

Psychiatrie en drughulpverlening

door E.A. Noorlander

Samenvatting

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en organisaties die drugverslaafden behandelen en begeleiden hebben in het dagelijks werk te weinig met elkaar te maken. Dit heeft gebrek aan kennis en ervaring op elkaars vakgebied tot gevolg gehad. Dit gebrek leidt tot problemen in het geval van verslaafden die psychiatrische symptomatologie vertonen. Enkele van deze problemen worden besproken, zoals de psychogene werking van de diverse stoffen en de gedragsstoornissen die een onderdeel van het probleem drugverslaving zijn. Bijscholing van beide vakgebieden en betere samenwerking worden bepleit.

Inleiding

Drughulpverlening bestaat in Nederland pas sinds de jaren zeventig en bestond oorspronkelijk naast de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs uit een bonte lappendeken van organisaties, dikwijls onderhaast uit de grond gestampt, en uitgaand van min of meer op goed geluk ontwikkelde werkmethoden. Deze lappendeken bestaat nog steeds, hoewel er zeker een sterke neiging tot professionalisering valt waar te nemen (Noorlander 1987).

In vroeger jaren was men van mening dat druggebruik een vorm van onaangepast sociaal gedrag was dat middels sociale maatregelen diende te worden aangepakt; de laatste tijd wordt veel meer ervan uitgegaan dat het gaat om een vorm van psychopathologie. Deze opvatting vindt steun in onderzoek waarbij hoge percentages klinisch-psychiatrische symptomatologie bij druggebruikers werden aangetroffen (McLellan e.a. 1983; Ross e.a. 1988), ook in de Nederlandse situatie (Van Limbeek e.a. 1986). In de drughulpverlening bestaat bovendien de indruk dat 'de populatie de laatste tijd steeds gestoorder wordt'.

Er zijn geen gegevens beschikbaar om deze indruk te objectiveren. Vermoedelijk is er sprake van een aantal factoren: de toenemende professionalisering van de verslavingshulpverlening maakt dat er beter

gekeken wordt. De rust die is ingetreden na de aanvankelijke paniek die ontstond in het begin van de jaren zeventig geeft ook meer ruimte om beter naar druggebruikers te kijken. Aan de kant van de verslaafden speelt een rol dat de tijden dat druggebruik een interessante, maatschappijkritische kleur had grondig voorbij zijn en dat druggebruik nu eerder een 'zielige' klank heeft gekregen; zodat de jongeren die zich nu tot druggebruik wenden een heel andere groep vormen dan die uit de jaren zeventig. Verder is ook polygebruik een factor (Van Brussel e.a. 1987).

De ambulante drughulpverlening is niet toegerust voor behandeling en begeleiding van mensen met psychiatrische symptomatologie. Immers, op de CAD's werken voornamelijk maatschappelijk werkers, meestal met de beschikking over een arts of een huisarts voor een aantal uren. De opleiding voor maatschappelijk werker omvat soms nog niet één lesuur psychiatrie of psychopathologie. Veel drughulpverlening gebeurt bovendien in oorspronkelijk uit de welzijnszorg ontstane instellingen, meestal gepaard aan het verstrekken van methadon, en met als personeel een bonte verscheidenheid aan disciplines, vaak met alleen een arts als vertegenwoordiger van de medische wereld.

Een psychiater in vaste dienst van een consultatiebureau voor alcohol en drugs ziet men niet zo vaak, en psychiatrische inbreng bij de uit de welzijnszorg ontstane programma's voor druggebruikers komt nog minder voor.

Er is wel vraag gekomen naar psychiatrische inbreng in de ambulante drughulpverlening. Er doet zich echter dan een ander belangrijk probleem voor: gebrek aan kennis en ervaring omtrent verslavingsproblematiek bij psychiaters. Want één gevolg van het ontstaan van de categoriale verslavingszorg is, dat psychiaters in opleiding niet altijd in enige gestructureerde vorm kennis nemen van verslavingsproblematiek. De diagnose 'verslaving' wordt door gebrek aan kennis van verslavingsproblemen dan ook vaak gemist (Hulsbos en Schaap 1989). Drugverslaafden op behandelafdelingen in de psychiatrie zijn geen populaire patiënten. Men ziet ze liever niet komen, en soms met een nauwverhulde zucht van opluchting vertrekken. Bij gebrek aan mogelijkheden kan men voor deze patiënten op een dergelijke afdeling ook weinig doen.

Er zijn maar weinig psychiaters die op eigen initiatief zich verder in verslavingsproblematiek verdiepen. Komt men dan in de situatie dat een psychiatrisch oordeel gegeven moet worden over een patiënt met een verslavingsprobleem, dan doen zich moeilijkheden voor.

Over die moeilijkheden gaat dit artikel. Mijn ervaringen zijn afkomstig uit de tijd dat ik als huisarts in de ambulante verslavingszorg hulp vroeg aan psychiaters, en uit de huidige tijd, nu ik psychiater ben en als consulent en docent optreed, eveneens in de ambulante verslavingszorg.

De symptomatologie

Eén van de belangrijkste moeilijkheden is geworteld in het feit dat verslaafden altijd een combinatie vertonen van eigen psychopathologie, de effecten van het gebruik van psychotrope stoffen en/of de symptomen van abstinentieverschijnselen, zodat het toestandsbeeld verwarrend kan zijn en snel kan wisselen. Het gebruik van één enkele psychotrope stof neemt steeds meer af, zodat het beeld dat een patiënt vertoont in diverse stadia van gebruik indrukwekkende verschillen kan opleveren met grote diagnostische consequenties (Van Epen 1983). Door psychotrope stoffen en door detoxificatie ontstane beelden zijn immers in principe self-limiting. Pas als psychiatrische beelden blijven bestaan tot ruim na het einde van een detoxificatiefase is er reden om aan te nemen dat er sprake is van primaire psychiatrische problematiek.

Casüistiek – Een achttienjarig meisje, reeds jaren bekend bij een RIAGG met gedragsstoornissen, impulsdoorbraken, micropsychotische episodens en angststoornissen, bleek pas bij een spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis reeds jarenlang excessief cannabis te gebruiken. Overplaatsing naar een verslavingskliniek en langdurige abstinentie leidden tot het verdwijnen van alle symptomen. Zijzelf had tussen haar gebruik en haar klachten geen enkel verband gezien.

Een volgorde van gebeurtenissen die men nog wel eens ziet, vooral bij angstige en onzekere druggebruikers, is de volgende: een heroïnegebruiker gaat om de een of andere reden (een prijsdaling b.v.) over tot een escalerend gebruik van amfetaminen, cocaïne en/of cannabis. Dit leidt tot toenemende angst en depersonalisatieverschijnselen. Om de angst te bestrijden verhoogt hij zijn inname van benzodiazepinen. Daardoor vermindert even de angst, maar neemt de depersonalisatie toe, en dus ook weer de angst, waardoor weer meer benzodiazepinen nodig zijn. Deze mensen kunnen een alarmerend psychiatrisch zieke indruk maken. Ziet men ze na detoxificatie terug, dan zijn meestal alleen nog de afnemende verschijnselen van een postdetoxificatiesyndroom over: depressieve gevoelens, prikkelbaarheid en een gevoel van verveling; de zg. 'PDS-triás' (Van Epen 1983).

Een overzicht van wat men zoal kan tegenkomen bij verslaafden in de verschillende stadia van gebruik vindt u in onderstaand schema: de lijst is noodzakelijkerwijs niet volledig. Bovendien geldt vooral voor de depressieve beelden dat deze dikwijls vaag en atypisch zijn (Van Epen 1983; Van Ree en Esseveld 1985).

Een patiënt die bij voorbeeld gestopt is met heroïnegebruik, maar op cocaïne, cannabis en tranquillizers is overgegaan kan dus vrijwel ieder beeld vertonen, en daar desondanks zelf geen inzicht in hebben.

<i>Stof</i>	<i>Gebruik</i>	<i>Detoxificatie</i>	<i>Postdetoxificatie</i>
Opiaten	Gevoelsarmoede Depressie	Depressie Psychosen Agressie/Angst	'PDS'-trias
Cocaïne	Euforie Agressie Psychosen Soms: depressie	Depressie Angst	'PDS'-trias
Amfetamine	Psychosen Agressie	Depressie Angst	'PDS'-trias
Hallucino- genen (incl. cannabis)	Psychosen Depersonalisatie	Depressie	'PDS'-trias flash-backs
Benzodiazepinen	Depressie Gevoelsarmoede	Depressie Angst Insulten Psychosen	'PDS'-trias
Alcohol	Depressie Angst Psychosen Agressie	Depressie Insulten Psychosen Delirium Angst/agressie	'PDS' trias

Casuïstiek – Een achtentwintigjarige druggebruiker werd gezien bij opname in een detoxificatiekliniek. Behalve illegale drugs slikte hij als legaal voorgeschreven medicatie Haldol, Nozinan, Phenergan en Seresta Forte, en dit alles reeds drie jaar, vanwege de mededeling van de patiënt dat hij zonder die medicatie onhanteerbaar agressief werd. Bij staken traden angst- en onrustgevoelens en slaapstoornissen op, die zonder medicatie spontaan verdwenen. Tot verbazing van patiënt zélf was er van agressieve ontladingen geen sprake.

Over het algemeen kan gezegd worden dat een adequate diagnose pas gesteld kan worden als men de invloed van de verslaving op het klachtenpatroon heeft geëlimineerd, dat wil zeggen dat men de patiënt 'clean' heeft kunnen beoordelen, of minstens uitgebreide informatie beschikbaar heeft over dergelijke perioden.

Men krijgt soms de indruk dat het bestaan van een door drugs veroorzaakte psychose ook in de klinische psychiatrie wat ondersneeuwt. Uit een stapel psychiatrische ontslagbrieven, binnengekomen in een ambulantly methadonprogramma, blijkt de volgende gang van zaken frequent voor te komen: een druggebruikende patiënt wordt opgenomen met een paranoïd of paranoïd-hallucinatoir toestandsbeeld. Hij

wordt op neuroleptica ingesteld. Daarop verdwijnt de psychose snel, de conclusie is dat neuroleptica geïndiceerd zijn, en de patiënt wordt met een depot ontslagen, vaak ook nog met een aantrekkelijke dosis benzodiazepinen erbij.

Er is een gerede kans dat de psychose net zo snel verdwenen zou zijn zonder medicatie. De patiënt loopt het risico lang op een niet-geïndiceerd depot te blijven staan. In zulke gevallen is het gebrek aan therapietrouw een geluk bij een ongeluk. Helaas zal hij er vermoedelijk wél in slagen de benzodiazepinen verlengd te krijgen.

De verhouding psychiatrisch consulent – drughulpverlener

Instellingen voor drugverlening zijn meestal niet georganiseerd als poliklinieken. Degene die het consult aanvraagt zal soms een arts zijn, maar het is ook goed mogelijk dat rechtstreeks hulp gevraagd wordt door een maatschappelijk werker of een hulpverlener van nog andere disciplines. Soms heeft men al opname in een detoxificatiekliniek gevraagd, en is dit geweigerd op grond van psychiatrische symptomatologie.

Een drughulpverlener is meestal niet geïnteresseerd in een psychiatrische diagnose; de hulpvraag wordt er een in de zin van: 'Is het "psychiatrie"? Zo ja, waar verwijzen we de cliënt dan heen?' Een onmogelijke vraag, want veel psychiatrische instellingen sturen een druggebruiker per omgaande terug naar de verslavingszorg, al ritselt het verhaal van de psychiatrische problematiek! Daarmee zijn drughulpverleners min of meer tot hun doelgroep veroordeeld, psychiatrische problematiek of niet. De interesse van zulke hulpverleners ligt zoals Woestenburg (1989) die beschrijft: 'Als ik een hond zie lopen hoef ik niet te weten dat het een warmbloedig zoogdier is, ik wil weten of het bijt of dat ik het kan aaien'. Men verwacht van een consulerend psychiater een antwoord op die vraag, gekoppeld aan adviezen hoe men de aibaarheidsfactor kan versterken!

Het loopt vaak allesbehalve vlot tussen de verslavingsinstelling en de psychiatrische voorziening waaraan hulp wordt gevraagd. Drughulpverleners hebben het sterke gevoel dat ze met hun probleempatiënten moeten 'leuren' bij de psychiatrie, en vaak met weinig resultaat.

De gedragsstoornissen van druggebruikers

Het kenmerkende 'lastige' gedrag van druggebruikers is meestal de reden dat een verslaafde patiënt vastloopt in de psychiatrische hulpverlening. Dit verschijnsel staat bekend als het Junkiesyndroom (Van Epen 1983; Noorlander 1985). Eén kenmerk ervan is dwingend en dreigend gedrag. Voor een psychiatrisch hulpverlener is dit moeilijker

te hanteren dan voor een drughulpverlener; het is één van de belangrijkste specifieke kundigheden van dit vakgebied. Een drughulpverlener raakt echter zijn noodzakelijke rechtlijnige aanpak kwijt als een verslaafde zeker zegt te weten 'gek' of 'suïcidaal' te zullen worden als hij zijn zin niet krijgt; of als een cliënt duidelijke symptomen van een psychiatrische stoornis vertoont. Men wendt zich dan tot een psychiatrisch consulent.

Het is, zoals hierboven reeds omschreven, vrijwel onmogelijk bij een druggebruiker op één bepaald moment een adequate diagnose te stellen wat betreft de precieze samenhang tussen gebruik, abstinentie en psychiatrische symptomatologie. Een aantal zaken kan men echter wel bij het oordeel betrekken.

Ten eerste beschikt een verslaafde die zich al enkele jaren in een drugscene handhaaft per definitie óf over hardwerkende hulptroepen, óf, en dat is meestal het geval, over aanzienlijke vaardigheden, zij het niet altijd van de sociaal gewenste soort. De drugswereld is geen paradijs, het verkrijgen van een adequate dagelijkse portie is geen sinecure.

Het is daarom van groot belang dat men inventariseert hoe de patiënt zich in de drugswereld handhaaft. Immers, er is iets vreemds aan de hand met iemand die daarin jarenlang kan meedraaien en opeens ernstige psychiatrische symptomen blijkt te hebben. Het pleit in elk geval tegen een 'life time diagnosis'.

Ten tweede is mij al vaak om een oordeel gevraagd over een 'druggebruiker met onbedwingbare agressieaanvallen', die zelf vindt dat hij daar dringend benzodiazepinen voor moet hebben. Verslavingshulpverleners zijn er wel mee op de hoogte dat drugverslaving een vrijwel absolute contra-indicatie is voor benzodiazepinen (Lionarons en Weijers-Everard 1986), maar voelen zich toch bij dit soort bedekte dreigementen ongemakkelijk.

Opvallend vaak zijn de 'agressieaanvallen' nooit voorgekomen ten opzichte van bij voorbeeld dealers of medeverslaafden of midden in een criminele activiteit. Dikwijls treedt de agressie alleen op ten aanzien van hulpverleners of angstige familieleden, kortom, in situaties waar mogelijk met agressie iets te halen valt. Hetzelfde geldt voor veel klachten over psychotische fenomenen of angststoornissen, namelijk wél bij ouders thuis, die prompt helemaal in paniek raken en geld afschuiven voor 'noodzakelijke' illegale stoffen, maar niet temidden van andere verslaafden, waar men in psychotische toestand tien tegen één beroofd wordt. Kortom, men dient dit soort psychiatrische klachten van drugverslaafden tegemoet te treden met in eerste instantie een korreltje zout.

Ten derde is het van belang om iets van de plaatselijke scène te weten, deze verschilt namelijk sterk van plaats tot plaats. Zo heeft Utrecht in mijn ervaring een groep verslaafden met minder zware psychopathologie dan Rotterdam of Amsterdam, maar wel met een aan-

zienlijk aantal redelijk functionerende, angstige en tot overaanpassing geneigde verslaafden. Indien men zich immers een identiteit aanmeet die vrijwel geheel op druggebruik is afgestemd, dan blijft men niet in Utrecht, maar trekt naar Amsterdam, waar veel meer drugs zijn, veel meer mogelijkheden om aan geld te komen en veel meer hulpverleningsinstellingen om tegen elkaar uit te spelen. Wat in Utrecht achterblijft bestaat uit degenen voor wie andere zaken dan drugs nog steeds belangrijk zijn, dat wil zeggen verslaafden met een meer intacte persoonlijkheidsstructuur; én degenen die maar al te goed weten dat ze zich niet zullen kunnen handhaven in de hardere 'pecking order' van de grotere stad; dat wil zeggen angstige mensen met een laag gevoel van eigenwaarde. Soms is gedrag alleen maar te verklaren als men iets van de plaatselijke toestand weet.

Casuïstiek – Een al oudere druggebruiker, vriendelijk, intelligent maar al lang en ernstig verslaafd, handhaafde zich al vele jaren in een kleinere stad. Plotseling kwam hij tot een ernstig agressief delict gericht tegen een dealer. Navraag leerde dat de kernposities in de scene van het stadje onlangs waren overgenomen door een agressieve en zeer solidaire familieclan. Deze druggebruiker was voor hen een gemakkelijke prooi en hij werd veelvuldig beroofd en bedreigd, tot hij zich een keer in paniek verweerde waarbij een slachtoffer viel. Er was geen sprake van plotseling opgedoken psychopathologie.

Antisociale Persoonlijkheidsstoornis?

Veel druggebruikers krijgen op het een of het andere moment de diagnose 'Antisociale Persoonlijkheidsstoornis' toegediend. Dit wil in mijn ervaring voornamelijk zeggen dat de desbetreffende druggebruiker ruzie heeft gehad met de diagnostiserende psychiater; slechts zelden berust de diagnose op werkelijk zorgvuldige diagnostiek (Gerstley e.a. 1990). Het 'antisociale' gedrag van een druggebruiker berust echter in een flink aantal gevallen niet op een persoonlijkheidsstoornis maar op een heel ander fenomeen, namelijk op een ernstige achterstand in socialisatie. Druggebruikers waren meestal al minder goed functionerende adolescenten vóór ze verslaafd werden, en vanaf dat moment hebben zij zich alleen gesocialiseerd in de richting van de drugsceen. Alles wat andere adolescenten leren in die leeftijdsfase wordt niet geleerd. Het is niet altijd gemakkelijk zich voortdurend te realiseren dat druggebruikers veel dingen die 'iedereen toch weet' gewoon niet weten. Men weet niet dat er specifiek gedrag verwacht wordt in een dokterswachtkamer, of hoe je een 'normaal' gesprek voert bij een instantie. Sterker, men weet zelfs niet dat men deze informatie mist, en interpreteert dus voortdurend situaties verkeerd. Het gaat om regels die een verslaafde ook niet uitgelegd worden omdat hun bestaan voor

niet-verslaafden dermate 'evident' is dat niemand zich meer realiseert dat het wel degelijk om regels gaat die een keer geleerd moeten worden (zie ook Van Epen 1990; Cornelis 1988).

Casuïstiek – Een methadonprogramma stuurde een cliënt naar de Organisatorische Eenheid Psychotherapie (OEP) van de RIAGG waar ik werkte. Ik zou de intake verrichten, de cliënt werd om drie uur 's middags verwacht. Even voor drieën werd ik door de balie medewerkster uit mijn kamer geroepen; ik moest mijn cliënt snel ophalen; hij had 'de hele wachtkamer op stellen'. Hij bleek een sympathieke, goed meewerkende jongen te zijn. Nieuwsgierig geworden ging ik de balie medewerkster vragen wat er in vredesnaam gebeurd was. Het bleek dat niemand de jongen nog ooit had verteld dat er verschil is in gedrag tussen de cliënten van een OEP en van een metadonprogramma. In een OEP-wachtkamer gedraagt men zich zo onopvallend mogelijk en bemoeit zich zeker niet met andere cliënten. Mijn cliënt was vrolijk binnen komen stappen, was luidkeels een uitgebreid gesprek met de balie medewerkster begonnen, en toen zij bevreemd reageerde was hij de wachtkamer ingeslenterd, iedere deur die hij tegenkwam proberend om te zien wat er achter was; en vervolgens was hij andere cliënten gaan vragen naar hun therapeuten. Binnen vijf minuten had hij zich inderdaad onmogelijk gemaakt.

Dat het hier niet ging om een ernstige persoonlijkheidsstoornis bleek toen ik de cliënt uitlegde wat er aan de hand was. Hij reageerde verbaasd maar welwillend, en heeft zich bij de volgende intakegesprekken vlekkeloos gedragen. Dit fenomeen ziet men heel vaak. Ik heb vroeger heel wat verslaafden gevraagd om zich alsjeblieft te gedragen als ik met veel moeite een opname in een ziekenhuis voor ze geregeld had; het is toen niet bij me opgekomen dat ik erbij had moeten vertellen hoe 'gedragen' eruit ziet in een algemeen ziekenhuis. 'Dat weet immers iedereen?'

Casuïstiek – Bij een dertigjarige verslaafde met paranoïde verschijnselen vermoedde ik zeldzame pathologie op basis van ernstige sensorische deprivatie. Ik was zeer geïnteresseerd, en met veel moeite lukte het me een opnameafdeling bereid te vinden hem op te nemen voor nadere diagnostiek. Niemand had hem echter ooit verteld dat er gedragsregels bestaan voor mensen voor wie veel moeite is gedaan. Van zulke patiënten, als ze niet duidelijk psychotisch zijn, wordt bescheiden en erkentelijk gedrag verlangd, én men verwacht dat een niet-psychotische patiënt dat beseft. Men verwacht niet dat zo'n patiënt binnen vijf minuten luidkeels om koffie roept. De verpleegkundige reageerde dan ook geïrriteerd, waarop de patiënt weer geïrriteerd informeerde of hij hier geen doodgewone vraag mocht stellen. De opname duurde precies 20 uur; ontslagdiagnose: jawel, Antisociale Persoonlijkheidsstoornis.

Het is belangrijk dat een beoordelend psychiater iets van dit mechanisme weet; veel belangrijke consultaties zijn volkomen mislukt omdat men het gedrag interpreteerde als bewust dwingend, in plaats van als bestaande uit, weliswaar irritante, onhandigheden die met volstrekte duidelijkheid en uitvoerige uitleg simpel te corrigeren waren geweest.

Medicamenteuze interventies

Ambulante medicamenteuze behandeling van druggebruikers die psychiatrische symptomen vertonen is een moeilijke zaak. Bij druggebruikers die dóórgaan met gebruik is het zowel zinloos als gevaarlijk. Medicatie wordt zelden volgens de regels gebruikt en niet zelden doorverkocht. Depotmedicatie wordt niet gehaald, en heeft in combinatie met illegale drugs ook weinig zin. Indien men er inzicht in heeft wat er precies gebruikt wordt (en in mijn opvatting wil dat zeggen goed uitgevoerde urinecontroles), is het nog wel eens mogelijk op goede gronden bij voorbeeld antipsychotica voor te schrijven. Ik heb nog niet meegemaakt dat antidepressiva hun werk konden doen indien stoffen als methadon, benzodiazepinen en alcohol in onverantwoorde hoeveelheden gebruikt bleven worden. Bovendien worden zeker antidepressiva zelden adequaat ingenomen, omdat druggebruikers slecht overweg kunnen met een medicament dat men niet binnen een uur kan 'voelen'.

Voor benzodiazepinen ben ik bij druggebruikers nog geen indicatie tegengekomen, en ik heb er nooit enig positief gevolg van gezien. Wel zeer ernstig negatieve gevolgen, zoals een onhanteerbaar hoog verslavingsniveau en dodelijke overdoseringen in combinatie met andere stoffen.

Indien een druggebruiker laat weten dat hij de verschijnselen die hij vertoont niet kan uithouden, dan verdient het aanbeveling hem een opname aan te bieden. Voor verslaafden die een mengelmoes aan stoffen gebruiken en als gevolg een mengelmoes aan pathologie vertonen is het de enige reële aanpak.

Druggebruikers hebben een zeldzaam talent om hulpverleners het gevoel te geven dat er acuut iets móet gebeuren. Het vereist rechtlijnigheid om steeds voor ogen te houden dat de druggebruiker niet kan verwachten dat de problemen die hij maakt altijd wel weer pijnloos door een hulpverlener opgelost kunnen worden. Dit kan hem maar beter ondubbelzinnig duidelijk gemaakt worden. Met het voorschrijven van een of ander medicijn sterkt men hem alleen maar in het idee dat zijn onmogelijke oplossing wel degelijk bestaat, en voegt men alleen maar toe aan de alreeds gebruikte chemische cocktail.

Besluit

De scheiding van verslavingshulpverlening en psychiatrie heeft er helaas toe geleid dat drughulpverleners geen deskundigheid verwerven op het gebied van psychiatrie, en psychiaters en hun medewerkers niet op het gebied van drugverslaving. Dit heeft tot gevolg dat vooral de druggebruiker mét psychiatrische stoornissen tussen de wal en het schip valt, terwijl de niet-psychiatrisch zieke verslaafde er extra manipulatiemogelijkheden door krijgt. Dit geldt zowel voor de klinische als voor de ambulante hulpverlening. Een betere samenwerking is dringend gewenst. Het wordt verder hoog tijd dat óf de drughulpverlening de ruimte krijgt de psychiatrische kennis uit te breiden; óf de psychiatrische instellingen gaan accepteren dat deze groep patiënten tot hun doelgroep behoort. In dit laatste geval is bijscholing op het gebied van de specifieke problemen van drugverslaafden onontbeerlijk.

Literatuur

- Brussel, G.H.A. van, A.W. van Zadelhoff en T.A. Sluis (1987), Polydruggebruik – een nieuw verschijnsel? *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* 13, 6, 198-203.
- Cornelis, A. (1988), *Logica van het Gevoel*. Essence, Amsterdam.
- Epen, J.H. van (1983), *Drugverslaving en Alcoholisme*. Elsevier, 1983.
- Epen, H. van (1990), *Schets voor een nieuwe Psychiatrie*. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten.
- Gerstley, L.J., A.I. Alterman, A.T. McLellan, G.E. Woody (1990), Antisocial personality disorder in patients with substance abuse. A problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry* 147, 2, 173-178.
- Hulsbos, P.A.J., en G.E. Schaap (1989), Miskenning van afhankelijkheidsproblematiek in een psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* 15, 2, 41-46.
- Limbeek, J. van, H.F.A. Schalken, P.J. Geerlings, L. Wouters, P.A. de Groot, G. Sijbiling en W. Bijlen (1986), Het gebruik van het Diagnostisch Interview Schema (DIS) bij het vaststellen van psychopathologie bij alcohol-en drugverslaafden. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 28, 459-474.
- Lionarons, W.H., en J.P. Weijers-Everard (1986), Het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen aan druggebruikers. *Geneesmiddelenbulletin* 20, 12.
- McLellan, A.T., L. Luborsky, G.E. Woody, C.P. O'Brien, K.A. Druley (1983), Predicting Response to alcohol and drug abuse treatments, Role of Psychiatric Severity. *Archives of General Psychiatry* 40, 620-625.
- Noorlander, E.A. (1985), Gedrag van heroïnegebruikers, het z.g. Junkiesyndroom. *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* 8.
- Noorlander, E.A. (1987), De ontwikkeling van de Nederlandse methadonverstrekking. *Medisch Contact* 13, 402-404.
- Ree, F. van, en P. Esseveld (1985), *Drugs* (5e druk). Het Spectrum, Antwerpen.
- Ross, H.E., F.B. Glaser en T. Germanson (1988), The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients With Alcohol and Other Drug Problems. *Archives of General Psychiatry* 45, 1023-1031.

Woestenburg, H. van (1989), *Werk en Mogelijkheden van de Districtspsychiater*. In: *Verslaving en Justitie*. Uitgave Nederlandse Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde.

Summary: Psychiatry and drug abuse clinics

From the moment Drug Abuse Clinics became operational in the Netherlands these clinics have progressively been drifting away from the main body of Mental Health Organisations. As a result of this development workers in each type of organisation are not familiar any more with the work and the patients of their colleagues.

This is a source of problems in cases where a patient shows symptoms of both addiction and psychiatric illness. Several of these problems are discussed, such as the psychological effects of illegal drugs and the deviant behaviour that is part of the drug addiction syndrome. It is stressed that more cooperation between both types of organisation is necessary, and that workers in both organisations should gather more information about both problems.

E.A. Noorlander is psychiater, als eerste geneeskundige verbonden aan de Stichting Verslavingskliniek Utrecht, p/a Detox Utrecht, Maliebaan 78, 3581 CW te Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 15-11-1990.