

Traumabehandeling in verslavingszorg

Tekst: Cindy de Kruijk

Een traumabehandeling geven aan mensen met ernstige verslavingsproblemen is zeker niet gemakkelijk. Posttraumatische stressklachten komen veel voor bij patiënten binnen de verslavingszorg. De prevalentiecijfers liggen rond de 35 procent, maar een zeer beperkt aantal van hen geeft de PTSS-klachten ook spontaan aan (Gielen e.a., 2012). Is de verslaving te behandelen zonder de PTSS te behandelen? En, kun je alleen de PTSS behandelen zonder de verslaving te hoeven behandelen? Het advies vanuit de *Multidisciplinaire richtlijn* is vooralsnog om PTSS-klachten en verslavingsproblematiek geïntegreerd te behandelen, maar dat betekent niet altijd gelijktijdig. Hoe pak je dat aan? Aan de hand van een casus bespreek ik enkele dilemma's en uitdagingen met deze doelgroep.

Anton meldt zich, op aandringen van zijn omgeving, aan bij de verslavingszorg. Hij drinkt al 25 jaar overmatig alcohol, nu gemiddeld vijf liter bier per dag. Daarnaast blowt hij een paar keer per week. Voorheen had Anton meer controle over zijn gebruik, maar nadat hij door een onbekend persoon in elkaar was geslagen, ging het helemaal mis. Hij heeft sindsdien angstklachten op straat en toenemend last van nachtmerries. Hij is somber, gespannen en prikkelbaar, en hij gaat sociale contacten uit de weg. Anton woont alleen en doet een aantal dagen per week vrijwilligerswerk. Thuis slaapt hij op de bank met de televisie aan, zodat hij iets minder last heeft van de nachtmerries. Hij slaapt gemiddeld drie uur per nacht. Het alcoholgebruik is een gewoonte geworden waar hij niet geheel mee wil stoppen.

Tijdens de intake wordt Anton gescreend op de aanwezigheid van PTSS. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn. Hij krijgt uitleg over PTSS en over hoe dit verband houdt met verslaving. Anton geeft desgevraagd aan open te staan voor een traumabehandeling, maar hij ziet er ook tegenop. Het advies luidt dat hij allereerst gedurende een periode stopt met zijn alcoholgebruik, zodat we daarna een traumabehandeling kunnen inzetten. De mogelijkheden voor een korte detoxopname worden voorgelegd. Anton wijst klinische behandeling direct af. Dat is niets voor hem. Bovendien kan hij absoluut niet weg uit zijn woning vanwege de verzorging van zijn honden. Gedurende drie maanden volgt Anton daarom een reguliere ambulante verslavingsbehandeling en komt hij wekelijks voor een gesprek naar de polikliniek. Hij wil geen ondersteunende medicatie gebruiken, dat vindt hij 'allemaal maar troep' in zijn lijf. Samen maken we een schema om zijn alcoholge-

bruik geleidelijk af te bouwen, maar na drie maanden is er nagenoeg geen verandering. Ook de nachtmerries zijn nog altijd zeer belastend.

Toch start traumabehandeling

We besluiten om, ondanks zijn alcoholgebruik, toch maar te starten met de PTSS-behandeling. Mogelijk dat hij het alcoholgebruik makkelijker kan afbouwen als zijn lijdensdruk minder is. Fors onder invloed komt Anton naar de eerste EMDR-afspraken. Hij ziet er vreselijk tegenop en heeft ergens gelezen dat zijn traumaklachten als gevolg van de EMDR erger kunnen worden. We vervroegen de daaropvolgende afspraak, maar ook daar verschijnt hij onder invloed van twee halve liters bier. Maar hij is er gelukkig wel.

We besluiten om direct te starten met EMDR, aangezien de angst van Anton voor traumabehandeling hoog is, en hij tegelijkertijd gemotiveerd is. Ik kies ervoor om een *flashforward* in te zetten, namelijk het schrikbeeld voor wat er mogelijk zou kunnen gebeuren als gevolg van de EMDR-therapie. Anton ziet zichzelf zwaar depressief, suïcidaal en volop gebruikend thuis op de bank zitten, waarbij zijn *flashbacks* ondraaglijk zijn. Het beeld is grijs, angstig en troosteloos. Na afloop kan hij met meer afstand naar het beeld kijken en voelt hij zich rustiger. We nemen samen de EMDR-folder door. Anton ziet in dat hij de informatie misschien niet goed gelezen heeft, aangezien er nergens staat dat zijn herbelevingen kunnen toenemen.

Nuchter vertrouwen

Op de volgende afspraak verschijnt Anton nuchter. Ook heeft hij op de dag voor de afspraak niet gedronken. Hij

heeft zich gedurende meerdere dagen na de EMDR-behandeling rustiger gevoeld en is blij met het effect. We behandelen nu een relatief klein incident om hem nog wat meer vertrouwen te geven in de werkzaamheid van EMDR. Bij het positief afsluiten geeft Anton aan dat hij wat meer overzicht heeft en dat hij beseft dat hij zijn gedachten ten aanzien van het beeld kan veranderen.

Nu het vertrouwen in de traumabehandeling toeneemt en Anton niet meer onder invloed verschijnt, komen de belastende traumata aan bod: de recentelijke mishandeling, maar ook het seksueel misbruik in zijn jeugd, het geweld van zijn vader en de langdurige pestervaringen op de lagere- en middelbare school. We werken veel 'Rechtsom' aangezien het negatieve zelfbeeld – "Ik ben niet de moeite waard" – als een rode draad door zijn leven loopt.

Gedurende de gehele behandeling registreert Anton op verzoek dagelijks zijn alcoholgebruik, maar ook de mate van trek (*craving*; schaal 0-10), de mate van angst (0-10) en de mate van somberheid (0-10). Ook zijn er gedurende de behandeling om de vier maanden meetmomenten om aan de hand van zelfrapportage-vragenlijsten het alcoholgebruik, het verlangen naar alcohol, de PTSS en overige psychische klachten te blijven monitoren. Na een half jaar is er een toename van psychische klachten te zien op zijn zelfrapportage-lijsten, maar weer een half jaar later zijn deze fors gedaald. De hoeveelheid alcohol varieert sterk, ook komt het nog een paar keer voor dat Anton wel al voor de sessie heeft gedronken, maar uiteindelijk is zijn gebruik gehalveerd ten opzichte van de beginmeting. De trek in alcohol is weinig veranderd. Het vertrouwen om niet meer in iedere situatie te hoeven gebruiken is daarentegen wel toegenomen (toename *self-efficacy*). Ook kan er na deze behandeling geen PTSS meer worden vastgesteld.

Conclusie

Casussen zoals die van Anton komen in de praktijk veel voor. Patiënten blijken soms jarenlang rond te lopen met PTSS-klachten die ze afdekken met middelengebruik. Het ligt voor de hand om te streven naar abstinentie en waar nodig een klinische detox of een intensieve intramurale traumabehandeling in te zetten, maar veel patiënten zijn daar moeilijk voor te motiveren. Het vermijdingsgedrag is vaak

sterk. Intensivering van een ambulante contact is dan ook vaak aangewezen, zodat er in een week meerdere EMDR-sessies en een reguliere verslavingsbehandeling kunnen plaatsvinden. Soms is het wenselijk dat de EMDR-therapeut zelf de verslavingsbehandeling overneemt, maar het risico bestaat dat er dan te veel tijd naar de verslavingsbehandeling gaat in plaats van naar de behandeling van de traumata. Een nauwe samenwerking met een andere verslavingsbehandelaar is dan meer aangewezen. Door middel van vragenlijsten kan goed gemonitord worden hoe het staat met de diverse klachten. De behandeling van traumata bij een verslavingspopulatie is soms lastig, maar toch zeer uitdagend.

Voor verdere informatie zie ook: Markus, W., Kruijk, C. de, Weert-Van Oene, G. de, Becker, E. & Jong, C. de (2014). One size fits few: een pleidooi voor maatwerk bij geïntegreerd behandelen van PTSS en verslaving. *DTH Directieve therapie*, 34 (3), 180-201

Cindy de Kruijk werkt als GZ-psycholoog in opleiding tot Klinisch Psycholoog bij GGZ te Eindhoven.

Referentie

Gielen, N., Havermans, R.C., Tekelenburg, M. & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: It is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 17734. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17734>

