekend, op t1 was dit van 16 patiënten. De data was ten tijde van het huidige onderzoek wel bekend, maar nog niet ingevoerd in het data bestand. Bij de copingstijl expressie van emoties lijkt een trend zichtbaar, mogelijk is dit verschil niet significant door het lage aantal patiënten. De verwachting is dat er meer significante verschillen worden gevonden als het aantal patiënten toeneemt. Bij een groter aantal patiënten zorgt randomisatie er daarnaast voor dat de groepen vergelijkbaarder worden.

In het huidige onderzoek werden voor een aantal copingstijlen lage waarden voor Cronbach's α gevonden. Dit duidt op een lage interne consistentie, want betekent dat de schaal niet goed meet of dat patiënten inconsistent reageren op verschillende items binnen dezelfde schaal. Mogelijk komt dit door het lagere aantal patiënten ($n = 16$), Cronbach's α is dan gevoeliger voor afwijkingen. Indien het aantal respondenten groter is, wordt verwacht dat de interne consistentie van de schalen hoger zal worden.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat er nog geen t2 gegevens beschikbaar zijn. Het aanleren van een nieuwe gewoonte kan langer duren dan het einde van de behandeling, de verwachting is dat t1 nu vooral gezien moet worden als een tussenmeting in een lopend proces (Lally et al., 2010). Er kan verwacht worden dat op t2 meer verschillen zichtbaar zal zijn, doordat patiënten langer de tijd hebben om de nieuwe copingstijlen aan te leren.

Een patiënt kan stellen dat hij Seeking Safety succesvol heeft afgerond indien hij minimaal 9 sessies gevolgd heeft, terwijl het hele Seeking Safety programma bestaat uit 25 sessies. Dit maakt het lastig om met zekerheid wat over Seeking Safety als toevoeging te zeggen, omdat niet iedere patiënt dezelfde sessies en hetzelfde aantal sessies heeft gevolgd. Dit zorgt ervoor dat er binnen de experimentele groep variatie ontstaat, waardoor het effect van Seeking Safety moeilijker te meten wordt.

Uit onderzoek is gebleken dat er redenen zijn om aan te nemen dat therapieën niet altijd gegeven worden zoals bedoeld. Uit een meta-analyse van Moncher en Prinz (1991) bleek dat in slechts 6% van de gevallen een studie garandeert dat de behandeling is uitgevoerd zoals bedoeld. Daarnaast voert wordt in 55% van de studies de behandeling niet uitgevoerd zoals bedoeld. In het huidige onderzoek zijn ter controle een aantal video opnames gemaakt en is er op een aantal momenten supervisie aanwezig geweest. Hierdoor kan met meer zekerheid geconcludeerd worden dat Seeking Safety is uitgevoerd zoals bedoeld.

Een andere sterke kant van het huidige onderzoek is het gebruik van de kwalitatief goede meetinstrumenten. De UCL, die is gebruikt om de copingstijlen te meten, heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit. In meerdere onderzoeken is aangetoond dat het een goed instrument is om de verschillende manieren om met problemen om te gaan te meten (Sanderman et al., 1990; Schaufeli et al., 1992). Ook van de ZIL en de EuropASI is gebleken dat het betrouwbare en valide instrumenten zijn (Hendriks et al., 1991; Hovens et al., 2000).

Patiënten mochten alleen deelnemen indien ze voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria. Dit heeft als voordeel dat de patiënten qua problematiek vergelijkbaar met elkaar zijn. Echter, hierdoor is het huidige onderzoek lastig generaliseerbaar naar de praktijk. Er kan niet met zekerheid gesteld worden dat Seeking Safety ook effectief is voor cliënten met mildere of ernstigere problematiek dan de deelnemers aan dit onderzoek.

Aanbevelingen

Om met meer zekerheid wat te kunnen zeggen over het effect van Seeking Safety, is het verstandig om alle patiënten hetzelfde aantal sessies te laten bijwonen. Najavits et al. (2000)

beschreven dat een patiënt Seeking Safety succesvol heeft afgerond na het volgen van minimaal negen sessies. Het is interessant om binnen de experimentele groep te onderzoeken of er sessies zijn die voor significant meer verbetering of verandering zorgen dan anderen. Door te registreren welke patiënt welke sessie heeft gevolgd, kunnen patiënten onderling en als groep vergeleken worden op de effectiviteit van de afzonderlijke sessies. Op die manier kan ook vergeleken worden of er een optimaal aantal Seeking Safety sessies is.

Lally et al. (2010) stellen dat het maximaal 224 dagen duurt om een nieuwe gewoonte aan te leren. Het is mogelijk dat cliënten bij de follow-up meting (3 maanden na afronding Seeking Safety) de nieuwe copingstijlen nog aan het aanleren zijn, een t3 meting zou een completer beeld geven. Door na ongeveer 224 dagen een t3 meting te doen, hebben patiënten voldoende tijd gehad om de nieuwe gewoontes aan te leren en kan er met meer zekerheid geconcludeerd worden over de effectiviteit van Seeking Safety.

Een patiënt werd uitgesloten voor het onderzoek als hij in de afgelopen zes maanden een behandeling voor PTSS heeft gehad, maar dit geldt niet voor een verslavingsbehandeling. Patiënten die meerdere behandelingen hebben ontvangen voor verslavingen, hebben een kleinere kans op een behandel succes (Hser, Joshi, Anglin, & Fletcher, 1999). Door geen rekening te houden met voorgaande verslavingsbehandelingen kan een vertekend beeld ontstaan. In vervolgonderzoek zou hiervoor een exclusie criterium moeten worden gesteld, zodat de betrouwbaarheid van gevonden effecten verbeterd wordt.

Vooralsnog zijn er in het huidige onderzoek geen resultaten gevonden voor de toegevoegde waarde van Seeking Safety op TAU. Het huidige onderzoek moet gezien worden als een pilot studie naar de eerste effecten van Seeking Safety in Nederland. Voor Tactus is daarom de aanbeveling om de resultaten van het overkoepelende onderzoek af te wachten, voordat er een conclusie getrokken kan worden.

Conclusie

In het huidige onderzoek is gekeken naar het effect van Seeking Safety op het veranderen van de copingstijlen van patiënten met de diagnose middelenafhankelijkheid en een trauma. De verwachting was dat de experimentele groep meer gebruik van positieve en minder gebruik van negatieve copingstijlen zou vertonen dan de controlegroep. De resultaten van dit onderzoek laten een afname zien in het gebruik van negatieve copingstijlen in beide condities. Er is geen verandering gevonden in gebruik van positieve of neutrale copingstijlen in beide condities. Een belangrijke verklaring hiervoor lijkt het lage aantal patiënten, de tijd die het kost om een nieuwe gewoonte aan te leren en een mogelijk ongelijk aantal gevolgde sessies.

Voor meer zekerheid over de effectiviteit van Seeking Safety moet de uitslag van het overkoepelende onderzoek worden afgewacht. Meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van de afzonderlijke Seeking Safety sessies.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Askari, J., Hassanbeigi, A., & Fallahzadeh, H. (2011). The rate of various psychological stressors, perceived mental strain due to these stressors, and coping strategies in opium addicts compared to normal individuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 654 – 661. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.127
- Babamiri, M., Vatankhah, M., Jahandizi Masumi, H., Nemati, M., Darvishi, M. (2013). The relationship between coping styles, negative automatic thoughts, and hope with happiness in addicts of Ahvaz drug abuse rehabilitation clinics in 2011. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services*, 21(84), 82-91.
- Beail, N., Kellet, S., Newman, D.W., & Warden, S. (2007). The dose-effect relationship in psychodynamic psychotherapy with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(5), 448-454.
- Bloks, H., Spinhoven, P., Callewaert, I., Willemse-Koning, C., & Turksma, A. (2001). Changes in Coping Styles and Recovery after Inpatient Treatment for Severe Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 987-415. doi: 10.1002/erv.408
- Belding, M.A., Iguchi, M. Y., Lamb, R. J., Lakin, M., & Terry, R. (1996). Coping strategies and continued drug use among methadone maintenance patients. *Addictive Behaviors*, 21(3), 389-401.
- Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal on Addictions*, 3(2), 160-164. doi: 10.1111/j.1521-0391.1994.tb00383.x
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Violent Crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360-366.
- Britvić, D., Glučina, D., Antičević, V., Kekez, V., Lapenda, B., Đogaš, V., Dodig, G., Urlić, I., Moro, I., & Frančišković, T. (2012). Long-term improvement in coping skills following multimodal treatment in war veterans with chronic PTSD. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62(3), 418-435. doi: 10.1521/ijgp.2012.62.3.418
- Brown, P. J., Recupero, P. R., & Stout, R. (1995). PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors*, 20(2), 251–254.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Mueller, T. (1999). Substance use disorder and posttraumatic stress disorder comorbidity: Addiction and psychiatric treatment rates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 115–122. doi:10.1037/0893-164x.13.2.115

- Buckner, J.D., Schmidt, N.B., Lang, A.R., Small, J.W., Schlauch, R.C. & Lewinsohn, P.M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239.
- Buckner, J.D., Silgado, J., & Schmidt, N.B. (2011). Marijuana craving during a public speaking challenge: Understanding marijuana use vulnerability among women and those with social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 104–110
- Buckner, J.D., Zvolensky, M.J., & Schmidt, N.B. (2012). Cannabis-related impairment and social anxiety: The roles of gender and cannabis use motives. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1294-1297.
- Carrigan, M. H., & Randall, C. L. (2003). Self-medication in social phobia: a review of the alcohol literature. *Addictive Behaviors*, 28(2), 269-284.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100.
- Dansky, B.S., Brady, K.T., & Saladin, M.E. (1998). Untreated symptoms of PTSD among cocaine-dependent individuals: Changes over time. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 499-504.
- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., . . . Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462.
- DeFulio, A., Stitzer, M., Roll, J., Petry, N., Nuzzo, P., Swartz, R.P., & Stabile, P. (2013). Criminal justice referral and incentives in outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 70-75.
- Desai, R., Harpez-Rotem, I., Rosenheck, R., & Najavits, L. M. (in press). Treatment of homeless female veterans with psychiatric and substance abuse disorders: Impact of “Seeking Safety” on one-year clinical outcomes. *Psychiatric services*.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., . . . Pletke, C. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(3), 481–488.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571–579.
- Fullilove, M.T., Fullilove, R.E., Smith, M., Winkler, K., Micheal, C., Panzer, P.G., & Wallace, R. (1993). Violence, trauma, and posttraumatic stress disorder among women drug users. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 533-543.
- Gatz, M., Brown, V., Hennigan, K., Rechberger, E., O’Keefe, M., Rose, T., & Bjelajac, P. (2007). Effectiveness of an integrated, trauma-informed approach to treating women with co-occurring disorders and histories of trauma: The Los Angeles site experience. *Journal of Community Psychology*, 35(7), 863-878.
- Halsey, L.G., Huber, J.W., & Hardwick, J.C. (2012). Does alcohol consumption really affect asymmetry perception? A three-armed placebo-controlled experimental study. *Addiction*, 107, 1273–1279.
- Heath, D. B. (2001). Culture and substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 479-496.
- Heath, N. M. (2009). An evaluation of seeking safety for incarcerated women with PTSD: The roles of self-efficacy and emotion regulation (Unpublished doctoral dissertation), Idaho State University, Pocatello, ID.

Retrieved from <http://proquest.uml.com/pqdweb?didD1853488421&sidD2&FmtD6&clientIDD46809&RQT D309&VNameDPQD>

- Hendriks, V.M., C.W. van der Meer, & Blanken, P. (1991). *De Addiction Severity Index, ASI. Handleiding bij training en afname*. Rotterdam: Addiction Research Institute Rotterdam (IVO).
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1426–1432.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A 10-year model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62, 190–198.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Moerkbak, M.L., Cronkite, R.C., Holahanm, C.K., & Kenny, B.A. (2007). Spousal similarity in coping en depressive symptoms over 10 years. *Journal of Family Psychology*, 21, 551-559.
- Hovens, J. E., Ploeg, H. V. D., Bramsen, I., Klaarenbeek, M. T. A., Schreuder, J. N., & Rivero, V. V. (1994). The development of the self-rating inventory for posttraumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(3), 172-183.
- Hovens, J.E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H.M. (2000). *Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis*. Swets Test Publisher.
- Hser, Y.I., Joshi, V., Anglin, M.D., & Fletcher, B. (1999). Predicting post-treatment cocaine abstinence: What works for first-time admissions and treatment repeaters. *American Journal of Public Health*, 89, 666–671.
- Hymana, S. M., Honga, K.- Ik. A., Chaplina, T. M., Dabrea, Z., Comegysa, A. D., &Kimmerlinga, A. (2009). A stress-coping profile of opioid dependent individuals entering naltrexone treatment: A comparison with healthy controls. *Psychology of Addictive Behavior*, 23(4), 613-619.
- IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–244.
- Foa, B. E., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2010). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kerssemakers, R., Van Meerten, R., Noorlander, E., &Verveake, H. (2008). *Drugs en alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kuper, L. E., Gallop, R., & Greenfield, S. F. (2010). Changes in Coping Moderate Substance Abuse Outcomes Differentially across Behavioral Treatment Modality. *The American Journal on Addictions*, 19, 543–549. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00074.x

- Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal Social Psychology*, 40(6), 998–1009. Doi: 10.1002/ejsp.674
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Martire, K., Sunjic, S., Topp, L., & Indig, D. (2011). Financial sanctions and the justice system: Fine debts among New South Wales prisoners with a history of problematic substance use. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 44, 258-271. doi: 10.1177/0004865811405258
- Molenaar, P.J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R.A., Van, R., & Dekker, J.J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 268-282.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking Safety for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized control trail. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33, 453-463.
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., ... Weiss, R. D. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 155, 214–219.
- Najavits, L. M., Kivlahan, D., & Kosten T. (2011). A national survey of clinicians' views of evidence-based therapies. *Addiction Research and Theory*, 19, 138-147.
- Najavits, L. M., Ryngala, D., Back, S. E., Bolston, E., Museser, K. T., & Brady, K. T. (2008). Treatment for PTSD and comorbid disorders: A review of the literature. In Foa, E. B., Najavits, L. M., Schmitz, M., Gotthardt, S., & Weiss, R. D. (2005). Seeking Safety plus Exposure Therapy: An outcome study on dual diagnosis men. *Journal of Psychoactive drugs*, 37, 425-435.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 6(4), 273–283.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 437-456.
- Norman, S. B., Wilkins, K. C., Tapert, S. F., Lang, A. J., & Najavits, L. M. (2010). A pilot study of seeking safety therapy with OEF/OIF veterans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42, 83–87.
- Ouimette, P.C., Ahrens, C., Moos, R.H., & Finney, J.W. (1998). During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder: The influence of specific interventions and program environments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 555-564.
- Ouimette, P. C., Brown, P. J., & Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 785-795.
- Ouimette, P.C., Finney, J.W., & Moos, R.H. (1999). Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 105-114.
- Park, C. L., & Levenson, M. R. (2002). Drinking to cope among college students: Prevalence, problems, and coping processes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63, 486–497.

- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Wilber, C. H., & Kleber, H. D. (1982). Pathways to opiate addiction: an evaluation of differing antecedents. *Brief Journal of Psychiatry*, 141, 437–446.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- Salzer, M.S., Bickman, L., & Lambert, E.W. (1996). Dose-effect relationship in children's psychotherapy services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 228-238
- Sanderman, R., & Ormel, J., (1990). De Utrechtse Coping Lijst (UCL): Validiteit en betrouwbaarheid. *Gedrag en gezondheid*, 20(1), 32-37.
- Schaufeli, W., & van Dierendonck, D. (1992). De betrouwbaarheid en validiteit van de Utrechtse Coping Lijst. Een longitudinaal onderzoek bij schoolverlaters. *Gedrag en gezondheid*, 20(1), 38-45.
- Scheurs, P.J.G., Willige, G., van de., Brosschot, J., F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83–112.
- Stewart, S. H., & Conrod, P. J. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In Ouimette, P. & Brown, P. J. (2002). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of co-morbid disorders* (1st ed., pp. 29–55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sutherland, A. (2012). Is parental socio-economic status related to the initiation of substance abuse by young people in an English city? An event history analysis. *Social Science & Medicine*, 74, 1053-1061.
- Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., & Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors*, 38, 2219-2223.
- Van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Verdurmen, J. E. E., Van Ooyen-Houben, M. M. J., & Meijer, R. F. (2007). *Nationale Drug Monitor*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Van Vliet, I.M., Leroy, H., Van Megen, H.J.G.M. (2000). M.I.N.I. Plus: M.I.N.I. *Internationaal Neuropsychiatrisch Interview: Nederlandse versie 5.0.0*.
- Weller, L. A. (2005). Group therapy to treat substance use and traumatic symptoms in female veterans. *Federal Practitioner*, 22, 27-38.
- Yoshimoto, K., Ueda, S., Kato, B., Takeuchi, Y., Kawai, Y., Noritake, K., & Yasuhara, M. (2000). Alcohol enhances characteristic releases of dopamine and serotonin in the central nucleus of the amygdala. *Neurochemistry international*, 37(4), 369-376.
- Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40, 325–336. doi:10.1016/j.beth.2008.09.004
- Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J., & Johnson, D. M. (2003). A cognitive behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 99–105. doi:10.1016/s0740-5472(03)00106-5