

Epidemiologie

Bron: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) alcohol april 2010

Het merendeel (81%) van de Nederlanders drinkt alcohol. *Problematisch alcoholgebruik* komt voor bij 10% van de Nederlanders boven de 12 jaar, dus bij ruim 1 miljoen mensen. *Alcoholmisbruik* komt voor bij ongeveer 450.000 van de volwassen Nederlanders ; *alcoholafhankelijkheid* bij 350.000. Beide komen bij mannen vaker voor dan bij vrouwen. Dit betekent dat er in een gemiddelde huisartsenpraktijk (2350 patiënten) ruim 200 probleemdrinkers zijn, niet alleen volwassenen, maar ook jongeren. Bij ruim 90 van hen is sprake van alcoholmisbruik en bij 70 van alcoholafhankelijkheid. Op de leeftijd van 16 jaar komt bij meer dan de helft van de jongens en meisjes bingedrinken voor. Er worden per jaar bijna 500 kinderen van 16 jaar of jonger opgenomen vanwege alcoholintoxicatie.

Definities (bron: LESA - Alcohol april 2010)

Problematisch alcoholgebruik is een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen, dan wel verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is daarbij van ondergeschikt belang.

Alcoholmisbruik kan worden omschreven als de toestand van onaangepast drinken, zonder dat er voldoende criteria voor verslaving zijn, met significant lijden of verminderd functioneren tot gevolg. Kenmerkend zijn de inter-persoonlijke en sociale problemen samenhangend met het gebruik van alcohol.

De diagnosen Misbruik en Afhankelijkheid van alcohol worden in de DSM-IV omschreven. Hierbij moet aan het vereiste aantal criteria zijn voldaan; zie tabel 1.

Eén of meer van onderstaande vier criteria:

1. Falen om belangrijke taken die bij de eigen rol horen uit te voeren
2. Herhaald gebruik in gevaarlijke situaties
3. Herhaalde problemen met justitie in verband met alcoholgebruik
4. Doorgaand gebruik ondanks sociale of persoonlijke schade

Alcoholafhankelijkheid gaat het om een combinatie van lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie, onthoudingsverschijnselen), psychische afhankelijkheid (hunkering, craving), controleverlies (gebruik vaker of meer dan voorgenomen en niet kunnen stoppen met gebruik) en lichamelijke of sociale gevolgen van het gebruik. *DSM IV*

Drie of meer van onderstaande criteria:

1. Tolerantie
2. Onthoudingsverschijnselen
 - a. onthoudingssyndroom, of
 - b. drinken om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
3. Meer/langer drinken dan bedoeld
4. Herhaalde problemen met justitie in verband met alcoholgebruik
5. Langdurige wens/niet succesvolle pogingen om te minderen/stoppen
6. Doorgaand gebruik ondanks sociale of persoonlijke schade
7. Veel tijd besteden aan verkrijgen, gebruik en herstel
8. Belangrijke activiteiten worden opgegeven of verminderd
9. Doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade

Bingedrinken is het drinken van grote hoeveelheden (vijf glazen of meer) alcoholhoudende drank bij één gelegenheid in korte tijd, op één of meerdere dagen van de week, afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik. Dit kan leiden tot ernstige alcoholintoxicatie en een levensbedreigend coma.

Verslaving: Een chronische hersenaandoening, met neiging tot recidive, die ontstaat door genotypische en fenotypische factoren.

Met name het vermogen te leren en de mogelijkheid tot motivatie, verdwijnen.

Verslavende stoffen 'kopen' de motivatie van de gebruiker.

Er is geen geleidelijke overgang van misbruik naar afhankelijkheid, maar ergens in het proces treedt een onomkeerbare verandering op.

"Incentive sensitisation": (Robinson en Berridge, '93):

Verslavende stoffen zijn in staat om de organisatie van de hersenen te veranderen.

Verslaving ontstaat wanneer, door aangeboren gevoeligheid en omstandigheden in combinatie met een verslavende stof, hersensystemen overgevoelig (sensitized) worden.

Het gaat daarbij niet om "liking" maar om "wanting".

Biopsychosociaal model

Novadic-Kentron ziet verslaving als een complex voortschrijdend patroon dat biologische, psychologische, gedragsmatige en sociale componenten kent. De huidige verslavingszorg is herkenbaar aan een integrale benadering.

Circumplex emotiemodel van prof. R.Verheul (Aiar)

Hoge arousal (kwaadheid, angst) -	Stimulatie (energiek, eufoor) +
Lage arousal (gedepimeerd)	stressreductie (verveeld)

Het driepadmodel van craving van Verheul:

1. reward seeking – reward craving

Mensen met minder dopaminereceptoren of dopaminedisregulatie zouden lijden aan een 'reward deficiency syndrome': Er is dan sprake van sensorische deprivatie van pleziermechanismen in de hersenen door erfelijke -, stress- of druggebruikfactoren. Zij vertonen een sterke craving voor stoffen die de dopaminespiegel verhogen. Deze dopaminespiegel is niet rechtstreeks verantwoordelijk voor een intens of goed gevoel maar wel voor koppelingen met ervaringen en waarnemingen (verwachte beloningen, richten van de aandacht, selecteren van waarnemingen....)

2. stress reactivity – relief craving

stress-reductiepad: neuro-hyper excitabel – relief cravers zelfmedicatie: Alcohol versterkt het Gaba: 'Spanningsreductie' hypothese Onderzoek onder ratten: alcohol leidde tot afname van vermijdingsgedrag: door de stressdempende werking op het centraal zenuwstelsel. Bij geringe dosis wordt het tegengestelde effect bereikt, wegens stimulering van het zenuwstelsel. Alcohol kan ook Verontrustende lichamelijke gewaarwordingen tegengaan die angst veroorzaken. Het spanningsreducerende effect hangt dus af van de hoeveelheid alcohol die gedronken wordt en er zijn grote individuele verschillen. Indien alcohol voor iemand stressdempende eigenschappen heeft, is dat een risicofactor voor de ontwikkeling van alcoholisme.

3. emotional disinhibitions – obsessive craving

serotonine staat voor impulsiviteit en obsessieve kenmerken Obsessieve zucht, het resultaat van de derde route , kan gedefinieerd worden als een gemis aan controle over opdringerige gedachten over drinken, met als gevolg een verminderd functioneren. Dit type van zucht zou kunnen resulteren uit ofwel een tekort aan serotonine of een persoonlijkheidsstijl gekarakteriseerd door een lage begrenzing of ontremming of een combinatie van beide.

Alcohol & Alcoholism Vol. 34, No.2, pp. 197-222, 1999
A Three-Pathway psychobiological Model of Craving for Alcohol
Roel Verheul, Wim van den Brink, Peter Geerlings
AIAR 1998

Brickman matrix

De visie van de patiënt op zijn eigen verslaving zou een belangrijke matchingvariabele kunnen zijn.

Het model van Brickman et al. (1982) gaat uit van 2 dimensies: is iemand al dan niet verantwoordelijk voor het ontstaan van een probleem en voor de oplossing ervan, voor ontstaan en verandering van de verslavingsproblematiek? Op basis van die twee dimensies kan je 4 verslavingsmodellen hanteren:

- het morele model: mensen zijn verantwoordelijk voor ontstaan en verandering, gebrek aan "will-power"
- het verlichtingsmodel: mensen zijn verantwoordelijk voor het ontstaan maar niet voor de verandering; dit kan alleen door zich te onderwerpen aan een hogere macht: T.G.'s, AA
- het compensatorisch model: ontstaan door samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren, mensen kunnen wel verantwoordelijkheid opnemen voor gedragsverandering
- het ziektemodel: alleen te verhelpen door biomedische interventies

Client Verantwoordelijk Voor ontstaan probleem?	Verantwoordelijk voor	Verandering?
	Ja	Nee
ja	Moreel model	Verlichtingsmodel
nee	Compensatorisch model	Ziektemodel

De matchinghypothese die Marlatt formuleert op basis van het model van Brickman is dat afstemming van het verslavingsmodel dat de cliënt hanteert op het model van de behandelvorm, het beste resultaat oplevert .

'Indicatiestelling en verwijzing in de verslavingszorg± van intuïtie naar model'

Dr. Truus Kersten

Praktijkvertaling

- Ik houd rekening met de eigen opvatting van de patiënt over ontstaan en veranderbaarheid van de afhankelijkheid
- Ik houd alleen rekening met mijn eigen opvattingen in deze