

# Beheersen of behandelen

*Klinische jongvolwassenen met ASS en (verborgen) middelengebruik*  
Opinie

*Tom<sup>1</sup> komt 2.00 uur 's nachts terug op de afdeling, veel later dan afgesproken. Als hij hierop wordt aangesproken, lacht hij alleen maar en ontwijkt rechtstreekse vragen naar gebruik. Al giechelend gaat hij naar zijn kamer. De volgende dag wordt een urinecontrole gedaan, de uitslag is positief voor cannabis. Tom krijgt een time-out van 24 uur en moet de afdeling verlaten. Hij gaat boos weg. Pas drie dagen later meldt hij zich weer. De behandeling wordt hervat als voorheen. Twee weken later heeft Tom opnieuw gebruikt waarop weer een time-out wordt gegeven.*

Reguliere instellingen zijn onvoldoende in staat de hulp aan dubbel-diagnose cliënten effectief te organiseren waardoor de betrokkene of helemaal geen hulp krijgt of heen en weer geslingerd wordt tussen verschillende instellingen. De verantwoordelijkheid vanuit de hulpverlening is onvoldoende geregeld. Verslaving en psychiatrische problematiek kunnen contra-indicaties zijn voor categoriaal georganiseerde instellingen (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002).

Het hebben van een middelenverslaving wordt als contra-indicatie gezien voor behandeling bij het Leo Kannerhuis, een landelijke voorziening en kenniscentrum op het gebied van autismehulpverlening. De doelgroep wordt niet in huis gehaald en er zijn duidelijke huisregels voor alcohol en drugsgebruik (Hoevenaars, 2009).

Toch gebruikt een aanzienlijk deel van de doelgroep middelen.

In een klinische onderzoeksgroep bleek er bij 30 procent van de volwassenen met ASS sprake van misbruik of afhankelijkheid van middelen. Dit komt overeen met de algemene groep van psychiatrische cliënten (Sizoo, Van den Brink, Koeter e.a., 2010).

Interventies bij middelengebruik blijven beperkt tot het beheersen van het probleem: bij vastgesteld gebruik volgt een time-out. De autismespecifieke behandeling komt niet van de grond. *Tom wordt uiteindelijk voortijdig met ontslag gestuurd.*

<sup>1</sup> Tom is een gefingeerde naam

Hoe kunnen klinische jongvolwassenen met Ass en middelengebruik adequaat behandeld worden? In dit artikel zal ik ingaan op middelengebruik bij jongvolwassenen met Ass en normaal tot hoog IQ. Ik zal knelpunten benoemen en onderzoeken of belangrijke elementen uit de geïntegreerde dubbeldiagnose behandeling geïmplementeerd kunnen worden op klinische autismespecifieke afdelingen.

## Middelengebruik versus ontwikkeling

Bij middelengebruik door jongeren is vroegtijdig ingrijpen belangrijk. Volgens Snoek, Wits en Van de Mheen (2010) kan middelengebruik bij jongeren de fysieke, cognitieve, neurologische en/of psychosociale ontwikkeling sterk negatief beïnvloeden. Het werkt remmend op de ontwikkeling van vaardigheden die in de puberteit vorm krijgen zoals sociale vaardigheden, impulscontrole en frustratietolerantie. Experimenteren met middelen leidt bij jongeren bovendien sneller tot afhankelijkheid, dit varieert van 6 tot 18 maanden in plaats van gemiddeld 2 tot 7 jaar bij volwassenen!

In hoeverre heeft dit betrekking op jongeren met Ass die toch al op verschillende deelgebieden in hun ontwikkeling achterlopen? Uit onderzoek van Sizoo (2010) is gebleken dat middelenmisbruik beperkingen in het neurocognitief functioneren van cliënten met Ass vergroten. Vooral realiteitstoetsing, begrip van complexe sociale situaties, werkgeheugen, keuzereactietijd, verwerkingssnelheid en responsinhibitie zijn verminderd bij cliënten met middelenmisbruik in hun geschiedenis.

## Knelpunten

De houding van verpleegkundigen naar cliënten die middelen gebruiken is vaak negatief. Middelengebruik wordt veroordeeld, cliënten zoals Tom moeten 'gewoon stoppen' of worden verwezen naar de verslavingszorg. Maar binnen de verslavingszorg wordt de autismespectrumstoornis niet behandeld en zal Tom ook vastlopen. Cliënten met Ass en middelengebruik vallen tussen wal en schip.

Klinische behandelteams vinden dat middelengebruik en psychiatrische stoornis na of naast elkaar behandeld moet worden, terwijl uit onderzoek is gebleken dat zo'n traditionele behandeling niet effectief is (Mueser, Noordsy, Drake en Fox, 2011). Al in 2003 werd in het rapport Resultaten Scoren van Posthuma en Vos geconcludeerd dat psychiatrisch verpleegkundigen over het algemeen weinig kennis hebben over middelen, onderliggende motieven en neurobiologische aspecten van verslaving. Vaardigheden als motiverende gespreks-

voering ontbraken. Middelengebruik van cliënten is lang niet altijd bekend. Een open gesprek over gebruik wordt bemoeilijkt door afdelingsregels met consequenties als stigmatisering of uitsluiting van de behandeling.

Naar aanleiding van het rapport Resultaten Scoren (Postuma en Vos, 2003) zijn in Nederland verschillende dubbeldiagnoseafdelingen opgezet. Reguliere klinische afdelingen hebben weinig tot niets met het rapport gedaan, terwijl ook daar middelengebruik plaatsvindt. Er is anno 2013 nog steeds sprake van kennistekort en een moraliserende bejegening. In het algemeen zijn dubbeldiagnoseafdelingen voor cliënten met ASS minder geschikt omdat zij moeilijk in een groep kunnen leren, moeilijk kunnen generaliseren en een autismespecifieke benadering en behandeling nodig hebben.

Een ander knelpunt is dat kopieergedrag voorkomen moet worden bij een cliëntengroep waarvan maar een deel gebruikt. Verder is de houding van teams tegenover verschillende middelen niet gelijk. Alcoholgebruik wordt gedoogd zolang er geen overlast is, terwijl ook dit middel schadelijk is.

## Behandel mogelijkheden

Jongvolwassenen met ASS en middelengebruik hebben recht op een adequate behandeling waarbij psychiatrische interventies geïntegreerd zijn met interventies voor middelengebruik. Belangrijke elementen vanuit de geïntegreerde dubbeldiagnose behandeling (IDDT) zijn: assessment, psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, systembenadering, cognitieve therapie, sociale vaardigheidstraining, zelfhulpgroepen en arbeidsrehabilitatie (Mueser e.a., 2011). Kunnen deze elementen geïmplementeerd worden op reguliere klinische afdelingen?

### Assessment

Standaard assessment (EuropASI of MATE) is nodig omdat middelengebruik lang niet altijd bekend is en interfereert met de behandeling. De tijdsinvestering van één uur bij elke cliënt kan een nadeel zijn, maar de problematiek van de cliënt wordt breed inzichtelijk, waardoor adequate behandeling ingezet kan worden wat tijds winst oplevert. Voorwaarde is dat er in de deze fase geen consequenties vastzitten aan middelengebruik.

Het uitvoeren van een functionele analyse is een belangrijk onderdeel van het assessment: waarom gebruikt de cliënt en hoe is de wisselwerking met het psychiatrische ziektebeeld?

Druk vanuit de peergroep is voor jongeren een belangrijke reden om te beginnen met gebruik. Binnen een gebruikersgroep zijn soci-

ale vaardigheden minder belangrijk, waardoor het makkelijker wordt voor jongeren met Ass om bij zo'n groep te horen. Bovendien worden spanning en prikkels door middelengebruik verminderd en kunnen problemen worden vermeden. Het ongewenste gevoel anders te zijn vermindert door middelengebruik.

Sizoo en Van Wijngaarden-Cremers (2009) hebben de hypothese geformuleerd dat een deel van de cliënten met Ass weerstand heeft tegen eigen beperkingen en middelen gebruikt in een poging beter te functioneren. Door het middelengebruik worden sociale beperkingen minder gevoeld.

Cliënten met Ass kiezen meestal voor het gebruik van alcohol en cannabis (Sizoo, 2010), wat wijst op de behoefte aan demping.

### **Psycho-educatie en motiverende gespreksvoering**

Goede informatie over middelen en gevolgen van middelengebruik is belangrijk. Psycho-educatie zou in een kleine groep of individueel gegeven kunnen worden.

Motiverende gespreksvoering is een evidence based interventiemethode om cliënten te stimuleren in gedragsverandering vanuit intrinsieke motivatie (Van der Poel, 2010) en is een onmisbaar onderdeel van de IDDT.

Het veranderen van gedrag verloopt in verschillende stadia. Bij een effectieve dubbeldiagnosebehandeling worden de interventies en motiverende gespreksvoering aangepast aan het stadium van motivatie tot gedragsverandering van de cliënt (Mueser e.a., 2011). Elementen als psycho-educatie en motiverende gespreksvoering uit de IDDT kunnen alleen ingevoerd worden als instellingen bereid zijn te investeren in teambrede scholingstrajecten van medewerkers.

Zowel motiverende gespreksvoering als psycho-educatie zal bij jongvolwassenen met Ass duidelijk en in korte stukken aangeboden moeten worden met veel herhaling. Hierbij moet de informatieverwerking van de cliënt ondersteund worden om deze optimaal te laten verlopen. Dit kan met een schriftelijke samenvatting, met afbeeldingen of pictogrammen. Omdat het generaliseren moeilijk is, moet er meer tijd uitgetrokken worden voor inzichtgevende gesprekken in verschillende situaties (Sizoo en Van Wijngaarden-Cremers, 2009).

### **Overige behandelonderdelen IDDT**

Systeembehandeling, cognitieve therapie, sociale vaardigheidstraining en arbeidsrehabilitatie behoren tot het huidige behandelaanbod. Er wordt geen gebruik gemaakt van zelfhulpgroepen voor cliënten met middelengebruik. Het is niet duidelijk wat de effecten van zulke groepsbijeenkomsten zijn voor cliënten met Ass, verder onderzoek is nodig. Behandelpannen zouden minimaal één doel ten aanzien van middelengebruik moeten bevatten.

## Terugval

Terugval is inherent aan verslaving en kan gebruikt worden om zelfinzicht te bevorderen en gedrag te leren aanpassen. Elke terugval zou aanleiding moeten zijn om samen met de cliënt te kijken naar triggers en redenen van gebruik.

Geïntegreerde behandeling en het afspreken van individuele consequenties van gebruik hoeft het probleem van kopieergedrag niet te vergroten al blijft er een spanningsveld. Ook nu gebruiken klinisch opgenomen cliënten middelen, soms stiekem, soms openlijk. Naast algemene regels zou individueel beleid moeten worden afgesproken als onderdeel van de geïntegreerde behandeling. Hierdoor blijft openheid over gebruik mogelijk, wat handvatten geeft voor adequate behandeling.

## Conclusie

Beheersen of behandelen? Uit dit artikel blijkt dat alleen een beheersmatige benadering van middelengebruik niet effectief is. Behandeling van het middelengebruik moet geïntegreerd aangeboden worden met de psychiatrische behandeling. Dubbeldiagnoseafdelingen zijn minder geschikt voor cliënten met ASS omdat zij moeilijk leren in een groep en moeizaam generaliseren. Bovendien is het behandelklimaat op deze afdelingen niet aangepast aan de behoeften van cliënten met ASS.

Belangrijke elementen uit de IDDT zouden bij alle cliënten met ASS en middelengebruik ingezet moeten worden om adequate behandeling mogelijk te maken. Standaard assessment is nodig om middelengebruik te identificeren en te analyseren. Psycho-educatie en motiveerende gespreksvoering zou altijd aangeboden moeten worden aan dubbeldiagnosecliënten. In het behandelplan van cliënten met middelengebruik zou minimaal één doel over middelengebruik gesteld moeten worden. Terugval wordt gezien als onderdeel van het herstelproces. Beleid over middelengebruik moet individueel en afhankelijk van het stadium van gedragsverandering van de cliënt afgesproken worden. Verder onderzoek naar effect van zelfhulpgroepen voor cliënten met autisme en middelengebruik is nodig.

In het kerncurriculum voor de bij- en nascholing van GGZ-verpleegkundigen niveau 4 worden onder andere professionele attitude, motiverende gespreksvoering en kennis over de werking en het gebruik van middelen benoemd als aandachtsgebieden (Loth, Slee en Van de Peppel, 2012). Instellingen zouden hierin teambreed moeten investeren. Juist verpleegkundigen richten zich op de gevolgen van een stoornis en zijn daarom bij uitstek de beroepsgroep die cliënten kunnen ondersteunen bij gedragsverandering.

Verpleegkundig Specialisten zouden teams kunnen coachen bij de implementatie van belangrijke elementen uit de IDDT. Het bevorderen van kwaliteit van hoogcomplexen GGZ-zorg en zorgbeleid, coaching en deskundigheidsbevordering zijn competenties van de Verpleegkundig Specialist passend bij de rol van onderzoeker, innovator en coach.

In de verpleegkundige standaarden van zorg worden deze competenties uitgewerkt voor de verslavingspsychiatrie. De Verpleegkundig Specialist is diegene die het zorgproces rondom de patiënt met middelengebruik kan (her)ontwerpen om een blijvende verbetering te realiseren. Ook is de Verpleegkundig Specialist diegene die als voortrekker de ontwikkeling en verdieping van de verslavingskennis in het verpleegkundig team bevordert (Loth e.a., 2012).

**Literatuur**

- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002). *Signaleringsrapport voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische stoornissen*. Geraadpleegd op 25 januari 2013 via <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/Publicaties/Uitvoeringstoetsen/Geestelijke%20Gezondheidszorg/ut537.pdf>
- Hoevenaars, E. (2009). Moeite met stoppen: Autisme, middelengebruik en de risico's op middelenverslaving. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme: Theorie en praktijk*, 02, 54-59.
- Loth, C., Slee, Y. & Peppel, H. van de (2012). *Verpleegkundige standaarden van zorg bij verslavingspsychiatrie: competentieprofiel voor mbo, hbo, post-hbo en master verslavingsverpleegkunde*. Amsterdam: Reed Business.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake R.E. & Fox, L. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose*. Utrecht, de Tijdstroom.
- Poel, S. van der (2010). De gemotiveerde patiënt. *Movemens*, december, 10-13.
- Posthuma, T. & Vos, R. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp: Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Resultaten Scoren 2003. Utrecht: GGZ Nederland.
- Sizoo, B. (2010). *Developmental Disorders and Substance Use Disorder: a phenotypical, endophenotypical and genetic exploration*. Enschede: Ipskamp.
- Sizoo, B., Brink, W. van den, Koeter, M., Gornissen van Eenige, M., Wijngaarden-Cremers, P. van & Gaag R.J. van der (2010). Drugs and Alcohol Dependence: Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid Substance Use Disorder: Prevalence, risk factors and functional disability. *Drugs and Alcohol Dependence*, 107, 44-47.
- Sizoo, B. & Wijngaarden-Cremers, P. van (2009). Autisme en verslaving: ervaringen uit de praktijk. *Engagement met autisme*, 4, 11
- Snoek, A., Wits, E., Mheen, D. van de & Wilbers, G. (2010). *Vroegsignalering: Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren*. Rotterdam: Ivo.

## Samenvatting

Middelengebruik bij jongeren met een Autismespectrumstoornis (ASS) heeft gevolgen voor de verdere ontwikkeling en het functioneren. Klinische behandeling voor jongeren met ASS is primair gericht op de autismespectrumstoornis. De behandeling van co-morbiditeit zoals middelengebruik bestaat uitsluitend uit het stellen van grenzen waardoor de totale behandeling onvoldoende van de grond komt en stagneert. Uit onderzoek is gebleken dat behandelen van middelengebruik en psychiatrische stoornis na of naast elkaar niet effectief is (Mueser, Noordsy, Drake en Fox, 2011). Geïntegreerde dubbeldiagnose behandeling (IDD) behandelt beide diagnoses gelijktijdig. Belangrijke elementen uit de IDD zoals standaard assessment, psycho-educatie en motiverende gespreksvoering zouden geïmplementeerd moeten worden op klinische autisme afdelingen. Behandelplannen van dubbeldiagnose cliënten zouden minimaal één doel ten aanzien van middelengebruik moeten bevatten. Scholing in motiverende gespreksvoering en kennis over middelengebruik voor psychiatrisch verpleegkundigen is nodig. Zij behoren bij uitstek tot de beroepsgroep die cliënten kunnen ondersteunen bij gedragsverandering. De Verpleegkundig Specialist zou in de rol van onderzoeker, innovator en coach, het zorgproces rondom de patiënt met middelengebruik kunnen (her)ontwerpen om een blijvende verbetering te realiseren (Loth, Slee en Van de Peppel, 2012).