

VISIEDOCUMENT

**HET IS TIJD VOOR EEN PARADIGMAVERSCHUIVING
IN DE VERSLAVINGSZORG**

**B.J.M. van de Wetering
E.C.J.E. Czyzewski**

*Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch
syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie,
denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft
het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene
gezondheidstoestand tot gevolg.*

Boumanhuis en Symbion zijn samengegaan in een nieuwe organisatie,
die als naam krijgt Bouman Verslavingszorg.

2

COLOFON

Uitgave: Bouman Verslavingszorg, Rotterdam mei 2001

Samenstelling tekst: dr. B.J.M. van de Wetering
drs. E.C.J.E. Czyzewski

Eindredactie: M. de Zwart

Productiebegeleiding & Correcties: H. Kuiper

Ontwerp: Studio Bauman BNO, Rotterdam

Druk: Drukkerij de Cirkel, Schiedam

Oplage: 800

INHOUDSOPGAVE

- 5 Inleiding**
- 7 Waarom raken mensen verslaafd?**
- 10 Waarom blijven mensen verslaafd?**
- 12 Het bio-psycho-sociale model**
- 14 De nieuwe visie brengt verslaving binnen het perspectief van de psychiatrie**
- 15 Verslaving en psychiatrische problematiek: een dubbele diagnose?**
- 16 De cliënten / patiënten**
- 19 Doel van de behandeling**
- 20 Het heden en de toekomst van de verslavingszorg: Sociale Verslavingszorg**
- 22 Samenvatting**
- 23 Literatuur**

INLEIDING

“Verslaving is een extreme vorm van afhankelijk gedrag met uiteenlopende oorzaken en gevolgen” [1]. Aldus luidde gedurende de afgelopen jaren de visie van het Boumanhuis - de instelling voor verslavingszorg in Zuid-Holland-Zuid.

De zinsnede weerspiegelt een alom heersende opvatting over verslaving. Deze visie ligt onder andere ten grondslag aan het denken over en de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van middelen. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt vormt het uitgangspunt bij het maken van keuzen bij de aanpak van zijn verslavingsproblemen [2]. De opvatting dat het bij verslaving vooral gaat om een gedragsstoornis, impliceert in feite dat binnen de verslavingszorg gedragsgerichte interventies van primaire betekenis zijn vooral voor gemotiveerde cliënten met als doel het ongewenste gedrag af te leren. Hiertoe zijn in het verleden ambulante, deeltijd- en klinische programma's ontwikkeld voor de behandeling van cliënten/patiënten met verslavingsproblematiek binnen een individueel, groeps- en systeemkader. Het heroïnegebruik nam eerst in het begin van de jaren zeventig in Nederland een vlucht [3]. In deze tijd overheerste de leertheoretische visie de individuele psychotherapie en hadden de therapeutische gemeenschappen zich sterk ontwikkeld. Het is niet verwonderlijk dat deze benaderingswijzen in die tijd ook ingang vonden in de verslavingszorg, die zijn wortels voornamelijk had in de welzijnszorg en in de reclassering. Die behandelingen bleken echter maar ten dele gunstige resultaten op te leveren. Ze bleven dominant in de verslavingszorg aangezien de visie die eraan ten grondslag lag niet mee veranderde met de praktijk. Maar met name chronisch verslaafden die in het kader van hun verslaving ook nog ten prooi gevallen waren aan fysieke en sociale verloedering bleven slecht bereikbaar voor deze behandelvormen.

Op grond van enerzijds de ervaring opgedaan in behandelingen en anderzijds toenemende wetenschappelijke evidentie is nu de tijd gekomen de bovenstaande visie te actualiseren. Dat blijft niet zonder gevolgen. Immers er bestaat er een dwingende relatie tussen een verder ontwikkelde visie op verslaving, de verruiming van het diagnostisch kader van waaruit naar cliënten/patiënten wordt gekeken en de verruiming van het behandelaanbod. De verbreding van de visie loopt langs twee dimensies: de betekenis van kwetsbaarheidfactoren en de ordening volgens het bio-psycho-sociale model.

WAAROM RAKEN MENSEN VERSLAafd?

Niet iedereen, zelfs niet iedereen die met middelen experimenteert, raakt verslaafd. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat verslaving het gevolg is van kenmerken van de gebruikte middelen en van de persoon die de middelen gebruikt. Er bestaan middelen die gebruikt worden zonder dat er afhankelijkheid van ontstaat. Zij worden gebruikt om in specifieke situaties effecten te bereiken zodat de beleving van die omstandigheden geïntensiveerd wordt. De risico's hierbij bestaan voornamelijk uit de schade die het middel bij incidenteel of langer gebruik kan veroorzaken en uit de effecten die het (uit de hand gelopen) gedrag met zich mee kunnen brengen. Bijvoorbeeld, ecstasygebruik tijdens een houseparty kan tot een fatale afloop leiden door de ontregeling van het temperatuurcentrum in de hersenen waardoor er een warmte intoxicatie ontstaat [3]. Sommigen krijgen na het gebruik van enkele pillen met een paranoïde reactie die gewelddadigheid met zich mee kan brengen [5]. Frequent gebruik van ecstasy kan leiden tot aantasting van de hersenen met name van zenuwcircuits waarin serotonine de prikkeloverdracht verzorgd [6]. Ecstasy wordt niet beschouwd als een middel dat frequent tot verslaving leidt. Desondanks worden ecstasygebruikers binnen de verslavingszorg behandeld voor de context van problemen waarbinnen misbruik plaatsvindt. Dat bij een aantal gebruikers overigens wel craving (d.w.z. verlangen of zucht naar XTC) is beschreven wijst er op dat langdurig frequent gebruik bij een aantal individuen toch tot afhankelijkheid kan leiden [3]. Van andere middelen is de vorm waarin ze

gebruikt worden bepalend hoe verslavend ze werken. Cocabladeren worden sedert eeuwen gebruikt door indianen uit Zuid-Amerika bij zware lichamelijke inspanning vanwege het energieverhogend effect [3]. Er zijn vele weekendgebruikers die een lijntje cocaïne snuiven zonder er aan verslaafd te raken. De eerste portie crackgebruik leidt al tot een sterke momentane afhankelijkheid. Benzodiazepinen en opiaten leiden relatief snel tot een chronische afhankelijkheid bij het merendeel van de gebruikers. Alcoholgebruik heeft bij een aantal gebruikers wel afhankelijkheid tot gevolg, maar bij het merendeel niet. Nagenoeg iedereen ondervindt er - afhankelijk van de 'dosering' - de prettige effecten ervan. Mensen gebruiken dus de middelen waarvan zij hebben ontdekt dat zij zich er prettiger, energieke en/of meer ontspannen door voelen. Een aantal van deze middelen is geaccepteerd en legaal, een aantal is illegaal (geworden in de loop der tijd). De effecten die deze middelen in de hersenen teweegbrengen worden beschouwd als de belangrijkste reden voor het gebruik ervan. Ze grijpen aan op systemen die betrokken zijn bij motivatie en bekrachtiging van gedrag, ook wel aangeduid als reward systems [7,8]. Dergelijke systemen zijn niet in de evolutie ontwikkeld 'ter bevordering van het verslavingsgedrag' in het kader van natuurlijke selectie. Ook 'lagere' dieren beschikken over reward systems waar verslavende stoffen op blijken te kunnen aangrijpen [9,10,11]. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat ratten verslaafd kunnen raken aan alcohol, opiaten en cocaïne terwijl zij normaal gesproken in hun natuurlijke omgeving nooit met deze

middelen in aanraking zijn gekomen.

Als het dan zo is dat ieder mens beschikt over een neuronaal systeem waarop verslavende middelen aangrijpen, waarom raakt dan niet iedereen verslaafd? Een voor hand liggende reden is dat er mensen zijn die niet met middelen in aanraking komen. Dat lijkt plausibel voor zover het de niet legale middelen betreft waarvan de drempel om ze te verkrijgen relatief hoog is. Als de blootstelling het meest bepalend zou zijn, waarom is dan niet iedereen verslaafd aan voedsel en seks, of aan tabak, alcohol en benzodiazepinen? Immers deze zijn in de westerse beschaving voor het grijpen. Met de toenemende beschikbaarheid van internet en gokspelletjes per televisie en telefoon is het risico voor verslaving hieraan hoog. Inderdaad overtreft het aantal problematische drinkers en alcoholverslaafden vele malen het aantal hard-drugsverslaafden [12]. Het optreden van verslaving lijkt dus in ieder geval afhankelijk van (de verslavende eigenschappen van) het middel en de mate van beschikbaarheid ervan. Als dit de enige of meest bepalende factoren zouden zijn, mag worden verwacht dat er veel meer verslaafden zouden zijn.

Een derde, tot nu toe in de verslavingszorg onderbelichte, factor is de individuele kwetsbaarheid die er bestaat om afhankelijk van middelen te raken en te blijven (of terug te vallen in verslaving na het bereiken van abstinentie). Hierin verschillen mensen van elkaar. Deels is deze kwetsbaarheid constitutioneel bepaald, deels wordt deze bepaald door de ontwikkeling die in een bepaalde omgeving wordt doorgemaakt. Anders gezegd: de kwetsbaarheid wordt bepaald in

de interactie tussen aanleg (nature) en de omgeving (nurture), waarvan (de beschikbaarheid van) het middel natuurlijk ook deel uitmaakt. Met aanleg bedoelen we de genetische aanleg. Bij een specifiek type genetisch onderzoek, n.l. adoptieonderzoek is gevonden dat er twee vormen van familiair alcoholisme bestaan [13]. De ene vorm komt alleen tot expressie onder bepaalde omgevingsinvloeden en komt zowel bij mannen als bij vrouwen voor. De andere vorm ontstaat gedurende de adolescentieleeftijd en gaat meestal gepaard met criminaliteit [13]. Het risico voor zonen van dit type alcoholisten blijkt aanmerkelijk groter dan voor de eerst genoemde groep. Voorts is aangetoond dat omgevingsfactoren bij deze vorm nauwelijks een rol spelen in het ontstaan ervan [13]. De erfelijke factor is specifiek voor de alcohol en niet voor de neiging tot verslaving in het algemeen [14].

Naast de invloed van genetische factoren zijn ervaringen en omstandigheden die een individu tijdens zijn ontwikkeling meemaakt van invloed op het ontstaan van verslaving, zoals recent samengevat door de groep van Ormel in Groningen [4]. Voorbeelden hiervan zijn (vroeg) traumatische ervaringen en psychosociale omstandigheden zoals slechte huisvesting, werkeloosheid en relationele problemen.

Verslaving is dus het gevolg van een genetische kwetsbaarheid die tot expressie komt onder invloed van omgevingsfactoren en de beschikbaarheid van een verslavend middel. De aard van de interactie tussen deze factoren is complex. Naarmate de genetische kwetsbaarheid groter is, kan de invloed van de omgevingsfactoren geringer zijn en mogelijk ook de mate waarin het middel verslavend is. Of wanneer de omgevingsfactoren zwaarder wegen, kan de verslaving al bij een veel geringere genetische kwetsbaarheid optreden. Echter, het is alleszins aannemelijk dat deze factoren niet onafhankelijk van elkaar (hoeven te) zijn. Een voorbeeld. Een vader die zelf een sterke genetische kwetsbaarheid heeft voor alcoholisme, draagt deze kwetsbaarheid over aan zijn zoon. Op basis van zijn kwetsbaarheid drinkt de vader te veel, waardoor hij zijn baan verliest en er langdurige huwelijksproblemen zijn. Door de financiële problemen als gevolg van de werkloosheid is het gezin genooddaakt in een slechte woning in een achterstandswijk te leven. Er is dikwijls te weinig geld voor goede voeding en als gevolg van de problemen is moeder ook niet erg gemotiveerd veel aandacht aan de huishouding, het koken en de verzorging van de kinderen te geven. De zoon ontvlucht zo veel mogelijk het huis en presteert slecht op school. Vanwege zijn slechte resultaten wordt hij dikwijls door zijn vader geslagen. In deze situatie wordt de omgeving 'bepaald' door de genetische kwetsbaarheid van de vader, De zoon erft dus niet alleen de genetische kwetsbaarheid, maar is ook onderhevig aan de 'bijpassende omgeving', terwijl zijn persoonlijkheid zich niet evenwichtig kan ontwikkelen. Al deze

omstandigheden dragen er toe bij dat zijn risico op verslaving buitengewoon groot is. Niet alleen is zijn draagkracht verminderd op grond van zijn genetische kwetsbaarheid en zijn weinig harmonieuze ontwikkeling, zijn draaglast is ook dramatisch verhoogd. Een extra complicerende factor, die de draagkracht ondermijnt, is het bestaan van bijkomende psychiatrische ziekten en persoonlijkheidsstoornissen. Ook hiervoor geldt dat deze de resultante zijn van genetische en omgevingsfactoren, die inwerken op de ontwikkeling. In het algemeen vergroot de aanwezigheid van andere psychiatrische ziekten het risico voor verslaving en vergroot de aanwezigheid van verslaving het risico voor andere psychiatrische ziekten.

WAAROM BLIJVEN MENSEN VERSLAAFD?

Tot zover bespraken we de rol van kwetsbaarheid met betrekking tot het ontstaan van verslaving. Wat zijn de factoren die bijdragen tot het in stand houden van verslaving of terugval na het bereiken van abstinentie. Zeker wanneer het middelengebruik en de afhankelijkheid ervan leiden tot psychosociale problemen, zoals hierboven geschetst, blijven deze stressfactoren al dan niet in versterkte vorm bestaan en onderhouden ze het gebruik.

De roes van het middel verzacht tijdelijk de problemen. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de psychische problemen als gevolg van trauma (en hertraumatisering) waarvan de (her)beleving onderdrukt wordt door het middel. Het gebruik van het middel is een vorm van 'zelfmedicatie'.

10

Wanneer de afhankelijkheid op jonge leeftijd is begonnen en jaren heeft voortgeduurd, dreigen de normale leeftijdsgebonden socialisatieprocessen verstoord te raken, waardoor de maatschappelijke 'inpassing' ernstig bemoeilijkt kan worden. Uitstoting en isolement zijn hiervan het gevolg. Op hun beurt vormen die weer een reden om te blijven gebruiken. Zo is het gebruik veelal de enige manier om het leven nog enigszins draaglijk te maken.

De (weldadige) effecten van het middel bekrachtigen of versterken het gebruik ervan en leiden tot herhaling van het gedrag. In de meest extreme vorm is dat waarneembaar bij het gebruik van crack dat een snelle, kortdurende flash veroorzaakt waarna al snel het verlangen naar de volgende flash ontstaat. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de

snelle resorptie, de snelle piekconcentratie in het bloed, de snelle passage door de bloed/hersenen-barrière, de snelle en kortdurende invloed op neuronale circuits en de korte halfwaardetijd. Kortom kenmerken van het middel.

De zucht naar het middel, ook wel craving genoemd, lijkt een van de belangrijkste bepalende factoren voor blijvend gebruik en/of terugval te zijn [15]. Prikkel, zogenaamde cue's, die gerelateerd zijn aan de tijd of omgeving van het gebruik, kunnen zelfs nog na al langer bestaande abstinentie terugval veroorzaken doordat zij een intense craving oproepen.

Het langdurig gebruik van middelen leidt tot veranderingen in de hersenen. Het syndroom van Wernicke-Korsakow ontstaat na langdurig alcoholgebruik en wordt gekenmerkt door neurologische verschijnselen, die blijvend kunnen zijn met name bij uitblijven van behandeling [16]. Onthoudingsverschijnselen bij het staken van middelen, zoals bijvoorbeeld het alcoholonttrekkingsdelier of de onttrekkingsinsulten, zijn op te vatten als relatief kortdurende overprikkelingsverschijnselen van de hersenen [17].

Langerdurende sensitatieverschijnselen zijn beschreven bij ratten na intermitterend cocaïnegebruik [18]. Na cocaïnegebruik vertonen ratten een toegenomen motoriek, waarbij zij zich ook agressief gedragen. Tussen de toedieningen door zijn zij prikkelbaarder en reageren zij agressief op aanraking. Deze gedragsveranderingen worden toegeschreven aan een verhoogde prikkelbaarheid in het limbisch systeem. Voorts is aangetoond dat langdurig cocaïnegebruik leidt tot een toena-

me van het aantal synapsen (agv. sprouting), structuren waar prikkeloverdracht tussen zenuwcellen plaatsvindt [18]. Er is reden om aan te nemen dat ook bij opiaatverslaving langdurige sensitisatie van de hersenen optreedt. Dit zou kunnen verklaren waarom afkicken na langdurig gebruik zo moeizaam is en de terugvalpercentages zo hoog zijn. Het lijkt niet zo te zijn dat er een exclusieve kwetsbaarheid voor een bepaald middel bestaat. Het is afhankelijk van een groot aantal factoren welk middel of welke combinatie van middelen wordt gebruikt. Er zijn harddrugverslaafden die stimulerende (speed, cocaïne) en dempende (heroïne, benzodiazepinen) middelen afwisselen.

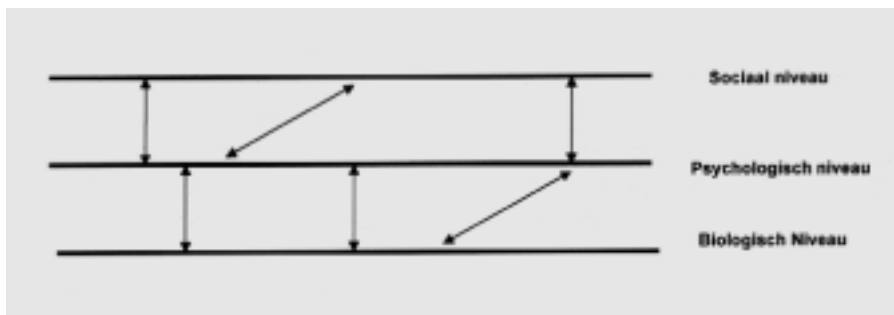
Kwetsbaarheid voor zowel het gebruik als voor het instandhouden daarvan wordt dus veroorzaakt door een samenspel van psychologische, sociale en biologische factoren in relatie tot het middel. De verslavingszorg kan zich alleen op een verantwoorde manier verder ontwikkelen als kennis op deze gebieden leidt tot een geïntegreerd inzicht in en een evenwichtige opvatting over verslaving en de behandeling daarvan. Het onderzoek in de verslavingszorg zal zich op al deze terreinen dienen af te spelen om te leiden tot een bruikbaar en evidence based bio-psycho-sociaal model voor verslaving.

HET BIO-PSYCHO-SOCIALE MODEL

Het 'bio-psycho-sociale model' wordt in zijn algemeenheid geaccepteerd in de geestelijke gezondheidszorg, weliswaar in sterkere mate binnen de algemene psychiatrie dan binnen de verslavingszorg. In de praktijk wordt het vaak beleefd als 'dat-alles-wel-met-alles' te maken heeft. Op deze wijze scheidt het geen ordening in het denken en draagt het niet bij tot het verbreden van het inzicht. Een inzichtelijke manier om dit model te beschrijven is de drie dimensies voor te stellen als parallelle processen (zie figuur 1).

Figuur 1 Het sociale, psychologische en het biologische niveau als parallelle niveaus vormen het bio-psycho-sociale model

12



Vanuit ieder niveau kan een gebeurtenis of fenomeen op een ander niveau worden beschouwd of beschreven.

Twee voorbeelden:

Voorbeeld 1

Herhaald crack gebruik veroorzaakt een versterkte gevoeligheid voor dopamine in de hersenen (biologisch niveau). Dit resulteert in sterke motorische onrust en een heftige psychose met gewelddadig gedrag (psychologisch niveau). Omdat dit al een aantal malen is voorgekomen, vlucht de partner met de kinderen het huis uit (sociaal niveau).

Ook de verdere familie wil niets meer doen en houdt zich op grote afstand (sociaal niveau). Er is verder geen daginvulling nadat enige jaren geleden ontslag had plaatsgevonden (sociaal niveau). Tussen het crackgebruik door is de stemming depressief (psychologisch niveau), waarbij de behoefte aan crack nog eens wordt versterkt (biologisch niveau)

Voorbeeld 2

Een maatschappelijke opvatting over verslaving is dat mensen dat aan zichzelf te danken hebben (sociaal niveau). Er mag wel geld worden uitgetrokken, maar op voorwaarde dat dat leidt tot volledige abstinentie (psychologisch niveau). Door veranderingen in de hersenen van langdurig verslaafden blijkt dat doel voor een groot aantal van hen niet haalbaar (biologisch niveau). Op grond van argumenten besluit de politiek tot een geprotocolleerd verstrekkingsexperiment (sociaal niveau).

Geen van de niveaus is per definitie dominant ten opzichte van de andere. Op het niveau van interventies is het wel denkbaar dat het ene niveau een betere ingang biedt dan het andere. Het bio-psycho-sociaal model van ziekte is het best uitgewerkt in de psychiatrie en komt daar het best tot zijn recht in vergelijking met andere onderdelen van de gezondheidszorg. Zowel wat betreft de oorzaken als de gevolgen van psychiatrische ziekten worden deze drie dimensies in de behandeling betrokken, met name in de sociale psychiatrie.

DE NIEUWE VISIE BRENGT VERSLAVING BINNEN HET PERSPECTIEF VAN DE PSYCHIATRIE

Wanneer systematisch misbruik of afhankelijkheid van middelen of ander stimuli leidt tot beperkingen in het functioneren en/of lijdensdruk, is er sprake van een verslavingsziekte. Bij de diagnostiek en de behandeling daarvan dienen alle relevante bio-psycho-sociale aspecten betrokken te worden.

Wanneer een cliënt/patiënt alleen wordt gedetoxificeerd, blijven kwetsbaarheidsfactoren die hebben bijgedragen aan zijn afhankelijkheid van middelen veelal onveranderd.

Daarom is het van essentieel belang een integrale visie voor de verslavingszorg te formuleren die recht doet aan alle facetten van het bio-psycho-sociale model. Door verslavingsziekte te definiëren binnen het psychiatrisch denkkader wordt hieraan voldaan.

Volgens deze definitie is verslavingsziekte een complex en progressief psychiatrisch

syndroom, leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen vindt er tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand plaats. Het beloop kan chronisch en intermitterend of recidiverend zijn.

Er bestaan milde en ernstiger vormen van verslavingsziekte. Milde vormen zijn vergelijkbaar met neurotische en/of aanpassingsstoornissen zoals die in de psychiatrie worden onderscheiden. Ernstige vormen zijn als ziekte gelijk te stellen met (ernstige) psychiatrische ziekten als schizofrenie en bipolaire stemmingsziekten. Deze visie brengt dus verslaving binnen het perspectief van de psychiatrie. Tegelijkertijd vraagt deze ontwikkeling om verandering van opvattingen over en benadering van verslavingsproblematiek binnen de psychiatrie.

VERSLAVING EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK: EEN DUBBELE DIAGNOSE?

Niet zelden overigens komen verslavingsziekte en andere psychiatrische ziekten tezamen voor. Patiënten met een psychiatrische aandoening en verslavingsproblematiek worden aangeduid met de term dubbele diagnose of 'double trouble'. De verslaving wordt hiermee niet alleen als een apart probleem gezien, maar in de praktijk ook als een probleem buiten het domein van de psychiatrie. Deze laatste opvatting lijkt vooral op pragmatisme te stoen. Hieruit vloeit de heersende opvatting voort dat de algemene psychiatrie zich niet met het hardnekkige probleem van verslaving (en middelenmisbruik) bezig zou hoeven te houden bij diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen (in engere zin). Deze opvatting staat echter haaks op de praktijk. Immers, een groot aantal van de (chronische) patiënten die in behandeling zijn in reguliere GGZ instellingen gebruikt in meer of mindere mate (illegale) middelen, waarbij ook afhankelijkheid bestaat. Binnen de verslavingszorg breekt in toenemende mate het inzicht door dat verslaving een psychiatrisch syndroom is. Deze ontwikkeling vindt ook zijn neerslag in het feit dat in de gangbare classificatiesystemen zoals de DSM-IV en de ICD-10 misbruik van en verslaving aan middelen als psychiatrische stoornis zijn opgenomen.

Wanneer meerdere aandoeningen tezamen voorkomen, is in een aantal gevallen de relatie duidelijk (sequentieel, causaal) en in een aantal gevallen niet. Vanuit een etiologisch perspectief is het aannemelijk dat een

aandoening de kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van een ander verhoogt. In alle gevallen leidt het bestaan van meerdere aandoeningen tot een toegenomen complexiteit van diagnostiek en behandeling en tot complicaties in het beloop van de aandoeningen. De term dubbele diagnose heeft vooral betekenis gehad om de aandacht op deze complexiteit te vestigen. Het nadeel van het in stand houden van de term is echter dat deze niet heeft geleid tot een verandering in het denken. Vanuit de psychiatrie wordt de gedachte gevolgd dat eerst de verslavingsproblematiek dient te worden verholpen. Pas dan kan de psychiatrische ziekte afdoende kan worden behandeld. Binnen de verslavingszorg wordt er veelal van uitgegaan dat het verslavingsprobleem niet kan worden aangepakt, zolang de psychiatrische ziekte opspeelt. Deze therapeutische patstelling houdt de patiënten gevangen tussen de psychiatrische hulpverlening en de verslavingszorg, die elkaar vanuit een steeds meer ingegraven positie verwijten tekort te schieten in zorg(plicht).

DE CLIËNTEN/PATIËNTEN

In het voorgaande hebben we laten zien dat het middel slechts een van de factoren is die de verslaving bepalen. Binnen de nieuwe visie worden kwetsbaarheidfactoren onderscheiden die, hoewel van persoon tot persoon verschillend, in patronen kunnen voorkomen. Het is bij de diagnostiek dus van belang deze patronen te leren ontdekken en onderscheiden. In aanvulling daarop zijn het huidige niveau van functioneren van de cliënt/patiënt en diens actuele problematiek relevant om vast te kunnen stellen welke hulp er geboden dient te worden en in welke volgorde. Het heeft dus niet zoveel zin meer om cliënten/patiënten te onderscheiden louter op basis van het middel dat zij gebruiken.

16

De term dubbele diagnose suggereert dat er twee diagnoses bestaan, namelijk een psychiatrische diagnose samen met de diagnose van een verslavingsprobleem. Veelal gaat het echter om meervoudige problematiek van psychische (en somatische) aard, die bij een groot deel van de met name chronische patiënten aanwezig is. De Angelsaksische literatuur spreekt van co-occurring diseases, om aan te geven dat er meer ziekten samen gaan. In navolging daarvan zou de term co-morbiditeit beter volstaan dan 'dubbele diagnose'. Daarmee is echter nog niet een ander probleem opgelost nl. dat de terminologie suggereert dat het zou gaan om een groep met een zekere mate van homogeniteit. In het kader van het te ontwikkelen beleid is ons voorstel te spreken van 'patiënten met gecombineerde psychiatrische problematiek'. De ernst van de gecombineerde problematiek varieert van mild tot ernstig en ligt op een

continuüm met aan het ene uiterste de milde sociale deviantie en aan het andere uiterste ernstig psychopathisch gedrag dat langdurige intramurale zorg of verblijf vereist.

Minkoff onderscheidt 4 groepen binnen de 'dubbele diagnose groep' langs de dimensies ernst van verslaving en de psychiatrische stoornis namelijk de high-high, high-low, low-high en low-low groep (zie tabel 1) [19, 20]. Voor ieder van deze groepen wordt een apart zorgtraject ontworpen. Uitgangspunt is dat de ernst van de problematiek van de individuele patiënt de inhoud van het zorgtraject bepaalt. Het model van Minkoff is in die zin een pragmatisch model dat zijn vervolg krijgt in zorgvuldig geregisseerde en tot in detail uitgewerkte zorgprogramma's.

Tabel 1 - Vier categorieën 'dubbele diagnoses' op basis van de dimensies 'psychiatrie' en 'verslaving' zoals gepresenteerd door Minkoff (2001)

FOUR MAIN CATEGORIES OF PEOPLE WITH COEXISTING DISORDERS ACCORDING TO MINKOFF	
PSYCHIATRY HIGH SUBSTANCE HIGH Serious & persistent Mental Illness with Substance Dependence	PSYCHIATRY LOW SUBSTANCE HIGH Psychiatrically Complicated Substance Dependence
PSYCHIATRY HIGH SUBSTANCE LOW Serious & persistent Mental Illness with Substance Abuse	PSYCHIATRY LOW SUBSTANCE LOW Mild Psychopathology with Substance Abuse

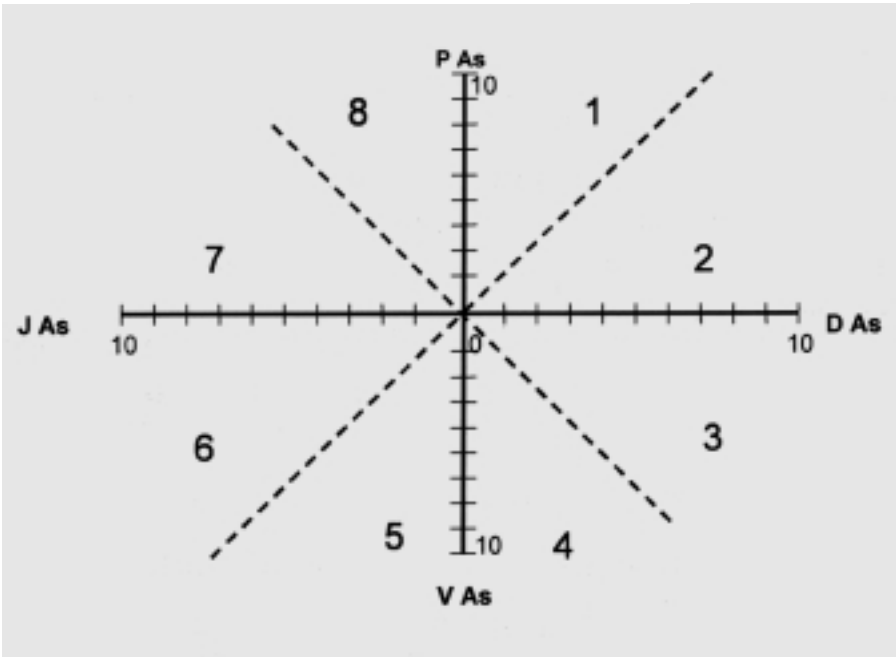
Het model van Minkoff biedt houvast bij de indeling van de gecombineerde problematiek, doordat de indeling gekoppeld is aan specifieke zorgtrajecten. In de praktijk van de grote-stads-verslavingszorg zijn, naast de psychiatrische problematiek en de verslavingsproblematiek, dakloosheid en ontbreken van dagstructuur en de justitiële status en de mate van gewelddadigheid/dreiging van de cliënten/patiënten problemen die een belangrijk stempel drukken op de behandeling. In feite kunnen daarmee dus twee extra relevante parameters onderscheiden worden bij het uitzetten van zorgtrajecten voor de patiënten met gecombineerde psychiatrische problematiek. Door deze toe te voegen aan het model van Minkoff ontstaat een vierdimensionaal model. Uitgaande van dit laatste uitgangspunt is ons voorstel uit te gaan van een model met een indeling van de individuele problematiek van de patiënt langs vier inhoudelijke dimensies/assen met een institutionele koppeling:

- 1 Psychiatrische problematiek: P as
- 2 Dakloosheid en ontbreken van dagstructuur: D as
- 3 Middelengebruik en afhankelijkheid: V As
- 4 Justitiële status en dreiging/geweld: J As

Door iedere individuele cliënt/patiënt in te schalen op ieder van de assen zoals afgebeeld in figuur 2 kan snel en op relatief eenvoudige wijze de eerst stap in een specifiek zorgtraject worden gezet.

De problematiek die de eerste aandacht vraagt bepaalt welke instelling de regie voor de verdere stappen op zich neemt en welke de partners in dat traject zijn. Afhankelijk van de ontwikkeling en de verbetering van de initiële problematiek wordt in het proces bepaalt welke van de partijen in het behandelingsnetwerk vervolgens de regie overneemt in samenwerking met de andere partners.

Figuur 2 - Assenstelsel voor probleemcategorisatie ten behoeve van patiënten met gecombineerde psychiatrische problematiek



18

Legenda

P As = As om de mate van psychiatrische problematiek te scoren

D As = As om de problematiek op gebied van zelfstandigheid, wonen en werken te scoren

V As = As om de mate van verslavingsproblematiek te scoren

J As = As om de justitiële status en de geweldproblematiek te scoren

De cijfers geven de positie van instituties binnen dit model aan

1 = behandelafdeling psychiatrisch centrum

2 = beschermd wonen voor psychiatrische patiënten zonder verslavingsproblematiek

3 = beschermd wonen voor psychiatrische patiënten met verslavingsproblematiek

4 = behandelafdeling patiënten met verslavingsproblematiek en andere psychische problemen

5 = behandelafdeling voor patiënten met verslavingsproblemen, psychische problemen en geweldsproblematiek

6 = SOV

7 = TBS

8 = FPA

DOEL VAN DE BEHANDELING

Verslaving leidt tot verlies van autonomie ten opzichte van het middel, op sociaal gebied en op verschillende onderdelen van het psychologisch functioneren. In de behandeling van verslaving wordt er naar gestreefd de verloren gegane autonomie zoveel mogelijk te herstellen en het individu te wapenen tegen terugval. De behandeling verloopt in feite volgens een revalidatiemodel. Daar waar herstel van de autonomie niet volledig mogelijk is, dient de behandeling er op gericht te zijn de leefomgeving zo in te richten dat de blijvende tekorten zo min mogelijk beperkingen opleveren. Dit kan inhouden dat - in het uiterste geval - een deel van de autonomie moet worden overgenomen. Juist in dit kader kan samenwerking met andere hulpverlenings- en dienstverlenende instellingen geboden zijn.

Uitgangspunt bij de keuze van behandelingen is dat deze evidence based zijn. Echter, met name voor de groep van chronisch verslaafden zijn nog weinig evidence based methoden voor handen. De in de Verenigde Staten ontwikkelde Community Reinforcement Approach leidt tot, goede resultaten, maar dient in de Nederlandse situatie verder onderzocht te worden [21, 22]. Vooralsnog is de betekenis van het begrip evidence-based voor de verslavingszorg dat methodieken ontwikkeld dienen te worden en op zodanige wijze toegepast en geëvalueerd dat meting van de resultaten op wetenschappelijk verantwoorde wijze mogelijk is. In plaats van zich te beperken tot risicomijdende methoden dient de verslavingszorg experimenteermogelijkheden te creëren waarbij stap voor stap nieuwe methodieken worden ontwikkeld. Hierbij dient - geheel in overeenstemming met het bio-psycho-sociale model - meer ruimte te zijn voor medisch-psychiatrische onderzoek- en behandelmethoden. **19**

HET HEDEN EN DE TOEKOMST VAN DE VERSLAVINGSZORG: SOCIALE VERSLAVINGSZORG

Gezien de beperkte middelen dient de verslavingszorg een keuze te maken welke middelen zij inzet voor welke patiëntengroep. Immers, de rij van verslavingen omvat niet alleen de alcohol, de hard- en softdrugs en medicijnen, maar ook gokken, roken, internetverslaving, eetverslaving en seksverslaving.

Bouman verslavingszorg heeft gekozen prioriteit te geven aan de meest kwetsbare verslaafden gekenmerkt door dakloosheid, psychiatrische problematiek en justitiële veroordelingen. Zij lijden veelal een gemarginaliseerd bestaan en verkeren in een zorgelijke lichamelijke en sociale toestand. Hun leven speelt zich voornamelijk op straat af waar zij al snel als lastpakken ervaren worden. Bij de zorg die hen wordt geboden wordt tegelijkertijd gewerkt aan het verminderen van overlast in de straten en de buurten. Hiermee willen we bereiken dat ze niet worden uitgestoten uit hun omgeving. Daarmee streven we ernaar deze verslaafden op te kunnen vangen in voorzieningen zoals huiskamers en gebruikersruimten die in de wijken gevestigd zijn. Door naast de zorg aandacht te schenken aan het bestrijden van overlast, blijkt het mogelijk in de wijken hiervoor voldoende draagvlak te vinden. Voor deze benaderingswijze is de term Sociale Verslavingszorg gekozen, een vorm van zorg die op integrale wijze aandacht schenkt en zorg biedt aan de verslaafde en aan de omgeving waarin deze verkeert [23,24].

Het merendeel van deze kwetsbare groep verslaafden vraagt niet uit zichzelf om behandeling. Veelal zijn zij gevangen geraakt in een neerwaartse spiraal van overleven voornamelijk om hun drugs en/of alcohol te verkrijgen en te gebruiken. Letterlijk en figuurlijk draait hun gehele bestaan om de middelen waarvan zij afhankelijk zijn. Zij kunnen zich geen leven (meer) zonder drugs en/of alcohol voorstellen en zijn dan ook doorgaans niet gemotiveerd abtinent te raken van middelen, als dat überhaupt mogelijk zou zijn. In het gunstigste geval nemen zij nog deel aan een methadonprogramma, waar nog enige zorg om hun lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn geboden kan worden. Door de praktijk min of meer gedwongen maakten medewerkers uit deze programma's in feite gebruik van componenten uit het bio-psycho-sociaal model zonder dat dit expliciet geformuleerd was. Het bieden van basale zorg heeft bij zieke gebruikers de eerste prioriteit. Doorgaans heeft die primaire zorg vooral een medisch/verpleegkundig karakter. Verwaarloosde chronische of acute infecties in het bijzonder seksueel overdraagbare aandoeningen, verwaarloosde verwondingen en voedingsdeficiënties dienen zich voortdurend als eerste aandachtspunt aan. Wanneer psychische problematiek en ontregeling op de voorgrond staan is motivatie tot behandeling niet altijd vanzelfsprekend. De eerste stappen van de zorg dienen het ontwikkelen van motivatie te ondersteunen. Het is noodzakelijk niet alleen de sociale aspecten van verslaving, die zo nadrukkelijk naar voren komen, maar ook de (achterliggen-

de) medisch-psychiatrische problematiek te her- en herkennen. Dat deze drie aspecten van verslaving (psychologisch, sociaal en medisch-psychiatrisch) zo nadrukkelijk naar voren komen - in feite bepaalt de ernst op alle drie de gebieden de grote kwetsbaarheid van deze groep - betekent niet dat dit samenspel van factoren voor sociaal-geïntegreerde verslaafden niet bestaat. Echter het relatieve aandeel van elk van deze factoren in de totale problematiek kan verschillen.

In het kader van de 'stepped-care' worden minder ingrijpende en minder kostbare behandelmethoden eerder ingezet dan meer ingrijpende en duurdere. Als het eenvoudiger kan, moet je het niet moeilijker doen. Bij uitblijven van voldoende behandelresultaat wordt zwaarder geschut ingezet. De Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden (SOV), met als dubbele doelstelling verbetering van het lot van de verslaafde en vermindering van diens criminale activiteiten, kan beschouwd worden als de meest ultieme stap in de stepped care. Sterker gezegd, de SOV kan in onze ogen alleen morele rechtvaardiging vinden als het SOV ook als zodanig wordt uitgevoerd. Dat betekent dat er een omschreven behandelprogramma dient te zijn, dat niet louter op het bereiken van abstinentie is gericht. Abstinentie mag natuurlijk wel, echter gezien het karakter van de doelgroep - chronisch verslaafden met een minimum aantal overtredingen die alle behandelstappen, inclusief drangbehandelingen hebben doorgemaakt zonder voldoende verbetering te bereiken -

is het aannemelijk dat dit voor de meerderheid van hen niet haalbaar is. De SOV dient voorts opgenomen te worden in een traject van zorg dat zich ook buiten de perioden van de dwangbehandeling uitstrekt. Tenslotte dient een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie plaats te vinden. De toekomst van de verslavingszorg zal gekenmerkt worden door verbeterde behandelmethoden op basis van wetenschappelijke evidentie verkregen binnen de verbrede ruimte van het bio-psycho-sociale model. Daarbij is het zeker niet uitgesloten dat de verslavingszorg onderdak vindt binnen het huis van de psychiatrie. De eerste stappen van toenadering kunnen gezet worden in de domeinen van de sociale verslavingszorg en de sociale psychiatrie.

SAMENVATTING

Tot slot vatten wij de belangrijkste elementen uit ons betoog in het hiernavolgende samen:

Het gebruik van middelen, die het centraal zenuwstelsel beïnvloeden, kan bij daartoe gepredisponeerde personen leiden tot systematisch misbruik en afhankelijkheid. Ook het uitvoeren van bepaalde handelingen die een gratificerend karakter hebben kan leiden tot misbruik en afhankelijkheid in de zin van het niet meer te beheersen uitvoeren van die handelingen of een overheersende drang daartoe. Er is sprake van verslavingsziekte als dit systematisch misbruik of deze afhankelijkheid leiden tot beperkingen in het functioneren en/of lijdensdruk.

22

Definitie

Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand tot gevolg.

Verslavingsziekte wordt veroorzaakt door een individueel bepaalde kwetsbaarheid op basis van een combinatie van erfelijke en verworven eigenschappen. Het gaat hierbij om een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren waarvan het relatieve aandeel per individu kan verschillen.

Milde vormen van verslavingsziekte zijn vergelijkbaar met neurotische en/of aanpassingsstoornissen zoals die in de psychiatrie worden onderscheiden. Ernstige vormen zijn als ziekte gelijk te stellen met (ernstige) psychiatrische ziekten als schizofrenie en bipolaire stemmingsziekten. Niet zelden overigens komen verslavingsziekte en andere psychiatrische ziekten tezamen voor.

Voor de individuele kwetsbaarheid zijn individuen niet verantwoordelijk te stellen. Het is echter niet uitgesloten dat invloed kan worden uitgeoefend op het al dan niet tot uiting komen van de kwetsbaarheid. Bij de integrale behandeling van verslavingsziekte is het van belang - afhankelijk van de ernst van het ziektebeeld en lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit - zoveel als mogelijk een appel te doen op eigen verantwoordelijkheid en het gezonde deel in het functioneren.

In de behandeling wordt er naar gestreefd de individuele autonomie zoveel als mogelijk te herstellen. Daar waar dat niet volledig mogelijk is dient de behandeling er tevens op gericht te zijn de leefomgeving zo in te richten dat de blijvende tekorten zo min mogelijk beperkingen opleveren. Dit kan inhouden dat - in het uiterste geval - een deel van de autonomie moet worden overgenomen.

Bij de behandeling kan samenwerking met andere hulpverlenings- en dienstverlenende instellingen aangewezen zijn.

LITERATUUR

1. Boumanhuis., Beleidsplan Boumanhuis 1998-2000. 1998: Rotterdam.
2. Boumanhuis, Boumanhuis 2000, Identiteitsnota.1996: Rotterdam
3. Epen, J.H.v., Drugsverslaving en Alcoholisme - kennis en achtergronden voor hulpverleners. 1999, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
4. Ormel, J., J. Neeleman, and D. Wiersma, Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid. *T Psychiatrie*, 2001. 4: p. 245-257.
5. Schifano, F., Potential human neurotoxicity of MDMA ('Ecstasy'): subjective self-reports, evidence from an Italian drug addiction centre and clinical case studies. *Neuropsychobiology*, 2000. 42(1): p. 25-33.
6. Steele, T.D., U.D. McCann, and G.A. Ricaurte, 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy"): pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 1994. 89(5): p. 539-51.
7. Everitt, B.J., et al., Associative processes in addiction and reward. The role of amygdala-ventral striatal subsystems. *Ann N Y Acad Sci*, 1999. 877: p. 412-38.
8. Blum, K., et al., Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs*, 2000. 32 Suppl: p. i-iv, 1-112.
9. Beitner-Johnson, D., X. Guitart, and E.J. Nestler, Dopaminergic brain reward regions of Lewis and Fischer rats display different levels of tyrosine hydroxylase and other morphine- and cocaine-regulated phosphoproteins. *Brain Res*, 1991. 561(1): p. 147-50.
10. Bainton, R.J., et al., Dopamine modulates acute responses to cocaine, nicotine and ethanol in *Drosophila*. *Curr Biol*, 2000. 10(4): p. 187-94.
11. Van Ree, J.M., et al., Endogenous opioids and reward. *Eur J Pharmacol*, 2000. 405(1-3): p. 89-101.
12. Drugsmonitor, N., Jaarbericht 2000. 2001, Utrecht: Bureau NDM.

13. Bohman, M., S. Sigvardsson, and C.R. Cloninger, Maternal inheritance of alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*, 1981. 38: p. 965-9.
14. Enoch, M.A. and D. Goldman, The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Curr Psychiatry Rep*, 2001. 3(2): p. 144-51.
15. Verheul, R., W. van den Brink, and P. Geerlings, A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 1999. 34(2): p. 197-222.
16. Biemond, A., Wernicke's encephalopathy and Korsakow's syndrome. *Psychiatr Clin*, 1969. 2(3): p. 146-66.
17. Laine, T.P., et al., Dopamine transporters increase in human brain after alcohol withdrawal. *Mol Psychiatry*, 1999. 4(2): p. 189-91, 104-5.
18. Wise, R.A., Addiction becomes a brain disease. *Neuron*, 2000. 26(1): p. 27-33.
19. Minkoff, K., An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hosp Community Psychiatry*, 1989. 40(10): p. 1031-6.
20. Minkoff, K. and J. Regner, Innovations in integrated dual diagnosis treatment in public managed care: the Choate dual diagnosis case rate program. *J Psychoactive Drugs*, 1999. 31(1): p. 3-12.
21. Allen, J.P., R.Z. Litten, and J.B. Fertig, NIDA-NIAAA workshop: efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *Strategies for treatment of alcohol problems. Psychopharmacol Bull*, 1995. 31(4): p. 665-9.
22. Abbott, P.J., et al., Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1998. 24(1): p. 17-30.
23. Resultaten Scoren. Kwaliteit en Innovatie in de verslavingszorg. GGZ Nederland, Utrecht, 1998.
24. Ontwikkelprogramma Sociale verslavingszorg. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, Utrecht, 2000.