
HERIJKING VAN DE GRONDSLAGEN VAN DE VERSLAVINGSZORG

Naar een verslavingspsychiatrie

BJM van de Wetering en **ECJE Czyzewski**, Bouman GGZ, Rotterdam

Verslaving is een onderwerp waar menigeen wel een opvatting over heeft, met name over wat er met verslaafden moet gebeuren. In het publieke debat dat reikt van de huiskamer tot de Tweede Kamer overheerst nog vaak de mening dat het gaat om verwerpelijk gedrag dat aanleiding geeft tot overlast die vooral bestreden moet worden. Er bestaat een sterke roep om een harde aanpak waarbij niet wordt geschuwd de overlastgevende verslaafden via gebiedsontzeggingen en opsluiting uit (delen van) de stad te weren. Er is vandaag de dag geen plaats meer voor gedogen. Dat wordt immers gezien als de bron van alle ellende. In de haast om snelle resultaten te bereiken wordt de verslavingszorg links en rechts voorbijgesneld door de instituties belast met handhaving van openbare orde en veiligheid. Omdat zij onvoldoende in staat is gebleken passende resultaten te bereiken met overlast gevende verslaafden wordt een oplossing niet meer van de verslavingszorg verwacht.

Een onvermijdelijke conclusie is dat de verslavingszorg door haar opvatting over verslaving en het bijna verabsoluteren van het belang van motivatie voor behandeling ongewild en indirect heeft bijgedragen aan de opvatting dat verslaving als zelf gekozen deviant gedrag de verslaafde aangerekend mocht worden. " Had je er maar niet aan moeten beginnen

".
Inmiddels zijn al weer uitgebreide rapporten van de Gezondheidsraad over behandeling van verslaving verschenen en zijn de resultaten van het heroïne experiment gepubliceerd¹⁾. Uit deze rapporten spreekt een sterke aanbeveling voor een meer medisch-specialistische inbedding van de verslavingszorg. Onze conclusie is dat het tijd is het oude paradigma te verlaten en een nieuw paradigma voor de "verslavingsgezondheidszorg" (addiction medicine) te beschrijven.

Het oude paradigma van verslaving als aangeleerd gedrag

Behandelingen gebaseerd op een gedragsmatig model hebben vooral een gunstig effect opgeleverd voor het merendeel der patiënten met relatief mildere verslavingsproblematiek . Met name wanneer de verslaving korter bestond, een beperkt assortiment middelen betrof en niet had geleid tot ernstige maatschappelijke teloorgang bleek de prognose van gedragsmatig georiënteerde behandeling gunstig. Echter patiënten die geen abstinentie wisten te bereiken waren vaak slechts aangewezen op interventies gericht op beperking van de schade ("harm reduction"). Het paradigma waarin verslaving wordt beschouwd als aangeleerd en afhankelijk gedrag, dat via gedragstraining veranderd kan worden, bleek

in de praktijk geen algemene geldigheid te hebben. De beperkingen van het gedragsmatige model zijn:

- het geeft geen verklaring voor de aan het verslavingsgedrag ten grondslag liggende mechanismen waardoor het gedrag wordt gestuurd
- het geeft geen verklaring waarom onder gelijke omstandigheden de een wel verslaafd raakt en de ander niet (bijvoorbeeld forse weekend gebruikers van cocaïne blijken niet verslaafd te raken; de een stopt spontaan met roken en de ander niet)
- het is slechts ten dele in overeenstemming met de resultaten van dierexperimenteel- en genetisch onderzoek
- het is niet in staat te voorspellen wie wèl en wie niet geschikt zijn voor gedragstherapie
- het geeft geen afdoende verklaring voor terugval
- het geeft slechts ten dele een handvat voor de zorg en de ontwikkeling daarvan
- het gaat voorbij aan het bestaan van co-morbiditeit en levert geen kader voor de behandeling ervan
- het wordt niet geschraagd door bevindingen uit ander wetenschappelijke disciplines en is er soms zelfs strijdig mee.

Samengevat luidt de kritiek op het gedragsmatige model, dat het verslavingsgedrag beschouwt als een autonoom fenomeen, dat door interventies rechtstreeks veranderd kan worden met voorbijgaan aan onderliggende oorzaken. Hierdoor is een aanzienlijk aantal kwetsbare patiënten van adequate behandeling verstoken gebleven.

Verslaving als maatschappelijk probleem

Verslaving als maatschappelijk probleem heeft altijd de gemoederen bezig gehouden. Verslaving als een van de kenmerken van deviante subculturen werd beschouwd als een belangrijke bedreiging van gangbare normen en waardesystemen met een risico voor de ondergang van de westerse beschaving. Dat gevaar werd vooral gevoeld toen in 1972 heroïne op grote schaal op de (illegale) markt kwam en door grote groepen jongeren gebruikt ging worden. De omvang van dit gebruik oversteeg het gebruik van marihuana dat sedert de eind jaren vijftig werd gebruikt en het gebruik van de psychedelica (LSD, mescaline) dat in de jaren zestig in zwang raakte. Opium werd tot die tijd op beperkte schaal vooral in de havensteden gebruikt door chinezen in opium kits. Aan het eind van de jaren zeventig was er een aanzienlijke toename in het aantal arrestaties en detenties in verband met drugsdelicten in de grote steden. Het is begrijpelijk dat deze ontwikkeling leidde tot maatregelen vanuit de overheid vanuit haar taken op het gebied van de volksgezondheid en de openbare orde.

Met de snelle toename in het gebruik van cocaïne in de grote steden gedurende de zeventiger jaren van de vorige eeuw, heeft het polydruggebruik in eerste instantie in de grote steden een vlucht genomen. Tegelijkertijd vond een aanmerkelijke verharding van de drugsceane plaats. Met name de overlast, die met het polydruggebruik gepaard ging, heeft geleid tot overheidsmaatregelen gericht op de

bestrijding daarvan, In het Kielzog daarvan heeft de verslavingszorg gepoogd de drugs- en alcoholhulpverlening te ontwikkelen. Gefinancierd door de (lokale) overheid zijn hulpverleningsprogramma's ontwikkeld die zich voornamelijk baseerden op eerder genoemde psychologische verklarings- en behandelmodellen. Motivatie voor verandering werd een kernbegrip. In ambulante en klinische behandeling, veelal in de vorm van therapeutische gemeenschappen, werd dit principe in praktijk gebracht. De medische interventies bleven voornamelijk beperkt tot begeleiding van het detoxificatie proces en de complicaties van het middelengebruik. Deze speelden zich in de marge van de behandeling af, waarbij de arts veelal niet eerder dan op verzoek van de psycholoog of agoog in beeld kwam. Daarbij speelde de beperkte beschikbaarheid van medische deskundigheid een niet te onderschatten rol op de eenzijdige ontwikkeling van de verslavingszorg. Naast de beperkingen die het gedragsmatige model met zich mee hebben gebracht is de beperkte ruimte voor het aanstellen van medische disciplines binnen gemeentelijke financiering mede debet aan het beperkte rendement van de verslavingszorg. Immers de institutionele vormgeving was maar ten dele afgestemd op de werkelijke behoefte en de benodigde zorg.

De ontwikkeling van de drugs- en alcoholhulpverlening werd dus met name gekenmerkt door ontoereikende middelen, een eenzijdige opvatting over wat verslaving is en hoe deze te behandelen én een geïsoleerde positie ten opzichte van de somatische en geestelijke gezondheidszorg. Verslaafde patiënten waren over het geheel genomen niet welkom in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Behandelingen werden gekenmerkt door een hoog pioniersgehalte, dat zich het best liet vergelijken met tropengeneeskunde met minimale middelen.

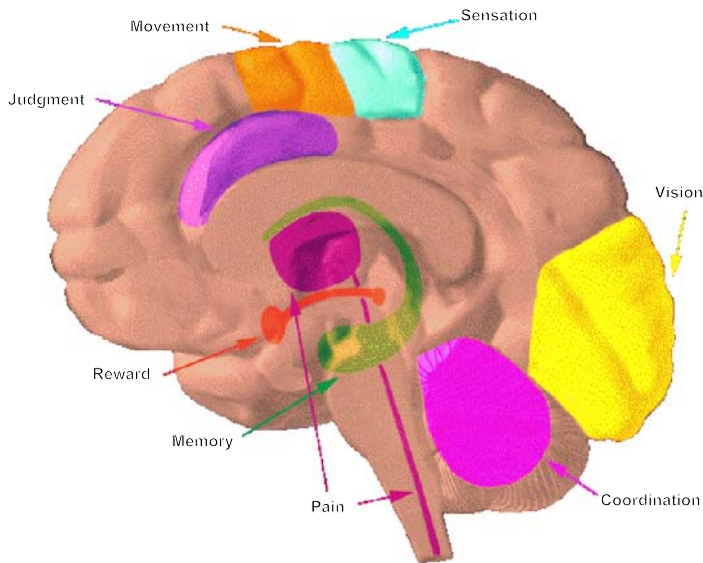
De belangrijkste verbeteringen in het lot van chronisch verslaafden hebben niettemin vooral te maken met het overheidsbeleid dat vanaf 1985 werd gekenmerkt door enerzijds het criminaliseren van handel, import en productie van drugs en anderzijds de beperking van de gezondheidsschade bij de gebruikers en verslaafden. De vrije verstrekking van schone spuiten en condooms is van bepalende invloed op de prevalentie van hepatitis, HIV en (andere) sexueel overdraagbare aandoeningen bij verslaafden. Maar aan de behandeling van de verslaving op zich heeft dit beleid weinig tot niets bijgedragen.

Het brain reward systeem

De belangrijkste bijdragen aan de conceptuele ontwikkeling van het verslavingsbegrip komen niet uit de praktijk en het onderzoek van de verslavingszorg maar uit neurowetenschappelijk en genetisch onderzoek. Drugs grijpen aan op delen van de hersenen, die vanuit evolutionair perspectief van belang zijn voor de instandhouding van de soort. Deze hersenstructuren worden in deze functionele samenhang aangeduid als het 'reward system' (of wel het beloningscircuit – zie figuur 1). Toename van de dopaminerge activiteit in dit systeem gaat gepaard met een gevoel van welbevinden. Dat gevoel, gepaard aan gedrag dat bijdraagt aan de overleving, drijft het individu in de richting van

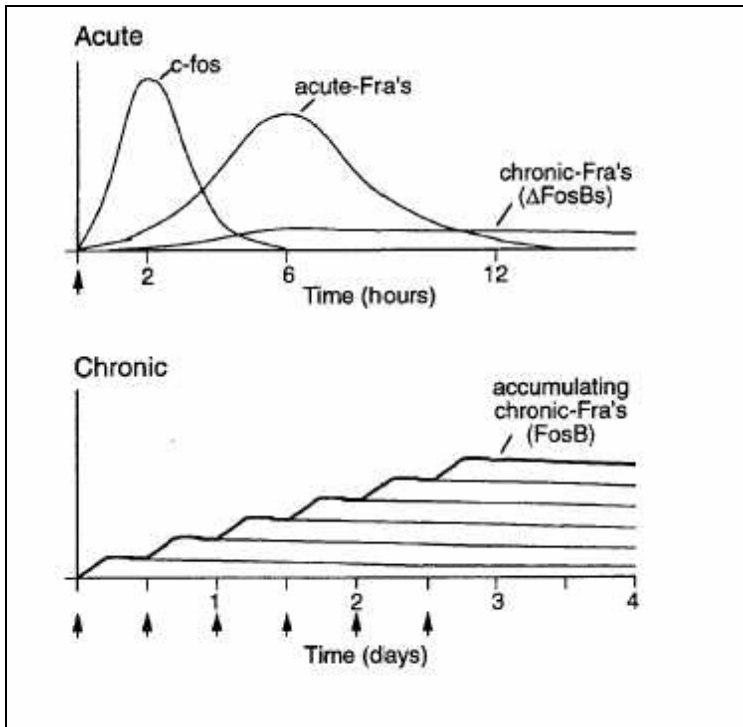
'evolutionary fitness'. Zware fysieke inspanning of pijn (bijvoorbeeld tijdens de bevalling) heeft afgifte van inwendige opiaatachtige stoffen ('endorfinen') tot gevolg die aangrijpen op het reward system en op neuronale circuits betrokken bij pijn. De hersenen beschikken aldus over een intrinsiek systeem dat pijnstilling en een gevoel van euforie veroorzaakt waardoor fysiek ongemak wordt verlicht.

Figuur 1



In feite ligt in ieder individu – maar ook alle diersoorten – een neuronaal circuit gereed dat verslaving mogelijk maakt. Immers in dezelfde evolutie hebben we ontdekt dat exogene stoffen, bijvoorbeeld gewonnen uit planten en struiken, dat gevoel van euforie ('roes') kunnen opwekken door stimulatie van het reward systeem zonder dat de gebruikelijke bijbehorende inspanning hoeft te worden geleverd. Bij verslaving hebben de 'fysiologische' stimuli het vermogen tot het opwekken van beloningsresponsen in het 'reward'systeem verloren aan de roesmiddelen. Deze zijn het 'reward' systeem gaan domineren en hebben daardoor een overheersende invloed gekregen op het gedrag. De craving die vaak van beslissende betekenis voor terugval vormt is het specifieke kenmerk van verslaving. Craving berust op langdurige verandering in zenuwcellen binnen de hersenen. Een voorbeeld daarvan is de stapeling van het eiwit DeltaFosB (figuur 2, volgende pagina). Het veroorzaakt een sensitatisatie van de hersenen waardoor nog gedurende langere tijd een verhoogd risico op terugval bestaat.

Figuur 2 - stapeling van deltaFosB na herhaalde toediening (aangegeven met pijltjes) van een drug



Verslaving als ziekte

Onderzoeksresultaten uit andere vakgebieden dan de verslavingszorg geven dus aanleiding tot een belangrijke herziening van de grondslagen van de verslavingszorg. Zij tonen aan dat de gedragsmatige opvatting over verslaving een beperkte geldigheidswaarde heeft en tekort schiet als model voor het brede spectrum van verslavingsziekten zowel in aard als in ernst. In de praktijk is tevens gebleken dat ernstige verslaving meestal vergezeld gaat van andere psychische ziekten (co-morbiditeit). Enerzijds kunnen deze aan de verslaving vooraf gaan en een rol spelen in het ontstaan en onderhouden van de verslaving, anderzijds zijn deze het gevolg van het middelen gebruik. Het vermoeden is dat co-morbiditeit ook bij misbruik van middelen in veel gevallen opgaat. Deze ontwikkelingen in kennis maken het noodzakelijk de verslavingszorg op een nieuwe leest te schoeien. De beste weg is als "verslavingspsychiatrie" een onlosmakelijk onderdeel te worden van de algemene psychiatrie en tevens de kern wordt van het bredere gebied van de addiction medicine of wel verslavingsgeneeskunde. Binnen dit veld is er – net als bij de somatische geneeskunde, met name bij de revalidatie geneeskunde – plaats voor gespecialiseerde verpleegkundigen, psychologen en agogen. De inkadering binnen de

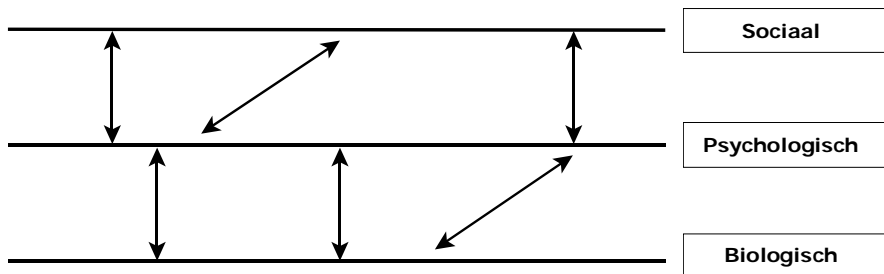
psychiatrie zal al direct een verbetering van bestaande zorg met zich mee brengen omdat hierdoor meer gedifferentieerde behandelingen ook van de co-morbide ziektebeelden op basis van goede diagnostiek kunnen plaatsvinden.

Diagnostiek en behandeling binnen de psychiatrie berusten op een integrale visie op het menselijk functioneren gebaseerd op het bio-psycho-sociaal model met een duidelijke ordening in biologische, psychologische en sociale aspecten van het menselijk functioneren en dysfunctioneren (ofwel gezondheid en ziekte).

Het bio-psycho-sociaal model wordt hier opgevat als een parallel systeem bestaande uit drie assen: de biologische (medisch psychiatrische) as, de psychologische as en de sociale as.

Iedere 'gebeurtenis' op de ene as laat zich beschrijven als een parallelle gebeurtenis op een of meer van de andere assen en/of heeft gevolgen die zich mogelijk op de andere assen manifesteren. Zo kunnen de biologische, de psychologische en sociale aspecten van verslaving afzonderlijk, maar ook in samenhang worden beschreven en beoordeeld. Verslaving is het geheel van de drie assen en niet een van de afzonderlijke onderdelen. De primaire kwetsbaarheid voor verslavingsziekte bevindt zich evenwel op de biologische as. Daarmee neemt deze as in het geheel een bijzondere positie in. De expressie van de primaire kwetsbaarheid wordt mede bepaald door gebeurtenissen op de andere assen.

Figuur 3 – Het 3-assig biopsychosociaal model



Op grond van bovenstaande laat verslaving zich dus definiëren als een recidiverende, tot chroniciteit neigende ziekte waaraan een biologische kwetsbaarheid ten grondslag ligt, die onder invloed van biologische, psychologische en sociale factoren tot expressie komt.

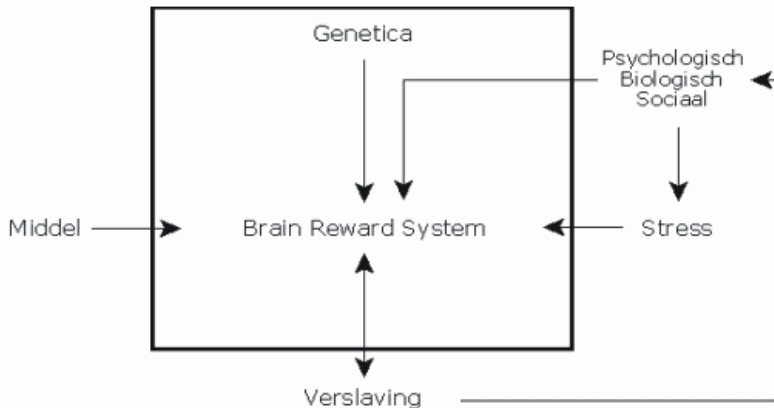
Zonder (adequate) behandeling bestaat er een grote kans op (blijvend) verlies van autonomie.

Het Kwetsbaarheidsmodel

De omvang waarin deze adaptieve processen plaatsvinden en de mate van (ir)reversibiliteit ervan is genetisch bepaald. Met andere woorden aan verslaving ligt een biologisch bepaalde kwetsbaarheid van het reward systeem ten grondslag die afhankelijk is van genetische factoren.

Gedurende de ontwikkeling van het individu bepalen biologische, psychologische en sociale factoren direct of indirect of deze kwetsbaarheid tot expressie komt met verslaving als gevolg. Via de HPA-as moduleert stress de kwetsbaarheid van het 'reward' systeem.

Figuur 4 - Kwetsbaarheidsmodel voor verslaving



Het model laat zich het best omschrijven als een dynamisch kwetsbaarheidsmodel waarbij het risico om verslaafd te raken tijdens de ontwikkeling kan moduleren. Het middel ('drug') kan beschouwd worden als de luxerende factor binnen dit kwetsbaarheidsmodel. Tot verslaving gepredisponeerde personen kunnen volgens dit model dus (bepaalde) drugs beter niet gebruiken. Met de huidige kennis is het nog niet mogelijk dit risico te bepalen en individuen te informeren over hun specifieke risicoprofiel. Te verwachten is overigens dat dit in de nabije toekomst een belangrijk onderdeel van de preventieve 'verslavingszorg' zal worden.

De erfelijk bepaalde kwetsbaarheid is het best aangetoond bij alcoholverslaving. De resultaten van het neurowetenschappelijk en het genetisch onderzoek leiden dwingend tot de conclusie dat ingrijpende en mogelijk langdurige verstoringen in neurobiologische mechanismen ten grondslag liggen aan het risico verslaafd te raken en aan de mate waarin hersenafwijkingen door roesmiddelen ontstaan, die de verslaving in stand houden. Daaruit mag worden afgeleid dat tenminste voor een (grote) groep verslaafden dat in verstoorde hersenfuncties verankerde gedrag minder veranderlijk en vatbaar is voor de huidige gedragsmatige behandelmethoden. Verslaving is dus te beschouwen als een hersenziekte zowel wat betreft aanleg als wat betreft het beloop.

Gevolgen voor diagnostiek en behandeling

Om de samenhang tussen kwetsbaarheid en ziekte, maar ook de samenhang tussen de verschillende ziekten (de co-morbiditeit) beter te

begrijpen en te kunnen behandelen is gedegen onderzoek op verschillende niveaus nodig.

Voor de ontwikkeling van het vakgebied is wetenschappelijk onderzoek (research) op het gebied van kwetsbaarheidsfactoren en nieuwe (farmacotherapeutische) behandelmogelijkheden van essentieel belang. Voor de individuele patiëntenzorg is gedegen individueel diagnostisch onderzoek nodig. De gebruikelijke diagnostische modellen binnen de sociaal-psychologisch georiënteerde verslavingszorg en binnen de medisch georiënteerde psychiatrie kennen grote verschillen met navenanten verschillen in behandeling. De eerstkomende jaren moet fors ingezet worden om vernieuwde diagnostische modellen uitgaande van co-morbiditeit te ontwikkelen.

Diagnostiek moet gebeuren voordat een gerichte behandeling kan worden voorgesteld aan de patiënt en vervolgens kan worden toegepast. Het handelingskader dat past bij deze benadering van verslaving kan alleen dat van de geneeskunde zijn omdat het bestaat uit diagnostiek (inclusief hulponderzoek), behandeling en evaluatie van behandeling. De diagnostiek dient zich uit te strekken tot alle domeinen van het biopsychosociaal model overeenkomstig de huidige werkwijze van de diagnostiek binnen de algemene psychiatrie.

In aanvulling daarop worden binnen Bouman GGZ twee kenmerken van iedere patiënt apart beoordeeld en benoemd nl. de autonomie en het gevaar. Deze twee aspecten bepalen niet alleen mee wat voor soort behandeling gegeven dient te worden, maar met name hoe die wordt uitgevoerd, respectievelijk toegediend. Als de patiënt niet in staat blijkt de behandeling zelfstandig te (blijven) volgen en daarbij niet in staat is aan zijn/haar leven goede invulling te geven, worden vormen van drang aangewend om de behandeling in het belang van de patiënt uit te voeren. Hiervoor is een zorgvuldige beoordeling van de psychiater (die –zoals uit het vervolg blijkt– de verantwoordelijkheid heeft over het gehele individuele behandelplan) essentieel. Als de wet dat voorschrijft (bijvoorbeeld in het kader van de BOPZ) is een beoordeling door een onafhankelijk (dwz. niet bij de behandeling betrokken) psychiater vereist.

De diagnose van een patiënt die is onderzocht binnen de (verslavings-)psychiatrie is in onze opvatting pas volledig als een uitspraak wordt gedaan op gebied van de:

1. psychopathologie
2. somatische pathologie
3. het sociaal functioneren
4. de mate van autonomie
5. aspecten van gevaar in juridische zin en in termen van de BOPZ

Gevolgen voor de uitvoering van de zorg

De ontwikkeling van het behandelbeleid voor patiënten met verslavingsziekten kan pas dan met voldoende kracht plaatsvinden als deze buiten de klassieke denkkaders van de verslavingszorg treedt. Dat betekent tegelijkertijd dat de verslavingszorg haar bestaansrecht als eigenstandig onderdeel binnen de geestelijke gezondheidszorg verliest.

Zij dient op te gaan in de algemene psychiatrie met behoud van een beperkt aantal specifieke kenmerken. Een daarvan betreft de centrale plaats die het roesmiddel voor de patiënt inneemt. De behandeling van de onttrekkingsverschijnselen tijdens de detoxificatie en met name de behandeling van de craving vereisen specifieke deskundigheid in medisch, farmacologisch en verpleegkundig opzicht. Specifieke deskundigheid vraagt ook de diagnostiek van co-morbiditeit in psychisch en somatisch opzicht. Een goede inschatting van het pre-morbide functioneren en pre-existente (aan de verslaving) psychopathologie is hierbij essentieel. Hier ligt een kerntaak voor de psychiater. De somatische complicaties, in directe zin als gevolg van het gebruik van het roesmiddel en in indirecte zin als gevolg van de met de verslaving verbonden leefwijze, vraagt specialistische kennis van de somatisch arts. Hierbij valt te denken aan orgaanbeschadiging door het middel, orgaanbeschadiging door de wijze van gebruik (luchtwegafwijkingen door roken en inhalatie; abscessen en emboliën door intraveneus gebruik, hepatitis, HIV), ziekten door het leven in primitieve en risicovolle omstandigheden (longontstekingen, TBC, huiddefecten, verwondingen door gevechten en mishandelingen) en seksueel overdraagbare aandoeningen (met name bij verslaafde prostitués). Een hoofdstuk apart betreft de zwangerschappen van verslaafde vrouwen. Bij de behandeling van deze patiënten gaat het niet alleen om hun eigen psychische en somatische gezondheid maar is ook de actuele én toekomstige gezondheid van het ongebooren kind in het geding. Afwegingen betreffende zelfbeschikkingsrecht, handelingsbekwaamheid en gevaarscriteria in het kader van de BOPZ hebben in deze situatie een zwaar accent in het behandelbeleid.

De somatische diagnostiek en behandelingen verdienen een belangrijke plaats binnen de behandelingsplannen die geregistreerd worden binnen een psychiatrisch kader. Daarin vallen ook zoals hiervoor is aangegeven, inventarisatie (diagnostiek) van de sociale situatie en sociale problemen, de mate van autonomie en de mate van gevaar. Zoals de somatisch specialist de hulp inroept van de medisch psycholoog, de fysiotherapeut, de diëtist, de specialistisch verpleegkundige en de ergotherapeut, zo werkt de verslavingspsychiater als eindverantwoordelijke voor de behandeling samen met de andere disciplines binnen de verslavingszorg. Allen hebben binnen het behandelingsplan een eigen (al dan niet gedelegeerde) verantwoordelijkheid. Binnen het brede domein van de algemene psychiatrie zou dan ook een aantekening of een subspecialisatie verslavingspsychiatrie dienen te bestaan. Naar analogie daarvan zijn specialisaties – bijvoorbeeld in de vorm van masteropleidingen – denkbaar voor algemeen artsen, psychologen, verpleegkundigen en agogen.

Samenvatting

Verslaving dient beschouwd en behandeld te worden als een (veelal) chronische ziekte, primair binnen het domein van de psychiatrie. De behandeling dient plaats te vinden binnen een medisch kader waarin diagnostiek op psychisch en somatisch gebied het fundament legt voor behandeling. Naast medicamenteuze behandeling is er plaats voor

psychotherapeutische interventies wanneer daartoe een indicatie bestaat. In het geval van ernstige en chronische verslaving waarbij de autonomie van de patient zodanig is aangetast dat zijn zelfstandig leven niet of slechts gedeeltelijk mogelijk is, krijgt de behandeling het karakter van revalidatie. Afhankelijk van de mogelijkheden tot verbetering van functies kan de patient aangewezen zijn op langdurige begeleiding op gebied van wonen en dagbesteding of werk.

Het opleidingsniveau van alle disciplines werkzaam binnen de verslavingsgeneeskunde verdient hoog nodig verbetering. Hiertoe zijn systematische en methodische opleidingen nodig.

Tenslotte dient de zorg voor verslaafden teruggewonnen te worden uit het domein van de politiek. Met de erkenning van de verslavingsgeneeskunde als deel van de gezondheidszorg en de verhoging van de effectiviteit, dient te politiek zich louter bezig te houden met de voorwaarden waaronder deze tak van de geneeskunde uitgevoerd en ontwikkeld wordt en niet (meer) met de inhoud ervan.

Noot

- 1) Gezondheidsraad: Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag, 2002
CCBH: Heroïne op medisch voorschrift. Utrecht, CCBH, 2002