

BRAM BAKKER EN MEINDERT INDERWISCH

MATELOOS

OVER ALLE SOORTEN VERSLAVING



UITGEVERIJ LUCHT BV, NEDERHORST DEN BERG

Inhoud

Deel I

Wat je moet weten over verslaving

- 9 Voorwoord
- 11 Inleiding
- 16 Over dit boek
- 19 Verslaving is een ziekte
- 40 Co-dependency
- 45 Co-verslaving
- 53 De verslaving te lijf: behandelingen
- 78 Baclofen
- 87 Genetische en omgevingsfactoren:
een deskundige aan het woord
- 94 Seksverslaving
- 105 Wat moet je doen als je iemand kent
die verslaafd is?

Deel II

Getuigenissen van (ex-)verslaafden

- 113** Inleiding
- 128** Sisyphus, de onsterfelijke
 - Het verhaal van een alcoholist
- 137** Cocaïne, de witte motor
 - Verslaafd aan harddrugs
- 146** Kind onder de wolven
 - Coke, drank en crack: cross-addiction
- 162** Hoge hakken, echte liefde
 - Koopzucht: schoenen en nog eens schoenen
- 173** Belle en het Beest
 - Nachtelijke vreetbuiën

- 182** Meer weten?
- 191** Woord van dank

Informatieve kaderteksten

- 21** Verslaving: oorzaak of gevolg?
- 26** GHB
- 33** Zelftest: heb jij een alcoholverslaving?
- 40** De AA-benadering
- 55** Willen is kunnen?
- 61** Sportverslaafd?!
- 129** Vormen van alcoholverslaving en dipsomanie
- 137** De drug van de 'hogere klasse'
- 146** Comorbiditeit
- 162** Handelingsverslaving: schuld en schaamte
- 173** Eetstoornissen in soorten en maten

Deel I

Wat je moet weten over verslaving

Voorwoord

Als een boek twee auteurs heeft, gaan lezers soms raden wie verantwoordelijk is voor welk deel van de tekst. In de reacties op de eerdere versies van dit boek (uitgebracht onder de titel “Zucht”) is ons dat ook opgevallen. Wij vinden dit echter niet gepast; elk woord in dit boek heeft de goedkeuring van beide auteurs.

We delen een bepaalde achtergrond als hulpverlener in de verslavingszorg, maar er zijn ook duidelijke verschillen. Naar ons idee zijn die niet relevant, want het doet er niet toe of iets is geschreven door een ervaringsdeskundige, psychiater, therapeut of wetenschapper. De inhoud staat centraal. Waar hier en daar in de tekst het woordje ‘ik’ staat, mag men de namen van beide auteurs invullen, naar eigen goeddunken. Er wordt enkel geschreven in de ‘ik-vorm’ om de leesbaarheid zo groot mogelijk te laten zijn, en de afstand tot de materie zo klein mogelijk.

De lezer mag ervan uitgaan dat wij beiden in evenredige mate hebben bijgedragen aan de gehele tekst van dit boek. Wij hopen dat het bij u tot nieuwe inzichten en eventuele oplossingen zal leiden. Veel leesplezier.

Bram Bakker en Meindert Inderwisch

Inleiding

Van 2009 tot 2012 werkte ik met veel plezier als psychiater in een verslavingsinstelling, en sinds eind 2015 doe ik dat opnieuw.

In de tien jaar die ik voorafgaand aan mijn overstap naar de verslavingszorg als psychiater werkzaam was geweest, deed ik een constatering: ik was steeds vaker met verslaving in aanraking gekomen, en ik schreef dat meer toe aan maatschappelijke ontwikkelingen dan aan toevallige neveneffecten van de banen die ik had gekozen in mijn loopbaan in de psychiatrie.

Meer dan tien jaar geleden werkte ik een tijd als psychiater in een algemeen ziekenhuis in Amsterdam. Als we daar met verslaving te maken kregen was het vooral bij crisisconsulten op de spoedeisende hulp, of bij bezoeken aan de andere afdelingen in het ziekenhuis, en niet zozeer op de afdeling psychiatrie. Een man die dronken van zijn fiets was gevallen en daarbij een gecompliceerde beenbreuk had opgelopen kon na de noodzakelijke operatie soms ernstig verward raken doordat hij noodgedwongen ineens geen alcohol meer tot zich had genomen. In professionele termen noemt men dat een onthoudingsdelier.

Verwardheid door alcohol is iets wat regelmatig voorkomt, en soms wordt een psychiater ingeschakeld voor de behandeling daarvan. De behandeling bestaat in de regel vooral uit medicatie: antipsychotica zoals haloperidol (Haldol) en/of benzodiazepinen (kalmeringstabletten) zoals diazepam (Valium) of oxazepam (Seresta). Na enkele dagen is een delirium meestal weer verdwenen, en daar stopt dan ook de bemoeienis van de psychiatrische consultatieve dienst waarin ik meedraaide. Op de psychiatrische afdeling zagen we natuurlijk ook mensen die te veel drank en/of drugs gebruikten, maar meestal als onderdeel van een in onze ogen ernstigere psychiatrische stoornis zoals een psychose of depressie. Een deel van de mensen met schizofrenie blowde veel, dat viel wel op. Maar er werd weinig specifieke aandacht aan het blowen besteed.

In 2004 ging ik werken in een landelijk centrum voor eetstoornissen. Eerst op een klinische afdeling waar vooral jonge vrouwen met zeer ernstige vormen van anorexia werden behandeld, later op een afdeling voor deeltijdbehandeling en polikliniek waar ook de behandeling van mensen met vreetbuien (vooral bekend onder de Engelse afkorting BED: binge eating disorder) veel aandacht kreeg. In tegenstelling tot mensen met boulimie wekken mensen met BED meestal geen braken op na een binge. En al snel belandde ik in een discussie over het al dan niet met verslaving vergelijkbaar zijn van eetstoornissen. Ik ben ervan overtuigd geraakt dat er veel mensen aan eten verslaafd zijn, en dat het eten voor hen vaak dezelfde functie heeft als het drinken voor een alcoholist of het achter de fruitautomaat kruipen voor een gokverslaafde: verdoving, het wegwerken (of althans het proberen weg te werken) van hinderlijke, onaangename gevoelens, die vaak al heel lang aanwezig zijn en aan de verslaving voorafgingen.

Bijna drie jaar later, vanaf eind 2006, ging ik voor een aantal jaren hoofdzakelijk met mensen met schizofrenie werken: op opnameafdelingen, maar ook in een zogenoemd FACT-team, dat in multidisciplinair verband zorg verleent aan mensen die aan een ernstige psychiatrische stoornis lijden, maar die niet zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. En opnieuw viel mij op hoe vaak verslaving een onderdeel was van de vaak complexe problemen van mensen met schizofrenie. Al heel lang is bekend dat heroïne als een soort antipsychoticum kan werken. Maar de meeste mensen waar ik mee van doen kreeg gebruikten wiet of hasj, middelen die volstrekt ten onrechte als onschuldige softdrugs worden getypeerd. Veel mensen met psychosen gebruiken overigens meerdere verslavende middelen tegelijkertijd, vaak cocaïne, speed en alcohol.

De behandeling van mensen met schizofrenie wordt in de praktijk steeds gecompliceerder omdat naast psychosen ook verslaving een rol speelt. In de GGZ tracht men hierop in te spelen door het opstarten van zogenoemde DD-klinieken (Dubbele Diagnose). Veel mensen willen echter niet opgenomen worden, en als er geen basis is voor een gedwongen behandeling gebeurt er in de praktijk ook weinig. Pas als de stoornis(en) gevaar met zich meebrengen ontstaat er de mogelijkheid om door middel van een juridische procedure in te grijpen, en dit is slechts bij een kleine groep het geval. Dat betekent overigens niet dat de mensen die geen acuut gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen, zich niet langzaam te gronde richten: de lichamelijke en psychische consequenties van langdurige verslavingen zijn vaak zeer ernstig en de levensverwachting van verslaafde mensen is dan ook beduidend lager.

In de verslavingszorg, een min of meer op zichzelf staande tak van hulpverlening, neigt men de verslaving voorop te stellen en alle eventuele overige problemen als complicatie van de verslaving te beschouwen. Niet zelden is de redenering dat een depressieve alcoholist moet ophouden met drinken, en dan zal de depressie vanzelf wel verdwijnen. Het is trouwens een twistpunt of dit een aanname is of een keihard gegeven. Hoe dan ook: in de verslavingszorg redeneert men dat de hulp aan iemand die middelen misbruikt of eraan verslaafd is, begint met het aanpakken dáárvan. De reden van het gebruik komt pas in tweede instantie aan de orde.

Met deze benadering worden vaak goede resultaten geboekt, en er is ook weinig op tegen om daar te beginnen: een therapie volgen terwijl je onder invloed bent is namelijk zinloos.

Moe van de beperkte mogelijkheden van de gesloten psychiatrische afdeling waar ik werkte, en de in mijn ogen veel te sterke focus op de medicamenteuze behandeling van psychische klachten, besloot ik in de zomer van 2009 over te stappen naar een therapeutische kliniek voor verslavingsproblemen. Het contrast had nauwelijks groter kunnen zijn, en soms had ik gedurende mijn eerste maanden in de verslavingszorg het gevoel dat ik een heel ander beroep was gaan uitoefenen.

De waarheid ligt in het midden: de gesloten psychiatrische afdeling en de therapeutische kliniek zijn de uiteinden van een spectrum van behandelmethoden tegen verslaving. En niet zelden is het een kwestie van smaak (luimigheid, onwetendheid?) die bepaalt in welke vorm van hulpverlening men terecht komt.

In de verslavingszorg is me wel duidelijk geworden hoe groot de problemen zijn geworden waar onze

samenleving in dit verband mee van doen heeft. Naar verluidt zag men nog niet zo heel lang geleden in de verslavingszorg vooral mensen met een alcoholverslaving en verder niet veel meer. De afgelopen jaren heb ik ervaren dat zulke ‘eenvoudige’ gevallen tegenwoordig nog slechts uitzonderingen zijn. Het aantal mensen dat met een verslaving kampt wordt steeds groter, maar ook is men steeds vaker aan meerdere middelen tegelijk verslaafd. Het aantal verschillende drugs neemt ook alsmaar toe, met steeds nieuwe uitdagingen voor hulpverleners als gevolg. De steeds populairdere partydrug GHB is bijvoorbeeld eenvoudig en relatief goedkoop te produceren, maar desalniettemin extreem verslavend en zeer moeilijk om van af te kicken. Ook is de verslaving steeds minder een op zichzelf staand probleem. Om maar eens een paar voorbeelden te noemen: mensen die cocaïne snuiven hebben vaak ook AD(H)D, manisch-depressieven zijn niet zelden alcoholist, autisten ontwikkelen een voorkeur voor alcohol en amfetamine, en mensen met een angststoornis kunnen niet meer zonder kalmeringsmiddelen.

Over dit boek

In de tijd dat ik geneeskunde studeerde hadden we een modulesysteem: 'Nieren en uitscheiding', 'Spijvertering', 'Hart- en vaatziekten', enzovoort. Maar daar zat geen module over verslaving tussen. Natuurlijk kregen we wel te horen hoe je een levercirrose kunt krijgen door excessief alcoholgebruik. En wat de ziekte van Korsakov inhoudt. Dat voeding veel invloed heeft op de eventuele schade ten gevolge van overmatig alcoholgebruik, dat cocaïnegebruik ernstige hartproblemen kan veroorzaken. Enzovoort.

Maar nooit werd er een globaal beeld gegeven over de overeenkomsten tussen de verslavingen aan uiteenlopende middelen. Over het risico dat je de ene verslaving inruilt voor een andere (cross-addiction). Over de traumatische ervaringen die veel verslaafden in het verleden hebben doorgemaakt, en hoe je daarmee omgaat. Over de overeenkomsten en verschillen met dwangmatig gedrag, over de effecten van alcohol en allerlei medicijnen op de stemming. En zo kan ik nog wel even doorgaan. Nergens kreeg ik een beeld gepresenteerd van de complexe man of vrouw, die te veel drinkt, snuift of rookt, en daarbij een heel ingewikkeld verleden heeft. Mijn behoefte om meer te lezen over die complexiteit groeide, en tegelijkertijd ook het besef dat het denken in hokjes tot onterechte versimpeling

leidt. En daarom besloten Meindert Inderwisch, vriend, collega en ervaringsdeskundige, en ik om dan zelf maar in de pen te klimmen.

De bedoeling van dit boek is om informatie te verschaffen, dat zeker. Maar ook: laten zien hoe ingewikkeld verslaving is, en hoeveel ermee samenhangt. Aan mensen die er zelf aan lijden of zij die er als partner, vriend of familielid bij betrokken raken, willen we laten zien dat ze niet de enige zijn. We hebben ervoor gekozen dat te doen door middel van een aantal portretten, om daarmee de ruimte voor interpretatie en identificatie zo veel mogelijk bij de lezer zelf te laten. Getallen gebruiken we zo min mogelijk: die kan iedereen eenvoudig op internet vinden, en zelfs dan zijn die meestal nog voor discussie vatbaar. Het innemen van een standpunt schuwen we hierbij niet. Niet omdat wij precies weten hoe het zit, maar vooral omdat het poneren van een opinie helpt bij het ontwikkelen van een betere visie op een probleem dat de komende decennia alleen maar groter zal worden.

Wat is de overeenkomst tussen hebzucht, vetzucht en sensatiezucht? Inderdaad: zucht. En ondanks de grote verschillen tussen de drie genoemde vormen van zucht (die we hebben ontleend aan een programma van de cabaretier Theo Maassen), is die overeenkomst te belangrijk om te negeren. De toename van zucht, die overal waarneembaar is, is een teken des tijds. Zucht leidt tot mateloosheid, en zonder dat we het ons nog realiseren is er steeds meer problematische zucht in onze samenleving. Daar de ogen voor sluiten is niet alleen onverstandig, maar ook gevaarlijk. Wij willen daar niet aan meedoen, vandaar dit boek. We hebben het geschreven als twee mensen met professionele én persoonlijke ervaring, en hebben ons uiterste best gedaan om een reëel beeld van de problemen

rond verslaving te schetsen, maar hebben – net als iedere andere deskundige – ook niet de absolute wijsheid in pacht.

Bram Bakker – psychiater

Verslaving is een ziekte

Verslaving is een zeer gangbare term in onze samenleving. Iedereen heeft er wel een beeld bij. Het probleem is echter dat de opvattingen over wie verslaafden zijn nogal sterk uiteenlopen. Gaat het hierbij vooral om dakloze zwervers die intraveneus drugs gebruiken of is de jonge vrouw die met tien boodschappentassen aan haar armen door de P.C. Hoofdstraat paradeert wellicht ook verslaafd?

In dit hoofdstuk zullen we uiteenzetten wat naar ons idee moet worden verstaan onder verslaving. We zullen iets vertellen over het voorkomen van uiteenlopende verslavingen, de meest gebruikte definities van verslaving en de plek van verslaving te midden van andere psychiatrische ziektebeelden. We gaan er in dit boek steeds van uit dat verslaving een ziekte is, net zoals een depressie of een psychose: een ziekte die gepaard gaat met een verstoord functioneren van de hersenen.

In een tijd waarin vrijwel iedereen die kan lezen ook internet heeft, is het weinig zinvol om met lange reeksen cijfers te komen over de prevalentie (het vóórkomen)