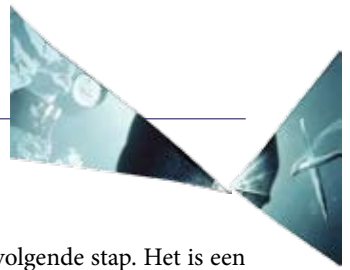


DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

EEN KWESTIE VAN PRATEN EN PILLEN

Behandelingsmogelijkheden verslaving nog in ontwikkeling

Er is geen standaardaanpak om een verslaving te behandelen. De behandelaar moet experimenteren met een mix van psychofarmaca, psycho-educatie en psychotherapie. Cruciaal is de motivatie van de patiënt. En het risico van terugval blijft altijd aanwezig.



PIETER VAN MEGCHELEN

Als verslaving wordt beschouwd als een aandoening van hersenen en gedrag, ligt het in de rede om de behandeling van verslaving te vergelijken met die van psychische aandoeningen. Bij die behandeling wordt meestal een combinatie gehanteerd van psychofarmaca, psycho-educatie en psychotherapie. Verslaving wordt langs dezelfde lijnen aangepakt, al staat men bij de ontwikkeling van effectieve geneesmiddelen nog aan het begin van een lange weg. De kunst is om de verslaafde te motiveren tot verandering en om gunstige veranderingen ook duurzaam vast te houden. Helaas is ook bij de beste behandeling terugval een veelvoorkomend verschijnsel.

De eerste stap in de behandeling van verslaving is de constatering dat er inderdaad sprake is van een verslavingsprobleem. Dat klinkt eenvoudiger dan het is. Veel verslaafden verkeren in de illusie dat zij hun gebruik wel redelijk onder controle hebben, en maar al te vaak slagen zij erin om ook de hulpverlener daarvan te overtuigen. Huisartsen herkennen lang niet alle gevallen van alcoholisme en vragen zelden naar het gebruik van andere verslavende middelen. De diagnose wordt meestal pas gesteld als er evidente problemen zijn en de patiënt zelf of zijn omgeving een duidelijke verslavingsgerelateerde hulpvraag formuleert. Overigens is uit epidemiologische studies gebleken dat niet elke verslaving behandeling behoeft. Iemand kan een episode van verslaving aan alcohol of andere middelen doormaken en daar, als zijn omstandigheden verbeteren, vanzelf ook weer uitkomen. Voor deze 'subklinische' verslaafden bestaan tegenwoordig ook zeer bruikbare zelfhulpprogramma's, variërend van boekjes met inspirerende titels als *De verslaving voorbij* tot interactieve korte cursussen op internet zoals www.minderdrinken.nl.

'STEPPED CARE'

Als iemand naar de verslavingszorg wordt verwezen, volgt uitgebreidere diagnostiek. Op dat punt is de verslavingszorg bezig aan een snelle professionalisering, waarbij sommige instellingen vooroplopen. De diagnostiek is er niet alleen op gericht, de aard en de ernst van de verslavingsproblematiek en eventuele comorbiditeit in kaart te brengen, maar

ook de aanknopingspunten voor herstel. Deze laatste kunnen gelegen zijn in de persoonlijkheid van de verslaafde zelf, maar ook in diens sociale netwerk. Het maakt bijvoorbeeld veel uit of iemand nog in staat is om een betaalde baan te houden.

Het instrumentarium voor de diagnostiek (vragenlijsten en semigestructureerde interviews) is overigens nog sterk in ontwikkeling. Het meest gebruikte interview, de oorspronkelijk uit Amerika afkomstige Addiction Severity Index (ASI), is oorspronkelijk ontwikkeld voor onderzoeksdoeleinden. Hij wordt in veel instellingen gebruikt voor de diagnostiek, maar biedt volgens deskundigen een onvolledig beeld. Met name wordt er te weinig aandacht besteed aan de eerdergenoemde aanknopingspunten voor herstel. Verscheidene onderzoekers, in Nederland met name binnen het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), werken dan ook aan betere meetinstrumenten.

Minstens even belangrijk is de ontwikkeling van goede besliskundige strategieën. Zoals prof. dr. Gerard Schippers van het AIAR het uitdrukt: 'Er bestaat een breed scala aan mogelijke behande-

je over naar de volgende stap. Het is een beetje vergelijkbaar met de behandeling van een hoge bloeddruk. Daarbij krijg je ook eerst een plaspijl, en als die niet werkt worden andere, duurdere middelen ingezet. Stepped care is eigenlijk *poor man's matching*.

De meest laagdrempelige interventies (minimale interventiestrategieën) kunnen eigenlijk overal plaatsvinden: bij de huisarts, bij de verloskundige, bij de medisch specialist of in een gespecialiseerd centrum voor verslavingszorg. Deze strategieën zijn bijvoorbeeld effectief gebleken bij stoppen met roken en bij het reduceren van problematisch alcoholgebruik. De grootste kans van slagen hebben zij als de verslaving nog niet lang bestaat. Intensievere strategieën zijn in principe op dezelfde leest geschoeid (cognitieve gedragstherapie en motivationele gespreksvoering, zie hieronder), eventueel ondersteund met farmacotherapie. Het verschil zit vooral in de intensiteit van de behandeling. Een minimale strategie kan in vier korte sessies plaatsvinden, intensievere ambulante behandelingen omvatten meestal acht tot twaalf langere sessies en bij opgenomen patiënten zijn trajecten van twintig

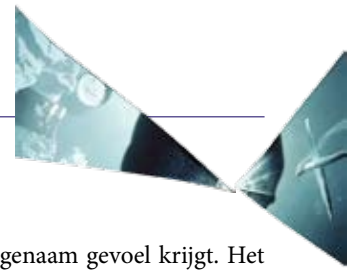
Jammer genoeg is er nog geen DNA-test waaruit de optimale behandeling naar voren komt

lingsvormen, variërend van minimale interventies tot klinische trajecten. Het is belangrijk om te weten wie wanneer in welk traject thuishoort.' Zijn collega prof. dr. Wim van den Brink van het AIAR is het daar geheel mee eens, ook waar het gaat om de (beperkte) mogelijkheden voor farmacologische ondersteuning van de behandeling. Hij geeft aan hoe het nu in de praktijk werkt: 'Het belangrijkste probleem is dat we niet van tevoren weten wat de ideale behandeling is voor een individuele patiënt; er zijn geen instrumenten om te matchen. Het zou mooi zijn als we een test of een DNA-onderzoek konden doen waaruit voor elke patiënt de optimale behandeling naar voren komt. Maar helaas bestaat dat nog niet. We kiezen daarom voor een vorm van *stepped care*. Dat wil zeggen dat je begint met de minst ingrijpende, goedkoopste behandeling waarvan je op grond van de bestaande evidence effect kunt verwachten. Als dat niet werkt, ga

sessies geen uitzondering. De benodigde intensiteit van de behandeling hangt niet alleen af van de ernst van de problematiek, maar ook van het leervermogen en het aanpassingsvermogen van de patiënt of cliënt (hoewel verslaving door iedereen als ziekte wordt erkend, bestaat er binnen de verslavingszorg nog een zekere weerstand om over patiënten te spreken).

MOTIVATIONELE GESPREKSVOERING

Bij de behandeling van verslaving is volgens Schippers een drieslag nodig van motiveren, trainen van de zelfcontrole en voorkómen van terugval. Deze benadering sluit aan bij de huidige inzichten in de neurobiologie van verslaving (zie ook blz. 1346). De structuren in de hersenen die veranderen bij verslaafde dieren en mensen (nucleus accumbens, prefrontale cortex, amygdala en hippocampus, het mesolimbische systeem) spelen een rol bij de motivatie om een bepaald >>



<< gedrag te vertonen. Een succesvolle behandeling zal deze ingesleten veranderingen in het motivationele systeem van de hersenen moeten redresseren. Vervolgens moet de cliënt de controle terugkrijgen over gedrag dat een vrijwel autonoom karakter heeft gekregen. En ten slotte is het belangrijk om te zorgen dat die zelfcontrole ook standhoudt. Dat dit geen geringe opgave is, blijkt uit de hoge terugvalpercentages. Terugval kan soms nog jaren na een succesvolle behandeling optreden.

Technisch gezien is de psychosociale behandeling van verslaving gebaseerd op de bekende cognitieve gedragstherapie die ook bij aandoeningen als depressie effectief is gebleken. De therapie richt

voorhoudt aan de hand van de feiten die hij over de verslaafde kent. Met verschillende gesprekstechnieken wordt ervoor gezorgd dat de verslaafde zichzelf als effectiever gaat zien en dat de motivatie om te veranderen toeneemt.

In de motiverende gespreksvoering is het bruikbaar gebleken om uit te gaan van verschillende fasen van motivatie (*stages of change*). In de eerste fase heeft iemand nog nooit serieus overwogen om te stoppen. Van belang in deze fase is informatie op basis waarvan de verslaafde de conclusie kan trekken dat zijn zorgen of problemen misschien te maken hebben met zijn verslavingsgedrag. Het volgende stadium is het overwegen van verandering. In deze fase stuurt de hulp-

hol een onaangenaam gevoel krijgt. Het is dus eigenlijk een vorm van 'straf' voor alcoholgebruik, of neutraler gezegd, een vorm van negatieve conditionering. In de praktijk blijkt dit middel maar matig effectief te zijn; blijkbaar werkt de 'straf' net zo slecht als de andere negatieve gevolgen van overmatig drankgebruik.

Twee nieuwe middelen hebben inmiddels bewezen, een zekere effectiviteit te hebben bij de behandeling van alcoholverslaving. Om te beginnen de opiaatantagonist naltrexon (Nalorex, Revia), die ook wordt gebruikt bij de behandeling van opiaatverslavingen. Het remt het 'belonende' effect van alcohol via de opiaatreceptoren (endorfinereceptoren). In de praktijk blijkt dat behandeling van alcoholverslaving met naltrexon meestal niet leidt tot abstinentie, maar wel tot een sterke afname van de hoeveelheid genuttigde drank. Het zogeheten *binge*-drinken, waarbij grote hoeveelheden alcohol in één keer worden geconsumeerd, neemt merkbaar af. Hoogstwaarschijnlijk is bij naltrexon langdurige behandeling noodzakelijk. Als het middel niet meer wordt ingenomen, neemt het effect snel af. Therapietrouw is dan ook een reëel probleem; een depotpreparaat is inmiddels klinisch getest en effectief gebleken.

Acamprosaat (Campral) kwam in de jaren negentig op de markt voor de behandeling van alcoholverslaving. Het grijpt aan op de balans tussen de neurotransmitters GABA en glutamaat, die van belang is voor het ontstaan van *craving*, de sterke hunkering naar het verslavende middel die een belangrijke rol speelt bij de terugval. Behandeling met acamprosaat leidt vaker tot abstinentie en in elk geval tot een vermindering van het aantal dagen waarop alcohol wordt gebruikt. Ook de hoeveelheden drank die iemand gebruikt, nemen af. Zowel acamprosaat als naltrexon blijken in klinische studies systematisch effectief te zijn. Waar een placebo bij slechts 15 procent van de mensen effectief is, hebben deze middelen bij ongeveer 30 procent van de verslaafden effect - een verdubbeling van de effectiviteit in vergelijking met een placebo. Dit verschil van 15 procent tussen een placebo en het effectieve middel ligt overigens in dezelfde orde van grootte als bij de antidepressiva, alleen is daar het placebo-effect veel groter.

Voor de behandeling van heroïneverslaving is gebleken dat versneld afkicken met behulp van naltrexon, onder inten-

Iemand wil eerder veranderen als hij zich geaccepteerd voelt

zich zowel op cognities (bijvoorbeeld op de aanname dat het leven zonder cocaïne niet de moeite waard zou zijn) als op het concrete gedrag (bijvoorbeeld: wat moet ik doen als ik gestresst ben en behoefte krijg aan een paar stevige borrels). Kenmerkend voor cognitieve gedragstherapie is ook dat de cliënt 'huiswerk' krijgt, concrete opdrachten waarin hij leert om zijn gedrag onder controle te krijgen en zijn cognities te toetsen aan de werkelijkheid.

Een belangrijk verschil met de therapie van andere psychische aandoeningen is de nadruk op motivatie. Het effectief veranderen van de motivatie van een verslaafde cliënt vraagt veel van de attitude van de hulpverlener. Belangrijk daarbij is een onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt als individu. De gedachte hierachter is dat iemand eerder bereid is om te veranderen in een situatie waarin hij zich geaccepteerd voelt, inclusief zijn zelfdestructieve gedragingen. Uit eerder onderzoek is al gebleken dat het niets oplevert als men iemand die verslaafd is aan alcohol of drugs op een moraliserende manier confronteert met de negatieve consequenties van zijn gedrag.

Uitsluitend acceptatie is niet genoeg; de tweede essentiële ingrediënt van motiverende gespreksvoering is constructieve zelfconfrontatie. Dat betekent dat de hulpverlener de verslaafde op een niet-moraliserende manier een spiegel

verlener aan op het moment waarop de verslaafde besluit om te stoppen. Juist in deze fase is het van groot belang om de motivatie te versterken, eventuele faalangst te bespreken en te relativiseren, en de zogeheten eigen-effectiviteit (*self efficacy*, populair gezegd het gevoel 'Ik kán het') te vergroten. De daaropvolgende fase is de actie tot verandering, dus het moment van stoppen en de maatregelen die daarbij horen. Daarna is het zaak de verandering vast te houden en te vermijden dat iemand in de volgende fase terechtkomt: terugval. Hoewel inmiddels uit onderzoek is gebleken dat deze fases vaak vloeiend in elkaar overgaan, is het model praktisch bruikbaar gebleken bij de inschatting, welke interventies bij een individuele cliënt nodig zijn.

ONDERSTEUNING MET FARMACA

'Praten en pillen', de gouden formule bij de behandeling van aandoeningen als depressie, wordt ook bij de behandeling van verschillende vormen van verslaving toegepast. Het voornaamste probleem is, dat er nog niet veel middelen beschikbaar zijn die aansluiten bij de nieuwste neurobiologische inzichten. Voor de behandeling van alcoholisme beschikt men over relatief het grootste arsenaal aan middelen. Het oudste middel, disulfiram (Antabus, Refusal), bestaat intussen al zo'n 50 jaar. Het zorgt ervoor dat iemand al bij geringe hoeveelheden alco-

sieve medische begeleiding, de kansen op duurzaam herstel vergroot. Afkicken onder algehele anesthesie voegt niets toe aan de effectiviteit van de behandeling en is dus niet kosteneffectief.

Voor andere verslavingen bestaat tot op heden nog geen effectief geneesmiddel dat de psychosociale behandeling kan ondersteunen. Het is op grond van proefdieronderzoek aannemelijk dat het nieuwe wondermiddel tegen vetzucht rimonabant (Acomplia) effect zou kunnen hebben bij verschillende verslavingen, van nicotine tot cocaïne. Tot op heden zijn er echter nog geen klinische studies die deze claim voor cocaïne ondersteunen. En dat betekent dat de farmacologie voorlopig met lege handen staat bij de behandeling van de meest voorkomende vorm van hard-drugsverslaving. Het is te hopen dat het neurobiologische onderzoek in de komende decennia nieuwe aanknopingspunten voor farmacotherapie oplevert.

ONBEHANDELBAAR

Niet iedere verslaafde is van zijn verslaving te genezen. In een deel van de gevallen is het, tijdelijk of duurzaam, niet mogelijk om iemand te motiveren tot afkicken en nuchter blijven. De optimale benadering in die gevallen lijkt op die bij ernstige psychotische stoornissen en andere ongeneeslijke psychische problematiek. Sleutelwoorden zijn *out-reaching* (de verslaafden opzoeken waar zij zich bevinden), fysieke ondersteuning (bed, bad, brood en bij alcoholisme vita-

mine B als 'vierde B'), psycho-educatie (leren omgaan met de verslaving, aanleren van betere zelfzorg op het gebied van hygiëne, verstandiger vormen van drugsgebruik) en soms de verstrekking van vervangende middelen zoals methadon bij opiaatverslaving. In verscheidene steden wordt gewerkt aan een beter vangnet voor veelal dakloze chronische verslaafden, met laagdrempelige dagopvang en mogelijkheden voor langdurig verblijf in een pension. Voor sommigen is dat een eerste stap op weg naar herstel, anderen blijven helaas een marginaal bestaan leiden en slagen er niet in om hun verslaving te overwinnen. Van den Brink: 'Er bestaat soms verwarring over wat we van verslavingszorg kunnen verwachten. Streven naar abstinentie is niet altijd een realistische mogelijkheid. Ik hoorde laatst een politicus zeggen dat het allemaal prachtig is, die heroïne-verstrekking, maar dat toch het uiteindelijke doel moest zijn om mensen van hun verslaving te genezen. Maar versla-

ving is een chronische ziekte. Je zegt bij iemand met diabetes ook niet: prima dat hij nu insuline krijgt, maar dat moet binnenkort toch eens afgelopen zijn. Als ik kijk naar de groep mensen die stabiel kunnen functioneren onder methadon of heroïne, zitten daar individuen tussen met wie het redelijk goed gaat zo. Ze hebben werk, ze gaan naar Ajax, ze hebben seks... Maar zonder drugs leven, dat zit er gewoon niet in.' ■

Pieter van Megchelen,
journalist

Voor dit artikel is gebruikgemaakt van de slotpublicatie van het programma *Verslaving van ZonMw*, die vorig jaar verscheen onder de titel 'Verslaving'. Zie ook www.zonmw.nl/verslaving.



Online therapieën voor verslavingen vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



BEELD: SHUTTERSTOCK