

Psychotische stoornissen en verslavingsproblematiek: prevalentie, diagnostiek en behandeling

door B.L.I.A.M. Kramer

Samenvatting

Hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg worden meer en meer geconfronteerd met mensen die zowel psychotisch zijn als verslavingsproblemen hebben. Echter, lang niet altijd worden de problemen onderkend. Dit artikel is een weerslag van de belangrijkste literatuurgegevens betreffende prevalentie, diagnostiek en behandeling van psychotische patiënten met verslavingsproblemen.

Inleiding

Tussen 1937 en 1955 werden vanuit het psychoanalytische denkkader ideeën ontwikkeld omtrent de etiologie van verslavingsproblemen (Solomon e.a. 1993). Onbewuste zelfdestructie, orale regressie en latente homoseksualiteit waren belangrijke aandachtspunten. Onvrede met de behandelresultaten van ontdekkende psychotherapie bij alcoholisten leidde tot het geloof dat verslavingsproblemen niet met psychotherapie konden worden behandeld. Meer recent behandelen psychiaters verslavingsproblemen met psychofarmaca als anxiolytica, antidepressiva en lithium, hetgeen kan leiden tot nieuwe verslavingsproblemen zoals benzodiazepineafhankelijkheid (Miller en Gold 1991).

De psychiatrie en de verslavingszorg zijn in de loop der tijden helaas uit elkaar gegroeid. De laatste tijd echter wordt de hulpverlener binnen de psychiatrie in toenemende mate geconfronteerd met verslavingsproblemen en zijn ook psychiatrische stoornissen binnen de verslavingszorg niet langer onbekend. Verschil in visie tussen de beide werkvelden omtrent causaliteit van het toestandsbeeld leidt tot een gefragmenteerde en inadequate zorg (Wallen en Weiner 1989). Men kan de volgende hypothesen onderscheiden (Minkoff 1989):

1. *De psychiatrische stoornis is primair*

Middelengebruik kan helpen ziektegerelateerde spanning te verminderen (Dixon 1990). Bovendien heeft men als gebruiker een voor veel psychiatrische patiënten acceptabeler identiteit (Lamb 1982), vergemakkelijkt gebruik van middelen sociale interacties

(Bergman en Harris 1985), en biedt het de mogelijkheid deel te nemen aan een bepaalde subcultuur (Test e.a. 1989). De consequentie van deze hypothese is dat de aandacht uitgaat naar behandeling van de psychiatrische stoornis, waarbij men verwacht dat een verbetering hiervan leidt tot een vermindering van middelenmisbruik.

2. *De verslavingsproblematiek is primair*

Voorbeelden zijn: een vitaal depressief syndroom na cocaïnemisbruik, psychosen na amfetamine-, LSD-, of cannabisgebruik. Deze stoornissen verdwijnen meestal na detoxificatie. Over chronisch psychotische beelden na cannabisgebruik zijn de meningen verdeeld. Linszen e.a. (1994) en Mathers en Ghodse (1992) zagen geen langdurige psychose na gebruik van cannabis, McLellan e.a. (1979) wel.

3. *Het zijn twee onafhankelijke stoornissen*

Het feit dat beide stoornissen relatief vaak tegelijkertijd optreden (Regier e.a. 1990), pleit tegen deze hypothese.

4. *Beide stoornissen hebben een gemeenschappelijke etiologie*

Gemeenschappelijke onderliggende factoren zouden ertoe leiden dat patiënten zowel at risk zijn voor een psychiatrische stoornis als voor een verslavingsprobleem. Zo kunnen stoornissen in het dopaminerge systeem leiden tot psychosen, maar ook tot het gebruik van middelen die dit dopaminerge systeem beïnvloeden, zoals amfetamine, cocaïne en cannabis.

Prevalentie

De prevalentie van middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij verschillende populaties wordt samengevat in tabel 1. De studies zijn onderling niet vergelijkbaar, omdat de diagnostiek niet eenduidig werd verricht en de periode waarover en de setting waarin werd gemeten verschilde (politiebureau, algemene bevolking, crisisdienst). De percentages variëren grofweg tussen de 22% (Drake e.a. 1989a) en 76% (Warner e.a. 1994). In de algemene bevolking is de lifetimeprevalentie voor dubbel-diagnoseproblematiek, gegeven de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, 29% (Regier e.a. 1990).

Redenen voor gebruik van middelen

Uit de onderzochte literatuurgegevens blijkt dat het verband tussen ziekteverschijnselen en gebruik van een bepaald middel niet eenduidig is. Aspectieve factoren zoals beschikbaarheid en kosten kunnen de keuze voor een middel bepalen. Toch kunnen wel een aantal trends worden vastgesteld.

Tabel 1: Prevalentiecijfers verslavingsproblematiek¹ bij 11 verschillende populaties

Auteur	onderzochte periode	onderzochte populatie	diagnostische criteria	% middelenmisbruik, c.q. -afhankelijkheid
Regier e.a. (1990)	lifetime	20291 mensen uit algemene bevolking	gestructureerd diagnostisch interview	alcohol 13,5% andere drugs 6,1% dubbeldiagnosen 29%
Safer (1987)	lifetime + recent (3 maanden)	41 jonge chronisch psychiatrische patiënten	niet gespecificeerd	lifetime 44% laatste 3 maanden 29%
Caton e.a. (1989)	laatste 6 maanden	100 klinische patiënten	SADS ² DSM-III ³	51%
Dixon e.a. (1991)	lifetime + laatste jaar voor opname	83 psychotische patiënten	SCID-III-R ⁴ BPRS ⁵ SANS ⁶ GAS ⁷	lifetime 50% laatste jaar 35%
Mueser e.a. (1990)	lifetime + laatste 6 maanden	149 klinische patiënten	SCID-DSM-III-R SADS	lifetime alcohol 50% laatste 6 maanden 35%
Sonne e.a. (1994)	lifetime	44 patiënten met bipolaire stoornis	SCID DSM-III-R Hamilton rating scale Young mania rating scale	70%
Barbee en Clark (1989)	lifetime	53 schizofrene patiënten bij crisisdienst	DIS ⁸ DSM-III-R	47%
Drake e.a. (1989)	6-12 maanden na ontslag uit APZ	115 schizofrene patiënten	DSM-III-R	22%
Drake en Wallach (1989)	6-12 maanden na ontslag uit APZ	187 chronische ambulante patiënten	BPRS ANS ⁹ DSM-III-R	27%-50%
Pristach en Smith (1990)	laatste maand	42 schizofrene klinische patiënten	DSM-III-R SAAST ¹⁰	55%
Warner e.a. (1994)	lifetime en laatste jaar	55 ambulante chronisch psychotische patiënten	Cohen en Kleinschaal DSM-III-R	lifetime 76,4% laatste jaar 34%

1. Dit kan zowel misbruik als afhankelijkheid van middelen zijn
2. SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
3. DSM-III = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders third edition
4. SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R
5. BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale
6. SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms
7. GAS = Global Assessment Scale
8. DIS = Diagnostic Interview Schedule
9. ANS = Andreasen Negative Symptom scale
10. SAAST = Self Administered Alcoholism Screening Test

De zelfmedicatiehypothese (Khantzian 1985) blijkt voor een deel toepasbaar. Uit zelfrapportageonderzoek (Dixon 1990; Dixon e.a. 1991; Drake e.a. 1989a) onder schizofrene patiënten blijkt dat psychostimulantia gebruikt worden om depressiviteit en negatieve symptomen te verminderen. Serper e.a. (1995) vergeleken schizofrene patiënten die bij opname cocaïne gebruikten, met schizofrene patiënten die dit niet deden. Cocaïnegebruikers hadden significant minder negatieve symptomen bij opname, terwijl er bij follow-up na vier weken geen verschil in negatieve symptomatologie bestond tussen de twee groepen.

Arndt e.a. (1992) benadrukken de grotere premorbide aanpassing bij schizofrene patiënten die middelen gebruiken. In tegenstelling tot patiënten die geen middelen gebruiken, zou deze groep meer sociale contacten hebben en zich meer in sociale situaties begeven waardoor er ook meer met middelen geëxperimenteerd kan worden.

Alcohol vermindert depressieve gevoelens en angst, maar versterkt negatieve symptomatologie. Sedativa en opiaten worden in veel mindere mate door schizofrene patiënten gebruikt, maar dempen wel de psychotische symptomatologie (Schneier 1987; Mueser e.a. 1990; Hesselbrock 1985). Rounsaville e.a. (1982) melden bovendien dat onder opiaatgebruikers schizofrenie zeer weinig voorkomt (0,2%). Opiaatgebruik en schizofrenie gaan kennelijk niet makkelijk samen. Mild cannabisgebruik (één keer per week tot één keer per dag) heeft een angst-dempend effect volgens veel schizofrene patiënten, maar bij zwaar gebruik (meerdere joints per dag) wordt een toename van de psychotische symptomatologie ervaren (Linszen e.a. 1994). Mueser e.a. (1990) melden dat er waarschijnlijk een kritisch venster van negatieve symptomatologie is waarbinnen patiënten middelen gebruiken. Er moet een zekere lijdensdruk door negatieve symptomen aanwezig zijn, maar deze symptomen moeten niet te overheersend zijn, want dan zijn patiënten nauwelijks meer in staat om in hun middelen te voorzien. Daarnaast zijn veel gehoorde argumenten om te gebruiken: verveling (Cuffel e.a. 1993), erbij horen, en de mogelijkheid tot deelname aan een bepaalde subcultuur (Drake en Wallach 1989).

Diagnostiek

Het zou te ver voeren om de diagnostiek van verslavingsproblematiek hier apart te bespreken. De vraag naar causaliteit en hiërarchie van stoornissen (is de psychose primair of secundair) kan in het acute stadium niet beantwoord worden. Daarvoor is eerst een drugsvrije observatieperiode nodig. Een zuivere drugspsychose verbetert meestal binnen enkele dagen. Als psychiatrische symptomen na vier weken drugsvrije observatie nog steeds aanhouden of indien de psychiatrische symptomen verergeren, dan is de psychiatrische stoornis waarschijnlijk primair. Aspecifieke factoren als therapieontrouw, het niet verschijnen op afspraken, met name als deze vroeg in de ochtend zijn gepland (Pristach en Smith 1990), korte opnameduur, abrupt verlopende ontslagfase en frequente heropname (Sonne e.a. 1994) worden vaker bij dubbeldiagnosepatiënten gezien.

Binnen een verslavingskliniek valt een patiënt met een primair psychotische stoornis op doordat hij of zij, meer dan een primair verslaafde patiënt, geagiteerd en angstig reageert op een meer confronterende attitude van het behandelend team, waarbij gewezen wordt op het dragen van eigen verantwoordelijkheid. Op een psychiatrische afdeling valt de dubbeldiagnosepatiënt op door zijn grotere sociale vaardigheid, het gemakkelijker contact leggen met medepatiënten, zijn grotere dreiging met agressie en grotere mate van suicidaliteit (Solomon e.a. 1993).

Behandeling

Omdat zowel de schizofrene cannabisgebruiker als de cocaïneverslaafde met een As II-probleem, alsook de alcoholist met een stemmingsstoornis worden beschouwd als dubbeldiagnosepatiënten, zijn er grote verschillen in behandeling (Weis e.a. 1992; Lehman e.a. 1994). Literatuurgegevens omtrent behandeling van dubbeldiagnosepatiënten hebben veelal betrekking op psychotische patiënten die ook een verslavingsprobleem hebben. Voor deze groep kan de behandeling grofweg op twee manieren georganiseerd zijn (Minkoff 1989; Ries e.a. 1993):

- een geïntegreerde behandeling, waarbij zowel de psychiatrische stoornis als het verslavingsprobleem op één plek worden behandeld, en
- een parallelbehandeling waarbij men zich eerst richt op de ene stoornis (meestal het psychiatrische probleem) en na stabilisatie een brug slaat naar een instelling waar het verslavingsprobleem kan worden behandeld.

Behandeling in de acute fase – Volgens Lehman e.a. (1993) heeft in het acute stadium geïntegreerde behandeling de voorkeur, terwijl de parallelbehandeling gereserveerd moet worden voor patiënten bij wie al enige stabilisatie is bereikt.

De discussie over causaliteit van stoornissen zou in de acute fase van de behandeling niet aan de orde moeten zijn. Pas na een observatieperiode van drie tot zes weken drugsvrij (urinechecks) en op basis van heteroanamnestische gegevens kan hierover meer gezegd worden.

In de detoxificatiefase van de dubbeldiagnosepatiënt is een niet oordelende, niet straffende houding zonder strijd van groot belang in tegenstelling tot de meer confronterende houding die men aanneemt bij de behandeling van zuivere verslavingsproblematiek (Solomon e.a. 1993). Rigide streven naar abstinentie vroeg in de behandeling van een dubbeldiagnosepatiënt is niet gewenst, maar voor de voortgang van de behandeling kan onbegrensd gebruik niet worden toegestaan.

Medicatie – In de ontwenningfase kunnen bij agitatie en hyperactiviteit benzodiazepinen gegeven worden, en bij wanen en hallucinaties, optredend in het kader van gebruik of onthouding, neuroleptica. Depressieve symptomen komen in de ontwenningfase veel voor, maar behoeven vaak geen medicamenteuze behandeling (Noorlander 1991). Bij cocaïneabstinentie echter kunnen de depressie en de zucht naar het middel zo intens zijn dat antidepressiva geïndiceerd kunnen zijn. Van imipramine zijn enkele studies bekend met goede resultaten (Nunes e.a. 1991; Gawin e.a. 1989).

Behandeling na de acute fase – In deze fase is motivatie het sleutelwoord. In de vroege abstinatiefase vindt veel drop-out plaats, en de uitdaging voor de therapeut is dan ook groot. Cognitieve en gedragstherapeutische technieken worden gehanteerd, en de beste attitude als behandelbaar in deze fase is een directieve en supportieve (Kaufman 1989). Men bekrachtigt in deze fase methoden die abstinentie handhaven, en geeft psycho-educatie. Gedetailleerde informatie over het middelengebruik dient te worden verzameld, waarbij men eerst kijkt naar de meest recente periode en vervolgens naar het verleden toewerkt zodat risicosituaties, luxerende factoren en gevolgen van gebruik zichtbaar worden en het verband met de psychiatrische stoornis kan worden vastgesteld. Systeminterventies dienen erop gericht te zijn dat abstinentie en therapietrouw door het systeem worden beloond. Het is van belang om te beseffen dat, voordat deze fase met succes wordt afgerond, de patiënt vaak herhaalde episodens van detoxificatie, terugval en psychotische decompensatie doorloopt als gevolg van het staken van de psychofarmaca. Siris (1990) prefereert voor deze groep weinig sederende, sterk antipsychotische en weinig anticholinerge middelen in depotvorm.

Langetermijnbehandeling – Het doel in deze fase van de behandeling is dat de patiënt ziektebesef krijgt en zich bewust wordt van zijn of haar gebruikspatroon in samenhang met psychotisch decompenseren. Terugvalpreventie kan worden aangeleerd (Marlatt en George 1984). Het fa-

senmodel geeft de behandeling structuur en patiënten hoeven bij terugval niet met ontslag, maar kunnen bijvoorbeeld terug naar een eerdere fase.

Behandeling binnen een therapeutische gemeenschap – Binnen de verslavingszorg is behandeling van patiënten in een therapeutische gemeenschap een met succes beproefd middel. De behandeling van dubbeldiagnosepatiënten binnen een dergelijke setting vereist modificaties (De Leon 1989). Zo stelt men in het algemeen minder harde eisen, houdt men meer rekening met individuele verschillen, en gaat men soepeler om met invoegen van een patiënt in een standaardprogramma. Daarnaast is de duur van de totale behandeling en van behandelprogrammaonderdelen korter en zijn er meer pauzes vanwege de kleinere aandachtsspanne. Sancties dienen aangepast te zijn aan het leervermogen van de patiënt. De nadruk ligt meer op training, instructie, steun, oefenen van rollen in de peergroep en veel minder op confrontatie en interpretatie. Bij groepszittingen is de behandelaar meer een docent.

Gegevens omtrent resultaten van behandeling

Het is algemeen bekend dat de behandelresultaten van dubbeldiagnosepatiënten binnen het huidige systeem niet erg bevredigend zijn. Case (1991) vond in een groep van 24 dubbeldiagnosepatiënten een dropout-percentage van 57 binnen acht weken na het starten van psychiatrische dagbehandeling. Bij de controlegroep van patiënten met dezelfde diagnose, maar zonder verslavingsprobleem was dit percentage 21.

Er zijn nog geen resultaten bekend van het effect van geïntegreerde of parallelbehandeling van dubbeldiagnosepatiënten. Wel zijn er enkele pilotstudies gedaan. Zo vond Drake (1993) in een follow-up-studie van vier jaar bij achttien ambulante schizofrene patiënten met alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid, die werden behandeld in een programma speciaal gericht op dubbeldiagnosepatiënten, dat 61,1% stabiel in remissie was met betrekking tot het alcoholprobleem. De gemiddelde remissieduur was 26,5 maanden. De patiënten waren aan het begin van de behandeling niet gemotiveerd en ontkenden een alcoholprobleem te hebben. Ries en Ellingson (1990) vonden in een follow-up-studie van een maand bij zeventien klinisch behandelde dubbeldiagnosepatiënten dat er twaalf abtinent waren en vijf een terugval hadden.

Discussie

Hoewel psychotische patiënten met verslavingsproblemen al jaren te vinden zijn zowel binnen de verslavingszorg als binnen psychiatrische instellingen, is het nog niet gelukt voor hen een adequaat behandelaa-

bod te vinden. Wel zijn er her en der in den lande lovenswaardige samenwerkingsprojecten opgezet. (In 1996 onder andere tussen Psychiatrisch Centrum Rosenberg en verslavingskliniek Zeestraat in Den Haag, en tussen Riagg Oostelijk Zuid-Limburg en CAD Limburg.) Gezien de omvang van het probleem en ook de daarbijbehorende kosten lijkt dit hard nodig.

Bij primair psychiatrische problematiek met secundair middelengebruik moet in de behandeling ook aandacht worden besteed aan de verslavingsproblemen, en niet alleen in de vorm van sancties en uitstoting, want de patiënt komt toch weer terug en heeft dan meestal niet plotseling veel meer ziektebesef en inzicht. Kennis vanuit de verslavingszorg zal in de behandeling gebruikt dienen te worden. Dit kan door samenwerking, integratie en scholing. Door geïntegreerde of parallelbehandeling komt ook het verslavingsprobleem aan de orde, en dat is nodig omdat dat probleem niet kleiner wordt door de verbetering van de psychiatrische problemen.

Om effectstudies te kunnen doen is het van belang dat de diagnostiek van verslavingsproblemen op eenduidige wijze plaatsvindt, zodat bijvoorbeeld exact bekend is of het gaat om misbruik of afhankelijkheid. Dit is een manco in veel van de tot nog toe gedane studies. Ook lijkt het zinvol om vanuit het oogpunt van vergelijkbaarheid de heterogene groep van dubbeldiagnosepatiënten, rekening houdend met de aard van de psychiatrische stoornis, op te splitsen in psychotische patiënten, patiënten met angst- en affectieve stoornissen, en patiënten met persoonlijkheidspathologie.

Er lijkt een grote rol weggelegd te zijn voor negatieve symptomen als het gaat om redenen waarom patiënten met psychotische stoornissen middelen gebruiken. Dit is een reden te meer om die medicijnen voor te schrijven die negatieve symptomen mogelijk gunstig beïnvloeden.

Voor een goede diagnostiek van dubbeldiagnoseproblematiek is tijd nodig, op zijn minst drie tot zes weken. Regelmatig dient urineonderzoek op drugs plaats te vinden. Het binnen de structuur van een psychiatrische opnameafdeling houden van deze 'double trouble'-patiënten gedurende een dergelijke periode is geen sinecure. Dit zal waarschijnlijk beter gaan als het behandelaanbod toegespitst wordt en er op een dergelijke afdeling mensen rondlopen met kennis op het gebied van verslaving. De eerste resultaten van de schaarse behandelstudies zijn positief, maar vertonen nog tal van methodologische tekortkomingen.

Conclusies en aanbevelingen

Dubbeldiagnosepatiënten en in het bijzonder psychotische patiënten met verslavingsproblemen vormen een substantiële groep mensen binnen de klinische en ambulante psychiatrische instellingen. Desondanks worden hun problemen ondergediagnosticeerd en onderbehandeld.

Het huidige behandelaanbod is ontoereikend. Geïntegreerde of parallelbehandeling waarbij men oog heeft voor zowel de verslavingsaspecten als de psychiatrische stoornis lijkt een beter alternatief. De behandelresultaten van enkele pilotstudies ondersteunen deze conclusie.

Redenen waarom patiënten gebruiken kunnen divers zijn. Het verminderen van negatieve symptomen is een veel gehoord geluid van patiënten, die dan de verergering van positieve symptomen, met name bij cocaïne, amfetamine en grotere hoeveelheden cannabis, op de koop toe nemen.

Het verdient aanbeveling om te experimenteren met alternatieve vormen van behandeling zoals geïntegreerde of parallelbehandeling om zo een poging te wagen de impasse te doorbreken die is ontstaan in de behandeling van met name psychotische patiënten met verslavingsproblemen.

Tevens lijkt een standaardurineonderzoek op cocaïne, cannabis en amfetamine bij elke psychotische patiënt die wordt opgenomen op een psychiatrische afdeling, geïndiceerd. Om de kwaliteit van de behandeling te vergroten is bijscholing nodig waarbij bijvoorbeeld te denken valt aan uitwisselingsprogramma's tussen verslavingszorginstellingen en psychiatrische instellingen. Serieuze en substantiële aandacht voor verslavingsproblematiek in de opleiding is een *conditio sine qua non*.

Ter evaluatie van geïntegreerde of parallelle vormen van behandeling van dubbeldiagnosepatiënten dienen effectstudies te worden uitgevoerd waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende groepen patiënten en er gemeten wordt met eenduidige instrumenten. Alleen dan kan beoordeeld worden of veranderingen ook verbeteringen zijn.

Literatuur

- Arndt, S., G. Tyrrel, M. Flaum e.a. (1991), Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. *Psychological Medicine*, 22, 379-388.
- Barbee, J.G., en P.D. Clark (1989), Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 400-407.
- Bergman, H.C., en M. Harris (1985), Substance abuse among young adult chronic patients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 9, 49-54.
- Case, N. (1991), The dual diagnosis patient in a psychiatric treatment program: a treatment failure. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 1-2, 69-73.
- Caton, C.L., A. Gralnick, S. Bender e.a. (1989), Young chronic patients and substance abuse. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 10, 1037-1040.
- Cuffel, B.J., K.A. Heitkoff en W. Lawson (1993), Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1, 3, 247-251.
- De Leon, G., (1989), Psychopathology and substance abuse: what are we learning from research in therapeutic communities? *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 2, 177-188.

- Dixon, L. (1990), Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients. Clinical observations and self report. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 69-79.
- Dixon, L., G. Haas, P.J. Weiden e.a. (1991), Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148, 224-230.
- Drake, R.E. en M.A. Wallach (1989), Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041-1046.
- Drake, R.E. F.C. Osher en M.A. Wallach (1989a), Alcohol use and abuse in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408-414.
- Drake, R.E., G.J. McHugo en D.L. Noordsij (1993), Treatment of alcoholism schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 150, 328-329.
- Gawin, F.H., H.D. Kleber, R. Bych e.a. (1989), Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. *Archives of General Psychiatry*, 46, 117-121.
- Hesselbrock, M.N., R.E. Meyer en J.J. Keener (1985), Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- Kaufman, E. (1989), Psychotherapy of dually diagnosed patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 9-18.
- Khantzian, E.J. (1985), The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Lamb, H.R. (1982), Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 465-468.
- Lehman, A.F., J.D. Herron, R.P. Schwartz e.a. (1993), Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance abuse disorders: a clinical trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 8, 86-90.
- Lehman, A.F., C.P. Myers, E. Corty e.a. (1994), Prevalence and patterns of dual diagnosis among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 2, 106-112.
- Linszen, D.H., P.M. Dingemans en M.A. Lenior (1994), Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 273-279.
- Marlatt, G.A., en W.H. George (1984), Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Mathers, D.C., en A.H. Ghodse (1992), Cannabis and psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 161, 648-653.
- McLellan, A.T., G.E. Woody en C.P. O'Brien (1979), Development of psychiatric illness in drug abusers: possible role of drug preferences. *New England Journal of Medicine*, 301, 1310-1314.
- Miller, N.S., en M.S. Gold (1991), Abuse, addiction, tolerance and dependence to benzodiazepines in medical and non-medical populations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 27-37.
- Minkoff, K. (1989), An integrated treatment model in dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 10, 1031-1036.
- Mueser, K.M., P.R. Yarnold, D.F. Levinson e.a. (1990), Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 31-56.
- Noorlander, E.A. (1991), Psychiatrie en drughulpverlening. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 344-354.
- Nunes, E.V., F.M. Quitkin, R. Brady e.a. (1991), Imipramine treatment of methadone maintenance patients with affective disorder and illicit drug use. *American Journal of Psychiatry*, 148, 667-669.
- Pristach, C.A., en C.M. Smith (1990), Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1345-1348.
- Regier, D.A., M.E. Farnen, D.S. Rae e.a. (1990), Comorbidity of mental disorders

- with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Ries, R. (1993), Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 167-175.
- Ries, R.K., en T. Ellingson (1990), A pilot assessment at one month of 17 dual diagnosis patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1230-1233.
- Rounsaville, B.J., M.M. Weismann, P.H. Rosenberger e.a. (1982), The heterogeneity of psychiatric disorders in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161-166.
- Safer, D. (1987), Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 511-514.
- Schneier, F.R. (1987), A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 641-652.
- Serper, M.R., M. Alpert, N.A. Richardson e.a. (1995), Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1464-1469.
- Siris, S.G. (1990), Pharmacological treatment of substance abusing schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 111-122.
- Solomon, J., S. Zimberg en E. Shollar (1993), *Dual diagnosis: evaluation, treatment, training, and program development*. Plenum Medical Book Company, New York en Londen.
- Sonne, S.C., K.T. Brady en W.A. Morton (1994), Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 349-352.
- Test, M.A., L.S. Wallisch, D.J. Allness e.a. (1989), Substance abuse in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 465-476.
- Wallen, M.C., en H.D. Weiner (1989), Impediments to effective treatment of the dually diagnosed patient. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 161-168.
- Warner, R., D. Taylor, J. Wright e.a. (1994), Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use, and effects on illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 30-39.
- Weis, R.D., S.M. Mirin en R.J. Frances (1992), The myth of the typical dual diagnosis patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 107-108.

Summary: Psychotic disorders with addiction problems: prevalence, diagnosis and treatment

Professionals in mental health services are being increasingly confronted with patients demonstrating both psychotic symptoms and addiction problems. The coexistence of these problem areas is not always recognized. This article presents a review of the relevant literature regarding prevalence, diagnosis and treatment of psychotic patients presenting simultaneously with problems of addiction.

B.L.I.A.M. Kramer is als psychiater verbonden aan PC 'Zon en Schild' te Amersfoort, Utrechtseweg 266, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-4-1997.

Focus

Moet de pijn weg... of kan men ermee leren omgaan?

Bedenkingen bij het concept 'pijnkliniek' en de rol van de psychiater in de diagnostiek en de behandeling van chronische pijn

door B. Van Houdenhove

Samenvatting

In dit artikel worden kritische kanttekeningen geplaatst bij het concept 'multidisciplinaire pijnkliniek'. Er wordt voorgesteld de medisch-technische en de revalidatiegerichte benadering van chronische-pijnpatiënten ruimtelijk en organisatorisch van elkaar te scheiden. Ten slotte wordt gepleit voor een grotere participatie van psychiaters in de diagnostiek en de behandeling van patiënten met chronische pijn.

Inleiding

Pijn is de voornaamste klacht waarvoor mensen medische hulp zoeken. De meeste *acute* pijnproblemen kunnen door een causale behandeling worden opgelost. In vele gevallen verdwijnt de pijn na verloop van tijd overigens vanzelf. Bij sommige patiënten echter blijft de pijn – vaak ondanks adequate behandeling – op lange termijn voortbestaan. Zij worden *chronische-pijnlijders*. Bij hen is geen causale behandeling meer mogelijk. Zij krijgen, vaak na vruchteloze 'doctor shopping', te horen 'dat ze met de pijn moeten leren leven'. Een aantal onder hen komt uiteindelijk terecht in een multidisciplinair georiënteerde pijnkliniek. Maar wat heeft deze voorziening hun te bieden?

Terugblikkend op mijn jarenlange ervaring als liaison-psychiater in een multidisciplinaire pijnkliniek, wil ik in dit artikel de basisfilosofie van dit diagnostisch en therapeutisch concept, en de concrete organisatie en werking ervan kritisch evalueren. Verder wil ik een concreet toekomstgericht alternatief aanreiken. Ten slotte wil ik een lans breken voor een grotere belangstelling en participatie van psychiaters in de chronische-pijnproblematiek.

De ene pijnkliniek is de andere niet

Het concept 'multidisciplinaire pijnkliniek' werd een veertigtal jaren geleden ontwikkeld door de Amerikaanse anesthesist John Bonica nadat hij, vanuit zijn praktijk als militair arts in vredes- en oorlogstijd, sterk

was getroffen door de complexiteit van het fenomeen pijn, en dan vooral *chronische* pijn. Chronische pijn is zo complex, aldus Bonica, dat ze de gecombineerde aandacht van verschillende specialisten verdient, inclusief gedragswetenschappers (zoals psychiaters en psychologen). Deze laatsten voelden zich hierbij sterk geruggesteund door de inmiddels geformuleerde 'poorttheorie' van Melzack en Wall (1965), waarin de rol van psychologische factoren zoals aandacht, emoties, verwachtingen en betekenisgeving in de pijnperceptie en pijnbeleving tot harde wetenschappelijke feiten werden verheven.

Sinds de jaren zestig zijn dan ook overal ter wereld zogenaamde 'pijnklinieken' als paddestoelen uit de grond gerezen. Meestal worden ze geleid door anesthesisten, maar hoewel de meeste pijnklinieken 'multidisciplinair' heten te zijn, is de concrete input van andere medisch specialisten en gedragswetenschappers zeer wisselend, gaande van 'eenmanspijnklinieken' tot volwaardige 'multimodale' diagnostische en behandelingscentra. Sommige pijnklinieken (ook multidisciplinair georiënteerde) worden beheerst door technisch-interventionistisch ingestelde medici ('*those who want to fix*'), terwijl andere geleid worden door medici en paramedici die rotsvast geloven in het nut van gedrags- en revalidatiegerichte strategieën ('*those who want to manage*') (Brena en Sanders 1992).

'Fix' or 'manage'?

Inderdaad: er bestaan op het vlak van de chronische-pijnbehandeling, globaal genomen, twee concurrerende visies.

Een eerste visie, vooral verbreid onder anesthesisten en neurochirurgen, is dat men bovenal moet proberen de pijn te doen verdwijnen, of minstens te verminderen of te verdoven. Als de pijn weg of veel minder is, zo wordt gesteld, zal de levenskwaliteit van de patiënt automatisch toenemen, hij zal weer zijn normale activiteiten kunnen opnemen, weer een normaal familiaal en sociaal leven kunnen leiden, enzovoort. Dus moet de pijn met alle mogelijke farmacologische en technische middelen te lijf worden gegaan, bijvoorbeeld eerst met analgetica, maar als deze niet voldoende helpen, met zenuwinfiltraties, of met meer geavanceerde technische middelen zoals ruggenmerg- of hersenstimulatie. Ten slotte, als niets anders nog de pijn kan stillen, kan men beroep doen op narcotica, met name morfine, per os toegediend of door middel van een pompsysteem rechtstreeks op het ruggemerk aangebracht.

Een tweede visie, vooral voorgestaan door revalidatiegerichte medici en paramedici, inclusief psychologen en psychiaters, is veel minder op de pijn zelf gericht. Veel belangrijker vinden deze hulpverleners de invloed die de pijn uitoefent op de verschillende aspecten van het leven van de patiënt: met name zijn activiteitsniveau, zijn emoties, zijn rela-

tioneel functioneren, zijn beroeps- en ontspanningsleven... Zij zijn er dan ook van overtuigd dat de chronische-pijnpatiënt geholpen kan worden via een omweg, namelijk door zich op realistische wijze te leren aanpassen aan de lichamelijke en andere beperkingen die de pijn met zich meebrengt, door zijn copingvaardigheden te verbeteren; kortom, door hem te helpen zo weinig mogelijk ten prooi te vallen aan 'disability' (een moeilijk vertaalbare Engelse term die het best omschreven kan worden als 'functionele invalidering' en concreet impliceert: inactiviteit, sociale isolatie, emotionele verwickelingen en een drastische vermindering van levenskwaliteit) (Vlaeyen e.a. 1996).

Op te merken hierbij valt dat de rol van de patiënt in de technisch-interventionistische benadering grotendeels beperkt blijft tot het passief ontvangen van zorg, terwijl in de revalidatiegerichte benadering van de patiënt een actieve, zelfwerkzame attitude wordt gevraagd.

De multidisciplinaire pijnkliniek 'revisited'

Nu we een dertig à veertig jaar verder zijn, wordt het tijd om het concept 'multidisciplinaire pijnkliniek' aan een kritische terugblik te onderwerpen. Allereerst: 'multidisciplinariteit' is in theorie een mooi begrip, maar in de praktijk niet zo gemakkelijk toe te passen: een multidisciplinaire structuur garandeert bijvoorbeeld in geen geval een horizontaal overleg en gelijkwaardig beslissingsproces rond te volgen therapeutische beleidslijnen.

Ten tweede: multidisciplinair georganiseerde patiëntenzorg kan wel eens als kwalijk gevolg hebben dat de individuele patiënt (vooral wanneer hij klagerig en weinig coöperatief is) tussen de mazen van het vaak onoverzichtelijke net van disciplines terecht komt.

En ten derde: de ervaring leert dat multidisciplinaire behandeling van patiënten met zeer verschillende types van pijn (chronische lage-rugpijn, fibromyalgie, posttraumatische pijnsyndromen, kankerpijn...) op één en dezelfde afdeling vaak tot onoverkomelijke managementproblemen leidt (Van Houdenhove, Stans en Calmeyn 1989).

Hieraan kan worden toegevoegd dat multidisciplinariteit soms de illusie creëert dat men – via 'multimodale therapie' – alles met alles kan combineren. De pijn behandelen met een reeks spier- of zenuwinfiltraties, of, als deze niet helpen, beroep doen op 'high-tech' pijncontroleerende procedures, de patiënt terzelfder tijd een fysiek reconditioneringsprogramma laten volgen, én hem via cognitief-gedragstherapeutische groepsessies proberen copingvaardigheden bij te brengen, én zeker ook nog met zijn gezin werken want men moet kost wat kost beletten dat het pijngedrag operant wordt bekrachtigd... is het dan verwonderlijk dat de patiënt in zo'n multimodaal therapeutisch bos op den duur de bomen niet meer ziet, en eigenlijk in complete verwarring geraakt? Hoe kan het ook anders: 'fixen' is per definitie een korte-ter-

mijnbehandelingsstrategie, en heeft dus een totaal ander karakter dan 'managen' – per definitie een lange-termijnbehandelingsstrategie. Bovendien impliceren beide strategieën een duidelijk verschillende basisattitude van de hulpverlener en de patiënt. Let wel: de pijn wegnemen met pil of spuit of pomp is voor de individuele patiënt niet beter of slechter, maar wel totaal *anders* dan met de pijn leren omgaan.

Men moet dus niet alles tegelijk willen doen, maar *kiezen*, op basis van de volgende vraag: met welke behandelingsstrategie kan deze concrete patiënt met dit pijnprobleem waarin deze concrete factoren een rol spelen, en die deze concrete mogelijkheden, maar ook deze concrete beperkingen heeft, het best geholpen worden? Bovendien is in de loop van de jaren mijn overtuiging gegroeid dat, hoewel in de praktijk voor sommige patiënten een combinatie van therapeutische strategieën aangewezen kan zijn, het toch het beste is om beide benaderingen – de medisch-technische en de gedrags- en revalidatiegerichte – structureel en organisatorisch van elkaar te scheiden.

De tijd lijkt dan ook gekomen om het concept 'multidisciplinaire pijnkliniek' – voorzover het verwijst naar een *monolithische* diagnostische en therapeutische setting – definitief te verlaten.

Het ideale multidisciplinaire pijncentrum

Het multidisciplinaire pijncentrum van de toekomst zou mijns inziens drie geledingen moeten omvatten: (1) een consultatie voor multidisciplinaire diagnostiek en evaluatie van chronische pijn, van waaruit de patiënt verder therapeutisch kan worden georiënteerd; (2) een voorziening gericht op het toepassen van technische pijncontroleprocedures (wellicht het best te realiseren in de vorm van een dagkliniek); en (3) een gedrags- en revalidatiegericht pijnmanagementprogramma (bij voorkeur met zowel een hospitalisatie- als een dagkliniksetting).

Een dergelijk uitgebouwd multidisciplinair centrum zal zich, veel meer dan nu het geval is, moeten bezighouden met een gerichte en geïndividualiseerde therapeutische indicatiestelling. Hierbij zal in elk concreet geval gepoogd moeten worden predicties te doen over de meest effectieve, of beter nog: *kost-effectieve* behandelingsstrategie. De laatste jaren wordt trouwens in de pijntherapie-research een toenemende trend vastgesteld in de richting van differentiële indicatiestelling en zoeken naar wetenschappelijke fundering van therapeutische predicties.

De omvangrijke groep chronische-pijnpatiënten met uitgesproken fysieke invalidering én ernstige psychiatrische comorbiditeit heeft wellicht het meest baat bij een geïntegreerd 'tweesporig' therapeutisch programma, waarin naast lichamelijke revalidatie gebruik wordt gemaakt van psychotherapeutische en psychiatrische behandelingsstrategieën. In dit perspectief werd enkele jaren geleden in het Universitair

Ziekenhuis Pellenberg (KU Leuven), op initiatief van de dienst Psychiatrie, een '*Psychosomatische Revalidatie-afdeling*' opgericht. Aanvankelijk maakte deze afdeling organisatorisch deel uit van de pijnkliniek, maar recent ontwikkelde ze zich tot een autonome behandelingssetting (Van Houdenhove, Vasquez, Goossens e.a. 1996). De 'tweesporige' benadering die hier wordt toegepast, is inmiddels evenzeer nuttig gebleken voor andere categorieën van patiënten, zoals bijvoorbeeld lijders aan het chronische- vermoeidheidssyndroom (Van Houdenhove 1996).

De psychiater en chronische pijn

Uit de internationale pijnliteratuur, en ook uit ledenlijsten van wetenschappelijke pijn-verenigingen zoals het IASP (International Association for the Study of Pain) en de BPS (Belgian Pain Society) blijkt dat er relatief weinig psychiaters in de pijnproblematiek geïnteresseerd zijn. Klinisch psychologen daarentegen (vooral zij met een gedragstherapeutische oriëntatie) hebben heel wat meer belangstelling.

In zekere zin is dit *onbegrijpelijk*. Immers, is er een discipline denkbaar die meer geschikt is dan de psychiatrie om zich bezig te houden met een problematiek die zich situeert in een grensgebied tussen somatische en psychosociale/psychopathologische factoren? Is er een beter opgeleide medicus denkbaar om complexe en vaak door multiple interventies verwikkelde chronische-pijnproblemen vanuit een biopsychosociaal perspectief diagnostisch en therapeutisch te benaderen?

Precies door zijn dubbele – medische en psychologische – vorming is de psychiater bij uitstek in staat tot een diagnostische evaluatie van chronische-pijnproblemen, waarin rekening wordt gehouden met zowel organische factoren, emotionele stoornissen, psychofysiologische mechanismen, life- events, ontwikkelingspsychologisch bepaalde kwetsbaarheden, enzovoort (Koenig en Clark 1996). Deze 'brede' diagnostiek is inderdaad noodzakelijk, want uit recente onderzoeken komt onomstotelijk naar voren dat de psychiatrische comorbiditeit bij chronische pijn zeer groot is: zo heeft bijvoorbeeld drierde van de patiënten die opgenomen zijn in een multidisciplinair pijncentrum, minstens één psychiatrische diagnose, en ongeveer de helft heeft één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Geassocieerde angst en depressie vormen de meest frequente comorbide psychiatrische pathologie, die vaak niet herkend en behandeld wordt (Van Houdenhove en Onghena 1997). Nochtans is deze comorbiditeit verantwoordelijk voor een belangrijk bijkomend lijden, en ze heeft een nefaste invloed op de copingmechanismen van de patiënt en de mate waarin hij door zijn pijn geïnvaleideerd is. Bovendien kan het adequaat behandelen van geassocieerde psychiatrische pathologie van doorslaggevend belang zijn voor de resultaten van een revalidatiegericht pijnmanagementprogramma. Hieraan onvoldoende aandacht schenken is des te schrijnender als men

beseft dat tegenwoordig met efficiënte psychotherapeutische technieken (bijv. cognitieve gedragstherapie) en het beschikbare psychofarmacologische arsenaal (analgesie-potentiërende tricyclische antidepressiva, SSRI's) het omgaan met, en de draagkracht voor pijn kan worden bevorderd, en psychiatrische complicaties kunnen worden behandeld (Van Houdenhove 1997a).

Ten slotte: een psychiater met interesse en kwalificatie in de functionele revalidatie lijkt ook uitstekend geplaatst om als medische coördinator op te treden van een multidisciplinair pijnmanagementteam dat de bedoeling heeft revalidatiegerichte, psychotherapeutische en psychiatrische benaderingswijzen te combineren (Clark 1996). Met name liaison-psychiaters kunnen zich op deze wijze 'emanciperen' door uit hun – vaak frustrerende, want louter adviserende – rol te stappen, en *zelf* een biopsychosociaal georiënteerd diagnostisch en therapeutisch beleid in de praktijk te brengen (Van Houdenhove 1997b).

Literatuur

- Brena, S.F., en S.H. Sanders (1992), Controversy corner. Fix or manage? *Clinical Journal of Pain*, 8, 170-171.
- Clark, M.R. (1996), The role of psychiatry in the treatment of chronic pain. In: M.J.M. Cohen en J.N. Campbell (red.), *Pain treatment centers at the crossroads: A practical and conceptual reappraisal*. IASP Press, Seattle, p. 59-68.
- Koenig, T.W., en M.R. Clark (1996), Advances in comprehensive pain management. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 589-611.
- Melzack, R., en P.D. Wall (1965), Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-980.
- Van Houdenhove, B., L. Stans en M. Calmeyn (1989), Multidisciplinaire benadering van chronische pijn: een terugblik en een perspectief. In: B. Van Houdenhove (red.), *Mijn pijn is toch niet ingebeeld? Chronische pijn in biopsychosociaal perspectief*. Acco, Leuven/Amersfoort, p. 151-169.
- Van Houdenhove, B. (1996), Chronische pijn, chronische vermoeidheid: een indicatie voor psychosomatische revalidatie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 52, 1371-1378.
- Van Houdenhove, B., G. Vasquez, L. Goossens e.a. (1996), De 'psychosomatische revalidatie afdeling': concept, patiëntenkarakteristieken en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 52, 189-197.
- Van Houdenhove, B., en P. Onghena (1997), Pain and depression. In: M. Robertson, en C. Katona (red.), *Depression and Physical Illness*. John Wiley, Chichester, p. 465-497.
- Van Houdenhove, B., Psychiatrie en chronische benigne pijn (1997a). In: J. Passchier, R.W. Trijsburg en R. de Wit (red.), *Chronische benigne pijn*. Bohn Stafleu Van Gorcum, Houten/Diegem (in druk).
- Van Houdenhove, B. (1997b), From consultation/liaison-psychiatry to a psychosomatic rehabilitation unit (aangeboden ter publicatie.).
- Vlaeyen, J.W.S., A.M.J. Kole-Snijders en H. Van Eek (1996), Chronische pijn en revalidatie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

Summary: Chronic pain: 'fix' or 'manage'?

Critical comments on the concept of 'multidisciplinary pain clinic' and the role of the psychiatrist in the diagnosis and treatment of chronic pain. In this article the concept of 'multidisciplinary pain clinic' is critically discussed. It is proposed that medical-technical pain management should be separated from behaviorally-oriented pain rehabilitation. Finally, a plea is made for a stronger participation of psychiatrists in the diagnosis and treatment of chronic pain.

B. Van Houdenhove is psychiater, als hoogleraar medische psychologie en psychopathologie verbonden aan de faculteit Geneeskunde van de KU Leuven, en als kliniek-