

---

# WAT DOEN WE MET ALCOHOLISTEN?

**Els Noorlander** is verslavingsarts bij de Boumanstichting - Rotterdam/Poortugal

## **Inleiding**

We werken met hulpweigerende hulpvragers. Schizofrenie patiënten die zichzelf opsluiten en mogelijk brandgevaarlijk worden. Drugsgebruikers die overlast veroorzaken. En in dat werk komen we een andere categorie tegen: chronische alcoholisten. Alcoholisten zijn al vele eeuwen onder ons. We weten dat het merendeel van hen nooit enige vorm van hulp zoekt. We weten dat velen van hen een akelige dood sterven: bloedend uit de slokdarm op een EHBO, dood aangetroffen in een verwaarloosd huis, levenslang verdwijnend in een verpleeghuis met hersenbeschadigingen. Maar chronisch verwaarloosde alcoholisten hebben voor de samenleving een groot voordeel: ze veroorzaken maar weinig zichtbare overlast vergeleken met psychotische mensen of drugsgebruikers. Ze verkommeren gewoon, met heel veel verdriet en frustratie bij hun directe omgeving. Soms grijpt justitie in vanwege agressief gedrag of een brandstichting, maar vaak verdwijnt de alcoholist bijna onopgemerkt in het niets. Nu wij in het hulpverleningsveld steeds meer 'out-reaching' gaan werken komen we ook de alcoholist weer vaker tegen. Soms in de ouderwetse vorm: langzaam verwaarlozend en verkommerend. Maar ook in nieuwe vormen: de oudere drugsgebruiker die op alcohol is overgegaan; de chronische psychiatrische patiënt die zijn heil in de kroeg heeft gezocht. Reden genoeg om nog eens opnieuw naar alcohol te kijken.

## **Alcoholproblemen**

Volgens gegevens van het Trimbos Instituut is er bij ongeveer 820.000 mensen in Nederland sprake van problematisch alcoholgebruik, dat wil zeggen misbruik of verslaving. Alcohol is verantwoordelijk voor ongeveer 2500 sterfgevallen per jaar. Niet meer dan 5 % van deze personen is in contact met de verslavingshulpverlening. Vergelijkend: ongeveer 70 % van de problematische drugsgebruikers heeft contact met een of andere vorm van hulpverlening. Alcoholisten hebben echter problemen genoeg; waarom zoeken ze dan geen hulp? Sommigen lossen hun eigen probleem op, minderen op tijd of stoppen. Maar velen gaan door tot het einde. Om dat te begrijpen moet men proberen zich te verdiepen in de belevingswereld van een alcoholist. Hoe ziet die eruit? Een poel van ellende, met een enkel lichtpunt. Het lichtpunt bestaat uit de alcoholroes: altijd hetzelfde, altijd betrouwbaar. De rest van de wereld is al lang leeg en kaal geworden. Familie, vrienden, werk, alles is er misschien nog wel, maar het heeft geen echte betekenis meer. Het kan zijn dat het kaartenhuis van werk en thuis nog overeind staat, dat het er voor de buitenwereld zelfs nog aardig uitziet, maar het heeft maar een klein duwtje nodig om helemaal in elkaar te storten. Wij hulpverleners zien een dergelijke patiënt meestal pas als het duwtje geweest is, als de klap gevallen is en de patiënt is achtergelaten op de vuilnishoop van zijn leven. Soms al jarenlang. Waarom zoeken ze dan toch geen hulp? Sommigen zijn intelligent, en weten best waar hulp te krijgen zou zijn, maar ze doen het niet. Eigenlijk is het heel logisch: ga naar een hulpverlener met het verhaal dat je alcoholgebruik je in grote problemen heeft gebracht. Wat gaat zo'n hulpverlener zeggen? Natuurlijk: "U moet stoppen met drinken". De meeste alcoholisten weten dat natuurlijk van te voren, het is waarschijnlijk al honderd keer tegen de gezegd. En dat is precies de enige boodschap die een alcoholist niet wil horen. Immers, alleen met alcohol voelt hij zich nog een beetje prettig, de rest is een groot, zwart gat.

Zolang zijn bestaan nog voortdobbelt doet hij zelf helemaal niets met het alcoholgebruik. De omgeving echter doet van alles, want die heeft veel eerder door dat daar een probleem zit. Men eist actie van de alcoholist, actie om te veranderen. Als er genoeg problemen zijn ontstaan kan de alcoholist daar niet meer onderuit. Je kunt niet roepen dat er geen probleem is na je tweede alcoholverkeerscursus, na een delirium tremens, na een laatste waarschuwing van je werkgever, na het ontstaan van schulden, na een agressieve actie gericht op je vrouw of kinderen. Dus ga je je aanmelden voor hulp. Maar vergis je niet: de actie is niet gericht op stoppen met alcohol, de actie is gericht op het sussen van de omgeving, en liefst de problemen wat verminderen, maar met behoud van het alcoholgebruik! Niet verwonderlijk dat zulke hulpverlening mislukt, dat hulpverleners alcoholisten zien als hopeloos of niet gemotiveerd. En dat de omgeving van de patiënt steeds weer gefrustreerd raakt; en steeds kwader wordt op de hulpverlening: "jullie doen niets!" Geen wonder, de hulpverlening volgt de patiënt, en in de beleving van de alcoholist moet er ook vooral niets gedaan worden. Iets doen wil immers zeggen, iets aan je alcoholgebruik doen, en juist dat is niet acceptabel.

Soms probeert de patiënt het wel, een paar dagen niet drinken, een paar weken misschien wel. Maar nuchter voel je je belabberd, niemand om je heen staat te juichen, alcohol roept vanuit elke straathoek of keukenkastje naar je, en je gaat voor de bijl, steeds weer. De omgeving gaat afhaken; je vrouw gaat scheiden, je komt in de WAO, je raakt je huis kwijt en je wordt er steeds meer van overtuigd dat alcohol je laatste redmiddel is, dat niemand je echt kan helpen en dat het dus geen enkele zin heeft om hulp te vragen. Tot je stikt in je eigen bloed, of dood uit het water wordt gevist op de terugweg van de kroeg, of dood blijft op een operatietafel.

Veel patiënten hebben zich gedurende het hele proces aan professionele hulpverlening onttrokken. Maar ook veel hulpverleners hebben deze scenario's voor hun ogen zien afspelen. Maar het tij viel niet te keren, de patiënt wilde niets, de BOPZ gaf geen ruimte, er was immers geen sprake van een psychiatrisch ziektebeeld. En de patiënt ging dood.

Duizenden patiënten met een alcoholverslaving zijn op deze manier doodgegaan. Nu echter, worden ze opnieuw opgemerkt. De hulpverleners die 'outreaching' bezig zijn lopen ook tegen deze mensen aan in de wijken en op straat. En wat moet je daar nu mee? Sommigen zijn echt alleen maar chronische alcoholisten. Maar sommigen zijn ook drugsverslaafden die gedeeltelijk op alcohol zijn overgegaan, of psychiatrische patiënten met depressies of schizofrenie, die langzamerhand zijn gaan drinken.

Wat moet je daar nu mee als hulpverlener?

### **Hulpverlening**

*Ten eerste: je kunt niet 'niets' doen.*

Je kunt niet negeren wat je ziet gebeuren. Dus je gaat proberen deze mensen in hulpverlening te krijgen. Dan loop je tegen een muur aan bij de patiënt zelf: hij wil niet, het heeft toch allemaal geen zin, hij heeft het al zo vaak geprobeerd, hij wil een rustig levenseinde, maar dan met alcohol. Algemene boodschap: KOM NIET TUSSEN MIJ EN ALCOHOL!

De eerste taak voor de hulpverlener is om er niet in te trappen, in dat verhaal van 'het is toch allemaal hopeloos'. Verleidelijk, want het wordt dramatisch gebracht. De patiënt zal van alles uit de kast trekken: "sinds mijn ouders dood zijn heeft het leven geen waarde", "mijn vrouw was me alles, en nu zij dood is wil ik alleen naar haar toe"; " ik heb nooit enige liefde gehad, ik leef alleen met

ellende, waarom zou ik zo doorleven?,"ik ben al over de 50, ik kan niet helemaal opnieuw beginnen", "mijn lever is toch al kapot, dus wat heeft het voor zin", " mijn kinderen zijn mijn alles, als ik hen toch niet meer kan zien...."

Het vereist een nuchtere invalshoek om te bedenken dat rouwprocessen gewoon doorgewerkt kunnen worden, en dat de toekomst niet per definitie een vervolg van het verleden is. Plus, het vereist deskundigheid. De deskundige hulpverlener weet immers dat alcohol een zeer depressief makende stof is, en dat onder invloed van chronisch alcoholgebruik, het vrijwel onmogelijk is om enige fiducia in de toekomst te hebben. Verder weet de deskundige hulpverlener dat de dreiging dat alcohol afgepakt kan gaan worden het grote schrikbeeld van de alcoholist is en dat hameren op stoppen met alcohol dus contraproductief is.

*Ten tweede: je kunt een aantal dingen wel doen*

Je kunt ervoor zorgen dat er geen irreversibele neurologische schade optreedt. Dat wil domweg zeggen: zorgen dat de alcoholist voedsel binnenkrijgt, vooral B vitamines, en bovenal vitamine B 1. Hoe je het doet doe je het; de patiënt kan het zelf betalen bij de drogist, de huisarts kan het voorschrijven, de spv kan het per injectie geven, doet er niet toe. Een nog jonge man met een Korsakovsyndroom, die al jarenlang bekend is in hulpverlening wil niemand tegenkomen: een kunstfout van de eerste orde!

Je kunt in contact blijven en gebruik maken van alles wat motiverende gesprekstechnieken in huis hebben. Dat wil zeggen: accepteren dat iemand kiest te blijven drinken en tegelijkertijd duidelijk maken dat je het niet eens bent met de doemscenario's die de patiënt vertelt. Je kunt je eigen deskundigheid inbrengen: mensen kunnen wel stoppen met drinken en een zinvol leven leiden. Het blijft erg lastig; terwijl de drugsgebruiker nog wel eens nuchter is, is de chronische alcoholist het nooit. Dus alle mooie verhalen die hij vandaag vertelt, of die jij aan hem vertelt, is hij morgen vergeten. Maar je kunt wel bereiken dat hij weet wie je bent, weet dat je iemand bent die zich zorgen over hem maakt. Soms kun je helpen bij een medisch, sociaal of financieel probleem. Dat is een investering die vruchten kan afwerpen als de nood aan de man komt.

Je kunt aankondigen dat als zaken echt levensgevaarlijk worden, je zult ingrijpen. Als er drama's gaan gebeuren: opeens wordt de patiënt doodziek, of suïcidaal, of raakt verlamd, of wordt vuurgevaarlijk. De patiënt is dan voorbereid als ingrijpen echt nodig wordt. Met een beetje geluk herkent hij de hulpverlener die zich om hem bekommert voldoende om zich ergens te laten opnemen. Dat vereist echter heel wat voorwerk. Als je in een dergelijke situatie terecht komt als hulpverlener wil je geen organisatie hebben die zegt dat als mijnheer echt gemotiveerd is hij over zes weken voor een intakegesprek terecht kan! Persoonlijk vind ik een aanmelding van een hulpverlener die een alcoholist al lang kent, en die aangeeft dat de patiënt NU eindelijk wél iets wil, voldoende als indicatie voor een razendsnelle opname. Vooral als de patiënt nooit eerder hulpverlening heeft gehad.

### **De kliniek**

Wat heeft een kliniek de patiënt nu eigenlijk te bieden? Immers: als ambulante hulpverlener wil je dat wel weten voordat je enorme energie gaat steken in een eventuele opname.

1] Detoxificatie. Stoppen met alcohol, adequate medicatie voor de onthoudingsverschijnselen, vitamines en goede voeding. Je gelooft je ogen niet als een totaal verloederde alcoholist eenmaal een paar weken clean is. Depressies zie je als sneeuw voor de zon verdwijnen, het geheugen zie je bijtrekken, lichamelijke klachten zie je vervagen. Na een paar weken is de patiënt soms onherkenbaar.

2] Informatie over het probleem. De patiënt heeft daar altijd al een eigen idee over, meestal gespeend van iedere onderbouwing. Informatie over tolerantie, craving, terugval, over lichamelijke en psychische gevolgen van alcoholgebruik vallen vaak in heel vruchtbare bodem. Met een beetje geluk gaat de patiënt iets beseffen van het probleem waar hij of zij voor staat, en dat is het begin van alle succesvolle interventies in de toekomst.

3] Ervaren hoe de wereld er clean uit ziet. Voor sommige patiënten gaat een heel nieuwe wereld open. Er zit vaak meer dan tien jaar tijd tussen het begin van het overmatige alcoholgebruik en het uiteindelijk belanden in hulpverlening. Kijken naar de mensen om je heen, nadenken over wat mensen bezielt, ervaren welke dingen prettig zijn en welke niet, dat alles moet weer opnieuw beleefd worden.

4] Lotgenotencontact. Niets is zo krachtig als herkenning. Je bent niet de enige met dit probleem, anderen hebben het ook en het is oplosbaar.

5] Medicamenteuze ondersteuning. We hebben intussen enkele medicamenten voor alcoholproblemen beschikbaar: Campral en Nalorex. Allebei onderdrukken ze de trek in alcohol. Je kunt er wel bij drinken zonder ziek te worden, maar de onweerstaanbare trek wordt minder en de neiging door te drinken als je eenmaal bent begonnen ook. In het begin van een afkick werken ze al doordat trek in alcohol een vorm van onrust veroorzaakt die door een stof als Campral wordt verminderd. Dat maakt de afkick gemakkelijker te dragen. Refusal is een ander soort stof die afbraak van alcohol blokkeert en die mensen ziek maakt als ze er bij drinken; voor sommigen geeft het besef nu echt niet te kunnen drinken net voldoende steun om van alcohol te kunnen afblijven.

6] Een geregeld bestaan en een normaal dag-nacht ritme. Dat doet wonderen voor de alom vertegenwoordigde slaapproblemen! Verder creatieve en lichamelijke activiteiten, het opbouwen van conditie, het plezier hebben in iets als sport.

7] Training in vaardigheden: bij voorbeeld sociaal gedrag of terugvalpreventie: leren risicosituaties hanteren. Maar ook: leren hoe je zonder alcohol te gedragen.

Dit zijn de dingen die vrijwel elke kliniek wel in huis heeft. Sommige hebben een nog breder aanbod: psychotherapie, non-verbale therapieën, relatietherapie, of samenwerking met een zelfhulporganisatie als de AA. Dubbel Diagnose afdelingen leveren ook behandeling van andere stoornissen als depressie, schizofrenie, ADHD of PTSS.

### **Effect van de opname**

Het effect van een opname kan spectaculair zijn. De patiënt die zich soms met hand en tand gedurende jaren tegen opname heeft verzet voelt zichzelf razendsnel opknappen en ontdekt dat er nog toekomstmogelijkheden zijn. Natuurlijk gaat het vaak niet volgens gewenste patronen. Het kan ook zijn dat de patiënt al weer snel wegloopt. Soms wel begrijpelijk. Als je geen ervaring hebt met een verslavingsafdeling is het wel even wennen. Niet alle andere patiënten vind je aardig, alcoholisten schrikken wel eens van drugsverslaafden, huisregels zijn misschien wel nuttig maar erg irritant, het deelnemen aan een dagprogramma is ook niet iets waar je nu direct op voorbereid bent. Om maar te zwijgen van lastige zaken als urinecontroles op psychotrope stoffen, doorzoeken van bagage, beperken van vrijheden. Opvallend veel alcoholisten geven aan dat ze een tijd 'rust' willen. Ze bedoelen dan veel op bed liggen, veel slapen, niet lastig gevallen worden. Op tijd opstaan, meedoen aan activiteiten en uitvoeren van corvee is dan helemaal niet wat ze willen. Dat kan tot vertrek leiden. Dan is er nog niet direct een man overboord: de patiënt is over de vloer geweest, heeft

even iets gezien van zo'n afdeling en als later de problemen verergeren weet hij beter de weg en weet ook beter wat hij kan verwachten. Een tweede of een derde opname loopt dan allicht soepeler.

Een hulpverlener hoeft dus niet ontmoedigd te raken als een eerste opname niet gelijk lukt.

Een nog lastiger fenomeen is "de abstinentie wittebroodsweken". De patiënt doet het goed tijdens de opname; drinkt niet, werkt keihard en wordt steeds adequater en gezonder. Hij ziet het leven weer helemaal zitten, zweert alcohol definitief af en verlaat opgewekt de kliniek. Hij heeft geen ondersteunende medicatie meer nodig, hij heeft geen zelfhulp nodig, hij weet waar hij mee bezig is. Nou vergeet het maar. Droog blijven is oneindig veel moeilijker dan droog worden. Alcohol, met alle positieve sociale betekenissen is alom vertegenwoordigd, de ellende uit het verleden vervaagt, het zelfvertrouwen neemt toe, en dan komt de verleiding: dat ene pilsje, dat ene glas wijn, wat kan dat nu voor kwaad? Iedere ervaren alcoholist kan het vervolg zo voorspellen. De omgeving van de alcoholist is echter niet zo ervaren: die is verbijsterd; net nu alles zo goed ging vergooit de patiënt alles weer. Ook hulpverleners kunnen hier gedemotiveerd van raken; dat is echter niet nodig, de wereld vergaet niet bij een terugval. Snel de draad weer oppakken, desnoods met een korte heropname, en daarna is de patiënt meestal minder optimistisch, maar wel veel waakzamer.

### **De BOPZ**

Volgens de BOPZ kan iemand tegen zijn zin worden opgenomen indien er sprake is van gevaar ten gevolge van een psychiatrisch ziektebeeld. Voor alcoholisten heeft dit lang niet gegolden. Alcoholisme is volgens de BOPZ geen psychiatrisch ziektebeeld. In heel dramatische situaties volgde wel eens een opname met RM of IBS, maar dit mislukte vrijwel altijd; juist omdat de alcoholist zo heel snel dramatisch opknapt, is er na verloop van een IBS meestal geen RM criterium meer aanwezig. Psychiatrische opnameafdelingen zaten ook helemaal niet op alcoholisten met een RM te wachten. Een eenmaal droogstaande alcoholist vertoont al snel geen enkel psychiatrisch ziektebeeld meer en valt dan op een psychiatrische opnameafdeling behoorlijk uit de toon. En dan is er natuurlijk voor deze patiënten ook geen behandel aanbod op dergelijke afdelingen zodat de hele opname al snel zinloos werd. Verslavingsklinieken konden iemand met een RM natuurlijk wel overnemen, maar deden het niet graag. Men voelde zich niet veilig met dit soort patiënten, verslavingsklinieken hebben nu eenmaal dikwijls niet de structuur van een gesloten behandelafdeling. Kortom, een klassiek tussen de wal en het schip probleem. Toch is dit jammer, en helemaal niet zo moeilijk oplosbaar. Een alcoholist kan met een RM in de psychiatrie worden opgenomen, vervolgens worden ontslagen onder voorwaarde van een behandeling in een verslavingskliniek, en bij mislukken van de opname daar en het ontstaan van een gevaarlijke situatie weer opgenomen worden op de gesloten psychiatrische afdeling. Dat vereist eigenlijk alleen een werkbare verhouding tussen beide soorten afdelingen.

Verder is alcoholisme geen psychiatrisch ziektebeeld in de zin van de BOPZ, maar depressie, suicidaliteit, en organische beschadigingen zijn het wel, veroorzaakt door alcohol of niet. In praktijk situaties kom je daar een heel eind mee!

Maar er is een andere voorwaarde: als je een BOPZ maatregel kunt krijgen, moet er ook een plek voor de patiënt zijn. Geen enkele RIAGG psychiater gaat de hele santenkraam van een

BOPZ maatregel van stal halen als volstrekt voorspelbaar is dat de patiënt na tien dagen weer buiten zal lopen omdat niemand hem voor langere tijd wil hebben!

## Casuïstiek

### Casus 1:

Begin 2003 belde een huisarts naar de Dubbel Diagnose afdeling De LooDDs van DeltaBouman psychiatrisch ziekenhuis te Poortugaal. Zijn patiënt, dhr. V., een man van 47 jaar, was zich aan het dooddrinken en de huisarts wilde dat niet zomaar laten gebeuren. Hij had de RIAGG ingeschakeld, doch die vond het een primair verslavingsprobleem hoewel de patiënt duidelijk een doodswens uitte. Hij had de plaatselijke verslavingszorg ingeschakeld die de situatie zeer ernstig vond. Maar omdat de patiënt absoluut geen hulp wilde, stond men daar ook met lege handen. Het telefoontje naar De LooDDs was een laatste poging het tij te keren. In overleg werd besloten te proberen toch een RM aan te vragen. Aldus geschiedde. Het liep bijna nog fout omdat de patiënt bij het insturen op de verkeerde opnameafdeling belandde. Daar vroeg men zich af wat men met een alcoholist moest. De fysieke toestand was duidelijk zo slecht, dat ontslag niet meer aan de orde was en dhr. V. acuut op de somatische afdeling van DeltaBouman werd geplaatst. Er was sprake van grote vochtophopingen in de buikholte [ascites], ernstig gezwollen ledematen en op psychiatrisch gebied niet alleen alle kenmerken van een beginnend delirium tremens: verwardheid, agitatie, hallucinaties, maar ook depressiviteit met een hardnekkige doodswens en duidelijke geheugenstoornissen.

Dhr. V kwam vijf weken later in een rolstoel De LooDDs binnen. Nog steeds lichamelijk zwak en erg depressief. Hij herhaalde stereotiep steeds hetzelfde verhaal: hij had dood gewild sinds zijn vrouw enkele jaren terug was overleden. Hij had bewust gekozen dat te doen, door zich dood te drinken. Aanwezige kennissen waren erg ambivalent over de opname, eigenlijk vonden zij dat de huisarts zich er niet mee had moeten bemoeien en de wens van de patiënt had moeten respecteren. Men vond het schandalig om deze zieke man nog de ellende van een psychiatrische opname aan te doen. Met dhr. V werd besproken dat het niet de bedoeling was hem zeer langdurig opgenomen te houden, maar dat hij de definitieve beslissing om door te gaan met drinken zou moeten nemen op een moment dat hij zowel psychisch, als lichamelijk, als sociaal in goede conditie zou zijn en niet zolang hij doodziek en depressief was.

Uiteindelijk is hij ruim vijf maanden opgenomen geweest. De eerste twee maanden stonden helemaal in het teken van lichamelijk en psychisch herstel. De rolstoel werd een looprek en daarna liep hij weer zelf. Uiteindelijk fietste hij weer voor het eerst in 15 jaar. Het duurde weken voordat hij iets begon op te pikken van programmaonderdelen, maar toen werd hij alert en geïnteresseerd. Uiteindelijk begon hij zich stevig met de gang van zaken in huis te bemoeien. De depressie klaarde op zonder medicamenteuze interventie. Contact met familieleden, een dochter en zijn bejaarde vader, herstelde zich voorzichtig. Na drie maanden schafte hij zichzelf een ander kapsel en nieuwe kleding aan. Uit neuropsychologisch onderzoek bleek dat er geen M. Korsakov was opgetreden, maar dat er wel wat stoornissen waren in het vermogen complexe zaken te overzien en gericht plannen te maken. Hij vertrok uiteindelijk met dubbele nazorg: deels bij de huisarts, deels bij de poli van De LooDDs, en met vrijwilligerswerk waar hij veel zin in had. Tot nu toe, midden 2004, gaat het uitstekend met hem, er is geen terugval in alcoholgebruik opgetreden. Hij begrijpt nu zelf niet meer dat hij dood heeft gewild.

### Casus 2

Mevrouw Z, 42 jaar oud, moeder van twee kinderen, werd met een IBS opgenomen op een opnameafdeling wegens heftige suicidaliteit. Ze had besloten zich dood te drinken, maar dat lukte steeds maar niet. Haar dochters, 17 en 19 jaar oud, hadden haar eigenlijk al opgegeven. Dit keer was het de RIAGG medewerker die ingreep. Drie dagen later was ze helder, realistisch en wilde niet meer dood. De IBS werd niet bekrachtigd en patiënte ging met ontslag. Ze was binnen 14 dagen terug; zelfde verhaal, alleen kwam ze dit keer formeel vrijwillig.

Ze was weer na drie dagen weg. De derde keer kwam ze weer met een IBS en dit keer werd contact opgenomen met het verslavingscluster van het ziekenhuis. Besloten werd een RM aan te vragen en patiënte naar de Dubbel Diagnose afdeling over te plaatsen. Ze was het hier absoluut niet mee eens. Ze erkende dood te willen, ze was woedend dat men haar haar gang niet liet gaan. Ze was ervan overtuigd dat haar dochters beter af waren zonder haar, ging ervan uit dat hun vader in dat geval wel gedwongen zou zijn eindelijk een keer zijn verantwoordelijkheden te nemen en kondigde aan per eerste gelegenheid er vandoor te zullen gaan. Ze was razend op haar huisarts. De enorme agressie in haar was opvallend. Er is rustig en realistisch mee omgegaan. Ze had een RM, ze kon dus gewoon niet weg en haar werd duidelijk gemaakt dat ze zou worden teruggehaald als ze wegliep.

In haar geval hebben de medepatiënten haar er doorheen gesleept. Ze draaide mee met het programma, mokkend en scheldend. Ze had ooit ergens de diagnose Borderline gekregen en dat verklaarde volgens haar waarom ze niet kon meedraaien en waarom haar geval hopeloos was. Ze was echter wel gedwongen ook te luisteren naar wat anderen vertelden, en het drong steeds meer tot haar door dat ze niet eens veel te klagen had: haar dochters hielden nog van haar, ze had nog een huis, geen schulden en geen justitieproblemen. Anderen zaten veel dieper in de problemen en probeerden er toch uit te komen. Langzaam ging ze overstag. Ze is uiteindelijk met de RM met voorwaardelijk ontslag gegaan, met Campral, met Refusal, met thuiszorg en met deelname aan een zelfhulpgroep.

### Casus 3

Merel is 43 en al meer dan 20 jaar drugsverslaafd. Ze is dakloos, zwerft en prostitueert. Ze heeft de diagnose schizofrenie, is zo nu en dan psychotisch en krijgt via een Intensieve Zorg team depot medicatie. In de loop van de jaren is haar drugsgebruik afgenomen, maar haar alcoholgebruik loopt toenemend uit de hand. Ze heeft hepatitis C, dus dat maakt alcohol voor haar dubbel gevaarlijk. Ze werd jaren geleden voor het eerst met een IBS opgenomen en direct doorgeplaatst naar de Dubbel Diagnose afdeling. Daar was er de eerste tijd met haar geen land te bezeilen, ze was psychotisch, maar vooral doodsbang dat we haar tegen haar zin langdurig zouden opnemen. Wij hoopten intussen vurig dat dat niet nodig zou zijn. Gelukkig knapte ook zij snel op toen ze eenmaal niet dronk en er konden plannen met haar en met het Intensieve Zorg team worden gemaakt. Sindsdien komt ze om de zoveel tijd een paar weken voor een vrijwillige opname. Het Intensieve Zorg team zorgt intussen dat ze haar vitamines binnen krijgt. Ze komt graag naar de DD afdeling, beschouwt het als een soort vakantie nu ze eenmaal weet dat we niets tegen haar zin doen. Drugs gebruikt ze helemaal niet meer, maar ze drinkt veel te veel. Tijdens de opnames draait ze opgewekt mee, wordt tijdelijk drooggezet, wordt bijgevoed en schoongemaakt en haar medicatie wordt opnieuw bekeken. Na een paar weken gaat ze dan weer de straat op. Meer kunnen we op dit moment niet voor haar doen. Mocht ze ooit van haar alcoholgebruik af willen, dan weet ze waar ze terecht kan en ze weet wat ze kan verwachten. Intussen is ze met deze time-out constructies erg tevreden, haar kwaliteit van leven is er in haar eigen beleving flink op vooruit gegaan.

### Besluit

In alle aandacht die er momenteel is voor de overlastgevende drugsgebruiker mag de alcoholist in een verloederingspiraal niet worden vergeten. Behandeling van ernstige alcoholproblemen is frustrerend omdat het een zaak van lange adem is, helaas vaak een meerjarenplan. Maar alcoholbehandeling is zeker niet hopeloos, en ook voor de doordrinkende alcoholist valt er gezondheidswinst te behalen.