

Behandeling van alcoholafhankelijkheid: kortdurend versus langdurig: pro's en contra's

door dr. Els Santens

Er is een toenemende tendens om evidence based te werken en dit ook binnen de verslavingszorg. Vanuit deze tendens wordt gezocht naar argumenten voor best practice bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid en zoeken we naar argumenten die pleiten of voor kortdurende of voor langdurige behandelingen.

Vanuit economisch perspectief zijn er pleidooien voor korte residentiële programma's (principe van de kostenbaten analyse) waarbij men dan vaak verwijst naar de situatie in Amerika waar men behandelingen aanbiedt van 28 dagen. Als clinicus zien we dan weer dat de behandeling van verslaving een verhaal is van vallen en opstaan en dat cliënten een langere periode nodig hebben om stabiliteit te verwerven op verschillende levensdomeinen, een stabiliteit die noodzakelijk is om na behandeling de kans op abstinentie te vergroten.

Voor het theoretische luik hebben wij ons gebaseerd op twee richtlijnen: "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders", second edition, APA, 2006 en "Concept Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol", NVP en Trimbos instituut, 2008. In beide richtlijnen is het uitgangspunt de DSM-IV classificatie van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid waarbij stoornissen in het gebruik van alcoholafhankelijkheid gezien worden als een ziekte en waarbij aanbevelin-

gen gedaan worden voor een integrale behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol (misbruik, schadelijke gebruik en afhankelijkheid) en de complicaties hiervan.

Alcoholproblemen behoren tot de grootste problemen binnen de gezondheidszorg en vormen een belangrijk maatschappelijk probleem. Het zal dus belangrijk blijven dat er effectieve behandelingen bestaan voor verschillende vormen van verslaving en verschillende fasen van het verslavingsproces. De meest recente en meest complete gegevens over het voorkomen van overmatig/excessief drinken en het voorkomen van stoornissen in het gebruik van alcohol in de algemene bevolking dateren uit 1996 en zijn afkomstig van NEMESIS onderzoek. Uit dit onderzoek kwam naar voor dat 8,6 % overmatig dronk (mannen 11,9 % en vrouwen 5,2 %) en dat bijna 1,6 % excessief dronk (mannen 2,4 % en vrouwen 0,8 %). Per probleemdrinker zijn er drie tot vijf personen die schadelijke effecten van het drinkge-

Per probleemdrinker zijn er drie tot vijf personen die schadelijke effecten van het drinkgedrag ondervinden.

drag ondervinden. Uit follow-up onderzoek blijkt het verloop ernstig te zijn met veel terugval, veel morbiditeit en een sterk verhoogd mortaliteitsrisico. Lange termijnverloop is vrijwel volledig gebaseerd op beloopstudies uitgevoerd in klinische populaties. Uit recente studies blijkt dat er binnen de algemene populatie een ruime mate van spontaan herstel is, anderzijds dient aangestipt te worden dat het gemiddeld zeven à tien jaar duurt voor

mensen in behandeling komen. Alcoholisten die behandeling zoeken verschillen aanzienlijk in ernst van mensen met alcoholafhankelijkheid die geen behandeling zoeken. Het is deze eerste categorie die het onderwerp uitmaken van de richtlijnen en eveneens het doelpubliek van onze ontwenningsafdeling.

Door de jaren heen zijn er verschillende modellen geweest van hoe we kijken naar verslaving, gaande van het morele model tot het biopsychosociale model waarbinnen multimodale interventies populair zijn en dat binnen behandelsettings gebruikt wordt. De laatste jaren lijken de medisch-biologische aspecten binnen dit laatste model een steeds dominantere plaats in te nemen en spreekt men steeds vaker over verslaving als hersenziekte (Leshner, 1997). Binnen dit model vormt een aangeboren kwetsbaarheid de onmisbare basis voor herhaald gebruik van psycho-educatieve middelen, terwijl het herhaald gebruik van deze middelen op hun beurt leidt tot belangrijke, moeilijk terug te draaien veranderingen in het brein. Deze laatste veranderingen zijn volgens dit model verantwoordelijk voor het ontstaan van craving die de kern vormt van het ongecontroleerde gebruik en de terugval in gebruik na een periode van abstinentie. Medicamenteuze en gedragstherapeutische interventies worden binnen dit model als het meest effectief gezien.

Als men op wetenschappelijke evidentie gerichte verslavingszorg wil introduceren is de eerste vraag die moet gesteld worden: is evidentie beschikbaar? Om een antwoord op deze vraag te geven, kunnen we teruggrijpen op het onderzoeksoverzicht, aangeduid als Mesa Grande van Miller en Wilbourne (2002) en hun publicatie in *Addiction*, 97, 265-271: Mesa Grande: a methodological analysis of clinical

trials of treatments for alcohol use disorders. Hieruit blijkt dat cognitieve gedragstherapie meer effect heeft dan een standaardbehandeling. Dit geldt

Voor een ernstiger verslaving vinden zij op langere termijn betere resultaten na residentiële behandeling van ten minste drie maanden.

zowel op korte termijn als op de langere termijn en zowel bij alcoholmisbruik als bij afhankelijkheid en zowel bij behandeling gericht op abstinentie als gericht op minder drinken. Bij cognitief gedragstherapeutische behandeling wordt de cliënt aangemoedigd tot een grote mate van zelfwerkzaamheid. De gedachte hierachter is dat de cliënt zelf leert om op een goede manier te experimenteren met nieuw gedrag en na te denken over de uitkomsten hiervan. Behandeling van alcoholafhankelijkheid dient primair gericht te zijn op het hanteren van verslavingsgedrag en verder op het oplossen van de achtergrondproblematiek die bijdraagt aan de verslaving of die het gevolg is van verslaving.

Wat we algemeen kunnen meenemen uit de richtlijnen is het volgende:

1. Bij een beginnende verslaving kunnen beperkte interventies volstaan en deze kunnen door huisarts of ambulante settings uitgevoerd worden. De veranderingen in de hersenen die kenmerkend zijn voor een ernstige verslaving zijn dan nog niet of nauwelijks opgetreden en ook de psychische en sociale gevolgen zijn nog te overzien. Bij een langer bestaande of ernstiger verslaving zal men verwijzen naar de gespecialiseerde hulpverlening.

2. Het principe van "Stepped Care" dient toegepast te worden dwz. beginnen met de minst ingrijpende en goedkoopste behandeling waarvan je effect kunt verwachten op grond van bestaande evidentie. Afhankelijk van de ernst en bijkomende psychosociale problemen wordt de keuze gemaakt voor een ambulante dan wel een residentiële behandeling.

3. In de richtlijnen van de APA zijn een aantal duidelijke criteria opgesteld

voor residentiële opname.

Verder stellen de APA guidelines specifiek dat er geen empirische evidentie is voor wat de optimale behandelduur is. Zij stellen dat de duur van de behandeling afgestemd moet worden op de noden van de individuele patiënt en dat deze kan variëren van een paar maanden tot een aantal jaren. In het natuurlijke beloop van een chronische ziekte is een termijn van 28 dagen kort. Bovendien vinden ze de laagste terugvalcijfers bij cliënten die een nazorgprogramma afronden. Hierbij zijn de therapeutische vaardigheden van de hulpverlener belangrijk om cliënten in nazorg te houden.

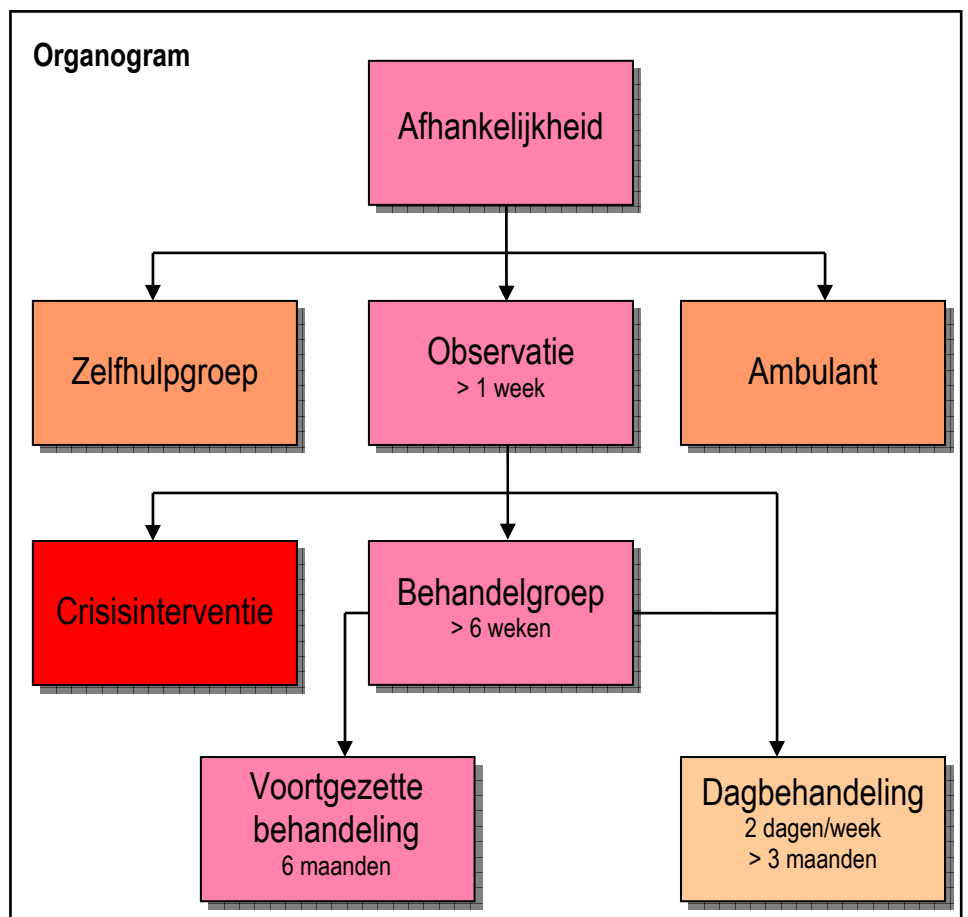
Uit de Nederlandse richtlijnen weerhouden we dat leefstijlinterventies (kortdurend, ambulant, in groep) effectief zijn. Voor een ernstiger verslaving vinden zij op langere termijn betere resultaten na residentiële behandeling van ten minste drie maanden. Zij hebben een duidelijke aanbeveling: "Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhanke-

lijkheid".

Samenvattend: beide richtlijnen zijn gebaseerd op cliënten met een afhankelijkheidsprobleem en verslaving wordt gezien als een chronisch recidiverende hersenziekte. Zij stellen dat het belangrijk is om een langdurig zorgtraject aan te bieden waarbij het principe van "Stepped Care" wordt gehanteerd en waarbij nazorg een onmisbaar onderdeel vormt.

Voor het praktische luik zullen we de situatie op de ontweningsafdeling Ter Dennen toetsen aan deze richtlijnen en nader ingaan op de therapeutische aanpak van twee behandelgroepen m.n. groep C en het Kwadraat.

Vanuit het organogram van de afdeling Ter Dennen (zie figuur) is duidelijk dat na het intakegesprek waar een eerste screening gebeurt verschillende opties mogelijk zijn gaande van ambulante begeleiding (polikliniek of andere settings), ondersteuning via zelfhulpgroepen tot opname. Gezien de complexiteit van verslaving is een multidisciplinaire aanpak op een gespecialiseerde afdeling waarbij zorg op maat mogelijk is belangrijk. Als afdeling en



gesteund door het ziekenhuis hebben wij de keuze gemaakt om naast korte trajecten (crisisinterventies, korte observatieperiodes) en in de tijd afgeleijnde (6 tot 8 weken durende) genderspecifieke groepstherapeutische programma's aan cliënten ook de kans te geven om een langer traject, gericht op stabilisatie en resocialisatie aan te bieden. Deze keuze om ook te opteren voor een langer traject is gestoeld op wetenschappelijke inzichten (cfr. verslaving als een chronisch recidiverende hersenziekte) en lijkt ons inziens ook economisch te verantwoorden: verschillende terugvallen met repercussies op sociaal en professioneel functioneren en meerdere opnames zijn eveneens duur. Bovendien kost het inzicht krijgen in de ernst van de problematiek, het vergroten van de interne motivatie, het veranderen van levensstijl enz. veel tijd. Wij geloven dat een langerdurende behandeling op termijn resultaat oplevert. Gezien nazorg een onmisbare schakel is in het zorgtraject krijgen cliënten de mogelijkheid om na het doorlopen van een behandelgroep nazorg (o.v.v. tweewekelijkse groepssessies waar ook de partner/significante derde kan aan deelnemen) in de eigen instelling te volgen en dit gedurende 1 jaar. Zij kunnen ook de keuze maken om deel te nemen aan de sessies van groep D:

Wij gaan er van uit dat het nodig is om "denken en doen" te veranderen om het afhankelijkheidsprobleem alsook andere (secundaire) probleemdomen op lange termijn aan te pakken.

een dagtherapeutisch programma gericht op verdere stabilisatie. Wij moedigen individuele nazorg in eigen regio en bijwonen van zelfhulpgroepen na ontslag aan. Therapeutische aanpak en visie in behandelgroep C en Het Kwadraat Groep C is een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor mannen met een afhankelijkheidsproblematiek. Het is een open groep en er wordt een engagement voor 8 weken verwacht. Het werkkauder is cognitief-gedragstherapeutisch:

dit wil zeggen dat wij geloven dat gedragsverandering mogelijk is maar ook dat wij nagaan welke negatieve denkpatronen een cliënt erop nahoudt. Wij gaan er van uit dat het nodig is om "denken en doen" te veranderen om het afhankelijkheidsprobleem alsook andere (secundaire) probleemdomen op lange termijn aan te pakken. Het werkplan vormt het centraal uitgangspunt in de behandeling. Hierin worden problemen en werkpunten op verschillende levensdomeinen in kaart gebracht en worden er concrete doelstellingen aan gekoppeld. De vooruitgang van de cliënt op deze doelstellingen wordt zowel in groep (belang van feedback van groepsgenoten) als op individuele basis opgevolgd. Het is belangrijk dat de cliënt leert problemen zelf op te lossen door het zetten van kleine en concrete stappen. In het werkplan komen volgende levensdomeinen aan bod: middelengebruik, zelfbeleving, relatie gezin/ouders, lichamelijke conditie, werk en opleiding, woonst en financiële situatie, vriendenkring en vrije tijd en justitie. Er zijn psycho-educatieve sessies rond afhankelijkheid en groepsgesprekken. Daarnaast is er sociale vaardigheidstraining en leren cliënten nieuwe copingstrategieën aan. Natuurlijk vormt terugvalpreventie een belangrijk onderdeel van het therapieprogramma. Naast deze verbale therapieën zijn er ook een aantal non-verbale therapieën: sporttherapie, kooktherapie, ergotherapie en muziektherapie. De partner wordt eveneens betrokken bij de behandeling en kan deelnemen aan de recent opgestarte infogroep voor familieleden. Kinderen van cliënten kunnen terecht in onze KOAP groepen. Na het afronden van een behandelgroep hebben cliënten een mooi therapeutisch plan maar soms neigen zij ertoe om zichzelf te overschatten of hun problematiek te onderschatten, soms kennen zij een terugval na ontslag of hebben zij nood aan verdere stabilisatie of resocialisatie. Op dit ogenblik kunnen zij terecht in Het Kwadraat. Dit is een gemengde, open groep met een variabele verblijfsduur. De aanpak is eveneens cognitief-gedragstherapeutisch. In deze groep wordt verder gebouwd op de theoretische fundering die in de andere groepen is gelegd. Doelstelling was om een kleinere groep op te richten waar

cliënten een sterk individueel uitgestippeld traject kunnen volgen in combinatie met intensieve opvolging van werkpunten door de individuele begeleid(st)er en waar cliënten de mogelijkheid krijgen tot een langere verblijfsduur. Wij vinden het belangrijk om cliënten aan te spreken op hun sterke punten en samen met hen te geloven dat veranderen mogelijk is zodat de negatieve spiraal kan doorbroken worden en zij terug een toekomstperspectief krijgen. Uitgangspunt is het behandelplan waar de belangrijke levensdomeinen en de stappen die cliënt hier wil in zetten aan bod komen. Door een intensievere individuele begeleiding proberen wij zorg op maat te verlenen. Om cliënten de kans te geven op een langere nuchtere periode waar zij zowel hun zelfvertrouwen als het vertrouwen van hun omgeving kunnen herwinnen, wordt vaak gebruik gemaakt van medicamenteuze ondersteuning m.n. het gebruik van antabuse. Het gaat hier immers om cliënten die al meerder opnames en dus ook meerdere terugvallen achter de rug hebben. Deze cliënten hebben ook veel baat bij een gefaseerde behandeling: hiervoor kunnen zij een beroep doen op de formule van dag- en nachthospitalisatie binnen Kwadraat, gevolgd door individuele nazorg in de eigen instelling. Voor stabilisatie op lange termijn is het belangrijk dat zij leren sneller in te grijpen: in de therapie wordt dan ook veel aandacht besteed aan terugvalpreventie in combinatie met sociale vaardigheidstraining. Na ontslag is een goede doorverwijzing en samenwerking met andere instanties (bvb. begeleid wonen, arbeidstrajectbegeleiding, CGG, OCMW e.d.) noodzakelijk.

Afsluitend willen we stellen dat ander gedrag leren en inzicht krijgen in eigen functioneren tijd vergt. Cliënten met een afhankelijkheidsprobleem moeten een proces doorlopen waarbij het belangrijk is te denken op lange termijn. Een langerdurende behandeling staat niet automatisch gelijk aan een succesverhaal maar het is wel onze manier om cliënten terug perspectief te geven en hun situatie terug leefbaar te maken.