

Arnt Schellekens

psychiater Radboudumc, wetenschappelijk directeur Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA), voorzitter afdeling Verslavingspsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Peter Greeven

klinisch psycholoog, hoofd behandelzaken Novadic-Kentron, voorzitter sectie Verslavingspsychologie van Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Wilco Sliedrecht

verslavingsarts KNMG Dubbel Diagnose kliniek, arts-onderzoeker De Hoop GGZ, bestuurslid Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)

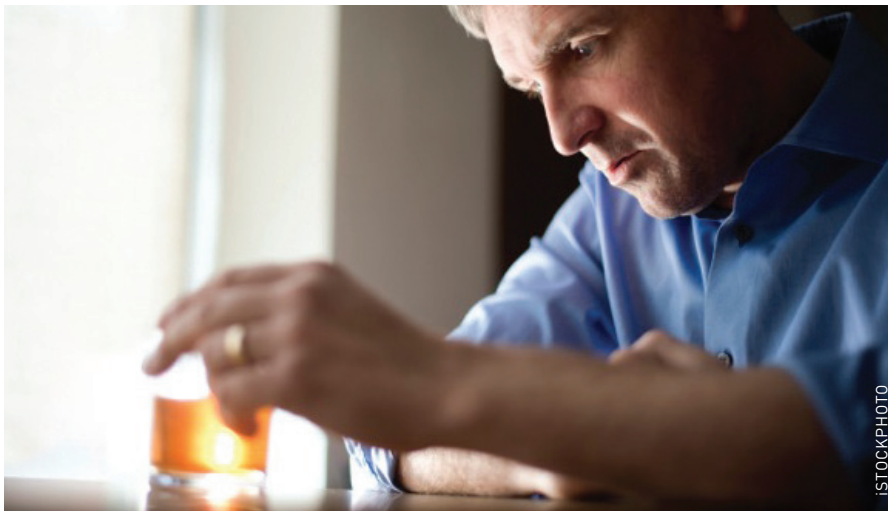
Anne-Marie van den Hoek

psychiater Tactus Verslavingszorg en penningmeester afdeling Verslavingspsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

NIET WACHTEN MET BEHANDELING TOT VERSLAVING 'ONDER CONTROLE' IS

Verslaving is een psychiatrische stoornis

Patiënten die kampen met een verslaving krijgen vaak te horen dat ze dáár eerst aan moeten werken, voordat de psychiatrie kan worden aangepakt. Maar verslaving is een psychiatrische stoornis. En er bestaat een keur aan effectieve behandelinterventies.



ISTOCKPHOTO

Hoe maak je middelengebruik bespreekbaar?

Ondanks de beschikbaarheid van een keur aan effectieve behandelinterventies voor verslaving hebben veel dokters grote moeite met deze groep patiënten. Dat is jammer, omdat deze patiënten daardoor vaak niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

Verslaving aan middelen behoort met een prevalentie van 1 op de 20 tot een van de meest voorkomende

psychiatrische stoornissen. Voor mildere vormen van problematisch middelengebruik ligt de prevalentie nog hoger. Bovendien behoort verslaving, samen met anorexia nervosa, tot de psychiatrische stoornissen met de hoogste mortaliteit. Dit komt deels voort uit psychiatrische complicaties (bijvoorbeeld suïcide), maar voor de overgrote meerderheid uit somatische complicaties van langdurig excessief

middelengebruik. Waar psychiatrische stoornissen bijna 10 procent van alle ziektelast wereldwijd voor hun rekening nemen, komt daarvan een vijfde ten laste van verslavingsstoornissen.¹ Het is dan ook niet verwonderlijk dat de meeste dokters, van huisarts tot chirurg, regelmatig in aanraking komen met patiënten met verslavingsproblematiek.

Helaas wordt deze problematiek vaak onvoldoende onderkend, hetgeen bijdraagt aan onderdiagnostiek en onderbehandeling van verslavingsstoornissen. Slechts 1 op de 10 patiënten met verslavingsproblematiek komt daadwerkelijk in beeld bij verslavingszorg! Bovendien ontmoeten patiënten met verslavingsproblematiek vaak negatieve attitudes en stigma, niet alleen in de maatschappij, maar ook onder gezondheidszorgprofessionals.² Dokters missen vaak competenties om deze groep patiënten goed te bedienen. Hoe maak je middelengebruik bespreekbaar en hoe stel je een stoornis in middelengebruik vast? Hoe motiveer je iemand voor vervolgbehandeling en wat kun je als arts zelf al doen voor een dergelijke patiënt? Wie kan naar de basis-ggz en wie moet je doorverwijzen

naar specialistische verslavingszorg of verslavingspsychiatrie?

Onderwijs

Voor al deze vragen kunnen eenvoudige vaardigheden worden aangeleerd. Aan veel medische faculteiten is het onderwijs over verslaving echter beperkt tot een enkel hoorcollege binnen het psychiatrieblok. Ook in de medische vervolgopleidingen is er vaak weinig aandacht voor het thema verslaving. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de attitude van geneeskundestudenten en aiossen ten opzichte van patiënten met verslavingsproblematiek tijdens hun opleiding verslechtert. Uit onderzoek blijkt echter keer op keer dat goed onderwijs over verslavingsgeneeskunde niet alleen bijdraagt aan de verwerving van de nodige competenties op dit gebied, maar ook leidt tot een verbetering in attitude en afname van stigma.³ Het is daarom van groot belang dat in medische opleidingen voldoende aandacht wordt besteed aan het thema verslaving. Dit geldt zowel voor een kortdurend onderwijsblok voor geneeskundestudenten, als voor nascholingen voor medisch specialisten. Het is een goede zaak dat er inmiddels vervolgopleidingen zijn tot verslavingsarts (KNMG-profielregistratie) en verslavingspsychiater (NVvP-curriculum).

Controlemechanisme

Maar wat als de verslavingsproblematiek goed is herkend, de patiënt gemotiveerd is voor vervolgbehandeling en de huisarts de patiënt wil verwijzen voor behandeling? Niet zelden hoor je dat een patiënt eerst maar eens aan de verslaving moet gaan werken, voordat de psychiatrie kan worden aangepakt. Of andersom, dat de psychiatrie te zeer op de voorgrond staat om de verslaving te kunnen aanpakken. Het wordt hoog tijd dat we ons realiseren dat verslaving een psychiatrische stoornis is. Bij verslavingsproblematiek spelen dezelfde neurobiologische fenomenen een rol als bij andere psychiatrische stoornissen: een tekortschietend

controlemechanisme door onderactiviteit in de prefrontale cortex in combinatie met overactiviteit in de limbische gebieden, waardoor patiënten hun denken, voelen en handelen niet onder controle hebben. Ook spelen vergelijkbare psychosociale problemen: traumatisering, beperkte copingvaardigheden, en psychosociale problemen in het dagelijks leven. Dit verklaart tevens waarom er zo'n enorme overlap is tussen verslavingsstoornissen en andere psychiatrische stoornissen. Denk daarbij aan ADHD, angststoornissen, psychose en zo verder. Het is een goede zaak dat steeds meer artsen, psychologen en psychiaters geïnteresseerd raken in het onderwerp verslaving en dat er in toenemende mate richtlijnen worden ontwikkeld in samenwerking tussen psychologen, verslavingsartsen, psychiaters en patiënten, om zo de zorg voor deze patiënten te verbeteren en hun herstel te bevorderen.

Spectrum

Daarnaast geldt voor verslaving, net als voor de andere psychiatrische stoornissen, dat het een stoornis is op een spectrum. Aan de ene kant van het spectrum is er normaal, gecontroleerd, recreatief gebruik van een middel, zoals de meeste collega's dat van zichzelf zullen herkennen bij het nuttigen van een glas wijn of bier. Aan het andere uiteinde van het spectrum bevinden zich patiënten met ernstige, chronische verslavingsproblematiek, die vaak al op vele punten beperkt zijn in hun functioneren: beroepsmatig, relationeel, en soms ook met huisvestings- en financiële problemen. De meeste patiënten bevinden zich echter aan de gunstige kant van het midden en zijn mensen die nog redelijk tot goed functioneren en maatschappelijk niet zo gemarginaliseerd zijn als in het klassieke beeld dat veel professionals van mensen met verslavingsproblematiek hebben. Laat dit nu juist de groep zijn die het minst wordt herkend, maar bij wie juist de beste behandelmogelijkheden liggen. Een combinatie van effectieve psychologische behandeling (motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, *community reinforcement approach*) en farmacotherapie

(bijvoorbeeld bij alcohol disulfiram, acamprosaat, naltrexon, nalmefeen) is het meest effectief. Meer dan 60 procent van deze patiënten bereikt met adequate behandeling persisterende remissie van hun verslavingsproblematiek. Dat doet zeker niet onder voor de behandelsuccessen van andere chronische aandoeningen, inclusief somatische. De meeste behandelingen voor patiënten met verslavingsproblematiek zijn dan ook uitermate kosteneffectief.⁴

Interventies

De recente ontwikkelingen op het gebied van cognitieve neurowetenschap hebben ook geleid tot toenemend inzicht in de pathofysiologie van verslavingsstoornissen en daarmee de ontwikkeling van nieuwe innovatieve behandelmethoden. Zo zijn er bijvoorbeeld aanwijzingen dat de behandeling middels transcraniële magnetische stimulatie van de prefrontale cortex de zucht naar alcohol kan doen verminderen met mogelijk een langdurig gunstig effect op alcoholgebruik bij patiënten met een alcoholverslaving. Ook blijkt uit onderzoek dat farmacologische behandeltoewijzing bij alcoholverslaving kan worden verbeterd door gebruik te maken van genetische markers.⁵ Op het gebied van de niet-biologische interventies is een voorbeeld de ontwikkeling van *cognitive bias modification* als techniek om onbewuste associaties tussen omgevingsprikkel en gebruik te verzwakken door deze middels een computertaak 'weg te trainen'.

Kortom, wij pleiten voor goede zorg voor patiënten met verslavingsproblematiek. Er zijn vele behandelperspectieven die dit mogelijk maken, en dit arsenaal breidt zich steeds verder uit. Daarnaast is het belangrijk dat we ons als hulpverleners realiseren dat ook wij een rol hebben in destigmatisering van patiënten die kampen met verslavingsproblematiek. ■

contact

arnt.schellekens@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Voor de voetnoten zie dit artikel op medischcontact.nl