

# **Verlavingszorg en psychiatrie. Pleidooi voor het afschaffen van grenzen**

Jaap van der Stel

Psychopraxis, 05 (2003), p. 232–235

## **Inhoud**

- \* Zes redenen voor een geïntegreerde behandeling van verslavingen
- \* Consequenties
- \* Tot slot
- \* Noten

Tot voor kort was er tussen de verslavingszorg en de overige GGZ sprake van zeer beperkt grensverkeer. Dat had zo zijn voordelen, maar of de patiënten daar echt beter van werden is twijfelachtig. Lange tijd kon de GGZ de ogen sluiten voor de verslaving van haar patiënten. Het werd gezien als gedrag waarvoor een verslaafde ‘koos’ en dat viel buiten de competentie van de psychiatrie. Als verslaving al behandeling behoefde, dan was daar de verslavingszorg voor. Inmiddels wordt verslaving meer en meer erkend als een psychiatrische stoornis en in verband gebracht met hersenprocessen. Bovendien komt verslaving vaak voor in combinatie met andere psychiatrische stoornissen. Deze co-morbiditeit is reden om serieus na te denken over de afstemming van verslavingszorg en de reguliere GGZ. Ik meen dat we er niet aan ontkomen om patiënten met een verslaving en een andere psychiatrische stoornis geïntegreerd te behandelen en in deze bijdrage wil ik daarvoor eerst een aantal redenen geven. Hierna ga ik kort in op de gevolgen ervan voor de betrokkenen.

Daarbij gebruik ik de aanduidingen ‘afhankelijkheid van middelen’ en verslaving als synoniemen.

Zes redenen voor een geïntegreerde behandeling van verslavingen

De eerste reden voor het geïntegreerd behandelen van verslavingen in de GGZ is het feit dat verslavingen psychiatrische stoornissen zijn. Ze zijn diagnostisch gerubriceerd als een hoofdcategorie in de DSM onder de naam ‘substance related disorders’. Volgens de psycholoog Jerome Wakefield is er sprake van een psychiatrische stoornis bij een schadelijke disfunctie van

evolutionair 'ontworpen' potenties. Deze definitie dekt goed de lading van het stoornisbegrip zoals dat ten grondslag ligt aan de DSM-classificatie, en is tevens geschikt als onderscheidend criterium. Om van een stoornis te spreken moet aan drie voorwaarden zijn voldaan. Het gedrag in kwestie is:

- \* niet functioneel;
- \* schadelijk (voor de betrokkene en/of anderen);
- \* een disfunctie van evolutionair gevormde menselijke potenties.

Deze definitie kan bij twijfel uitsluitsel geven over de vraag of bepaald gedrag onder het psychiatrische stoornisbegrip valt. Het gaat dan om 'grensgevallen', ofwel gedragsuitingen die moeilijk van 'normale' gedragingen zijn te onderscheiden, zoals afwijkende seksuele belevingen en grensoverschrijdend of persoonlijkheidsgestoord gedrag. Het gebruik van psychoactieve stoffen hoort daar ook bij. Is verslaving volgens dit criterium een psychiatrische stoornis of is het een 'ondeugd', zoals men eeuwenlang heeft gedacht? Laten we eens kijken wat een beoordeling volgens de criteria van Wakefield oplevert:

1. Is het syndroom disfunctioneel? Ja, bij verslavingsgedrag is het moeilijk zo niet onmogelijk aan te tonen hoe dit gedrag de 'adaptatie' van mensen zou verhogen. De sterke hunkering naar middelen overheerst andere, vaak essentiële levensverrichtingen, zoals zelfzorg, werk en een stabiele relatie.

2. Is het syndroom schadelijk? Ja, zowel voor de direct betrokkene als voor zijn of haar sociale omgeving. Bij verslaving leidt de aandoening na verloop van tijd tot (ernstige) complicaties bijvoorbeeld beschadiging van hersenen en lever – en neemt de levensverwachting af.

Daarnaast neemt niet alleen de sociale actieradius af, maar draaien de naasten van verslaafden vaak over langere termijn op voor de gevolgen van de verslaving. Voorbeelden daarvan zijn geldgebrek en ontregeling van het gezinsleven.

3. Is het een disfunctie vanuit evolutionair gezichtspunt? Uitgaande van de centrale functies die een mens evolutionair vervult (bescherming van de soort, het individu enz.), valt eenvoudig in te zien dat afhankelijkheid van middelen op gespannen voet staat met evolutionair succes.

Kortom: volgens deze criteria is afhankelijkheid van middelen een psychiatrische stoornis, die dus voor behandeling in aanmerking komt. Dat laatste zegt echter nog niets over de

noodzaak om dat geïntegreerd met de behandeling van de andere psychiatrische stoornis te doen.

De tweede reden zegt meer daarover. In de meeste gevallen valt moeilijk uit te maken hoe de psychiatrische en de co-morbide stoornis zich in het algemeen tot elkaar verhouden. Of de een nu door de ander wordt veroorzaakt, of ze niets met elkaar te maken hebben, of dat ze beide uit één enkele oorzaak voortkomen, is dus meestal niet te achterhalen. Dat geldt ook voor verslavingen als co-morbiditeit bij een andere psychiatrische stoornis, een veelvoorkomende combinatie (zie kader 1). Dat samengaan op zich is dus door die oorzakelijke onduidelijkheid nog geen argument voor een geïntegreerde behandeling. Over de wederzijdse beïnvloeding van verslavingen en andere psychiatrische stoornissen bestaat echter meer helderheid. Over het algemeen oefenen verslavingen een negatieve invloed uit op het beloop en de prognose van het andere psychiatrische lijden en omgekeerd. Bekende voorbeelden zijn het loswoelen van schizofrene stoornissen door het gebruik van cannabis of heftige psychotische verschijnselen door het gebruik van amfetaminederivaten bij schizofrene patiënten.

Ten derde zijn psychiatrische stoornissen moeilijker te behandelen als er tevens sprake is van een verslaving. Bovendien blijkt een dergelijke behandeling minder effectief dan bij een enkelvoudige stoornis en is zo'n behandeling ook complexer. Het is bijvoorbeeld moeilijker om de patiënt gemotiveerd te houden voor de behandeling. De meeste van deze patiënten neigen er namelijk sterk toe om hun ziekte(s) te bagatelliseren, wat kan leiden tot voortijdig stoppen van de behandeling. Dat maakt toepassing van technieken uit de verslavingszorg (zoals bepaalde motiveringstechnieken) ook voor de behandeling van de andere psychiatrische stoornis noodzakelijk. Er zijn dus veel argumenten aan te voeren om al die belemmeringen en complicaties in de behandeling van psychiatrische patiënten met een comorbide verslavingsziekte recht te doen in de vorm van een gekoppeld hulpaanbod.

Reden vier heeft te maken met de effectiviteit van voorzieningen voor patiënten met een psychiatrische stoornis en afhankelijkheid van middelen als co-morbiditeit. In een cyclus over twaalf maanden publiceerde het gerenommeerde Amerikaanse vaktijdschrift *Psychiatric Services* in 2001 in ieder nummer een metastudie naar een psychosociaal behandelprogramma. Een van die bijdragen ging over de

behandeling van psychiatrische patiënten met een co-morbide verslavingsziekte. Uit dit systematisch overzicht van onderzoek naar behandelresultaten bleek, dat de geïntegreerde programma's succesvoller zijn dan programma's waarin beide stoornissen afzonderlijk behandeling krijgen. Het ging hier om praktisch significante verschillen.

De vijfde reden komt voort uit het gebrek aan evidentie voor de meest geschikte vorm van geïntegreerde behandeling. Met name over de vraag of de verslavingsziekte en de andere psychiatrische stoornis gelijktijdig aangepakt of achtereenvolgend behandeld moeten worden – en welke stoornis dan het beste als eerste – beschikken onderzoekers nog over te weinig kennis. Een geïntegreerde behandelsetting biedt een mogelijkheid om dit verder te onderzoeken. Centra waar psychiatrische stoornissen en co-morbide verslavingsziekten geïntegreerd behandeld worden, stellen onderzoekers in staat om gedetailleerder dan tot nu toe kritische succesfactoren voor een effectieve behandeling in kaart te brengen.

Hulpverleners krijgen er bovendien de gelegenheid om zich te bekwamen in de meest gepaste behandeling en bejegening van de leden van deze gecompliceerde doelgroep.

De zesde reden heeft te maken met de hulpverlener. In de huidige praktijk zijn de verslavingszorg en de GGZ ruimtelijk en organisatorisch (zie kader 2) – dus ook qua financiering – gescheiden. Bijgevolg is een patiënt in de regel in zorg bij één van de twee. Zeker bij moeilijk behandelbare patiënten biedt deze organisatorische inbedding teveel gelegenheid tot het verwijzen van de klant naar de burens. Onafhankelijk van de vraag of dit al dan niet opzettelijk gebeurt, blijkt er in de dagelijkse praktijk sprake van druk grensverkeer in de vorm van verwijzingen van patiënten met wie hulpverleners in beide circuits 'niet veel kunnen'. Het gevolg is dat eigenlijk niemand zich verantwoordelijk voelt voor adequate hulp aan de betreffende patiënten. Ook als de vorige vijf redenen er niet waren geweest, dan is dit alleen al voldoende om samengaan van beide circuits ernstig te overwegen. Overigens is dit laatste punt voor een aantal regio's al aanleiding geweest om kritischer te kijken naar de zorg voor deze 'dubbele diagnose' patiënten.

## **Kader 1 Co-morbiditeit**

De aanwezigheid van een tweede psychiatrische of lichamelijke ziekte naast een bestaande psychiatrische (co-morbiditeit) is in de GGZ een veelvoorkomend probleem. Dat geldt zowel voor angst-, stemmings- als psychotische stoornissen. De percentages variëren per aandoening tot 90%. Afhankelijkheid van psychoactieve stoffen is een van die vormen van co-morbiditeit. Ook hier weer wisselt de prevalentie met de aard van de aandoening, maar deze kan oplopen van 40 tot 50% bij psychotische stoornissen. De term 'dubbele diagnose' ('dual diagnosis') als aanduiding voor mensen met een psychiatrische stoornis die tevens verslaafd zijn, suggereert dat we hier met een heel bijzondere groep van doen hebben. Dat berust dus op een dwaling. Er zijn wel grote verschillen in de betekenis van de co-morbide stoornis voor 'het andere psychiatrische lijden'.

## **Kader 2 Bewijs voor geïntegreerd behandelen?**

Geïntegreerde behandelprogramma's in GGZ en verslavingszorg lijken de algemene toestand van de patiënt te verbeteren. Men kan hier tegen in brengen dat het 'bewijs' voor deze stelling nog heel dun is en daar zijn ook goede verklaringen voor:

- er is naar verhouding nog heel weinig geïnvesteerd in het vormgeven én uittesten van geïntegreerde behandelprogramma's;
- er zitten nog enorme gaten in onze kennis over (de neurobiologie van) verslaving, de overige psychiatrische stoornissen en de combinaties daarvan. Dit hindert niet alleen de diagnostiek maar belemmert zeker ook het vinden van een optimale behandelstrategie;
- farmacologische behandelprotocollen zijn veelal gericht op één stoornis, terwijl co-morbiditeit (ook los van het voorkomen van verslaving) eerder regel dan uitzondering is.

## **Kader 3 Gescheiden circuits**

Opmerkelijk in vergelijking met het buitenland is de ambulante taak van de Nederlandse verslavingszorg vanouds dominant aanwezig en relatief goed georganiseerd. Al vanaf 1909 bestaan er in Nederland aparte consultatiebureaus voor alcoholisten (en later ook druggebruikers:

CAD). De GGZ kwam pas later met een ambulante tak. Het gevolg was wel dat de verslavingszorg zich nogal gescheiden van de overige GGZ ontwikkelde. Gezamenlijke behandelingspraktijken kwamen nauwelijks van de grond, ook al was daar gezien de problematiek van de cliënt volop aanleiding toe. Bij de RIAGG-vorming begin jaren tachtig haakten de CAD's op het allerlaatste moment af.

Pas de laatste tien jaar worden pogingen ondernomen gezamenlijke behandelprogramma's tot stand te brengen.

Dit proces gaat erg langzaam, wordt niet of nauwelijks door de overheid gestuurd en er zijn veel obstakels aan te wijzen waardoor de resultaten in de patiëntenzorg nog heel beperkt zijn. Kortom: een behandelpraktijk die meer 'history-' dan 'evidence-based' is.

## **Consequenties**

Laten we nu nagaan welke veranderingen geïntegreerde voorzieningen voor psychiatrische patiënten met co-morbide verslavingsziekten te weeg zullen brengen. De instellingen moeten fuseren of verregaand samenwerken met relatief onbekenden. Dat betekent ook samen een budget beheren en omzetten in een zorgarrangement. Dat impliceert ook een veranderd gezicht naar buiten toe. In de volksmond worden verslavingen meer dan psychiatrische ziekten geassocieerd met ondeugd en zonde. Voor een instelling die vooral psychiatrisch zieke patiënten als doelgroep heeft, kan dit een beschadigd imago tot gevolg hebben. De instellingen doen er dan ook goed aan mogelijk gezichtsverlies vanaf het begin van samengaan als belangrijk aandachtspunt te agenderen.

Uitgaande van de zesde reden ligt het voor de hand om minimaal af te stevenen op een intensieve samenwerking van beide circuits, en in ieder geval dus op het opheffen van de historisch gegroeide grenzen. Voor de hulpverleners die oorspronkelijk uit de GGZ komen, vraagt dat aanpassing in vaardigheden en attitude. Wat die eerste betreft zijn de motiveringstechnieken al genoemd. Daarnaast vragen verslavingspatiënten specifieke vaardigheden om de zucht naar en gevolgen van gebruik te behandelen. Ten slotte zijn vaardigheden vereist in de omgang met het gedrag van patiënten met een verslaving, zoals bijvoorbeeld directe behoeftebevrediging en korte termijn

perspectief. De meeste patiënten met een verslaving hebben naast de psychiatrische stoornis ook nog (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis en dat vereist een gepaste bejegening.

Een laatste bejegeningaspect heeft ook te maken met de therapeutische relatie. De hulp aan verslaafden gebeurde lange tijd op vrijwillige basis.

Ofschoon daar nu langzaam verandering in komt, zullen de handen van deze GGZ-hulpverleners regelmatig jeuken om tot vormen van dwangbehandeling over te gaan. Toch verdragen dwang en hulpverlening aan patiënten met een verslaving elkaar nauwelijks.

De hulpverleners uit de verslavingszorg zullen zich eveneens moeten aanpassen aan de nieuwe behandelomgeving, en wel gedeeltelijk in de omgekeerde richting als de GGZ-hulpverleners.

Het verwerven van kennis over en vaardigheden in de behandeling geldt voor beide groepen en dat vraagt trainings- en leerarbeid voor beiden. Maar qua attitude zullen ze meer nog dan ze waarschijnlijk nu al doen, moeten uitgaan van de mogelijkheid van dwang. Een dergelijke verhouding kenmerkt zich door meer ongelijkheid en een groter gehalte aan paternalisme. Dat zal voor deze hulpverleners zeker wennen zijn.

Tot slot

Voor gescheiden hulpverlening voor patiënten met een psychiatrische stoornis in engere zin en co-morbide verslaving valt geen redelijk argument meer aan te voeren. Het gaat immers om een groep patiënten met een gecompliceerd ziektebeeld en dan is het maar het beste om alle relevante ervaring in huis te hebben. De historisch bepaalde grens dient dan ook gesloopt te worden.

## **Noten**

1. 1 McGuire M & A Troisi (1998) Darwinian psychiatry. Oxford/New York: Oxford University Press
2. 2 Drake RE ea (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. Psychiatric services 52: 469-76.

Copyright 2005, Bohn Stafleu van Loghum, Houten