



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Storende preoccupaties bij afhankelijkheid van psychoactieve stoffen

Wencke de Wildt*

Samenvatting

Hoewel zorgelijke preoccupaties geen expliciet criterium van afhankelijkheid zijn in de DSM-IV, worden deze wel aangetroffen bij verslaafde patiënten. De stoornis kan beschouwd worden als het ten volle gepreoccupeerd zijn met een middel. Die preoccupatie wordt verklaard door onderliggende neurobiologische mechanismen en conditionering. Specifiek voor preoccupaties bij verslaving is de craving component. Aan de orde komen de inhoud van de preoccupaties en de daarop gerichte behandeling. De cognitief-gedragstherapeutische behandeling bevat zelfcontroletechnieken zoals gevoelsurfen, waarin acceptatie van de trek in gebruiken centraal staat. Gevoelsurfen wordt door veel patiënten enthousiast ontvangen en toegepast.

Inleiding

Afhankelijkheid van psychoactieve stoffen, in het dagelijks spraakgebruik verslaving genoemd, wordt in de DSM-IV beschreven als een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt (APA, 1994). Van de criteria verwijzen er twee naar biologische aspecten, namelijk tolerantie en onthouding. De overige criteria betreffen gedragsmatige en cognitieve aspecten: meer of langer gebruiken dan het plan was, pogingen tot verandering zonder resultaat, steeds meer tijd kwijt zijn met gebruik, belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden verwaarlozen en het continueren van het gebruik ondanks het besef van nadelige gevolgen. Hoewel zorgelijke preoccupaties geen expliciet criterium zijn in de DSM-IV- of ICD-10-classificatie van afhankelijkheid, kan de stoornis beschouwd worden als het ten volle gepreoccupeerd zijn met de betreffende psychoactieve stof. Door verslaafden zelf, maar ook door professionals in de klinische praktijk, wordt vaak gesproken over 'geobsedeerd zijn' of 'volledig in beslag genomen worden' door alcohol of drugs, resulterend in drangmatig gebruik. De controle van de patiënt over het gebruik is slechts beperkt aanwezig of geheel verdwenen. Het sterke verlangen naar het middel, *craving*, is in de ICD-10 één van de criteria voor afhankelijkheid (WHO, 1992). Dit verschijnsel wordt beschouwd als een van de centrale kenmerken van verslavingsproblematiek.

* DRS. W. DE WILDT is gezondheidszorgpsycholoog en werkzaam als hoofd behandeling van het Circuit Intensieve Behandeling van de Jellinek in Amsterdam. Ze is ook verbonden aan het Amsterdam Institute for Addiction Research en redactielid van Dth. Correspondentie: Drs. W. de Wildt, Jellinek CIB, postbus 3709, 1001 AS Amsterdam; E-mail: wwildt@jellinek.nl.

Gepreoccupeerd zijn met een psychoactieve stof: neurobiologische aspecten

Elke psychoactieve stof heeft zijn unieke farmacologische werking, maar de meeste stoffen induceren de afgifte van de neurotransmitter dopamine in het mesolimbisch systeem (met name de nucleus accumbens). Dit gedeelte van de hersenen signaleert de motivationele waarde van stimuli: stimuli die relevant zijn voor overleving, zoals voedsel en water, krijgen verhoogde aandacht in de hersenen. Gedrag dat leidt tot het bereiken van het beoogde doel wordt bekrachtigd. Het mesolimbisch systeem wordt dan ook wel het *reward* systeem (beloningsstelsel) genoemd en vervult een rol bij motivatie en leerprocessen.

Psychoactieve stoffen stimuleren dit hersensysteem. Naarmate het middelengebruik zich verder ontwikkelt, wordt de neurochemische en gedragsmatige respons, voortgebracht door de nucleus accumbens, steeds sterker. Dit staat bekend als *incentive sensitization* (Robinson & Berridge, 2000). De psychoactieve stof en de daarmee geassocieerde stimuli krijgen een steeds sterkere motivationele en gedragsmatige significantie. Er wordt gereageerd alsof de stof en de daaraan gerelateerde stimuli noodzakelijk zijn voor de overleving. Stimuli die geassocieerd zijn met het gebruik kunnen middels conditionering als cue gaan fungeren voor craving en voor het middelengebruik. Deze geconditioneerde stimuli krijgen *incentive salience*: ze vragen disproportioneel om aandacht (Robinson & Berridge, 2000). Met andere woorden: er bestaat bij verslaafden een sterke, neurobiologisch te verklaren preoccupatie met het middel en met aan dit middel gerelateerde cues. Preoccupatie met deze cues kan geconceptualiseerd worden als *attentional bias*. Er is volop evidentie dat er bij verslaving sprake is van attentional bias voor aan het middel gerelateerde cues, zowel voor alcohol, nicotine en cocaïne, als voor opiaten (voor een overzicht van studies: zie Franken, 2003).

Verschijningsvormen van storende preoccupaties bij verslavingsproblematiek

Het gepreoccupeerd zijn met een psychotrope stof is een complexe interactie tussen gedachten, craving en gedrag, te verklaren vanuit neurobiologische mechanismen en conditioneringsprincipes. Op cognitief vlak zien we hardnekkige en terugkerende gedachten over het betreffende middel en de verwachte effecten van het gebruik. De gedachten aan het middel kunnen obsessief aanwezig zijn. Soms gaan ze ook gepaard met levendige voorstellingen van het gebruik. Vaak worden hierbij heftige gevoelens van craving ervaren. Deze interne processen leiden tot observeerbare gedragingen, zoals 'zoekgedrag' en het middelengebruik zelf. De persoon is op dat moment niet in staat zich te distantieren van de preoccupaties met het gebruik.

Marleen

Marleen (29 jaar) rookt dagelijks cocaïne en koopt daarnaast regelmatig methadon of benzodiazepinen op de zwarte markt ('om de scherpe randjes eraf te halen'). Haar inkomsten verkrijgt ze uit prostitutie. Ze heeft geen vast verblijfsadres. Sinds kort maakt Marleen

gebruik van een laagdrempelig zorgprogramma, gericht op het verbeteren van lichamelijke gezondheid en het beperken van risicovol gebruik.

'Scoren, dat is het enige dat telt. Ik zorg ervoor dat ik genoeg coke heb voor een paar dagen. Dan kan ik tenminste doorhalen. Die snelle flash moet meteen gevolgd worden door de volgende. De gedachte dat ik zonder zou zitten is onverdraaglijk. Ik doe soms heel wat gekke dingen om aan coke te komen. De behoefte is dan zo sterk. Achteraf denk ik dan wel eens, had dat nou zo moeten? Maar op dat moment is niks belangrijker dan scoren. Scoren, scoren, scoren. Dat spookt dan door mijn hoofd en niets anders.'

De persisterende gedachten die een rol spelen bij verslaving, zijn veelal verwachtingen over de effecten van het middel. Dit worden ook wel anticiperende gedachten genoemd (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Voorbeelden zijn: 'Ik heb het nodig om me goed te voelen', 'Zonder alcohol kan ik me niet ontspannen', 'Als ik niet gebruik is mijn verdriet onverdraaglijk.' Het zijn gedachten die aangeven dat iemand 'niet zonder kan' of het middel 'nodig heeft'. Ze hangen nauw samen met ervaren craving: lichamelijke sensaties die door de persoon herkend en gelabeld worden als een signaal dat het middel gewenst en nodig is. Andere veelvoorkomende storende en hardnekkige gedachten bij verslaving, zijn gedachten die betrekking hebben op de ervaren craving. 'Ik kan de trek niet weerstaan, ik moet nu een borrel', 'Alleen een lijntje helpt om de trek te laten overgaan'.

Simon

Simon is een 48 jarige, alleenstaande advocaat. Sinds enkele weken is hij in behandeling voor alcoholproblematiek. Op het moment van aanmelding dronk hij dagelijks 12 eenheden alcohol. 'Op mijn werk kwam ik echt in de problemen. Het eerste slechte functioneringsgesprek in mijn carrière. Maar toch, ik kon gewoon niet anders. Anderen zeiden trouwens dat het allemaal wel meeviel. Er wordt veel gedronken in dit wereldje. Maar het zat mij toch niet lekker. Ik durfde niet meer naar mijn werk zonder te hebben gedronken. Ik had het nodig om tot iets te komen. En als ik al niet dronk, dan was ik er voortdurend mee bezig. Hoe laat kan ik mijn volgende glas nemen? Heb ik wel genoeg in huis voor vanavond? Ik liep de hele dag rond met een droge mond en onrust in mijn lijf. Tegen de tijd dat ik naar huis kon, had ik zo'n zin in alcohol dat ik de trek niet meer kon weerstaan. Ik ben vier weken geleden gestopt met drinken, maar het gekke is dat ik er toch voortdurend mee bezig ben. Als ik me gespannen voel, is het eerste wat ik denk: "Ik heb nu een borrel nodig" en dan krijg ik weer die droge mond en dat onrustige gevoel in mijn lijf. Vorige week heb ik toch weer een paar glazen op. Het kon me even niet meer schelen.'

Bij Marleen en Simon is zichtbaar hoe gedachten aan het middel en aan het gebruik van het middel gepaard gaan met het verlangen om te gebruiken. In de voorbeelden wordt ook duidelijk hoe het ervaren van craving gedachten triggert, die weer kunnen aanzetten tot gebruik.

Interventies voor storende preoccupaties bij verslavingsproblematiek

Evidence-based behandeling van verslavingsproblematiek is gericht op het bevorderen van de motivatie tot verandering, het versterken van zelfcontrole en het voorkomen van terugval. Er wordt hierin gebruikgemaakt van technieken van motivational interviewing (Miller & Rollnick, 1991, 2002) en cognitieve gedragstherapie, eventueel gecombineerd met farmacotherapie. In Nederland zijn op basis van wetenschappelijke evidentie diverse richtlijnen en behandelprotocollen opgesteld voor verslavingsproblematiek (zie bijvoorbeeld: De Wildt & Schippers, 2004).

Centraal in de behandeling staan de persoonlijke risicosituaties van de patiënt. Dit zijn situaties waarin de patiënt het moeilijk vindt om niet of slechts beperkt te gebruiken. We onderscheiden externe en interne risicosituaties. Een externe risicosituatie is een specifieke plaats, situatie of persoon (bijvoorbeeld op zaterdagavond met Peter in de kroeg zijn). Interne risicosituaties zijn gedachten (anticiperende gedachten en toestemmingsgedachten), emoties (bijvoorbeeld boosheid) en lichamelijke sensaties (bijvoorbeeld spanning, craving). Interne en externe risicosituaties lokken het gebruik uit. Doel van cognitief-gedragstherapeutische behandeling van verslavingsproblematiek is het leren toepassen van zelfcontroletechnieken en het aanleren van vaardigheden om gebruik in deze risicosituaties te voorkomen. Patiënten worden bijvoorbeeld getraind in het leren weigeren van aangeboden middelen, wanneer sociale druk van bepaalde personen een externe risicosituatie voor hen vormt.

Preoccupaties kunnen beschouwd worden als interne risicosituaties voor gebruik. De terugkerende gedachten aan (de effecten van) het middel en de daaraan gekoppelde lichamelijke sensaties zijn uitlokkers voor middelengebruik. Interventies voor de preoccupaties richten zich op gedachten en op de lichamelijke sensaties van craving.

Interventies gericht op de gedachten

De gedachten worden gelabeld als niet-helpende gedachten. De gedachten worden beschouwd als interne risicosituaties en ook als zodanig benoemd. Door middel van *selfmonitoring* wordt de patiënt geleerd de niet-helpende gedachten op te sporen en te herkennen. Omdat de evidentie voor cognitieve therapie bij verslavingsproblematiek beperkt is, worden in de behandeling geen interventies ingezet om de inhoud van de gedachten uit te dagen. Wel worden, om de zelfcontrole te versterken, zogenaamde 'controlegedachten' (Beck et al., 1993) geformuleerd, die helpen om gebruik te voorkomen. Voorbeelden van dergelijke positieve zelfinstructies zijn: 'Ik heb het niet nodig, ik kan heel goed zonder alcohol'; 'Ik ben nu twee maanden clean en dat ga ik zo houden'; 'Ik kan de trek weerstaan, het gaat zo weer over.'

Wat patiënten ook helpt, is het voor ogen houden van de negatieve consequenties van gebruik of de positieve gevolgen van het niet-gebruiken. Flashcards kunnen daarbij een ondersteuning zijn. Positieve zelfinstructie is ook van belang op het moment dat de patiënt een 'uitglijder' heeft. Niet-helpende gedachten ('Nu kan ik net zo goed doordrinken'; 'Zie je wel, ik blijf de rest van mijn leven een junk') en gevoelens van schaamte, schuld of hulpeloosheid vergroten immers de kans op terugval (*abstinence violation effect*; Marlatt & Gordon, 1985). Met positieve zelfinstructie wordt beoogd

om in een risicosituatie de aandacht weer te richten op het niet-gebruiken en de preoccupatie met het middel te verminderen. Het wordt dus ingezet als zelfcontroletechniek.

Interventies gericht op de lichamelijke sensaties van craving

De patiënt krijgt verschillende zelfcontroletechnieken aangereikt, die helpen op momenten van craving en zo gebruik voorkomen. Een belangrijke stimulusresponsinterventie is afleiding zoeken, bijvoorbeeld door de aandacht op iets anders te richten of lichamelijke inspanning te verrichten. Met name activiteiten die incompatibel zijn met middelengebruik zijn doeltreffend. Steun zoeken op momenten van craving is een volgende zelfcontroletechniek, die de stimulusresponsketen helpt doorbreken.

Een andere toegepaste zelfcontroletechniek is gebaseerd op de technieken van mindfulness training (*urge surfing*; Marlatt & Gordon, 1985). Met behulp van gevoelsurfen leert de patiënt craving te ervaren en aanvaarden als een normale reactie op geconditioneerde prikkels. De techniek behelst dat patiënten leren de gevoelens van craving te visualiseren als een golf, die in grootte toeneemt, een piek bereikt en dan verdwijnt. De patiënt surft als het ware op de golf, zonder verzet, totdat de golf verdwijnt. De patiënt leert dat craving en de drang om te gebruiken verdwijnen. Maar de patiënt leert ook dat nieuwe golven kunnen ontstaan. Gevoelsurfen kan beschouwd worden als een mindfulness techniek: op een niet-oordelende en accepterende wijze worden de interne stimuli (lichamelijke sensaties, gedachten en emoties) die op dat moment aanwezig zijn, geobserveerd. Net als in mindfulness training is het doel niet zozeer om de inhoud van de gedachten te veranderen. Het verschil met mindfulness is dat gevoelsurfen wordt getraind als een zelfcontroletechniek. Het is de bedoeling dat de patiënt de techniek gebruikt op momenten van craving. Dat betekent dat voor het aanleren van deze techniek craving doelbewust wordt opgeroepen tijdens de behandeling. Dat kan door middel van imaginatie of door middelen, zoals alcohol, in de sessie te gebruiken.

Henry

Henry is een 65-jarige, onlangs gepensioneerde man. Hij volgt intensieve ambulante behandeling voor alcoholafhankelijkheid. Deze verloopt aanvankelijk succesvol. Henry past vooral zelfcontroletechnieken toe op het gebied van afleiding zoeken en het vermijden van situaties die craving kunnen oproepen. Naarmate het eind van de behandeling in zicht komt, neemt de angst om opnieuw controle over zijn alcoholgebruik te verliezen toe. Hij krijgt last van dromen waarin hij terugvalt in alcoholgebruik. De dromen zijn levensecht. Wanneer hij wakker wordt, voelt hij zich zeer angstig en ervaart hij een sterke craving. Volgens Henry duiden de nachtmerries op een naderende terugval; hij is ervan overtuigd dat zij een voorspellend karakter hebben. Henry piekert gedurende de dag over deze dromen en ook dat roept craving op. Hij is voortdurend alert op lichamelijke sensaties die op craving kunnen wijzen. Besloten wordt tot een individuele training in gevoelsurfen.

Allereerst presenteert de therapeut een geloofwaardige rationale voor zijn dromen: zij duiden op verwerking van het alcoholverleden. De klachten worden dus positief geëtiketteerd. De therapeut laat niet na Henry te bekrachtigen voor deze belangrijke vooruitgang in de

behandeling. De therapeut geeft vervolgens educatie over het fenomeen craving. Hierin wordt benadrukt dat craving ontstaat bij confrontatie met bepaalde cues, dus buiten de wil van de patiënt om. Verzet heeft niet zo veel zin: het is juist belangrijk om de craving te accepteren en te ervaren dat deze weer verdwijnt. De therapeut introduceert de techniek van gevoelsurfen en nodigt Henry uit om in de sessie te oefenen. Craving wordt opgeroepen door de patiënt nauwkeurig te laten vertellen welke droom hij de afgelopen nacht gehad heeft. De patiënt begint te transpireren, de slikfrequentie neemt toe en er ontstaat motorische onrust. De therapeut helpt Henry de lichamelijke sensaties te ervaren en te observeren door hem de aandacht te laten richten op de verschillende delen van het lichaam (body scan). De therapeut instrueert herhaaldelijk om allerlei gedachten zuiver als gedachten te accepteren en de aandacht te blijven richten op de sensaties. De oefening neemt ongeveer 10 minuten in beslag; de craving is na afloop vrijwel geheel verdwenen. Henry krijgt de opdracht driemaal per dag op vastgestelde momenten de oefening uit te voeren. De craving moet dus zelf opgeroepen worden.

Na enkele sessies blijkt Henry uitstekend in staat het gevoelsurfen toe te passen. Sterker nog, hij heeft er zelfs een beetje lol in gekregen. 'Dat ik me zo gek heb laten maken zeg.'

Afsluiting

Hoewel zorgelijke preoccupaties geen expliciet criterium van afhankelijkheid zijn in de DSM-IV, worden zij wel aangetroffen bij verslaafde patiënten. De stoornis kan beschouwd worden als het ten volle gepreoccupeerd zijn met een middel. Die preoccupatie wordt verklaard door onderliggende neurobiologische mechanismen en conditionering. Specifiek voor preoccupaties bij verslaving is de craving component. De beschreven interventies zijn onderdeel van evidence-based cognitief-gedragstherapeutische behandelprotocollen voor verslaving. De interventies zijn echter niet afzonderlijk onderzocht op effectiviteit. In geen enkele studie naar verslavingsproblematiek werd bijvoorbeeld gevoelsurfen onderzocht, onafhankelijk van de gedragsveranderingsstrategieën (Baer, 2003). De interventies gericht op de niet-helpende gedachten worden over het algemeen gecombineerd met gedragsgerichte interventies. Ondersteuning voor de effectiviteit van de beschreven interventies kan gevonden worden in een studie waarin is aangetoond dat opiaat-afhankelijke patiënten die meer cognitieve copingstrategieën hanteerden, waaronder gevoelsurfen, minder vaak terugvielen in heroïnegebruik (Gossop, Stewart, Browne, & Marsden, 2002).

Wij zien in de praktijk groot enthousiasme bij patiënten voor deze zelfcontroletechniek, maar ook dat het voor hen een lastige techniek is om toe te passen. Voor veel patiënten is het de eerste keer dat ze op een dergelijke accepterende wijze met trek proberen om te gaan. Gevoelsurfen is binnen de huidige verslavingsbehandelingen slechts een van de aangereikte zelfcontroletechnieken en uitgebreide training hierin is over het algemeen niet aan de orde. Veelal beperkt het zich tot een uitleg over de techniek. Daar waar de evidence-based interventies onvoldoende resultaat opleveren, biedt wellicht uitgebreidere inzet van mindfulness training uitkomst. Er gaan geluiden op om een nieuwe vorm van verslavingsbehandeling te ontwikkelen, waarin cognitieve gedragstherapie wordt gecombineerd met mindfulness training (*mindfulness-based relapse prevention*; Witkiewitz, Marlatt, & Walker, in druk). De verwachting is dat toevoeging van mindfulness training de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslavingsproblematiek kan verhogen. Centraal in mindfulness training staat het accepteren van de sensaties, gedachten en emoties van dat moment. Het richt zich

niet alleen op craving, maar ook op andere emoties, gedachten en sensaties en is dus breder gericht dan gevoelsurfen. Bij verslavingsproblematiek zou de interventie mogelijk werkzaam zijn door het verminderen van de neiging om bij onprettige emoties impulsief te reageren met middelengebruik (Marlatt, 2002). Een andere verklaring voor de veronderstelde werkzaamheid wordt gevonden in de verbeterde zelfobservatie van de patiënt, waardoor vroege signalen van terugval beter worden herkend en de zelfcontrole toeneemt (Baer, 2003). Verschillende studies suggereren overigens dat meditatie resulteert in neurobiologische veranderingen die geassocieerd zijn met toegenomen alertheid, controle over de aandacht en dopamineafgifte (zie Witkiewitz, Marlatt & Walker, in druk). In deze zin zou mindfulness training de neurobiologisch ingegeven preoccupatie met het middel mogelijk verminderen. Het lijkt derhalve de moeite waard om de effectiviteit van gecombineerde behandeling van cognitieve gedragstherapie en mindfulness training te vergelijken met pure cognitieve gedragstherapie en pure mindfulness training in een gecontroleerd, gerandomiseerd onderzoek.

Abstract

Worrisome preoccupations are not mentioned in the DSM-IV as a defining feature of dependence, even though addicted patients certainly do experience these. The disorder can be defined as being fully preoccupied with a substance. Neurobiological mechanisms and conditioning underlie the preoccupation in addiction, which differs from other preoccupations in other disorders in the craving component. Preoccupation content and treatment are discussed. The cognitive-behavioural therapy includes self control techniques such as urge surfing, which is aimed at acceptance of the craving and which elicits great enthusiasm among patients.

Referenties

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York/London: The Guilford Press.
- Franken, I. (2003). Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 563-579.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259-1267.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (2nd ed)*. New York: The Guilford Press.
- Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 95(Suppl 2), S91-S117.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

- Wildt, W.A.J.M. de, & Schippers, G.M. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met alcoholproblemen: motivering, zelfcontroletraining en terugvalpreventie. In: G.J.P. Keijsers, C.A.L. Hoogduin & A. van Minnen. *Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (in druk). Mindfulness-Based Relapse Prevention for alcohol and substance use disorders: the meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.