**Essay**

**Klinisch redeneren 3.2**



**Hogeschool van Amsterdam**

*Opleiding:* HBO-Verpleegkunde duaal

*Vak:* VKD03KR3\_13

**Shelley Roby Kruiver**

*500230749, LD14-4GGZ*

**Docent: Ype van der Burg**

01 december 2014.   
*Aantal woorden:1269*

**Dubbel***‘Ik ben verslaafd aan jou.’* Het woord *jou* kan door velen synoniemen worden vervangen. De term verslaving wordt niet alleen gebruikt als het gaat over dempende of peppende middelen, te veel of te weinig eten, maar ook voor onschuldige liefhebberijen of hobby’s zoals het verslaafd zijn aan je favoriete muziek. Het is zaak dit soort ‘verslavingen’ te onderscheiden van verslavingen in de problematische, medische en psychiatrische zin. Verslaving wordt vaak geassocieerd met wilskracht; een gebrek aan ruggengraat. Wellicht komt dit door de succesverhalen die de televisie ons voorschotelt of door de onwetendheid, het taboe wat er rondom verslaving heerst? Misschien komt het doordat veel van de verslavende middelen, waar alcohol een mooi voorbeeld van is, geïntegreerd en geaccepteerd zijn in onze maatschappij?

In de psychiatrie is verslaving echter een groot probleem. Een psychiatrische ziekte maakt mensen sneller vatbaar voor een verslaving, maar verslavende middelen kunnen ook een psychiatrische aandoening veroorzaken of verergeren *(1)*. Verslaving en psychiatrische problemen gaan vaak hand in hand samen, maar wat houdt zo een *dubbele diagnose* nou precies in? En welke ondersteuning kan er geboden worden binnen de psychiatrie?

**EEN KWETSBAAR SPIRAAL**Een dubbele diagnose, ook wel *comorbiditeit* genoemd, verwijst naar het gelijktijdig bestaan van twee of meer psychische stoornissen. Is de huidige context wordt deze term gebruikt om het gelijktijdig voorkomen van middelen -misbruik/ -afhankelijkheid enerzijds en andere psychiatrische stoornissen (inclusief persoonlijkheidsstoornissen) anderzijds te beschrijven. Zij kunnen niet stoppen met de verslavende middelen, maar de middelen verergeren de symptomen van de psychiatrische aandoening. De klachten worden steeds erger, waardoor zij weer meer middelen gaan gebruiken. Hier gaat zowel een lichamelijke- als geestelijke afhankelijk naar het middel mee gepaard. Dit negatieve spiraal heeft grote gevolgen; er ontstaan vaak allerlei problemen op het gebied van werk, wonen, financiën en gezondheid *(1)*.

Onderzoek bij personen in behandeling bij de verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg laten hoge percentages (50-90%) van comorbiditeit zien. Dus binnen de behandelsetting is comorbiditeit eerder een regel dan uitzondering *(2)*. In de praktijk is het lastig om de relatie tussen middelengebruik en psychiatrische problematiek te ontwarren. Dit maakt het haast onmogelijk om een van de twee aandoeningen als oorzaak van de ander aan te wijzen. Het is beter om te spreken van wederzijdse beïnvloeding door twee stoornissen in plaats van oorzaak en gevolg proberen te achterhalen *(1).*

**Wederzijdse BEINVLOEDING**Er zijn een aantal verklaringen voor het ontstaan van comorbiditeit. De eerste benadering neemt aan dat een gemeenschappelijke factor, genetisch of in de omgeving leidt tot manifestatie van beide stoornissen. Hierbij kan gedacht worden aan mishandeling en seksueel misbruik in de jeugd, iets wat veel vermeld wordt bij behandeling voor middelenafhankelijkheid en psychiatrische stoornissen. Een tweede etiologisch model verondersteld dat psychische stoornissen leiden tot het begin of voortduring van het middelengebruik. Voorbeelden hiervan zijn stoornissen in de impulscontrole, gedragsstoornissen of om angst en stemming te reguleren / dempen. Binnen het derde etiologische model worden stoornissen in het gebruik van middelen als oorzaak beschouwd van de comorbide psychische stoornissen *(1)*.

De verwevenheid tussen de stoornissen is in alle verklaringen groot. Juist omdat er zoveel sprake is van verwevenheid is het interessant om deze vanuit het *ICF model* te benaderen. Dit bio-psycho-sociale model is gericht op het menselijk functioneren vanuit de verschillende niveaus/ functies die met elkaar verbonden zijn. De stoornissen die bij comorbiditeit spelen geven beperkingen in de activiteiten en kunnen zorgen voor participatieproblemen.

Zoals eerder besproken gaat comorbiditeit vaak samen met verhoogde kwetsbaarheid en problematiek op diverse leefgebieden. Zo participeert iemand steeds minder aan het maatschappelijke leven. Er kunnen zich stoornissen in de anatomische functies voordoen (afhankelijk van het gebruikte middel), bijvoorbeeld stoornissen in de zenuwbanen, lever, slokdarm, maag of de hersenen welke uiteindelijk de dood tot gevolg kunnen hebben. Deze lichamelijke beperkingen kunnen zorgen voor sociale isolatie waardoor iemand beperking ervaart in zijn activiteiten of participatie. Het is daarom erg belangrijk om de lichamelijke gesteldheid goed in de gaten te houden en hierin rekening te houden met de interventies. Persoonlijke factoren kunnen hieraan bijdragen maar ook beperken, bijvoorbeeld wanneer iemand genetische aanleg heeft om verslaafd te worden of dakloos is. Deze persoonlijke factoren vormen een belangrijke basis in de interventies. Externe factoren kunnen zich voordoen in ondersteunende rol, bijvoorbeeld een sociaal vangnet, maar ook als belemmering wanneer cliënt zich bevind in een kring van gebruikers *(3)*.

De prognose van het samengaan van persoonlijkheidsstoornissen met verslaving is in het algemeen niet gunstig. Het samengaan van de verslaving met een psychiatrische stoornis (op As-I of As-II) wordt als de sterkste voorspeller van terugval in verslavingsgedrag beschouwd. De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en verslaving voorspelt slechtere behandelresultaten, een ernstiger vorm of beloop van het probleem, meer negatieve emoties, meer interpersoonlijke conflicten en meer risicovol gedrag. Het gelijktijdig voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik gaat gepaard met meer psychopathologie, een lagere kwaliteit van leven, meer impulsiviteit en vijandigheid, een groter gevoel van isolement, meer depressiviteit en minder therapietrouw *(3,4).*

**Geïntegreerd**De behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen vindt meestal óf in de GGZ óf in de verslavingszorg plaats. Veel cliënten vallen tussen wal en schip omdat verslaving en psychiatrische problematiek vaak met elkaar verweven zijn. Het is daarom belangrijk om in een geïntegreerde behandeling te hebben voor beide terreinen en de onderlinge samenhang *(1).* Het geïntegreerde behandelaanbod IDDT *(Integrated Dual Disorders Treatment)*werkt met de verschillende stadia van gedragsverandering *(motivatie)* van een cliënt. De aangeboden interventies moeten aansluiten bij deze stadia van gedragsverandering en motivatie om te veranderen. Dit kan voorkomen dat cliënt zich onbegrepen voelt of zich terugtrekt. Een belangrijke stelregel is dat de hulpverlener een accepterende houding aanneemt tegenover de cliënt en geen interventies inzet die niet aansluiten bij het motivatiestadium van cliënt *(1,5)*.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Stadia van gedragsverandering** | **Stadia van behandeling** | | Vooroverweging | *Contact maken*; outreachend werken, praktische hulp, crisishulp, ondersteuning en hulp bij het vinden van sociale netwerken. Stabiliseren psychische problematiek, monitoren situatie cliënt. | | Overweging | *Overtuigen;* voorlichting geven aan cliënt/familie. | | Voorbereiding | *Motiveren;* motiverende gespreksvoering, groepsinterventies, dag structurering, veilige woonomgeving zoeken, gebruik van medicatie. | | Actie | *Actieve behandeling;* oplossingsgericht werken, groepsbijeenkomsten bijwonen, sociale vaardigheidstraining, CGT, stress management, coping-vaardigheden aanleren. | | Consolideren | *Terugvalpreventie;* uitbreiden werkactiviteiten, verbeteren leefstijl, zelfstandige woonruimte zoeken, werken aan voorbeeldfunctie. |   Bij een geïntegreerde behandeling zijn in elke behandelfase de uitgangspunten van motiverende gespreksvoering belangrijk. Motiverende gespreksvoering is een methodiek die cliënten ondersteunt in een veranderproces. Gedrag wordt niet veroordeeld, ook al is het zelfdestructief. Niet de doelen van de hulpverlener staan centraal, maar het krijgen van een balans tussen de wensen en gedrag van de cliënt zelf *(5)*.  **Conclusie** Ondanks dat comorbiditeit vaker regel dan uitzondering is in de psychiatrie vallen de cliënten vaak tussen kant en wal. Doordat de comorbiditeit vanuit verschillende etiologische theorieën verklaard kan worden is er geen duidelijke oorzaak of gevolg aan te wijzen waardoor het des te belangrijker is om een geïntegreerde behandeling van de stoornissen in te zetten waarin er vanuit verschillende leefgebieden en fasegericht wordt behandeld. Om een geïntegreerde behandeling te laten slagen is het belangrijk om met de wensen en het gedrag van cliënt te werken, waarbij de motiverende gespreksvoering een goed instrument is. |

**Literatuurlijst**

**1)** Landelijk expertise en implementatie centrum dubbele diagnosen. [*http://www.ledd.nl/index.php?option=com\_content&view=frontpage&Itemid=1*](http://www.ledd.nl/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)(geraadpleegd 29 november 2014).

**2)** Emmelkamp P, Vedel E. Alcohol- en drugsverslaving, een gids voor effectief gebleken behandelingen. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2007.

**3)** Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Comorbiditeit. 2014.

**4)** Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. [American Journal of Psychiatry. 1991; 148:118-120.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1984695?ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

**5)** Prochaska & DiClemente. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory research and practice. 1982; 19:276-288.