

24

De toekomst van diagnostiek en behandeling van comorbiditeit (epiloog)

Jaap van der Stel

- 1 Vooraf
- 2 Comorbiditeit versus dubbele diagnose: het probleem van de classificatie
 - 2.1 Wat is een dubbele diagnose?
 - 2.2 Wat is comorbiditeit?
 - 2.3 Wat kan of doet de DSM?
 - 2.4 Ontstaan en beloop van psychopathologie
- 3 Waarom verslaving altijd apart? Het probleem van de integratie
 - 3.1 Wat is er anders aan verslaving?
 - 3.2 Aparte benadering van verslaving is achterhaald
- 4 Ideeën voor de toekomst: het belang van een focus op psychische functies en zelfregulatie
 - 4.1 Functionele benadering biedt perspectief
 - 4.2 Het belang van stagering en profilering
- 5 Tot slot: wat staat ons te doen?
Literatuur

1 Vooraf

Als we de bijdragen in dit handboek overzien dan is er maar één conclusie mogelijk: de hulpverlening aan en behandeling van mensen met een ‘dubbele diagnose’ is een groot probleem. Eenvoudige oplossingen zijn niet voorhanden en voor zover er epidemiologische overzichten zijn gegeven, worden de gesignaleerde problemen die verband houden met middelengebruik en verslaving in relatie tot een andere psychiatrische stoornis eerder groter dan kleiner. Het is wel moeilijk zulke uitspraken hard te maken. Niet alleen omdat de gehanteerde diagnostische criteria kunnen variëren, maar ook – of misschien wel vooral – omdat een grotere maatschappelijke alertheid vaak leidt tot stijging van gerapporteerde problemen. Deze ongunstige situatie zal, in weerwil van een reeks onderzoeken en verbeterprojecten, nog een tijd zo blijven. In deze epiloog geef ik geen samenvatting van de verschillende bijdragen, maar bespreek ik enkele problemen van meer theoretische aard, en voor zover mogelijk draag ik daarvoor een oplossing aan.

Paragraaf 2 gaat in op de *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) en het verschijnsel comorbiditeit. Hier wordt gesteld dat comorbiditeit niet hetzelfde is als een ‘dubbele diagnose’. De derde paragraaf gaat in op het gebrek aan integratie van verslavingszorg en de algemene ggz. Hier wordt de stelling betrokken dat er steeds minder argumenten zijn die ervoor pleiten om deze sectoren niet te integreren. De vierde paragraaf richt de blik op de toekomst. Eerst wordt ingegaan op het belang van een functionele benadering van de diagnostiek en behandeling van comorbiditeit (als alternatief voor een louter op symptomen gerichte oriëntatie). Vervolgens wordt besproken wat het nut kan zijn van staging en profilering. In de vijfde paragraaf ten slotte, worden enkele thema’s benoemd waar we ons de komende jaren hard voor kunnen maken, en waarbij het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) mogelijk een leidende positie kan innemen.

2 Comorbiditeit versus dubbele diagnose: het probleem van de classificatie

In dit handboek wordt het psychiatrisch systeem voor de classificatie van psychiatrische stoornissen als uitgangspunt genomen. Daar zijn goede redenen voor. De belangrijkste zijn dat de instellingen en beroepsgroepen in de ggz en verslavingszorg hiermee werken, de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van psychiatrische stoornissen de DSM als vertrekpunt hebben genomen én de financiering voor een groot deel afhankelijk is van de toepassing van de DSM (zie het DBC- (diagnosebehandelcombinatie-) systeem). Toch is het goed enkele kanttekeningen te maken. Ik ga in deze paragraaf in op de vraag wat een dubbele diagnose en wat comorbiditeit is, wat de DSM wel of niet kan en wat het belang is van meer te weten over het ontstaan en beloop van psychopathologische processen.

2.1 Wat is een dubbele diagnose?

De DSM is formeel geen diagnostisch systeem maar wordt vaak wel als zodanig gebruikt. In de praktijk wordt gesproken van een ‘DSM-diagnose’ als blijkt dat de toestand van een cliënt overeenkomt met de criteria van een DSM-categorie. De DSM rubriceert vooral ‘eindstadia’ van atypische psychische ontwikkelingen – ik licht dit hieronder nog toe.

Een inhoudelijk probleem van de DSM is dat de opstellers in het verleden alle moeite hebben

gedaan om stoornissen van elkaar te onderscheiden. Uiteraard is dat ook de bedoeling van classificatie. Maar of een procedure, die bij de indeling van planten met enige moeite goed lukt, ook geschikt is voor de classificatie van psychopathologie is zeer de vraag. Discussies hierover zijn en worden elders genoegzaam gevoerd. Een reëel alternatief is er nog niet. Het heeft daarom niet veel zin er lang bij stil te staan, ware het niet dat juist door die strikte afbakening er problemen van secundaire aard optreden: de *dubbele diagnose*. Een dubbele diagnose heeft in beginsel betrekking op twee aandoeningen, dus op comorbiditeit, maar in de psychiatrie is dit – gezien de kenmerken van de DSM – toch minder vanzelfsprekend dan het lijkt.

2.2 Wat is comorbiditeit?

Bij comorbiditeit is er goed beschouwd sprake van het *samen oplopen* van twee aandoeningen die al dan niet een interactie met elkaar aangaan, of van twee of meer ziekten die uit elkaar zijn ontstaan maar een eigen leven zijn gaan leiden. Een voorbeeld van het samen oplopen is een huidziekte en het tegelijkertijd optreden van de griep. Genezing en behandeling kunnen dan prima los van elkaar plaatsvinden. Een voorbeeld van het *uit elkaar ontstaan* is depressie en het tevens, als gevolg daarvan, optreden van een hartziekte, of omgekeerd (Chauvet-Gélinier e.a., 2013). In beide gevallen kan een dubbele diagnose worden gesteld.

In de algemene geneeskunde wordt deze uitdrukking overigens zelden gebruikt, al komt het geregeld voor dat bij een patiënt meerdere aandoeningen worden gediagnosticeerd. Goed beschouwd betreft de comorbiditeit de feitelijke toestand van de patiënt en is de dubbele diagnose een onderbouwde beslissing van de arts. Uitgaande van het postulaat dat de epistemologie de ontologie moet volgen, is er dus de vraag of een dubbele diagnose een juiste weergave van de realiteit betreft. In dit geval: of er daadwerkelijk sprake is van comorbiditeit of dat de dubbele diagnose het gevolg is van een te uitbundige uitsplitsing van categorieën in het gebruikte classificatiesysteem. Zie verder hoofdstuk 8 in Van der Stel (2009).

In de psychiatrie liggen de zaken in ieder geval ingewikkelder. In de eerste plaats omdat we er vaak niet zo zeker van kunnen zijn of psychiatrische stoornissen naast elkaar oplopen of uit elkaar zijn ontstaan. Of dat het wellicht twee of meer gezichten zijn van een en dezelfde aandoening. Onze kennis over het ontstaan en het beloop van psychiatrische stoornissen is nog beperkt. Het heeft ermee te maken dat er over de werking van het belangrijkste orgaan dat hier in het geding is, de menselijke hersenen, nog zo veel vragen onbeantwoord zijn.

2.3 Wat kan of doet de DSM?

Elke classificatie van psychiatrische stoornissen is niet meer dan *for the time being*. De opstellers van de DSM zijn zich daar van bewust. Maar ze hebben er niet de consequentie uitgetrokken om daarom maar af te zien van een al te uitbundige uitsplitsing van aandoeningen. Integendeel: het aantal stoornissen dat in de DSM staat opgenomen is – zeker als we ook de negentiende-eeuwse voorlopers meerekenen – exponentieel gegroeid. En toch is het niet zeker of schizofrenie, bipolaire stoornis of autisme, in ieder geval in hun ontstaansfase, werkelijk los van elkaar staande pathologische processen zijn. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld angst en depressie.

Het kan dus zo zijn dat de DSM *ten onrechte* stoornissen ‘apart’ classificeert, die veel beter in een spectrum kunnen worden opgenomen. Voor een deel is dit trouwens al gaande, zoals bij de nieuwe rubriek autismespectrumstoornissen in de DSM-5. Het is denkbaar dat als deze lijn zich doorzet, er nog slechts een handvol spectra overblijven. Maar dat een ‘DSM-diagnose’, als die

dubbel wordt gesteld, een artefact is, moge duidelijk zijn. Een dubbele diagnose van depressie en angst is in de toekomst wellicht verleden tijd als er voldoende bewijs is voor een gemeenschappelijk of sterk overlappend pathologisch mechanisme.

Is het aannemelijk dat dit ook zal gelden voor verslaving in combinatie met een andere psychiatrische aandoening? De kans bestaat dat verslaving in de toekomst in een spectrum van vergelijkbare aandoeningen terechtkomt, waarin sprake is van stoornissen in de impulsregulatie. Maar dan spreken we over stoornissen in een 'eindstadium'. Want, en dat geldt voor alle psychiatrische aandoeningen, als we de blik richten op eerdere stadia en zelfs op de overgangsfase van gezond naar ziek, of normaal naar afwijkend (afwijkend van een overeengekomen norm), dan zijn er op grond van de huidige kennis al voldoende redenen om minder stellig te zijn over het onderverdelen van stoornissen in aparte rubrieken.

Als deze redenering klopt, dan geldt eens te meer dat de DSM expliciet moet worden gepresenteerd als een classificatie van eindstadia, en zeker niet van 'aparte' psychopathologische ontwikkelingen die al in hun ontstaan en de beginfase duidelijk van elkaar kunnen worden onderscheiden.

2.4 Ontstaan en beloop van psychopathologie

Het is dus niet gezegd dat een dubbele diagnose die met behulp van de DSM wordt gesteld *mutatis mutandis* betekent dat er sprake is van twee gescheiden ziekteprocessen. Het kan, maar zeker weten we dat pas als er meer kennis is over het ontstaan en het begin van vormen van psychopathologie.

Kennis over een gemeenschappelijk ontstaansmechanisme impliceert niet dat daarmee ook het verdere beloop van een aandoening bekend is. In grote databestanden zijn patronen herkenbaar wat betreft het beloop van psychiatrische stoornissen, maar bekeken van dichtbij en individueel, is geen enkel psychopathologisch proces hetzelfde, zowel wat betreft de daaraan gerelateerde fasen als wat betreft de afloop ervan.

Zo'n variëteit bestaat ook bij eenduidig somatische aandoeningen. Maar bij psychiatrische stoornissen lijkt deze gemiddeld genomen groter te zijn. Vermoedelijk speelt hierbij een rol dat de aanloopfase vaak langer duurt (zo wordt schizofrenie of bipolaire stoornis pas in de adolescentie manifest), de invloed van de sociale omgeving groot is én de betrokkenen ook zelf, door hun gedrag (zoals het gebruik van middelen) en interne regulatiemechanismen er invloed op uitoefenen *of* en *hoe* een psychiatrische stoornis zich verder ontwikkelt. Het kan bepalen of zich, als 'aspect' van een 'andere' psychiatrische stoornis, een verslavingsstoornis zal ontwikkelen, of omgekeerd, dat zich in het kielzog van een verslaving een andere psychiatrische stoornis ontwikkelt.

3 Waarom verslaving altijd apart? Het probleem van de integratie

3.1 Wat is er anders aan verslaving?

In de DSM wordt verslaving gerubriceerd als een 'gewone' psychiatrische stoornis, naast schizofrenie of (in de DSM-IV nog gerubriceerd op een andere as) een persoonlijkheidsstoornis. In de 'buitenwereld' is dit echter niet vanzelfsprekend. In opleidingen, instellingen en in beroepsgroepen wordt verslaving nog goeddeels 'apart' benaderd, en is er ook twijfel over hoe 'gewoon' verslaving wel niet is. Weliswaar is er niet veel steun meer voor het idee dat verslaving getuigt

van wilswakke of samenvalt met immoreel gedrag, maar in het idee 'dat mensen het er vaak zélf naar gemaakt hebben' schuilt nog steeds een morele veroordeling of afwijzing. In ieder geval is het idee van 'verslaving als een chronische hersenziekte' niet breed aanvaard. Dat is misschien maar goed ook als dit zou betekenen dat daarmee de psychische en sociale componenten bij het ontstaan en beloop van de aandoening worden genegeerd.

Verslaving is geen 'autonome' ziekte van de hersenen, en goed beschouwd geldt dat in meer of mindere mate ook voor alle andere psychiatrische stoornissen. Gedrag van de betrokkenen zelf alsook invloeden vanuit hun omgeving spelen altijd een rol. Zowel bij het ontstaan ervan als bij het zoeken naar verandering. En dat maakt het ook begrijpelijk waarom tegenwoordig in ieder geval theoretisch de kans op effectieve preventie van schizofrenie of Alzheimer veel positiever wordt ingeschat dan 10 jaar geleden. En zelfs van autisme, een aandoening die al heel vroeg na de geboorte kan worden vastgesteld, wordt gedacht dat er mogelijkheden zijn van herstel in de zin van dat kinderen er 'uit kunnen groeien'.

3.2 Aparte benadering van verslaving is achterhaald

Verslaving staat nog steeds apart in de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor wordt er als verslaving *ook* in het geding is snel gesproken van een dubbele diagnose. NB: deze uitdrukking wordt niet tot zelden gebruikt wanneer bijvoorbeeld patiënten met schizofrenie bijvoorbeeld tevens een angststoornis hebben of anderszins.

Het omgekeerde gebeurt in de verslavingszorg. Dat alleen in de ggz en de verslavingszorg zo'n combinatie zo wordt genoemd, heeft er zeker mee te maken dat de samenleving verslaving, of algemener het misbruik van alcohol en drugs, speciale aandacht geeft. We zien dit ook terug in de opvattingen van de diverse beroepsgroepen en trouwens ook bij die van cliënten. In samenhang hiermee opereert de zorg nog steeds goeddeels gescheiden. De meeste initiatieven om deze scheiding ongedaan te maken, zijn gestrand of hebben geleid tot deeloplossingen in de vorm van door verslavingszorg en ggz opgezette 'dubbele-diagnoseklinieken' en dergelijke. Tot een werkelijke integratie van instellingen is het niet gekomen.

Er is nooit goed onderzoek gedaan naar de redenen of achtergronden waarom de ooit gescheiden tot stand gekomen verslavingszorg en de instellingen voor ggz niet, om inhoudelijke redenen, 'als vanzelfsprekend' in elkaar zijn opgegaan. Dit geldt voor Nederland, maar we zien het ook terug in andere landen. In ieder geval kan niet worden gezegd dat de verslavingszorg zo'n integratie graag heeft gewild of omgekeerd dat de ggz dit resoluut heeft tegengehouden. Tot op de dag van vandaag overheerst in de verslavingszorg de opvatting dat zo'n integratie niet zo verstandig is. Verslaving is 'apart', verslaafden zijn 'anders' en bij een integratie wordt gevreesd dat de bijzondere kenmerken van de verslavingszorg worden ondergesneeuwd. Het bewijs hiervoor is er niet, en het is ook niet aannemelijk dat dit gemakkelijk kan worden geleverd. In de ggz wordt, net als in de verslavingszorg, gewerkt met 'lastige' mensen met een 'ingewikkelde' problematiek, waarbij vaak ook een forensische insteek noodzakelijk is. Waarom horen mensen die verslaafd zijn daar niet bij? In de ggz worden tenslotte nu ook al voor diverse stoornissen en uiteenlopende doelgroepen verschillende behandelprogramma's uitgevoerd. Belangrijker is wellicht dat zeker de helft van de cliëntenpopulatie in de ggz te maken heeft met misbruik van middelen. En als we roken meerekenen, is zeker meer dan de helft ook verslaafd. Omgekeerd heeft een groot deel van de populatie in de verslavingszorg een andere psychiatrische stoornis, zoals angst, depressie, ADHD of een persoonlijkheidsstoornis. Het is door een samenloop van omstandigheden dat de ene persoon cliënt wordt in de ggz en een ander in

de verslavingszorg. Aan de hand van kenmerken van de cliënten is dat vaak niet goed vast te stellen. Een interessant voorbeeld is een studie van Havassy, Alvidrez en Owen (2004) in de vs. Patiënten met een ‘dubbele diagnose’ in een instelling voor psychiatrie kwamen in diagnostisch opzicht sterk overeen met die in een instelling voor verslavingszorg. Alleen schizofrenie kwam vaker als comorbide stoornis voor in de psychiatrie. In hun beoordeling konden de onderzoekers geen verschillen ontdekken die toewijzing in de ene of de andere behandelsetting kon rechtvaardigen.

Hierbij komt dat de werkmethoden in beide sectoren steeds meer gelijkenis vertonen. Motiverende gespreksvoering, diverse varianten van de cognitieve gedragstherapie, ontwikkelen of toepassen van methoden voor herstelondersteunende zorg, werken met FACT- (Functional Assertive Community Treatment-) teams E-mental health, enzovoort, zijn al lang niet meer uniek voor een van beide partijen. Zo bezien zijn er meer redenen om samen te gaan, of ten minste te integreren, dan om dit tegen houden.

Toen in de jaren tachtig van de vorige eeuw lange tijd werd gediscussieerd of de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) zouden opgaan in de Riagg kon nog – terecht – gewezen worden op de grote verschillen in opvattingen en werkmethoden tussen de CAD's en de andere instellingen die de Riagg zouden vormen (Sociaal Psychiatrische Dienst, bureau voor Levens- en gezinsvraagstukken, Instituut voor Multidisciplinair Psychotherapie en Medisch Opvoedkundig Bureau). Integratie zou de ‘eigenheid’ en het ‘categoriale’ karakter van de CAD's tenietdoen (zie over de Riagg-vorming Van der Stel, 1995). Zulke argumenten zijn nu niet meer geldig. Op zich hoeft de afwezigheid van een organisatorische integratie een naadloze samenwerking tussen medewerkers niet in de weg te staan.

Hoe het ook zij: optimistisch over een integratie van instellingen of circuits kunnen we niet zijn als dat afhankelijk is van louter inhoudelijke argumenten. De artikelen in dit handboek bevatten genoeg redenen om geïntegreerd te behandelen binnen of vanuit één instelling. Tot die tijd kunnen gezamenlijke behandelteams worden opgezet tot en met geïntegreerde klinieken, er kan samengewerkt worden in de eerste lijn en medewerkers van beide sectoren kunnen participeren in een en hetzelfde FACT-team. En verder kunnen er in de twee werksorten deskundigheidsontwikkelingsprogramma's worden gestart om lacunes in kennis en kunde weg te werken. Maar toch: de praktijk heeft geleerd dat het niet makkelijk is, en dat verhoogde alertheid na jaren weer wegvalt. Er zijn meer onderwerpen waaruit blijkt dat ‘op zich’ goede oplossingen niet beklijven. Programma's om aandacht voor alcoholproblemen in de eerste lijn te versterken werken, maar wat blijft er over na vijf jaar? Hetzelfde geldt voor aandacht vragen voor de kinderen van mensen met een verslavingsprobleem of een andere psychiatrische stoornis in de volwassenenzorg. Het kan, maar bij gebrek aan ‘onderhoud’ zakt het meestal weer weg.

Veranderingen treden vaak pas op als instellingen daartoe worden gedwongen door stelselwijzigingen, dreigende kortingen op hun budget of – minder ingrijpend – concrete voorschriften van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

4 Ideeën voor de toekomst: het belang van een focus op psychische functies en zelfregulatie

4.1 Functionele benadering biedt perspectief

Psychiatrische stoornissen worden nu nog goeddeels getypeerd als een verzameling van symptomen en een aanduiding van hoe vaak en hoe lang deze (of een minimaal aantal daarvan) al optreden. Dit heeft in de geneeskunde, waar de psychiatrie een onderdeel van is, wel iets merkwaardigs. Inderdaad spelen *signs and symptoms* een belangrijke rol bij het uitspreken van het vermoeden dat er iets niet goed zit – dit geeft aanleiding tot een nader onderzoek en eventueel een formele diagnose. Het gaat in de geneeskunde bij de diagnostiek echter niet alleen om uiterlijke verschijnselen, hoe belangrijk die ook zijn én blijven. De focus is ook gericht op het beoordelen van de (*somatische*) *functies* die bij een ziekte in het geding zijn – om de beperkingen van bijvoorbeeld de longfuncties of de functies van het hart. Behandeling is er niet alleen op gericht om symptomen weg te nemen of te onderdrukken (al is soms niet meer mogelijk). Bij voorkeur richt men zich op de verbetering of in ieder geval het behoud van de functies van het orgaan of orgaansysteem in kwestie.

Wellicht is een *functionele* benadering van de diagnostiek en de behandeling van psychiatrische stoornissen vooral ook een goede oplossing voor de problematiek van de dubbele diagnose respectievelijk de behandeling van comorbide psychische problemen. Bij verschillende, of in ieder geval als *verschillend* gediagnosticeerde stoornissen, zijn *dezelfde* psychische disfuncties in het geding, en een behandeling van die psychische disfuncties kan, bijvoorbeeld door functiegerichte trainingen, een bijdrage leveren aan de behandeling van beide aandoeningen. Bij de meeste, of wellicht alle ernstige psychiatrische aandoeningen is sprake van tekorten in het executief functioneren, bijvoorbeeld in de controle van impulsen.

Het is voorstelbaar dat patiënten met ADHD én verslaving van eenzelfde rehabilitatieprogramma op dit vlak gebruik kunnen maken waardoor zij – door de onderliggende, gemeenschappelijke problematiek aan te pakken – een verbetering kunnen bereiken op zowel de regulatie van hun verslavingsgedrag als een verbeterde impulscontrole verwerven die gunstig uitpakt bij ADHD. Zo zijn er talloze voorbeelden te bedenken, en het ziet er naar uit dat er de komende jaren sowieso meer op neuropsychische functies gerichte behandelingen komen die de beperkingen van de symptoomreductie omzeilen. In Nederland is de neuropsycholoog Wiers op dit gebied actief. Zo rapporteerden Wiers e.a. (2010) over een effectieve manier om alcoholverslaafden te leren automatische gedragingen met betrekking tot alcoholgebruik te veranderen. In een ander experiment bleek dat training van het werkgeheugen niet alleen de werkgeheugenfunctie verbeterde maar ook gepaard ging met minder alcoholgebruik gedurende ten minste een maand (Houben, Wiers & Jansen, 2011).

Een voordeel van functiegerichte behandelingen is ook dat hierbij veel explicieter een beroep kan (en moet) worden gedaan op eigen activiteit. Hierdoor wordt de zelfregulatie gestimuleerd. In zoverre sluiten zulke benaderingen goed aan bij de recente ontwikkeling gericht op herstel, eigen regie en zelfmanagement en dragen ze bij aan de zelfregulatie: het zelf beïnvloeden van cognities, emoties, motivaties en het gedrag.

4.2 Het belang van staging en profilering

Los van wetenschapsfilosofische of beleidsmatige overwegingen kan niemand er omheen dat veel mensen met psychische problemen vaak misbruik maken van middelen en aangeduid worden als verslaafd. Er zijn genoeg redenen om dit probleem systematisch te onderzoeken, te zoeken naar nieuwe behandelvormen waarin alle problemen op een geïntegreerde of samenhangende wijze worden benaderd, en, liever nog, ernaar te streven dat het ontstaan van comorbiditeit wordt teruggedrongen. Dit laatste veronderstelt dat vanuit een ontwikkelingsperspectief gezocht wordt naar de stadia waarin problemen zich ontwikkelen en dat ook stadiumspecifieke interventies worden getest.

Diagnostiek heeft slechts zin als het de opmaat is voor de selectie van de meest effectieve behandeling – specifiek voor het stadium en ook overeenkomstig de individuele kenmerken. De aandacht voor staging en profilering, want daar gaat het hier om, is in de psychiatrie nog van heel recente datum. Uit de somatische gezondheidszorg, in het bijzonder de oncologie, kunnen we leren dat dit op termijn tot statistisch significante resultaten kan leiden, zoals valt af te meten aan cijfers over het aantal patiënten dat overleeft na vijf jaar en statistieken over sterfte. Het denken in stadia (en individuele patiëntprofielen) is in de oncologie, maar ook andere medische specialismen, de motor geweest voor een prominente plaats van vroegdiagnostiek en vroege behandeling. De psychiatrie of de ggz staat wat dit betreft nog aan het begin – zowel wat de hiervoor benodigde empirische kennis betreft als wat betreft het benodigde theoretische kader. Maar het motief om verder te gaan ligt impliciet besloten in de bijdragen in dit handboek: we kunnen nog lang niet tevreden achterom kijken.

5 Tot slot: wat staat ons te doen?

Dit handboek geeft een mooi overzicht van hoe in Nederland en Vlaanderen de internationale kennis over de achtergronden van de combinatie van verslaving met een andere psychiatrische stoornis én de professionele benadering daarvan wordt gepercipieerd en heeft geleid tot op verandering gerichte programma's. De algemene aspecten of principes van het geïntegreerd behandelen staan in de delen 1, 2 en 4 van dit handboek duidelijk verwoord. Gelukkig is er ook aandacht voor de rol van de familie, al had een hoofdstuk waarin aandacht voor de gevolgen van de problemen voor de kinderen van ouders met een verslavingsprobleem plus een ander psychiatrische stoornis niet misstaan. Het is een hardnekkig probleem om in de zorg aan volwassenen de focus duurzaam óók op de kinderen te richten. Kennis daarover is genoegzaam bekend. Helaas zien we ook hier dat de aandacht voor kinderen met een psychiatrische stoornis los staat van die voor kinderen van verslaafde ouders. Wat die laatste groep betreft is de aandacht voor kinderen van aan alcohol verslaafde ouders vaak gescheiden van die voor ouders die aan drugs zijn verslaafd. Een mooi overzicht met beleidsaanwijzingen is recent gepubliceerd door het Britse Ofsted (2013).

Deel 3, het hart van dit handboek, richt de focus op algemene principes en vervolgens op specifieke combinaties.

Rest de vraag: hoe nu verder? Het is duidelijk dat, gezien alleen al de verscheidenheid aan auteurs die aan dit handboek hebben meegewerkt, het bestaan van het landelijk steunpunt LEDD en diverse projecten en programma's rondom dit thema bij instellingen, de belangstelling voor dubbele diagnose of comorbiditeit is toegenomen en navenant de kennis een bredere basis

heeft. Bekeken over een periode van 10 of 15 jaar is het onmiskenbaar dat er ook in de praktijk van de hulpverlening daadwerkelijk meer aandacht voor is. Toch zijn we er nog lang niet. Los van de in deze epiloog beschreven problemen van diagnostische en classificerende aard denk ik aan het volgende:

- *Kennis over etiologie.* Er is behoefte aan meer fundamentele kennis over het ontstaan van comorbiditeit. Het nut hiervan is dat het aangrijpingspunten kan verschaffen voor het ontwikkelen van nieuwe behandelstrategieën. De middelen hiervoor zijn schaars en het kan ook niet nationaal opgelost worden. Het is belangrijk dat er internationaal – in het bijzonder in Europees verband – een goed doordacht onderzoeksprogramma wordt gestart.
- *Kennis over behandelen.* *Mutatis mutandis* geldt dit voor het ontwikkelen van behandelstrategieën. Het arsenaal aan therapieën is op de keper beschouwd beperkt en het ziet er niet naar uit dat dit snel verandert. In ieder geval lijkt het er niet op dat er snel nieuwe medicijnen zullen komen die bij deze problematiek werkzaam zijn. Kansen zijn er echter nog steeds in het beter benutten (en op elkaar afstemmen) van bestaande op sociaalpsychologische, psychotherapeutische en neuropsychologische principes gebaseerde therapieën. Maar om doorbraken te forceren – en het enthousiasme voor deze problematiek bij behandelaren te doen groeien – is het noodzakelijk dat (ook hier weer meer in Europees verband) er meer experimenten worden uitgevoerd. De noodzaak hiervan ligt naast inhoudelijke argumenten besloten in de hoge kosten die nu met deze vorm van comorbiditeit gepaard gaan.
- *Kennis over geïntegreerd handelen.* Veel kennis op basis van programmavergelijking is er nog niet om met stelligheid te kunnen beweren dat de integratie van algemene ggz en verslavingszorg noodzakelijk is en dat het achterwege laten daarvan schadelijk is, of kan zijn. Het is moeilijk zulke kennis boven tafel te krijgen omdat het maatschappelijke experimenten vereist waar instellingen of financiers mogelijk niet toe bereid zijn. Dit laat onverlet dat als de convergentie in visies en behandelmethoden bij ggz en verslavingszorg toeneemt, het steeds lastiger wordt om te verantwoorden waarom er desondanks geen integratie plaatsvindt, al was het maar op het niveau van uitvoerende teams.
- *Kennis over preventie en vroegtijdig handelen.* De focus in dit handboek is vooral gericht op het behandelen van mensen met comorbide problemen. Iedereen begrijpt dat het maatschappelijke kosten en persoonlijk leed zou besparen als we het ontstaan en verdergaand beloop naar een ernstiger stadium zouden kunnen verhinderen. Of dat kan en hoe dat zou moeten is nog lang niet goed onderzocht en in aanvulling op hiervoor genoemde thema's lijkt het zinvol hier meer aandacht aan te besteden.

Het LEDD zou de komende jaren een leidende positie kunnen innemen om de voorwaarden te scheppen opdat deze vragen worden beantwoord. En zo'n kenniscentrum is ook nodig opdat de aandacht voor deze ernstige vorm van comorbiditeit blijvend in de aandacht staat.

Literatuur

- Chauvet-Gélinier, J.C., Trojak, B., Vergès-Patois, B., Cottin, Y., & Bonin, B. (2013). Review on depression and coronary heart disease. *Archives of Cardiovascular Disease*, *106*, 103-110.
- Havassy, B.E., Alvidrez, J., & Owen, K.K. (2004). Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 139-145.
- Houben, K., Wiers, R.W., & Jansen, A. (2011). Getting a grip on drinking behavior: training working memory to reduce alcohol abuse. *Psychological Science*, *22*, 968-975.
- Ofsted (Office for Standards in Education, Children's Services and Skills) (2013). *What about the children? Joint working between adult and children's services when parents or carers have mental ill health and/or drug and alcohol problems*. <http://www.ofsted.gov.uk>.
- Stel, J. van der (1995). *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Dissertatie. Hilversum: Verloren.
- Stel, J. van der (2009). *Psychopathologie. Grondslagen, determinanten, mechanismen*. Dissertatie. Amsterdam: Boom.
- Wiers, R.W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K., & Strack, F. (2010). Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction*, *105*, 279-287.