

RICHTLIJNEN bij Dubbel Diagnose

Mogelijkheden en valkuilen

Leiden, 09-10-2008

Resultaten Scoren

- Richtlijn Dubbel Diagnose [2003]
- Eerdere richtlijnen: Canada, UK, Australie.

Nieuwe inzichten:

Textbook of Substance Abuse, Marc
Galanter en Herbert Kleber, 4e Editie 2008

Vergelijking:

Allebei de bronnen geven nog steeds aan dat integrale behandeling van dubbel diagnose problematiek de voorkeur verdient.

Dat wil zeggen behandeling door één team, dat beide problemen kan overzien en kan behandelen.

Beide bronnen leggen er de nadruk op dat verslaving een onafhankelijk psychiatrisch ziektebeeld is dat behandeling behoeft naast de behandeling van de psychiatrische problematiek

- Er is vrijwel geen bewijs dat het behandelen van de psychiatrische problematiek bij een Dubbel Diagnose patient significante invloed heeft op het verloop van het verslavingsprobleem.
- Mogelijk is dit wel het geval bij gebruik of misbruik van een stof.

AFHANKELIJKHEID

Drie van de volgende:

- 1] tolerantie
- 2] abstinentie
- 3] controleverlies
- 4] mislukte stoppogingen
- 5] verspilde tijd
- 6] afstemmen van sociaal functioneren
- 7] doorgaan ondanks schade

Er zijn wel aanwijzingen dat het behandelen van een verslavingsprobleem een significante invloed heeft op het beloop van de psychiatrische problematiek.

Na behandeling van een verslavingsprobleem zijn diagnoses als depressie, angststoornis of Borderline persoonlijkheidsstoornis soms niet meer van toepassing

Veel voorkomende combinaties met verslavingsproblematiek [SUD]:

- Depressie
- Angststoornissen
- Schizofrenie
- Bipolaire stoornis
- ADHD
- Persoonlijkheidsstoornissen

Depressie plus SUD

Resultaten Scoren: er is enige evidentie dat behandeling van de verslaving eerst de voorkeur geniet. Enkele onderzoeken geven een positief effect op gebruik en op de depressie aan van fluoxetine en desipramine. Deze effecten zijn echter niet duidelijk bevestigd bij verder onderzoek

Psychosociaal: cognitieve gedragstherapie

Galanter and Kleber: in het algemeen heeft behandeling van de depressie geen positieve invloed op het middelengebruik [mogelijke uitzondering: desipramine]

Tricyclische middelen lijken beter te werken dan SSRI's. Resultaten zijn matig als de patient verslaafd blijft

Psychosociaal: cognitieve gedragstherapie

Angststoornis plus SUD

Resultaten Scoren: Alle gangbare behandelingen zijn effectief voor de behandeling van de angststoornis, maar hebben geen effect op het verloop van de verslaving. Start van de behandeling van de angststoornis kan wachten tot na volledige detox, uitgezonderd de PTSS. Daar moet ook tijdens de detox al aandacht aan besteed worden vooral in de zin van psycho-educatie

Galanter and Kleber: SSRI's zijn de meest logische keus bij deze patientengroep en benzodiazepinen dienen te worden vermeden. Cognitieve gedragstherapie kan zowel angst als SUD positief beïnvloeden

Schizofrenie plus SUD

Resultaten Scoren: vooral een geïntegreerde behandeling is aangewezen
Geen specifieke adviezen

Gallanter and Kleber: Er zijn aanwijzingen dat klassieke antipsychotica drugsgebruik verergeren en dat moderne antipsychotica drugsgebruik verminderen. Vooral clozapine wordt in dit kader genoemd.

Bipolaire stoornis plus SUD

Resultaten scoren : Valproaat zou craving naar middelen kunnen verminderen.

Valproaat en carbamazepine werken bij deze combinatie beter dan lithium.

Gallanter and Kleber : lithium werkt minder goed bij patienten met SUD : valproaat en carbamazepine werken beter.

ADHD plus SUD

Resultaten Scoren : geen adviezen.

Advies ZON MW studies : Vooral prioriteit geven aan het middelengebruik. De behandelingen voor verslaving en die voor ADHD behandeling moeten elkaar in tijd overlappen. Atomoxetine is een medicament van eerste keus, daarna langwerkend methylphenidaat. Echter, atomoxetine en langwerkend methylphenidaat worden door veel verzekeraars niet vergoed.

Gallanter and Kleber: Atomoxetine is het medicament van eerste keus, daarna langwerkend methylphenidaat. Overwogen moet worden een systeem op te zetten van bij voorbeeld getekende contracten, nauwkeurig volgen van recepten, urinecontroles, en het inschakelen van familieleden

[PS: blijkbaar hebben deze auteurs slechte ervaringen met deze patienten].

Persoonlijkheidsstoornissen

Resultaten Scoren:

geen enkel medicament is aantoonbaar werkzaam

BPS: dialectische gedragstherapie

ASP: therapeutische gemeenschap [helaas zeldzaam geworden, zeker voor DD patienten]

Galanter and Kleber:

Geen enkel medicament aantoonbaar werkzaam

Een aantal medicamenten wordt echter vaak met name bij de BPS toegepast:

-bij klachten in de psychotische hoek een lage dosis van een atypisch neurolepticum

-in geval van stemmingsschommelingen een stabilisator,

- in geval van depressieve klachten een SSRI.

Deze interventies zijn soms nuttig gebleken bij niet-verslaafde patiënten met een BPS [Er ontbreekt een advies bij dit hoofdstukje]

Therapeutisch: bij BPS dialectische gedragstherapie, bij ASP “dual focus schema therapy”

Valkuilen

Vrijwel geen enkel wetenschappelijk onderzoek is opgezet met een DD groep als onderzoekspopulatie. Verslaving is over het algemeen een contra-indicatie voor psychiatrische research en vice versa

Specifiek verslavingsgedrag intervenueert nog verder bij de uitvoering van richtlijnen

Dubbel diagnose patiënten zijn ook verslaafden. Vanuit de verslavingswetenschap is het logisch dat zij regelmatig terugvallen in drugs- en alcoholgebruik. De bestaande richtlijnen houden te weinig rekening met de realiteit van dat proces.

Gedragsproblemen

Verslaafde patienten zijn niet populair en niet alleen vanwege hun neiging tot terugval, maar ook vanwege hun gedrag dat als antisociaal imponeert.

VERSLAVINGSGEDRAG I

[van Epen, 2002]

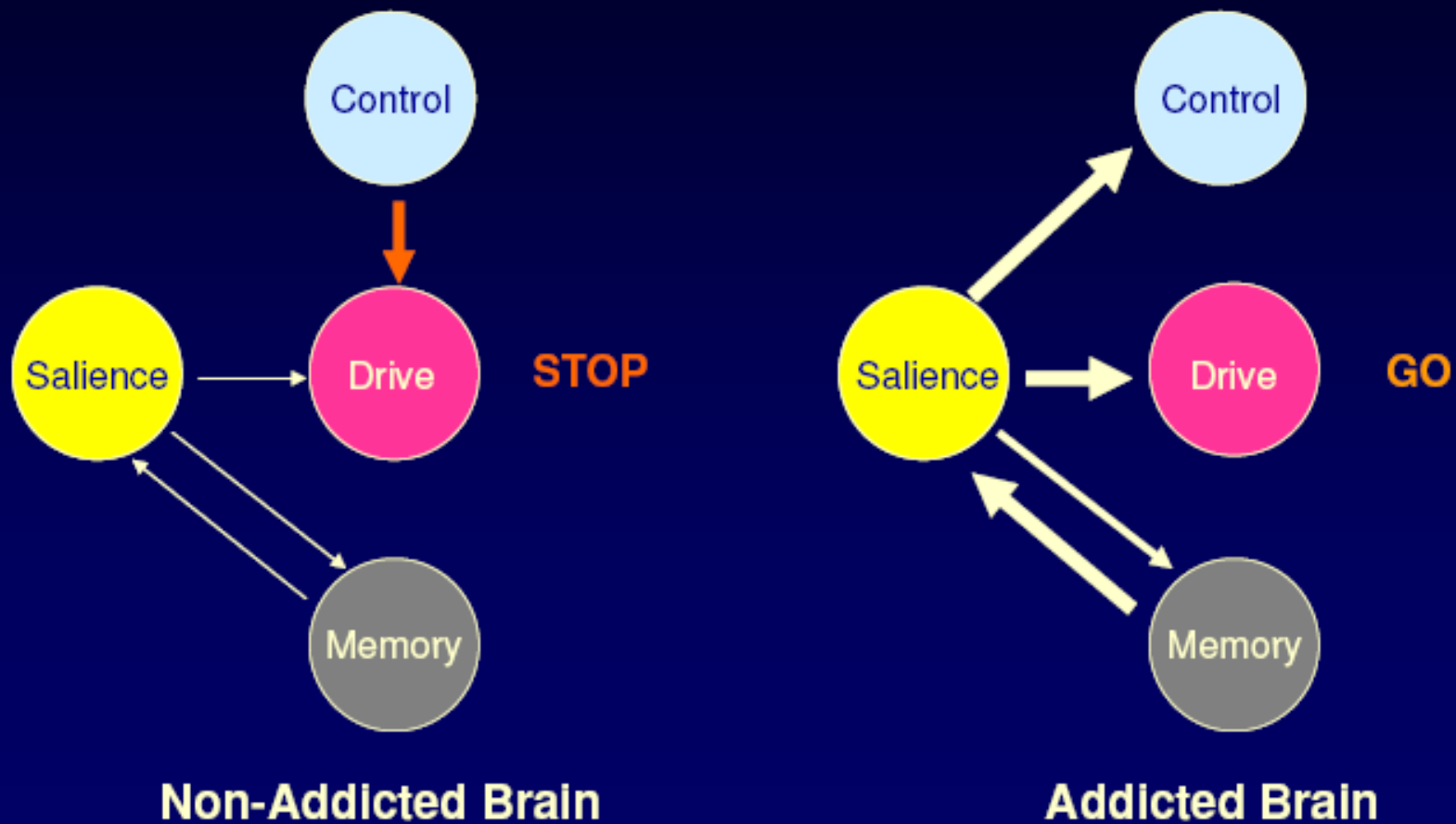
- 1] Liegen
- 2] Geen verantwoording nemen
- 3] Manipuleren
- 4] Wisselend gedrag
- 5] Acteertalent
- 6] Misbruik van taal
- 7] Egocentriciteit
- 8] Magisch denken

- 9] [crimineel gedrag, vooral bij drugs]
- 10] [instrumentele agressie]

Verslavingsgedrag II

Eenmaal verslaafd is er bij de patient een sterke behoefte [“craving”] de desbetreffende stof te blijven gebruiken, ook als dit gebruik tot gevolg heeft dat men psychosociaal gezien in de problemen raakt. Die behoefte blijft bestaan, ook al wordt men behandeld voor bijkomende psychiatrische problemen.

I-RISA syndrome of drug addiction
Impaired Response Inhibition and Salience Attribution
Nora Volkow, 2002



Het is de trend om te verklaren dat verslaving een “gewoon” chronisch recidiverend psychiatrisch ziektebeeld is, zoals een psychotische stoornis of een depressie. Echter, het geheugen van een depressieve patient ligt niet de informatie dat het absoluut fantastisch was om depressief te zijn. Bij verslaafden is die informatie wel opgeslagen en dit kleurt het interpersoonlijk contact

Gevolg voor de behandelrelatie:

- De verslaafde patient wendt zich tot de behandelaar niet om met gebruik te stoppen, maar om methoden aangereikt te krijgen om met zo min mogelijk problemen door te kunnen gaan met gebruik.
- Dit geldt ook voor dubbel diagnose patienten.

Verslavingsgedrag II

Gedrag vanuit ontwikkelingsachterstand:

Gebruikt iemand eenmaal dagelijks een psychotrope stof, dan stopt de emotionele en sociale ontwikkeling. Immers, gedrag aanleren en investeren in anderen hoeft niet meer, je hoeft alleen nog maar aan drugs te komen om je goed te kunnen voelen. Hoe jonger verslaafd, hoe erger de achterstand.

Gevolg: opvallend puberaal [en knap irritant!] gedrag, vooral bij [ook oudere] drugsgebruikers

PROBLEMEN BIJ CLEAN BLIJVEN:

- 1] Nog heel lang last van craving; dus van onrust, slaapstoornissen, prikkelbaarheid
- 2] Geen normale compensatie, 'gewone' prettige dingen roepen nog langdurig geen prettige reactie meer op
- 3] De troost van 'even een klein beetje gebruiken' is onmogelijk geworden door het controleverlies.
- 4] Alle ontstane problemen wordt opeens heel erg bewust, en oplossingen zijn niet snel voorhanden
- 5] Vaardigheden om eventuele oplossingen aan te grijpen zijn nooit aangeleerd of zijn in onbruik geraakt.

Verślavingsbehandeling:

- Inzicht verschaffen [*psycho-educatie*]
- Consequenties bewust maken [*sociotherapie, gezinstherapie, zelfhulp*]
- Keuzes leren maken [*motiverende gesprekstechnieken, groepsinterventies*]
- Craving behandelen [*medicatie*]
- Achterstanden inhalen [groepstherapie]
- Vaardigheden aanleren [*emotietraining, cognitieve gedragstherapie, terugvalpreventie, leefstijltraining*]

- Bij voorkeur: zo min mogelijk individuele therapie!

- Eventueel: bijkomende problemen behandelen

- Aangezien voor vele behandelingen in de Richtlijnen het noodzakelijk is om langere tijd clean te zijn, wordt het zonder meer volgen van de bestaande richtlijnen een frustrerende bezigheid
- Er zou meer aandacht moeten zijn voor de specifieke gedragsproblemen van deze populatie

DD richtlijnen in de praktijk I

[naar: Sowers and Golden, 1999]

- 1] rekening houden met verwachtingspatronen rond stoffen. Een verslaafde rekt bij medicatie vaak op vrijwel directe klachtenvermindering, zoals hij dat van drugs ook gewend is.
- 2] geduldig zijn en simpel houden [niet meer dan twee psychofarmaca voorschrijven]
- 3] beseffen dat de patiënt drugs en/of alcohol wil, en dus waarschijnlijk zal, blijven gebruiken, en daar moet dus de medicatie op worden afgestemd.
- 4] niet teveel van medicatie verwachten en bedenken dat sommige medicatie verkoopbaar is op de zwarte markt

DD Richtlijnen in de praktijk II

- 5] het kan voordelig zijn voor een patiënt om de identiteit van “psychiatrisch patiënt” te hebben en niet die van “verslaafde” Daardoor kunnen bij voorbeeld anti-craving middelen of disulfiram geweigerd worden en kunnen legale psychofarmaca erg populair worden.
- 6] terughoudend zijn met medicatie met verslavingspotentieel en vooral met benzodiazepinen
- 7] rekening houden met impulsiviteit [b.v. ten gevolge van craving naar drugs]
- 8] vooral: mens, erger je niet!

DD patient

Man , 37 jaar, gedetineerd, al vele jaren bekend met gecompliceerde problematiek. Hij heeft een aantal diagnoses gekregen in de loop van de tijd: depressie, angststoornis, PTSS, BPS, ADHD. Deze diagnoses zijn voor hem het eeuwige excuus vooral drugs te blijven gebruiken, en dat excuus gold vooral t.a.v. zijn ouders. Die waren er namelijk van overtuigd dat hun zoon nooit een gewone junk kon zijn, en sleepten hem van de ene specialist naar de andere, omdat hij steeds bleef vertellen zo dolgraag geholpen te willen worden. Hoe zijn motivatie echt in elkaar zat bleek toen er een mooi, precies op hem toegesneden behandeling werd gepland: na drie uur verliet hij de kliniek alweer. Echte behandeling was niet de bedoeling! Door met diagnoses en klachten te zwaaien had deze man al een aantal jaren weten te voorkomen dat hij ooit werd behandeld, en bleven zijn ouders toch zorgen voor hun zoon die zo graag anders wilde maar die nergens een kans kreeg.

DD patient

Jonge man, 26 jaar oud, combinatie speedverslaving en schizofrenie. Hij was ambulante behandeld, orale antipsychotica werkten niet voldoende, hij had een fluvoxoldepot. Dat ging redelijk, maar de patiënt was het niet eens met de diagnose, hij dacht dat er sprake was van ADHD en hij wilde Ritalin i.p.v. het depot. Hij was volgens ouders en ambulante psychiater redelijk stabiel en had al een half jaar geen speed meer gebruikt. Bij opname een eisende man, die direct met het depot wilde stoppen en per omgaande Ritalin wenste te zien. Het voorstel om eerst even te kijken wat er aan de hand was vond hij onzin. Waarom dat was bleek na twee dagen, zijn urine was daverend positief op speed.

Deze patient wilde een diagnose die hem van eindeloze steun van ouders en hulpverleners zou voorzien, met behoud van zijn speedgebruik en met liefst nog wat prettige legale medicatie. Dus vertelde hij steeds over zijn psychose die hij zou hebben ook al gebruikte hij geen speed. Maar de diagnose schizofrenie met een depot als gevolg beviel hem niet, hij wilde gewoon en prettiger diagnose.

DD patienten

Het kan heel gunstig zijn voor een geroutineerde verslaafde om een psychiatrische diagnose te hebben. En hoe meer plezierigs er te krijgen valt via de diagnose, hoe meer diagnoses. Als de behandelaar bereid is angststoornissen bij verslaafden met benzodiazepinen te behandelen, of met andere gewenste stoffen, dan zul je eindeloos veel angststoornissen in die populatie zien

DD patient

- Man, 45 jaar, 25 jaar verslaafd. Diagnose schizofrenie. Niemand zag er echter symptomen van. Hij ging mee met de suggestie de antipsychotica te gaan staken. Aan het eind van de afbouw begon hij te praten over mogelijke psychotische symptomen die er nog niet waren maar misschien wel zouden kunnen komen en wilde hij graag een klein beetje antipsychotica houden. Deze zeer geroutineerde man wilde erg graag een psychiatrische diagnose houden, dan bleef hij patient zowel binnen de verslavingszorg als binnen de GGZ. Altijd handig in noodsituaties!

Ook al valt er geen medicatie mee te verkrijgen, dan nog kan het handig zijn vooral als psychiatrisch patient en vooral niet als verslaafde te boek te staan, t.a.v. justitie bij voorbeeld.

Conclusie

Richtlijnen op het gebied van dubbel diagnose geven steeds meer mogelijkheden voor behandeling op maat.

Maar juist bij deze categorie mag niet vergeten worden dat het ook om verslaafden gaat die over het algemeen een ander doel nastreven dan het doel waar een wetenschappelijke Richtlijn zich op baseert.