

Nota NAHv

Voor u ligt een nota die poogt het verschijnsel van een dubbele diagnose verslaving en niet-aangeboren hersenletsel onder de aandacht te brengen, de complexiteit ervan te verduidelijken en suggesties te doen voor beleid.

Aanleiding.

In de praktijk wordt gezien dat patiënten met niet-aangeboren hersenletsel en comorbide verslavingsproblematiek (NAHv) tussen wal en schip geraken. Verslavingszorg verwijst vaak door naar hersenletselklinieken, of onderkent het NAH-deel van de dubbele diagnose niet (hier spelen verschillende factoren een rol) en begeleidt deze patiënten hierdoor niet optimaal of ineffectief. Begeleiding van mensen met hersenletsel weet vaak niet hoe cliënten te begeleiden ten aanzien van een verslaving. De medewerkers zijn niet kundig om de ernst in te schatten of een verantwoord traject uit te zetten. Het gebrek aan kennis, mogelijkheden en armslag maakt dat pogingen tot het aanpakken van de verslaving niet, halfslachtig of zonder resultaat worden ondernomen.

Hoe groot is het probleem?

Toch is het niet zo dat NAHv zeldzaam is.

Hieronder staan aantallen personen die middelen misbruiken, of bij wie sprake is van verslaving aan het middel in engere zin. De cijfers zijn ontleend aan de gegevens van Jellinek, 2014.

Middel	Verslaafd	Misbruik
Tabak	810.000	1.650.000
Benzodiazepine	600.000	
Alcohol	82.400	395.000
Gokken	40.000	76.000
Cannabis	29.300	40.200
Cocaïne (snuif)	26.000	
Heroïne/crack	17.700	

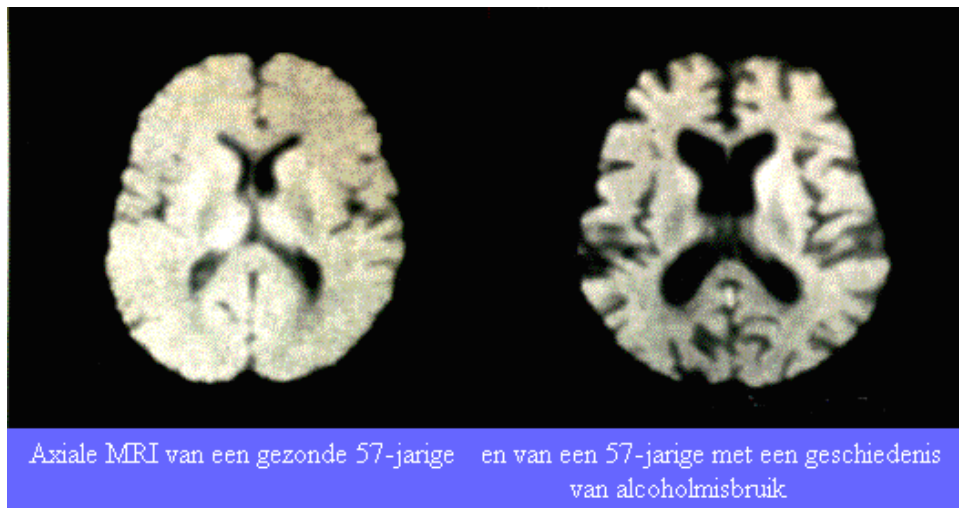
Ook NAH komt niet zelden voor, zoals blijkt uit onderstaande aantallen:

Aandoening	Prevalentie	Incidentie
NAH	500.000*	160.000*
Traumatisch hersenletsel	500.000**	85.000***
CVA	174.400****	26.200****

Bronnen: * Hersenstichting, 2014
** Zorgstandaard THL, 2014
*** VeiligheidNL, 2013
****RIVM, 2014

In beide bovenstaande tabellen bevinden zich mensen met een dubbele diagnose van hersenletsel en verslaving. De aantallen van hen zijn groter dan kans, vanwege interactie-effecten.

1. Mensen met een verslaving zijn vatbaarder voor het oplopen van hersenletsel (denk aan verkeersdeelname onder invloed, agressie en criminaliteit en de schadelijke invloed van stoffen op het zenuwstelsel). In maar liefst 30% van de incidenten die leiden tot traumatisch hersenletsel zijn alcohol of drugs (debet aan) de oorzaak (Bulthuis & Steenstra, 2007). 35-50% van de personen met NAH was geïntoxiceerd ten tijde van het ontstaan van het letsel (Van Balkom, 2013). Ongeacht het type en de oorzaak van het hersenletsel wordt geschat dat 30-70% van de mensen met hersenletsel een voorgeschiedenis heeft van middelenmisbruik (Bulthuis & Steenstra, 2007, Van Balkom, 2013).
2. Andersom is het ook zo dat hersenletsel iemand vatbaarder kan maken voor het ontwikkelen van een verslaving, waar die er eerder niet was. Bij hersenletsel kunnen immers de volgende vermogens zijn aangetast die het gebruik van middelen kunnen beheersen: oordeelsvermogen, zelfkritiek en –controle en oriëntatie in de tijd (geen idee hoe lang ik hier al zit te drinken...). Er kan een hoop verdriet gepaard gaan met een handicap en de beperkingen ervan, wat iemand vatbaarder kan maken voor het gebruik van verdovende middelen. Een vershraling van het leven tengevolge van NAH (wegvallen van sociaal netwerk, onvermogen tot beroepsuitoefening en verminderde belastbaarheid) maakt het gebruik van stimulerende of bewustzijnsveranderende middelen aantrekkelijk. Na hersenletsel krijgt naar schatting 20% van de niet eerder verslaafde slachtoffers te maken met verslavingsproblematiek (Bulthuis & Steenstra, 2007). 50-60% van personen met NAH heeft problemen met het gebruik van alcohol en/of drugs (Van Balkom, 2013).
3. Tenslotte is het een feit dat het gebruik van middelen veranderingen in de hersenen teweeg brengt en dat overmatig gebruik hersenschade kan veroorzaken. Dit gegeven is doorslaggevend geweest in de hedendaagse beschouwing van verslaving als hersenziekte. Er kan dus gesteld worden dat middelenmisbruik kan leiden tot NAH, waarbij moet worden genoteerd dat dit letsel in de meeste gevallen grotendeels reversibel is (het syndroom van Korsakov of beroertes tengevolge van overmatig gebruik van stimulantia daargelaten). Het is nog onderwerp van discussie of de overige langdurige veranderingen in het brein als letsel kunnen worden aangemerkt.



Bron: D. Pfefferbaum, UNC school of medicine

Wat maakt NAHv een probleem dat aandacht behoeft?

Zowel middelenverslaafden als personen met NAH ervaren lijden in het dagelijks leven. Hun aandoeningen beperken hen in het sociaal en/of beroepsmatig functioneren. In beide gevallen is de kans groot dat het beoordelingsvermogen en het vermogen tot zelfkritiek en –controle zijn aangetast. In beide situaties is de verwachting dat de kwaliteit van leven metertijd afneemt wanneer er geen hulp wordt ontvangen. Deze beschrijving geeft aan dat verslavingsproblematiek en NAH problemen zijn die aandacht behoeven, zelfs wanneer deze zich niet gecombineerd in dezelfde persoon voordoen.

Daarbij is het zo dat langdurig misbruik van middelen hersenfuncties en vaardigheden nadelig beïnvloedt. En het omgekeerde gebeurt ook, zoals hierboven al beschreven, dat een hersenbeschadiging kan maken dat iemand niet meer goed in staat is het gebruik van een middel in de hand te houden. Een combinatie van de twee aandoeningen leidt tot een situatie die complexer en verontrustender is dan de som van beide. Één plus één is groter dan twee in dit geval.

Hieronder een tabel met middelen en neuropsychologische gevolgen bij langdurig misbruik ervan.

Type	Middel	Stoornissen op het gebied van...	Reversibel?
Verdovende middelen	Opiaten	Inhibitie, executieve functies	Grotendeels
	Alcohol	Persoonlijkheid, visuospatiële en executieve functies	Grotendeels, tenzij Korsakov
	GHB	Onbekend	
Stimulantia	Cocaïne	Aandacht, geheugen en (fijn)motorisch handelen, wanen	Ja (of i.i.g. grotendeels, tenzij beroerte)
	Amfetamine	Aandacht, geheugen en (fijn)motorisch handelen	Ja (of i.i.g. grotendeels, tenzij beroerte)
Stim./bewustzijnsver.	MDMA	Geheugen, executieve functies	Deels
Bewustzijnsveranderend	Marihuana	Aandacht	Ja
	LSD	Psychiatrische problemen (depressie, angst, psychose) verstoord tijdsbesef	Deels

Wat maakt NAHv zo'n moeilijk probleem?

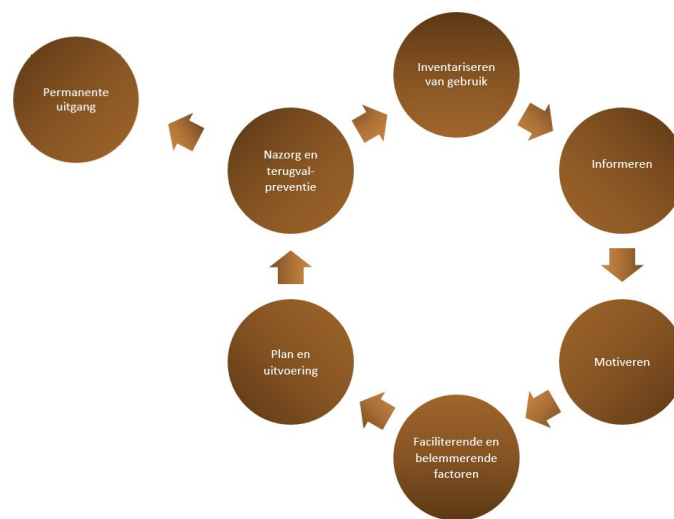
Alcohol, opiaten, cocaïne, tabak, cannabis, ecstasy, maar ook gokken, voedsel en seks zijn bekende zaken waaraan men verslaafd kan raken.

De gevolgen van hersenletsel zijn al even divers: beperkingen in het concentratievermogen, geheugenvaardigheid, taalbegrip en –productie, oriëntatie en planning, maar ook mentale traagheid, apathie, emotionele- en stemmingsstoornissen en karakterveranderingen zijn bekende.

Er zijn veel verschillende verslavingen te onderscheiden, alsook verschillende cognitieve uitvalsverschijnselen bij hersenletsel. Dit maakt het extra gecompliceerd algemene uitspraken te doen over de behandeling van mensen met NAHv.

In de wereld van verslavingszorg en ook in de zorginstellingen voor personen met hersenletsel, wordt gesignaleerd dat er iets ‘aan de hand is’ op het gebied van verslavingsproblematiek in combinatie met hersenletsel. Beide takken van gezondheidszorg realiseren zich onvoldoende te zijn toegerust voor de begeleiding van hen, omdat de ‘standaardbehandeling’ niet op kan gaan. In de verslavingszorg zijn programma’s gebaseerd op besef en inzicht, planning, groepscommunicatie en motivatie. Dit zijn alle hoog-cognitieve vaardigheden die erg kwetsbaar zijn en ‘als eerste’ beschadigd raken bij hersenletsel. Begeleiding van mensen met hersenletsel richt zich op het realiseren van rust en overzicht, structuur en het nastreven van doelen. Dit zijn alle zaken waarbij helderheid van geest en een kalme toestand van belang zijn, waar middelenafhankelijkheid een zeer versturende werking heeft.

Hieronder staan in een schema de diverse stappen in een (relapsing) verslavingstraject weergegeven.



Bij elk van deze stappen zijn gevolgen van hersenletsel (directe of indirecte) denkbaar, die het doorlopen van het stadium kunnen bemoeilijken. Per stadium wordt hier schuingedrukt weergegeven welke bekende cognitieve of gedragsmatige gevolgen van hersenletsel van invloed (kunnen) zijn.

1. **Inventariseren** van het gebruik. Is het werkelijk problematisch en is er werkelijk sprake van verslaving? *Geheugenproblemen, problemen met oriëntatie in de tijd of moeite met plannen/organiseren belemmeren het betrouwbaar in kaart brengen van de mate van gebruik.*
2. **Informeren** van de cliënt op het gebied van het verschijnsel van verslaving, de (schadelijke) kwaliteiten van het middel en mogelijkheden om het gebruik te beheersen. Bewustwording van het probleem is hier een doel. *Geheugenproblemen maken informeren tot een zeer traag, soms nutteloos proces. Beperkt ziekte-inzicht of vermogen tot zelfreflectie bemoeilijken het proces van bewustwording.*
3. **Motiveren** voor het terugdringen van het gebruik. De medewerking en motivatie van de cliënt zijn van belang voor succesvolle behandeling. *Apathie of stemmingsstoornissen kunnen het bewerkstelligen van motivatie onmogelijk maken.*
4. In kaart brengen van **faciliterende en belemmerende factoren** die van invloed zijn op het gebruik of het stoppen. Wat levert het gebruik op, zijn er psychiatrische invloeden, is er een sociale druk om te gebruiken, zijn er omstandigheden die het

- stoppen bemoeilijken? *Aantasting van het abstractievermogen maakt het lastig voor de cliënt te duiden wat het gebruik hem of haar oplevert. Aandachtsdeficiëntie is in verband gebracht met een verhoogde vatbaarheid voor stimulantia. Cannabis en verdovende middelen dempen gevoelens van overprikkeling en cocaïne geeft gevoelens van voldoening en controle welke door hersenletsel chronisch afwezig kunnen zijn. Het sociale netwerk kan ten gevolge van hersenletsel danig zijn uitgedund, waarbij het juist de waardevolle overgebleven sociale contacten zijn die samengaan met gebruik (bijvoorbeeld in de kroeg). Pijn door de verliezen of stress rondom zaken die misgaan sinds het letsel (zoals financiën) motiveren om te gaan of blijven gebruiken.*
5. Het maken van een (individueel toegesneden) **plan** en de **uitvoering** ervan. Hierin wordt een moment gekozen voor stoppen, een tijdsfad uitgezet, hulpbronnen aangesproken (waaronder medicatie, professionele begeleiding, praatgroepen of het cliëntsysteem kunnen zijn), valkuilen in kaart gebracht en strategieën voorbereid om deze te vermijden en de cliënt wordt ondersteund in zijn gevecht door middel van aanmoediging, beloning, steun en troost. *Het vermogen om te plannen en vast te houden aan een planning kan gestoord zijn. Een tijdsfad kan volkomen onbegrijpelijk (of onbevattelijk) zijn wanneer er problemen zijn met de oriëntatie in de tijd. Het cliëntsysteem kan in het geheel ontbreken of nauwelijks draagkracht hebben sinds het ontstaan van het hersenletsel. Gebrekkig zelfreflectief vermogen maakt het lastig voor de cliënt om valkuilen te duiden. Het vermijden van valkuilen kan zijn bemoeilijkt door geheugenproblemen, toegenomen impulsiviteit en verminderde zelfcontrole en door het onvermogen gevolgen van daden te voorzien of overzien. Bepaalde vormen van hersenletsel kunnen cliënten verminderd ontvankelijk maken voor sociale bevestigingen zoals beloning en troost. Aanmoediging kan vruchteloos zijn in geval van een motivationeel syndroom (apathie).*
 6. **Nazorg en terugvalpreventie**, waarbij de beleving van de cliënt veelvuldig wordt besproken en er alternatieven worden gezocht voor de behoeften die werden bevredigd en voor gewoontes of gedragingen die “hoorden bij” het gebruiken. Gedragstherapie maakt niet zelden deel uit van het nazorgtraject. Ook kan lotgenotencontact een belangrijke rol spelen bij de terugvalpreventie. *Geheugenstoornissen en emotionele labiliteit maken het bespreken van de beleving zwaar. Problemen met het verdelen van aandacht, afasie en mentale traagheid maken groepstherapie eerder stressvol dan zinvol. Met geheugenproblemen is de populaire cognitieve gedragstherapie mogelijk weinig effectief.*



Hoe kan het probleem worden aangepakt?

Ten eerste is het van belang om de beide problemen binnen één cliënt waar te nemen en vast te stellen. Nu lijkt het zo te zijn dat hersenletsel bij cliënten in de verslavingszorg veelal wordt ondergediagnosticeerd of ten onrechte uitgelegd als verslavingsgedrag of psychiatrisch. Het is belangrijk dat begeleiding van mensen met hersenletsel de weg naar verslavingszorg weet te vinden en daar niet op een dichte deur stuit. Ook is het van belang dat daar kennis wordt vergroot, zodat de ernst van een verslaving niet wordt onderschat en er helemaal geen actie op wordt ondernomen. Er moeten duidelijke richtlijnen worden opgesteld voor hoe te handelen in geval van NAHv en behandelingsmogelijkheden moeten bekend gemaakt, aangepast en ontwikkeld worden.

Meestal is het niet verslavingszorg, maar NAH-begeleiding die het eerste contact heeft met een patiënt met NAHv. Vaak is het heel moeilijk om cliënten te begeleiden in de richting van verslavingszorg. Dit heeft te maken met het feit dat begeleiding al te hoop loopt tegen de eerste drie stappen (inventariseren, informeren en motiveren). Omdat deze stappen mijns inziens de eerste stadia zijn van een verslavingstraject, heeft verslavingszorg mogelijk technieken ontwikkeld die hier van nut kunnen zijn. Wanneer verslavingszorg direct wordt ingeseind door NAH-begeleiding zodra er sprake is (of het vermoeden bestaat) van overmatig gebruik van een middel, kan verslavingszorg proactief de eerste drie stappen van het traject met een patiënt doorlopen in samenwerking met de NAH-begeleiding. Ik pleit hier dus voor laagdrempelige en proactieve hulp van verslavingszorg in het vroegste stadium.

Het is duidelijk dat het van belang is voor de twee takken van zorg, de verslavingszorg en begeleiding bij NAH, om kennis en expertise uit te wisselen. Niet alleen voor het signaleren van NAHv in de praktijk, maar ook daar waar het individuele cliënten betreft. Bij het uitstippelen van een behandeltraject moeten de deskundigen van de twee scholen nauw samenwerken, zodat er rekening wordt gehouden enerzijds met de *behandelingsbehoefte* van de patiënt en anderzijds met zijn *trajectkracht*.

De aard en omvang van de verslaving zijn van invloed op de invulling van de verslavingszorg (bijvoorbeeld bij opiaten is het van belang medicamenteus te ondersteunen, maar bij cannabis niet). Het is dus afhankelijk van het oordeel van de verslavingsdeskundige om de behandelingsbehoefte te bepalen en in te schatten in hoeverre de NAH-begeleiding een rol kan spelen in de behandeling. Het is aan hem om adviezen, aanwijzingen en stappenplannen aan te reiken voor een gewoonlijk effectieve behandelingsmethode gegeven de specifieke verslavingsproblematiek.

De aard en omvang van het hersenletsel zijn van invloed op de toepasbaarheid van de verschillende stadia van een verslavingsbehandeling (of welke behandeling dan ook). Het is aan de NAH-deskundige om de trajectkracht van een individuele cliënt te bepalen, waarmee wordt bedoeld een inschatting te maken van struikelblokken of onvermogens die een “normaal” doorlopen van een verslavingstraject belemmeren. Op basis van deze inschatting kan een verslavingsbehandeling worden aangepast zo dat deze een kans heeft van slagen.

Sinds enige tijd is de benadering van verslaving verschoven van gedragsprobleem naar (hersens)ziekte. Met deze ontwikkeling ligt er meer druk (plicht) op het actief aanmelden van verslaafden in de richting van verslavingszorg en worden in de nabije toekomst wellicht mogelijkheden tot onvrijwillige behandeling uitgebreid.

Samenvattend zijn de volgende inspanningen nodig voor een adequate(re) aanpak van NAHv:

- Kennisvermeerdering met als doel meer of betere erkenning, herkenning en vaststelling van NAH door verslavingszorg;
- Benadrukken belang van verslavingszorg in geval van NAHv bij NAH-begeleiding en bevorderen aanmelden van cliënten bij verslavingszorg;
- Formuleren van duidelijke richtlijnen hoe te handelen bij NAHv;
- (regionaal) Verduidelijken van bestaande mogelijkheden in geval van NAHv;
- Ontwikkelen van laagdrempelige en proactieve hulp door verslavingszorg bij het inventariseren van gebruik, informeren en motiveren van de cliënt;
- Samenwerken door verslavingszorg en NAH-deskundige met als doel het opstellen van een verantwoord, haalbaar en doeltreffend plan bepaald door enerzijds de behandelingsbehoefte en anderzijds de trajectkracht van de cliënt;
- Bepalen en verdelen van taken en rollen over verslavingszorg en NAH-begeleiding.
- Samenwerken door verslavingszorg en NAH-begeleiding bij het doorlopen, evalueren en bijstellen van het plan;
- Plicht tot bemoeizorg verzwaren en mogelijkheden tot onvrijwillige behandeling onderzoeken en uitbreiden.

Op welke vragen zijn nog antwoorden nodig?

Een maatschappelijk debat wordt gevoerd over de ethische pro's en contra's van gedwongen opname bij verslavingsproblematiek. Het debat moet verder worden toegespitst op NAHv, waarbij bemoeizorg mogelijk nog meer van belang is dan bij verslaving sec.

Er is erg weinig bekend over specifieke verschijnselen bij het gebruiken of afkicken van de verschillende middelen door mensen met NAH. Bij het afkicken van alcohol of opiaten bijvoorbeeld kunnen insulten optreden, waarbij de indruk bestaat dat hersenletsel de vatbaarheid voor insulten vergroot. Deze indruk lijkt vooralsnog niet gestaafd door onderzoek. Meer kennis op dit gebied is van belang omdat er rekening mee gehouden moet worden in het afkicktraject.

Het ontwikkelen van een psychose kan (in zeldzame gevallen) worden bevorderd door hersenletsel. Ook cannabisgebruik (of andere bewustzijnsveranderende middelen zoals paddo's of LSD) kan psychose doen optreden. Onbekend is of cannabisgebruik door een persoon met hersenletsel tot een extra verhoogd risico leidt op het ontwikkelen van een psychose. Meer onderzoek hiernaar kan het belang van gebruikbeperking doen toenemen. Veel onderzoek is gedaan naar een oorzakelijk verband tussen druggebruik en hersenincidenten. Het is duidelijk dat de meeste middelen risico's op hersenincidenten vergroten, zowel direct (beroerte tengevolge van overmatig cocaïnegebruik) als indirect (verkeersongeluk onder invloed van alcohol). Het is een ethische kwestie of iemand die door middelengebruik een hersenincident heeft gehad meer een gevaar vormt voor zichzelf wanneer hij het gebruik van middelen continueert, dan iemand die geen hersenincident heeft gehad. De vraag is dus of zo iemand eerder gedwongen behandeld moet worden om tegen zichzelf in bescherming te worden genomen.

Er zijn aanwijzingen dat hersenletsel kan leiden tot paradoxale reacties op middelen, vergelijkbaar met de paradoxale reactie op stimulantia bij ADHD. Onderzoek kan aan het licht brengen welke vormen van hersenschade leiden tot een paradoxaal reageren op welke psychotrope middelen.

Tenslotte...



Professor De Jong heeft zijn studenten eens gevraagd een verslaafde te beschrijven. Dit zijn de resultaten.

Een verslaafde laat zich karakteriseren als: behoeftig, ongezond, asociaal, ziekelijk, onvoorspelbaar, zielig, hulpbehoevend, afhankelijk, ziek, wanhopig, vervelend, gefrustreerd, slap, menselijk, teruggetrokken, ongelukkig, emotioneel, reddeloos verloren, labiel, werkeloos, eenzaam, relaxed, sneu, zwak, eng, gevaarlijk, wanhopig, vermijdend, gevoelig, stressvol, impulsief, genotzuchtig, gelabeld, uitgekotst, verzonnen, onrustig, ontevreden, beperkt, beschadigd, onvrij, zoekend, verdwaald, alleen, vitaal, bang, onverschillig, egocentrisch, avontuurlijk, onvrij, hulpeloos, onbetrouwbaar, voortvluchtig, gedreven, vies, geïnhibeerd, ongeaccepteerd, kansloos, depressief, dakloos, gesloten, onzeker, reddeloos (...) moeilijk behandelbaar, verhuld, chronisch, ongemotiveerd, maatschappelijk verloren, moeilijk te diagnosticeren, een groot kind, somber, angstig, dysfoor, machteloos makend, machteloos, in een lichamelijk slechte conditie, agressief...

Bron: Inaugurele rede prof. De Jong, 2006

Mensen met hersenletsel kunnen tengevolge van het letsel gezien worden als zijnde: lui, egoïstisch, onwillig, agressief, traag, ongemotiveerd, hulpeloos, onvoorspelbaar, teruggetrokken, onrustig, impulsief, machteloos, een groot kind, somber, vies, onbetrouwbaar, onverschillig, bang, labiel, gefrustreerd, slap, vervelend etc. etc.

Zie de overeenkomsten en begrijp dat de verschijnselen over en weer gemakkelijk gemisinterpreteerd kunnen worden. Ook wordt duidelijk dat het stigma bij beide aandoeningen overwegend (heel) negatief is en er aan beeldvorming en beleidsontwikkeling grote kloven te overbruggen zijn.