

# GHB afhankelijkheid: ziektepercepties en behandelingsbehoeftes

*Harmen Beurmanjer  
Eva M. Asperslag  
Cor A.G. Verbrugge  
Arnt F.A. Schellekens  
Lisette E.A.P. Oliemeulen  
Cor A.J. de Jong  
Boukje A.G. Dijkstra*

**NISPA**  
Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction

**NISPA Nijmegen Institute for  
Scientist-Practitioners in Addiction,  
Nijmegen**

Oktober 2016



# GHB afhankelijkheid: ziektepercepties en behandelingsbehoeftes

© 2016 NISPA  
Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

ISBN/EAN: 978-90-819800-9-8

Drukker: Gildeprint, Enschede

Alle rechten voorbehouden, niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, of enige andere wijze, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Naar dit rapport kan als volgt worden verwezen:

*Beurmanjer H, Asperslag EM, Verbrugge CAG, Oliemeulen LEAP, Schellekens AFA, De Jong CAJ, Dijkstra BAG (2016). GHB-afhankelijkheid: ziektepercepties en behandelbehoefte. NISPA, Nijmegen*

### **Projectaanvragers**

Harmen Beurmanjer MSc.\* \*\*  
Dr. Boukje A.G. Dijkstra\*  
Dr. Arnt F.A. Schellekens\* \*\*\*  
Dr. Lisette E.A.P. Oliemeulen\*  
Prof. dr. Cor A.J. de Jong \*

### **Projectuitvoering**

Harmen Beurmanjer MSc.\* \*\*  
Eva Asperslag MSc.\*\*\*\*  
Cor A.G. Verbrugge\* \*\*

### **Panel Ervaringsdeskundigen**

Dr. Wim Wannet  
Angela Aarts  
Maryvonne Hut

### **Financiering**

ZonMw / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### **Studieduur**

Startdatum: september 2015  
Dataverzameling: oktober 2015 tot mei 2016  
Datascanning: januari 2016 tot augustus 2016  
Eindrapportage: oktober 2016

\* NISPA, Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction  
Radboud Universiteit Nijmegen / ACSW

\*\* Novadic-Kentron, Netwerk voor verslavingszorg  
Postbus 243, 5260 AE Vught

\*\*\* Radboud Universitair Medisch Centrum, Donders instituut voor brein,  
cognitie en gedrag, afdeling Psychiatrie

\*\*\*\* Jellinek, onderdeel van Arkin  
Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam

### **Correspondentie:**

Harmen Beurmanjer MSc.: [harmen.beurmanjer@novadic-kentron.nl](mailto:harmen.beurmanjer@novadic-kentron.nl)



## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van de kwalitatieve studie naar ziekteperceptie en behandelbehoeften van patiënten met een GHB-afhankelijkheid. Deze studie is gestart in aanvulling op het GHB 2.0 monitor project naar aanleiding van de hoge terugval bij patiënten die afhankelijk zijn van GHB. De hoofdvraag was simpel: ‘Waarom vallen patiënten zo snel en vaak heftig terug in gebruik van GHB?’

In eerder onderzoek kwam naar voren dat deze patiënten ondanks zeer heftige onthoudingssymptomen en problemen op vrijwel alle levensgebieden, vooral de positieve kanten van GHB bleven zien. Sommige hulpverleners gaven naar aanleiding hiervan aan dat deze groep patiënten vaak weinig ziektebesef en ziekte-inzicht toonde. Deze twee thema’s vormden de basis van het in dit rapport beschreven onderzoek.

Het doel hierbij is inzicht verwerven in hoe patiënten hun afhankelijkheid beschouwen, wat zij als problemen ervaren en hoe ze graag hierbij geholpen zouden worden. Door meer inzicht te verwerven in de belevingswereld van patiënten kan een behandeling beter afgestemd worden, hetgeen weer kan bijdragen aan het succesvolle ervan.

De opzet van deze studie sluit verder aan bij een snel toenemende trend binnen de zorg, namelijk de inzet van ervaringsdeskundigen. Dit zijn vaak (ex-) patiënten die na hun behandeling een opleiding hebben gevolgd en zijn aangesloten bij behandelteams. Ook aan deze studie is een panel van ervaringsdeskundigen verbonden. Zij vervulden in het opzetten en de rapportage een belangrijke rol. In de fase van rapporteren gaven ze waardevolle adviezen over duiding van de resultaten en de formulering van de hier uit voortkomende adviezen.

Binnen dit project is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. De beschreven resultaten en adviezen worden, met deze opmerking, verspreid onder verslavingszorgprofessionals en bieden tevens nieuwe hypothesen voor verder toegepast onderzoek.

De auteurs bedanken iedereen voor hun bijdrage aan deze studie, in het bijzonder de patiënten en ervaringsdeskundigen. Wij hopen dat de resultaten zullen leiden tot meer passende zorg aan patiënten met GHB-afhankelijkheid.

Projectleider  
Dr. Boukje A.G. Dijkstra

Projectcoördinator  
Harmen Beurmanjer MSc.





# Inhoud

	Blz.
Samenvatting .....	9
Inleiding .....	11
Methoden.....	13
Resultaten.....	17
Discussie.....	27
Literatuurlijst .....	33
Bijlage I: Verklarend Modellen interview	



## Samenvatting

GHB-afhankelijkheid is een complexe aandoening die voor de maatschappij en zorg veel uitdagingen met zich meebrengt. De patiënten hebben op vele levensgebieden ernstige problemen en vallen vaak snel terug in gebruik na detoxificatie. Resultaten uit eerder onderzoek suggereerden dat dit laatste samenhang met het niet zien van GHB als een probleem. Om deze suggestie nader te onderzoeken is een kwalitatieve studie gestart waarin met 20 (voormalige) patiënten met GHB-afhankelijkheid diepte interviews zijn gehouden. Hieruit kwam naar voren dat hoewel patiënten zich als verslaafd beschouwden, zij het middel GHB in veel gevallen nog steeds als zeer positief zagen. Hierbij speelde met name mee dat het leven met GHB afhankelijkheid moeilijk is, maar het leven zonder GHB was voor hen ondraagbaar. Patiënten die langer abstinente waren ervaarden dit in mindere mate, maar roemden nog steeds de positieve effecten van GHB. In de discussie worden hiervoor verschillende verklaringen aangedragen en een stageringsmodel op basis van de interviews gepresenteerd.



## Inleiding

Sinds de snelle opkomst van GHB afhankelijkheid enkele jaren geleden is in de media veel aandacht geweest voor de problemen die dit met zich meebracht. Klinisch epidemiologisch onderzoek in de verslavingszorg, zoals de GHB monitor 1.0 en 2.0, tonen aan dat patiënten met GHB afhankelijkheid zich kenmerken door een grote diversiteit aan psychosociale problemen, comorbide psychopathologie (waaronder depressie en angst) en een lage kwaliteit van leven. Van de patiënten met GHB afhankelijkheid is meer dan de helft één of meerdere malen in comateuze toestand binnengebracht op de Spoedeisende Hulp van een algemeen ziekenhuis en zij zijn niet zelden langere tijd opgenomen op een ‘intensive care’ afdeling. GHB verslaafden doorlopen daarnaast meerdere klinische detoxificaties om kort daarna weer terug te vallen in dagelijks gebruik. Gemiddeld valt 50% tot 60% binnen drie maanden na detoxificatie terug (Dijkstra e.a., 2013; Beurmanjer e.a., 2016). Ondanks intensievere behandeling melden patiënten met GHB afhankelijkheid zich sneller voor weer een nieuwe behandeling (Mol e.a., 2014). Om dit proces van snelle herhaalde opnames en behandelingen te doorbreken is er dringend behoefte aan nieuwe behandelstrategieën voor deze groeiende populatie patiënten.

Tijdens GHB monitor 1.0 zijn verpleegkundigen geïnterviewd met de vraag wat zij als belangrijkste oorzaak van de hoge terugval onder GHB verslaafden zien. Zij omschreven GHB-verslaafden als zeer kwetsbare patiënten met ‘weinig ziekte-besef en ziekte-inzicht’. Hiermee verwezen ze naar uitspraken van patiënten die, ondanks hun afhankelijkheid en de levensbedreigende crisissituaties, vooral de positieve kanten van GHB gebruik benoemden. Daarnaast dachten veel gebruikers ook dat ze controle hadden over hun gebruik, hoewel ze meermaals snel terugvielen na een korte periode van abstinentie. Daarbij leken patiënten zich hun vele psychische, somatische en psychosociale klachten niet of nauwelijks te koppelen aan hun GHB gebruik. Het middel werd beschouwd als een oplossing voor deze problemen. Hulpverleners zien dit als belangrijke oorzaak voor de hoge terugval in gebruik (Dijkstra e.a., 2013). Deze visie kwam ook in GHB monitor 2.0 weer naar voren (Beurmanjer e.a., 2016).

Tijdens de tweede monitor werd het NISPA met enige regelmaat benaderd door (ex-)patiënten die graag hun verhaal wilden doen over hoe zij de behandeling van GHB afhankelijkheid hebben ervaren en wat hen geholpen heeft abstinente te worden, dan wel abstinente te blijven. Naar aanleiding van gesprekken met drie (ex-) patiënten is besloten om door middel van interviews ziekteperceptie bij patiënten met GHB afhankelijkheid in kaart te brengen. Deze studie heeft als doel: 1) inzicht verwerven in het beloop van GHB gebruik, 2) de ziekteperceptie van GHB patiënten en 3) de zorgbehoefte in te kaart brengen. De inzichten uit dit kwalitatieve onderzoek zullen leiden tot hypothesen voor aanbevelingen ter verbetering van de huidige behandeling. Deze aanbevelingen kunnen vervolgens getoetst worden in opvolgende studies. Met deze studie trachten wij de volgende vragen te beantwoorden:

1. Wat zien patiënten met GHB afhankelijkheid als hun belangrijkste problemen en hoe zijn deze ontstaan?

2. Hoe percipiëren GHB afhankelijke patiënten hun afhankelijkheid en de gevolgen hiervan?
3. Wat moeten volgens GHB afhankelijke patiënten de belangrijkste pijlers zijn van hun behandeling en wat hebben ze nodig om niet terug te vallen in gebruik?

Deze studie is een aanvulling op de GHB 2.0 monitor en werd gefinancierd door het ministerie van VWS.

# Methodie

## 2.1 Design

Het design van deze studie is het best te typeren als een kwalitatieve, cross-sectionele studie onder (ex-)GHB afhankelijke gebruikers. Een kwalitatieve methodiek werd het best passend geacht voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Deze methodiek is bij uitstek geschikt om ervaringen in kaart te brengen en wordt vaak toegepast bij moeilijk toegankelijke onderzoeksgroepen (Wester, 1995). Daarnaast is een kwalitatieve verkenning nodig bij een doelgroep waar nog weinig over bekend is om deze goed te leren begrijpen (Weber, 1964). De keuze voor deze methodiek is tevens gemaakt omdat verwacht werd dat de (ex-)GHB-gebruikers terughoudend zouden zijn bij het geven van informatie, zodat zij een intensieve interactie met de onderzoeker nodig hebben om hun verhaal te vormen en te presenteren (Oliemeulen & Thung, 2007).

## 2.2 Projectopzet en uitvoering

Bij de samenstelling van de onderzoekers is in deze studie gekozen voor een combinatie van onderzoekers met specifieke GHB inhoudelijke expertise en onderzoekers die gespecialiseerd zijn in kwalitatieve onderzoeksmethodiek. Aansluitend hierop is een panel van ervaringsdeskundige experts geworven bij verschillende instellingen voor verslavingszorg.

### Uitvoering

In de voorbereidende fase hebben er enkele trainingssessies plaatsgevonden om de interviewers te trainen in de Verklarende Modellen methodiek. Tijdens deze sessies werden interviews, met ervaringsdeskundigen, gefilmd en uitgebreid beoordeeld met trainers en beoogde interviewers. Nadat de techniek voldoende getraind was, is begonnen met de werving van participanten.

## 2.3 Doelgroep

De studie werd uitgevoerd met (ex-)GHB afhankelijke gebruikers ( $N=20$ ) die behandeling voor hun afhankelijkheid hebben gekregen bij een instelling voor verslavingszorg. Inclusiecriteria waren: leeftijd tussen 18 en 35 jaar met een goede beheersing van de Nederlandse taal. Gebruikers met ernstige psychiatrische symptomen ten tijden van het interview (zoals manische, psychotische, suïcidale en agressieve symptomen) werden geëxcludeerd. Participanten tekenden een toestemmingverklaring voor het opnemen, uitwerken en anoniem analyseren van het interview.

## 2.4 Procedure

De werving van patiënten vond plaats via de netwerken van drie verslavingszorginstellingen: IrisZorg, Jellinek en Novadic-Kentron. Deelnemers aan de studie werden geworven nadat ze een detoxificatietraject hadden doorlopen. Wanneer de deelnemer voldeed aan de inclusiecriteria werd deze,

diens begeleider of behandelaar, benaderd door de onderzoeker voor deelname aan de studie. Wanneer de patiënt instemde werd er een afspraak gepland voor het interview op een rustige locatie, waar de deelnemer zich op zijn/haar gemak voelt. Voorafgaand aan het interview werd nogmaals uitgelegd wat de procedure en het doel is van het onderzoek. Vervolgens tekende zowel de interviewer als de deelnemer het informed consent. De deelnemer ontving een irischeque ter waarde van €20,- als onkostenvergoeding voor de geïnvesteerde tijd. Tot slot werd gevraagd of de deelnemer een kopie van het eindrapport van het onderzoek wilde ontvangen en waar dit naartoe gestuurd kan worden aan het einde van het onderzoek. Van het interview werden opnames gemaakt zodat het later uitgewerkt kon worden voor analyse. Deze opnames werden na afloop van het onderzoek gewist.

## 2.5 Interview Verklarende Modellen

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen aan de hand van de gespreksmodule Verklarende Modellen die binnen NISPA is ontwikkeld (Oliemeulen, Joosten & DeJong, 2015). Daarbij werd gebruik gemaakt van de interviewmethode van Oliemeulen en Thung (2007), aangepast aan de populatie GHB afhankelijke patiënten.

In het interview worden de Verklarende Modellen van GHB-gebruikers onderzocht. Het begrip Verklarend Model is afkomstig uit de medische antropologie en ontwikkeld door Arthur Kleinman in de jaren '70 om patiënten uit andere culturen beter te begrijpen en zo betere zorg te kunnen bieden (Kleinman 1978a, 1978b). In het interview wordt onderzocht welke gedachten, gevoelens en gedrag personen hebben bij ieder van de volgende thema's: etiologie, klachten en symptomen, pathofysiologie, beloop, toekomst en behandeling. Dit sluit aan bij onze onderzoeksvragen naar het ontstaan van de belangrijkste problemen, de ervaren GHB afhankelijkheid en gewenste behandeling. Het interview startte met de vraag: Wat is er, volgens jou, aan de hand? Vanuit hier werd ingegaan op de volgende topics:

- Middelengebruik (waaronder GHB)
- Het Verklarend Model van de patiënt:
  - Aard (symptomen, kenmerken en gedragingen) en naamgeving van de problemen.
  - Begin en beloop van de problemen.
  - Predisponerende, luxerende, in stand houdende en beschermende factoren.
  - Toekomstperspectief van de patiënt.
- Reacties sociale omgeving op het gebruik.
- Ervaringen met hulpverlening.
- Wensen en suggesties ten aanzien van hulpverlening.

Naast deze sleutelthema's was er ook ruimte voor het inbrengen van thema's door de patiënt, die volgens hem/haar een rol spelen bij diens situatie en de ervaren problemen.



Het interview is voorafgaand aan de studie getest bij enkele ervaringsdeskundigen. De interviews leverden de beoogde informatie op en werden door de ervaringsdeskundigen als een prettige manier van interviewen ervaren.

## **2.6 Analyse interviews**

De analyse vond plaats volgens de principes van de Grounded Theory (Grass & Strauss, 1967). Het audiomateriaal is volledig uitgetypt. De transcripten zijn door de onderzoekers en een onafhankelijke beoordelaar geanalyseerd door middel van ‘open codering’. Nadat de eerste vier interviews door de codeurs zijn geanalyseerd, zijn van de codes gezamenlijk clusters geformuleerd. De codes en analyses zijn in memo’s opgenomen. In de volgende fase is onafhankelijk van elkaar gezocht naar fragmenten in de tekst die belangrijk waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen (‘selective coding’). In overleg met de interviewers en onafhankelijke beoordelaar is vervolgens overeenstemming bereikt over de uiteindelijke beantwoording van de onderzoeksvragen. De resultaten zijn voorgelegd aan een commissie van ervaringsdeskundigen op het gebied van GHB afhankelijkheid. Hun aanbevelingen zijn vervolgens verwerkt in dit eindrapport.



## Resultaten

De resultaten uit de interviews worden per thema in deze paragraaf besproken. Voorafgaand hieraan wordt een samenvattend beloop gegeven over hoe de GHB afhankelijkheid zich bij de patiënten heeft ontwikkeld.

De geïnterviewde patiënten waren allen tussen 25 en 35 jaar, waarvan 60% mannen waren. Negen van hen woonden ten tijde van het interview in de omgeving van Amsterdam, de andere elf woonden in middelgrote steden of dorpen verspreid over Noord-Brabant en Gelderland. Het aantal jaren sinds het eerste GHB gebruik lag tussen de twee en tien jaar. Vrijwel alle patiënten waren twee keer of vaker opgenomen geweest vanwege GHB afhankelijkheid. Abstinenteduur varieerde van enkele dagen tot maximaal een jaar, waarbij de meesten minder dan een maand abtinent waren.

### 3.1 Samenvattend beloop van de GHB verslaving

De geïnterviewde patiënten gebruikten wekelijks middelen, veelal amfetamine en ecstasy voordat ze GHB voor het eerst probeerden. Het eerste drugsgebruik vond bij de respondenten tussen het 12e en 25e levensjaar plaats. Ze kwamen met GHB in aanraking via vrienden, op feesten en afterparty's. Voorafgaand aan het gebruik werd door meerdere patiënten informatie op internet gezocht over de risico's en de te gebruiken hoeveelheid.

De eerste ervaring met het middel wordt omschreven als niet bijzonder. Pas na een tweede keer worden voordelen opgemerkt: je kunt langer en harder feesten met GHB, voelt je zelfverzekerder, seks is lekkerder, uitgaan is leuker en de volgende dag geen kater. Hoewel een enkeling zegt onmiddellijk 'mentaal verslaafd' te zijn aan GHB, gebruiken de meesten enkele weken tot maanden 'recreatief'. Daarmee wordt in een enkel geval eens per maand en in andere gevallen wekelijks, vooral in het weekend, bedoeld. Bij sommigen duurt het meerdere jaren, tot wel 10 jaar, voordat er dagelijks GHB gebruikt wordt. Wanneer het weekendgebruik verschuift naar gebruik op doordeweekse dagen neemt de frequentie van inname vaak toe.

*"Ik gebruikte alleen in het weekend, maar op een gegeven moment voelde ik mij op maandag rot. Ik dacht ik pak een buisje en het gaat weer goed. Zo ging het steeds een stapje verder."*

Redenen om ook doordeweeks te gaan gebruiken zijn: het brak voelen door uitgaan en nachten overslaan, verveling of problemen met slapen. Patiënten merken dat ze er beter mee kunnen functioneren. Werk of studie gaan zelfs beter omdat faalangst en perfectionisme verdwijnen en ze meer plezier ervaren bij alles wat ze doen. Ook personen die eerder angst- of somberheidsklachten hadden leven in deze fase op. De omgeving merkt vaak nog niets van het gebruik en zien patiënten juist actiever en vrolijker in het leven staan. In deze periode worden vooral de positieve aspecten van GHB gebruik ervaren. GHB wordt omschreven als 'wondermiddel', 'mijn antidepressiva' en het 'oplossingsmiddel'.

*“Het veranderde mijn persoonlijkheid, het is als competenties uit een potje, ik werd 2.0. Instant. Je boefde er eigenlijk niks voor te doen en dan kreeg je er veel voor terug.”*

Vanwege de positieve werking op hun functioneren, neemt gebruik steeds verder toe. Negatieve effecten worden vaak pas opgemerkt wanneer er een keer géén GHB wordt genomen. Dan treden de eerste symptomen van lichamelijke afhankelijkheid op zoals ‘shaken’ en angstaanvallen, hoewel niet iedereen de onthoudingsklachten direct linkt aan het gebruik van GHB. Dit lijdt ook weer tot angsten, omdat men niet snapt waar die klachten ineens vandaan komen. Zodra de symptomen van fysieke afhankelijkheid zich steeds meer voordoen en onthoudingsklachten toenemen, neemt ook het besef toe dat GHB hiervoor verantwoordelijk is. Het gebruik krijgt steeds meer als doel de klachten van onthouding te bestrijden.

In de periode die volgt nemen problemen met studie, werk en relaties vaak langzaam toe. Door de toename van gebruik wordt het door het regelmatige ‘out gaan’ – kortdurend in coma geraken door intoxicatie- en de onthoudingsverschijnselen steeds lastiger om normaal te kunnen blijven functioneren. Naarmate het gebruik vordert blijven gebruikers steeds vaker thuis en nemen hun sociale contacten af.

Een relatiebreuk of het wegvallen van werk of studie leidt er vervolgens vaak toe dat het gebruik nog verder toeneemt. Ook nemen vervelende gevoelens zoals stress, depressie en verveling toe zodra de GHB uitwerkt en dit leidt ertoe dat men steeds meer en sneller achter elkaar gaat gebruiken. Gebruikers hebben op dat moment nog maar weinig sociaal contact en het contact dat er is, is vooral met medegebruikers. Het gebruik varieert van om de 2 uur tot doorlopend ‘slokjes’ nemen. Hierdoor ontregelt het dag/nachtritme snel. Slapen gaat nog nauwelijks en het nemen van extra GHB, om ‘out te gaan’, of benzodiazepinen om een paar uur te kunnen ‘slapen’ wordt normaal.

*“Je hebt steeds meer GHB nodig en het heeft je eigenlijk dag en nacht in je greep want je moet het altijd hebben. Op een gegeven moment ga je van alles gebruiken om maar te kunnen slapen”*

### **3.2 Het GHB-probleem beschreven door de patiënt**

Patiënten geven aan dat zij hun GHB gebruik problematisch vinden en noemen zichzelf ‘verslaafd’. Zij zeggen daar wel bij dat zij dat bij aanvang van hun eerste behandeling nog niet zo zagen. Maar nu, na meerdere behandelingen in de verslavingszorg, beschouwen zij zichzelf als ‘heftig’ verslaafd. Het veelvuldig moeten gebruiken om ontwenningssklachten te voorkomen, wordt als belangrijkste onderdeel van het probleem beschouwd. Patiënten ervaren het als hinderlijk om elke 2 uur een dosis te moeten nemen, ook op het werk, om niet te kunnen slapen ten gevolge van het gebruik en om er continue behoefte aan te hebben. Wanneer zij niet gebruiken of niet op tijd de volgende dosis nemen, ervaren patiënten onrust, angst, paniek en lichamelijke klachten als trillen en zweten. Ook het willen blijven gebruiken ondanks het herhaaldelijk in

crisisituaties verkeren, bijvoorbeeld door out gaan of panieklachten, wordt als lastig ervaren. Waar het gebruik eerst helpt tegen onrust, verveling, onverwerkte emoties en andere ongemakken, merken patiënten dat het dagelijkse gebruik van GHB ertoe leidt dat deze klachten alleen maar harder terugkomen. Er wordt dus meer onrust ervaren, meer verveling en heftigere emoties dan voor het gebruik. Dit zorgt ervoor dat er opnieuw gebruikt moet worden om dat te bestrijden, in hogere doses om zich weer “normaal” te voelen. Op die manier loopt wekelijks gebruik over in dagelijks om de paar uur.

### 3.2.1. Problemen die gebruikers ervaren

Hieronder worden de problemen van patiënten weergegeven die zich voordoen vanaf het moment dat dagelijks wordt gebruikt.

#### 3.2.1.1. Lichamelijke afhankelijkheid

Gedurende de periode dat patiënten GHB gebruiken geven zij aan vooral last te ervaren van de lichamelijke afhankelijkheid. Deze afhankelijkheid wordt vaak pas opgemerkt als er een moment geen GHB wordt gebruikt en onthoudingsverschijnselen optreden. De lichamelijke afhankelijkheid wordt als problematisch gezien omdat het ‘onhandig is om iedere 2 uur een dosis te moeten nemen’ en het vervelend is dat er al gauw, na 12 uur gebruik, ontwenningverschijnselen optreden. Deze worden echter bestreden door opnieuw te gebruiken.

*“Zonder GHB dacht ik dat ik dood ging. Mijn hart bonsde zo hard in mijn keel. Alles om mij heen was zo eng, alles was zo intimiderend, alles was te veel”*

Tijdens onthouding beginnen gebruikers te trillen of ‘shaken’, zien ze dingen die er niet zijn, krijgen ze hartkloppingen, voelen ze zich depressief en raken ze vaak helemaal in de war. GHB is op dat moment hun medicijn tegen deze klachten. Het zorgt er voor dat alle problemen en ongemakken verdwijnen. Direct na inname voelen patiënten zich namelijk weer ontspannen en ervaren zij geen problemen meer.

#### 3.2.1.2. Slaapproblemen

Patiënten ervaren ook slaapproblemen. Deze beschouwen zij als zeer problematisch en ze zien in dat dit door het gebruik van GHB ontstaat. Ze worden om de paar uur wakker en moeten dan GHB nemen om onthouding te voorkomen. Veel gebruikers nemen daarom vaak extra GHB in voor het slapen gaan, zodat ze out gaan en even een paar uur door kunnen slapen. Daarnaast wordt GHB met benzodiazepinen, vooral diazepam, gecombineerd om in- of door te kunnen slapen.

#### 3.2.1.3. Geestelijke afhankelijkheid: psychische klachten

De meeste psychische problemen worden ervaren wanneer ze eenmaal gestopt zijn met gebruik. Een fase die zij zelf omschrijven als ‘geestelijke afhankelijkheid’ met klachten als angst, depressie en soms suïcidaliteit.

#### 3.2.1.4. Geheugenverlies

Een ander probleem dat patiënten noemen is geheugenverlies. Gebruikers hebben vaak beperkte herinneringen aan hun periode onder invloed en kunnen zich soms van enkele maanden vrijwel niets herinneren. Dit wordt na een periode van problematisch gebruik pas opgemerkt. Tijdens het gebruik zelf zijn ze onder invloed en dan maakt het allemaal niet zoveel uit.

#### 3.2.1.5 Ervaren schadelijke effecten

De schadelijke korte termijn gevolgen van gebruik voor de gezondheid worden niet als dusdanig gepercipieerd. Op korte termijn kent het gebruik vooral positieve effecten en het stoppen van problemen. Out gaan wordt wel als een nadelig effect genoemd, maar met de kanttekening dat dit vooral nadelig is voor de omgeving. Zelf ervaren zij geen nadelen van out gaan, maken zich er geen zorgen om en koppelen er ook geen medische gevolgen aan. Het volgende citaat illustreert hoe patiënten hier tegenaan kijken:

*“Ja ik ben heeel vaak out gegaan, in het ziekenhuis beland. Vanaf mijn 16<sup>e</sup> al. Dat was toen ook best wel normaal. Ook op afterparty's enzo is dat heel normaal als iemand even out gaat. Gewoon een GHB slaapje ofzo. En nee ik vind het niet erg. Het is meer iets dat je voor lief neemt”*

Out gaan wordt beschreven als een prettige manier om even niks te voelen of te kunnen slapen. Ook het wakker worden in een ziekenhuis wordt niet als problematisch of ernstig ervaren. Er worden geen schadelijke gevolgen voor de gezondheid aan gekoppeld. Patiënten rapporteren geen lichamelijke klachten als gevolg van hun gebruik en voelen zich bij het ontwaken zelf fit. Wat betreft medische gevolgen wordt vaak de vergelijking met het “veel meer schade aandoende” alcohol gemaakt, waarbij beredeneerd wordt dat alcohol meer gezondheidsschade aanricht dan GHB. Dit komt doordat na gebruik van alcohol een ‘kater’ wordt ervaren, terwijl dat na GHB gebruik niet het geval is.

Patiënten geven aan dat zij geen blijvende schadelijke effecten merken van de GHB. Op de lange termijn zien zij de stof GHB op zowel lichamelijk als psychisch vlak als niet schadelijk voor hen zelf.

### 3.3. In stand houdende factoren GHB gebruik

#### 3.3.1. Lichamelijke klachten

De eerste echte stoppogingen, waarbij de intentie is te stoppen met het dagelijks gebruik, ondernemen patiënten vaak alleen thuis. Hierbij wordt met de eigen GHB afgebouwd. Reden daarvoor is dat ze zichzelf niet beschouwen als ‘junk’ die naar een kliniek moet of dat ze niet willen dat hun ouders of omgeving erachter komen. Men ziet zichzelf vaak ook nog niet als verslaafd en het gebruik wordt eerder gezien als ‘uit de hand gelopen’. Pas wanneer zelf afbouwen niet lukt vanwege ernstige onthoudingsverschijnselen, zoals psychose, ‘shaken’, hevige angstaanvallen of insulpen gaan de patiënten zich zien als ‘lichamelijke verslaafd’. Vrijwel alle patiënten hebben eens of vaker psychotische ervaringen gehad tijdens onthouding. Dit is het moment waarop óf opnieuw gebruikt wordt

óf professionele hulp wordt gezocht. Opnieuw GHB gebruiken laat de onthoudingsverschijnselen direct verdwijnen. Patiënten beginnen dan ook vaak weer met gebruiken zodra ze merken dat ze gaan trillen, zweten of angstig raken. Wordt abstinentie wel bereikt dan ervaren patiënten nog langdurig slaapproblemen en craving naar GHB.

### 3.3.2. Psychische klachten

Naast onthoudingssymptomen zijn ook psychische klachten een reden om te blijven gebruiken. Eenmaal nuchter komen psychische klachten als somberheid en stress, die een reden waren voor gebruik, heviger terug. Ook staan na detoxificatie angstklachten en suïcidaliteit op de voorgrond. Deze klachten zijn soms geheel nieuw. Vooral angstklachten treden pas na langdurig GHB gebruik op. Onder invloed verdwijnen deze klachten direct weer.

*“Zodra je ermee stopt wordt het allemaal veel erger. Ik heb me nog nooit zo slecht gevoeld als na de detox. Stress en angst, het komt allemaal 10 keer zo hard terug en dan is de oplossing eigenlijk het kwaad zelf want je wil weer gebruiken zodat dat weggaat en dat maakt het zo moeilijk ook om de keuze te maken om echt te stoppen”*

Angst en somberheid houden nuchter nog maandenlang aan maar blijken volgens patiënten bij langdurige abstinentie, ook wanneer deze specifieke klachten onbehandeld blijven, langzaam af te nemen vanaf 4 tot 6 maanden na detoxificatie. GHB helpt volgens de patiënten in het bestrijden van de psychische klachten. GHB is op deze manier voor patiënten het medicijn, het antidepressivum.

Verder dringen de problemen ten gevolgen van gebruik, zoals schulden, eenzaamheid en soms huisvesting, pas door in deze periode van vroege abstinentie. Deze versterken de psychische klachten en zorgen voor stress, dit verhoogt de behoefte aan gebruik.

### 3.3.3. Voordelen van gebruik versus nadelen van abstinentie

Veel (ex-)gebruikers blijven na hun detoxificatie zeer positief naar GHB kijken. Het middel heeft volgens patiënten teveel voordelen en gestopt zijn heeft teveel nadelen. Volgens patiënten werkt het tegen alle ongemakken en klachten, wordt alles aangenaamer en worden zij een betere versie van zichzelf onder invloed van GHB. Tegenover alle voordelen van gebruik staan de periodes van stoppen die alleen nadelen, zoals somberheid en eenzaamheid, met zich meebrengen. Patiënten die al meerdere maanden geen GHB gebruikt hadden rapporteerden wel dat ze ook voordelen van het niet gebruiken ervaarden, zoals zich niet constant druk hoeven maken of ze nog wel genoeg GHB hebben. Tevens ervaren zij ook nog steeds veel van de bovenstaande nadelen.

### 3.3.4. Gebruikende vrienden

Een ander probleem waar gebruikers na detoxificatie tegenaan lopen is dat veel van hun vrienden nog steeds GHB gebruiken. Hierdoor komen ze eenmaal nuchter toch weer snel in aanraking met het middel en is de verleiding om ‘nog een keer een slokje te pakken’ groot. Anderzijds zijn er ook gebruikers die heel

bewust breken met hun gebruikersvrienden. Dit zorgt echter ook vaak weer voor eenzaamheid en verveling wat weer aanleiding tot terugval is. Hierbij zien zij wel samenhang met langdurig gebruik.

### 3.4 Toekomst

Na detoxificatie willen veel respondenten kunnen blijven gebruiken zonder weer lichamelijk afhankelijk te worden. Het middel heeft te veel voordelen en nuchter zijn te veel nadelen. Zij willen dan ook niet echt stoppen en zien de toekomst niet zonder GHB gebruik voor zich.

*“Ja dat is.. dat stoppen is een beetje dubbel weet je. Ik ben aan de ene kant zo verliefd op die GHB! Het is zo'n groot oplossingsmiddel voor me. Maar aan de andere kant weet ik ook dat het me nergens gaat brengen. Maar ik ben nog nooit ergens iets tegengekomen wat voor mij dan zou zeggen van ja hierdoor wil ik het niet meer gebruiken. Zelfs het overlijden van m'n vriend aan GHB was niet genoeg!”*

Een toekomst zonder GHB wordt bovendien als saai, leeg en depressief beschouwd. Ze zijn gewend de hele tijd op een hoog piek niveau te zitten qua gemoedstoestand. Zij voelen zich extreem goed onder invloed, ook na de zoveelste gift. Dit leidt ertoe dat eenmaal zonder GHB alles saai is. Men wil wel degelijk de controle terug over het gebruik, maar er echt mee stoppen is nog een stap te ver.

*“Hoe ik de toekomst graag zou willen zien is gewoon nuchter leven en dan ook de voldoening krijgen die ik nu krijg van de GHB”*

Concrete ideeën over een toekomst helemaal zonder GHB vinden patiënten soms lastig om te benoemen. Veel van hen zouden graag (weer) naar school gaan, een baan proberen te vinden en een plek voor zichzelf om te wonen. Patiënten die helemaal willen stoppen, vaak na meerdere behandelingen, zien het regelen van al deze zaken als een zeer zware opgave. Vooral de combinatie met het leren omgaan met alle problemen die zij op dat moment hebben, maakt dit lastig. Ook het vaarwel zeggen tegen gebruikende vrienden en de scene wordt hierbij als moeilijk ervaren. Dit laatste hangt vooral samen met het gegeven dat dit vaak hun enige sociale contacten buiten directe familie zijn.

### 3.5 Behandeling

Patiënten die meermaals zijn opgenomen vinden het vaak lastig om te benoemen hoe ze terugval kunnen voorkomen en wat ze daarin nodig hebben binnen behandeling. Enkele aanbevelingen die zij hebben gedaan worden hieronder besproken.



### 3.5.1. Aanmelding

Patiënten melden zich aan omdat ze niet meer lichamelijk afhankelijk willen zijn en in die hulpvraag worden ze door middel van (klinische) detoxificatie wel voorzien. Voorafgaand aan de detoxificatie hebben zij geen ideeën of verwachtingen over de vervolgbehandeling. Een detoxificatie wordt door sommige patiënten gebruikt om het gebruik te doorbreken en niet met als doel volledig te stoppen. De ouders, vooral de moeder, spelen een belangrijke rol bij de aanmelding. Ouders horen soms pas van de verslaving van hun kind als deze acuut moet worden opgenomen. De motivatie om hulp te zoeken komt vaak de eerste keren omdat zij hun ouders niet teleur willen stellen.

*“Dat ik hun [ouders] in het ziekenhuis aan m’n bed zo zag staan huilen en hun zeiden zulke dingen tegen mij dat ik ook echt dacht ja ik wil dit ook helemaal niet en toen ben ik de volgende dag met m’n broer naar de huisarts gegaan.”*

Een aantal patiënten werd een of meerdere keren in crisis opgenomen, soms in delirante toestand. Zij werden zich soms pas na één of meerdere dagen bewust van het feit dat ze waren opgenomen.

### 3.5.2. Behandeldoel

Hoewel de hulpvraag ligt bij ontgiften, betekent dit voor veel gebruikers niet dat zij nooit meer GHB willen gebruiken. Volledige abstinentie is zeker in het begin van hun behandeltrajecten nog een stap te ver en de hulpvraag na detoxificatie bestaat vooral uit het terugkrijgen van controle over het gebruik. Een van de patiënten zegt hierover:

*“Ja ik wil nog wel verstandig kunnen blijven gebruiken zeg maar. Dus dat ik er geen negatieve effecten aan overhoud zoals slecht slapen en dat nerveuze gevoel dus geen ontwenningverschijnselen eigenlijk”*

Voorafgaand aan de opname ter detoxificatie wordt beperkt of niet nagedacht over een behandeldoel voor daarna. Het voorstel van behandelaren om helemaal te stoppen overvalt hen en kan een beangstigend effect hebben, wat gebruik weer in de hand werkt. Ze willen gebruiken zonder de nadelige effecten van ‘lichamelijke afhankelijkheid’. Anderen geven aan dat ze de eerste paar behandelingen net alsof deden gemotiveerd te zijn voor abstinentie, vooral om het thuisfront gerust te stellen. Pas bij de tweede of derde detoxificatie komt er meer interne motivatie om te stoppen.

Er zijn patiënten die gecontroleerd willen leren gebruiken en zij kunnen zelf goed aangeven hoe dat gecontroleerd gebruik er dan idealiter uit moet zien. Het gaat om gepland gebruik in gezelschap, waarbij er geen GHB in het eigen huis aanwezig is. Bovendien moet het gebruik niet langer dan tussen de 6 en 12 uur duren omdat dan ontwenningssklachten optreden die het stoppen weer moeilijker maken. Zij willen alleen gebruiken wanneer ze ‘lekker in hun vel’ zitten. De ervaring van patiënten is dat de wens om gecontroleerd te gebruiken

niet aansluit bij wat behandelaren voorstellen. Deze leggen vaak abstinentie als behandeldoel op. Dit zorgt voor wrijving tussen verslavingsprofessionals en patiënten en leidt er geregeld toe dat patiënten de behandeling voortijdig verbreken of niet open zijn over hun gebruik. Ze hebben het idee geen handvaten te krijgen om de controle terug te winnen en gaan dit vervolgens zelf proberen te bereiken, terwijl zij eigenlijk voor abstinentie behandeld worden. Dit leidt tot hevige terugvallen. Veel patiënten willen dat gecontroleerd gebruik als behandeldoel wordt geaccepteerd, ook al hebben ze na doorvragen wel twijfels of dat vol te houden is. Aan stoppen zijn ze nog niet toe.

Patiënten die wel definitief willen stoppen met GHB geven aan dat ze hulp nodig hebben bij een groot aantal levensgebieden, zoals psychische klachten, schulden en huisvesting. Zij vinden het echter wel lastig om deze hulpvraag concreet te maken.

### 3.5.3. Motivatie voor abstinentie

Motivatie voor volledige en langdurige abstinentie is vaak ambivalent. Veel patiënten, ook degenen die langer abtinent zijn, hebben ergens de wens ooit weer te kunnen gebruiken. Patiënten zijn aanvankelijk grotendeels extern gemotiveerd voor behandeling en de ouders, vooral de moeder, spelen daar een hoofdrol in. Het verdriet dat de ouders hebben om hun kind en hun aandringen op behandeling zijn de aanleiding om professionele hulp te zoeken.

*“Ik liet mij vooral opnemen om mijn moeder gerust te stellen. Ik dacht ik kan ze wel voor de gek te houden en ga ik weer lekker verder waar ik gebleven ben.”*

Het betrekken van ouders bij behandeling is daarom ook heel belangrijk, vaak zijn dit vrijwel de enige niet-verslaafde nauwe sociale contacten die patiënten hebben.

Ook een nieuwe partner zorgt voor motivatie om blijvend te stoppen met GHB. In het geval dat de partner ook afhankelijk is van GHB is dit juist een groot risico voor terugval. Veel gebruikers geven echter aan dat interne motivatie voor behandeling heel belangrijk is, anders heeft een opname geen zin. Gebruikers die willen stoppen geven aan dat ze elke keer keihard proberen niet te gebruiken, maar vaak binnen enkele weken na detoxificatie toch weer gebruiken.

### 3.5.4. Psychische klachten

Met name hulp bij psychische klachten en leren omgaan met tegenslagen is iets waar veel patiënten behoefte aan hebben in de vervolgbehandeling. Er zou in het huidige behandel aanbod te weinig aandacht zijn voor deze onderwerpen en de focus ligt volgens patiënten te veel op het gebruik en te weinig op onderliggende factoren zoals angst, somberheid, stress, verveling en het niet kunnen omgaan met tegenslagen. Deze zijn vaak juist aanleiding om opnieuw te gaan gebruiken. Patiënten uiten de wens om juist daarin ondersteund te worden en dit heeft volgens hen meer prioriteit dan alleen behandeling voor de verslaving.

### 3.5.5. Psychosociale problemen

Sommige patiënten geven aan dat de eenzaamheid die zij ervaren na het verbreken van contact met gebruiksvrienden vaak aanleiding is voor terugval. Zij zouden graag zien dat de behandeling zich ook focust op het opbouwen van nieuwe sociale contacten en het ontmoeten van nieuwe mensen. Dit laatste is voor mensen die geen GHB meer gebruiken vaak erg spannend omdat ze voorheen alleen onder invloed nieuwe mensen ontmoetten. Ze voelen zich onzekerder en sociaal angstiger dan voor het gebruik, wat het leggen van sociale contacten bemoeilijkt.

Anderen hebben nog wel contact met gebruikende vrienden, maar op momenten en in situaties waarin die niet onder invloed zijn. Voor sommigen is het verbreken van contact met andere gebruikers bijna niet mogelijk omdat een broer of partner nog wel (intensief) gebruikt. Verder is hulp bij dagbesteding, goede huisvesting en schulden volgens patiënten onvoldoende aanwezig in het huidige behandelaanbod. Ook de combinatie van veel verschillende probleemgebieden maken het moeilijk voor patiënten om overzicht te houden en brengt stress met zich mee. Het is daarom belangrijk om patiënten hierbij structuur en ondersteuning te bieden.



## Discussie

Het doel van deze studie was een eerste inzicht verwerven in het beloop van GHB afhankelijkheid, de perceptie van patiënten met GHB afhankelijkheid met betrekking tot hun ervaren problemen en de zorgbehoefte van deze populatie in kaart brengen.

Uit de resultaten blijkt dat GHB afhankelijke patiënten zichzelf als verslaafd beschouwen, maar de ervaren last van hun verslaving is sterk fase gebonden. Wanneer ze gebruiken zijn er vooral problemen met lichamelijke afhankelijkheid en wanneer ze abtinent zijn worden er vooral klachten op het gebied van geestelijke afhankelijkheid benoemd. GHB wordt als beperkt schadelijk voor de gezondheid ervaren en de verslaving maakt het vooral lastig om normaal te kunnen functioneren. Op het gebied van behandeling is er een sterke behoefte aan meer aandacht voor psychische klachten en psychosociale problemen. Aanvullend hierop geven patiënten aan dat persoonlijke (behandel)doelen en interventies gericht op het vergroten/behouden van intrinsieke motivatie van belang voor hen zijn.

Het beloop van GHB afhankelijkheid lijkt zich te kenmerken door vier fasen;

1) Incidentele fase - Het begin van het gebruik, incidenteel met vrienden in het weekend. Deze fase duurt meestal enkele weken tot maanden, maar kan ook jaren zijn.

2) Super fase - Tijdens deze fase neemt gebruik eerst langzaam en dan steeds sneller toe. Gebruikers gaan doordeweeks steeds vaker gebruiken, gaan tijdelijk beter functioneren onder invloed en lijken voor de omgeving enorm op te leven. Ze voelen zich super! Deze fase duurt meestal enkele maanden.

3) Ontsporingfase - Het gebruik neemt steeds verder toe en gebruikers beginnen slaapproblemen en de eerste ontwenningssymptomen te ontwikkelen. Zij koppelen dit vaak nog niet aan het inmiddels dagelijkse gebruik van GHB en gaan juist meer gebruiken om deze klachten te bestrijden. Deze ontsporing kan binnen enkele weken tot maanden leiden tot volledige afhankelijkheid.

4) Afhankelijkheidsfase - Gedurende deze fase ontspoot het gebruik volledig, mede onder invloed van het wegvallen van werk of studie door gebruik. Er wordt dagelijks om de paar uur gebruikt en personen vallen in veel gevallen in een isolement. Het gebruik verborgen houden voor de omgeving lukt niet meer, mede door out-gaan en ernstige acute onthoudingsproblemen. In deze fase wordt vaak pas voor het eerst aangeklopt bij hulpverlening, dit gebeurt meestal nadat men enkele maanden in deze fase zit.

Bij terugval tijdens of kort na behandeling komen patiënten vaak weer terecht qua functioneren aan het einde van fase 3 (Ontsporingfase) en belanden binnen enkele dagen tot weken weer in fase 4 (Afhankelijkheidsfase).

Het door patiënten beschreven beloop sluit aan bij het beloop van afhankelijkheid zoals dit in de wetenschappelijke literatuur vaak beschreven wordt (Volkow, e.a., 2016). Hierin wordt gesproken over een binge en intoxicatie fase, gevolgd door een fase met de eerste onthoudingsklachten en negatief affect, deze mondt uit eindelijk uit in de preoccupatie en compulsieve

fase. Dit beloop komt overeen fase 2, 3 en 4, zoals door de patiënten beschreven. Er kan dus zeker gesproken worden van GHB-afhankelijkheid.

Zolang er GHB gebruikt wordt worden er geen problemen ervaren, het ontbreken van een negatieve feedbackloop bij GHB-verslaving maakt het moeilijk te motiveren om te stoppen. Waar middelen als alcohol een kater geven, geeft GHB geen voelbare na-effecten. Wanneer GHB verslaafden out-gaan door overdosering worden ze juist relatief uitgerust wakker en kunnen ze direct doorgaan met gebruik. Het out-gaan 'hoort erbij' en wordt 'voor lief' genomen, zoals ook al uit eerder onderzoek bleek (Van Gaalen, De Bruin en Grund, 2015). Zo ervaren ze enkel voordelen van gebruik en worden gevolgen voor de gezondheid worden onderschat. Hoewel de evidentie ervoor tot op heden nog beperkt is (Van Amsterdam e.a., 2012), is het aannemelijk dat GHB kan leiden tot cognitieve schade. Aanwijzingen hiervoor werden ook gevonden in de GHB 2.0 monitor (Beurmanjer e.a., 2016). Desondanks beschouwen gebruikers het middel als onschuldig. Zij claimen zelfs dat gebruik van GHB gezonder zou zijn dan van alcohol. Ondanks dat patiënten voor het eerste gebruik uitgebreid op internet informatie opzoeken, ontbreekt de kennis over schadelijke effecten. Een gebrek aan besef van medische gevolgen leidt tot totale onderschatting van het schadelijke effect van GHB.

Een negatieve feedback loop met betrekking tot onthoudingsklachten is ook nauwelijks aanwezig. De meeste gebruikers nemen een nieuwe dosis voordat de onthoudingsklachten beginnen op te komen, enkelen nemen zelfs tot om het kwartier een slokje GHB. Patiënten ervaren dus enerzijds beperkte schade/last van de GHB en zijn daarnaast ook niet gewend aan het verdragen van negatieve emoties en problemen.

Op deze wijze ontstaat er een vicieuze cirkel waarbij psychische klachten, GHB gebruik, lichamelijke afhankelijkheid, detoxificatie, rebound van psychische klachten en terugval elkaar in stand houden. Een vergelijkbaar model is recent in Nederland ook bij patiënten met alcohol afhankelijkheid aangetoond (Schellekens, de Jong, Buitelaar & Verkes, 2014).

De geïnterviewde GHB patiënten hadden geen alternatieve oplossingen voor het doorbreken van de cirkel. Zij lijken hierbij de voldoening die zij uit GHB halen als maatstaf nemen voor de gewenste kwaliteit van leven zonder GHB.

Het mogelijk ontbreken van negatieve feedbackloops en de aanwezigheid van psychische problemen na het stoppen met GHB gebruik vormen een uitdaging voor behandelaren om deze groep te motiveren en te begeleiden in het volhouden van abstinentie. Het is zaak patiënten er goed op voor te bereiden dat problemen in eerste instantie erger worden maar ook af gaan nemen. Daarbij is het belangrijk patiënten voor te lichten over de behandeling en het beloop van hun klachten en hoe ze daarbij ondersteund kunnen worden. Ervarengdeskundigen die zelf afhankelijk zijn geweest van GHB zouden hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Op die manier zijn patiënten voorbereid wanneer ze, eenmaal nuchter, de problemen ervaren die volgens hen alleen GHB gebruik op kan lossen. Behandelaren en ervaringsdeskundigen kunnen hen perspectief bieden wat betreft het beloop hiervan. De psychische klachten

lijken immers ook onbehandeld af te nemen. Dat duurt echter enkele maanden. Toch dient er specifieke aandacht hiervoor te zijn gedurende deze maanden, patiënten zullen zich op deze manier beter gehoord voelen.

Uit de interviews blijkt dat patiënten na de detoxicatie regelmatig beperkt gemotiveerd zijn voor vervolgbehandeling. Mede door het hoge aantal crisis opnames, vanwege de risico's die GHB gebruik met zich meebrengt, moet er vaak ad hoc behandeling opgezet worden. Dit lijkt averechts te werken omdat patiënten er nog niet aan toe zijn om helemaal te stoppen. Patiënten die niet direct opgenomen konden worden leken meer gemotiveerd om abstinentie vast te houden. Dit kan samenhangen met het langere bewustzijn van de negatieve gevolgen van langdurig GHB gebruik. Deze patiënten lijken vervolgens langer abstinente te blijven. Een goede voorbereiding op de behandeling met duidelijke doelen wordt dan ook sterk aanbevolen.

Een groep patiënten wil gecontroleerd blijven gebruiken, hoewel dit door zowel hun hulpverleners en auteurs in de regel niet haalbaar wordt geacht voor de patiënt. Gecontroleerd gebruik inzetten als doel kan mogelijk voor deze groep wel therapietrouw bevorderen en mogelijk ook meer patiënten bewegen behandeling te volgen (Van Amsterdam & van den Brink, 2013). Het wordt als strategie ingezet in de behandeling om uiteindelijk de motivatie tot volledige abstinentie te vergroten (Emmelkamp & Vedel, 2007). Patiënten geven aan dat, wanneer abstinentie als doel wordt opgelegd, zij toch proberen gecontroleerd te gebruiken tijdens de behandeling maar dit verzwijgen voor behandelaren. Bij deze patiënten in de huidige studie, kwam het vaak voor dat ze dan de behandeling voortijdig beëindigden door schaamte vanwege het liegen over het gebruik. Het is opvallend dat juist deze patiënten, die zoveel terugvallen, kiezen voor dit behandelingsdoel. Herhaaldelijk terugvallen leidt dus niet tot afkeer van het middel op zich bij patiënten. De wens om gecontroleerd te willen blijven gebruiken, ondanks de crisissituaties, kan duiden op enerzijds een beperkte mate van ziekte-inzicht dan wel berusting in hun huidige leefsituatie of geen andere manier zien hoe zij hun leven kunnen inrichten.

Uit deze studie blijkt dat de geïnterviewde patiënten vaak een specifieke hulpvraag hebben, maar dat hulpverleners in de ogen van patiënten hier te weinig aandacht voor hebben. Wanneer hier expliciet meer aandacht voor is zullen patiënten zich mogelijk meer begrepen voelen en minder uitval en/of terugval vertonen. Veel patiënten hebben geen dagbesteding en zitten hele dagen alleen thuis als ze eenmaal abstinente zijn. Dit leidt tot verveling en gevoelens van eenzaamheid waarvan zij geleerd hebben dat deze alleen verdreven kunnen worden door GHB gebruik. Ook op deze problematiek moet de behandeling zich richten. Waar behandelaren, volgens de geïnterviewde patiënten, de focus op de verslaving leggen hebben patiënten, door hun andere prioritering, eerder behoefte aan hulp bij huisvesting, dagbesteding, schulden en omgaan met negatieve gevoelens en psychische klachten. Onder invloed voelen patiënten zich een betere versie van zichzelf en weer nuchter hebben zij het gevoel dat zij door hulpverleners worden achtergelaten met een mindere variant daarvan. Er

blijft een kleurloos en depressief bestaan achter voor de zojuist gedetoxificeerde patiënt die nog niet de handvaten heeft daar weer zin aan te geven. Het is aan te bevelen in deze fase, na detoxicatie, opnieuw te beoordelen wat de patiënt op dat moment het meeste nodig heeft om terugval te voorkomen en daar zo goed mogelijk bij aan te sluiten.

#### Verschillen tussen populaties

Hoewel dit niet het primaire doel van deze studie betrof, werden er tussen de verhalen van patiënten uit Amsterdam en Noord-Brabant/Gelderland een aantal verschillen waargenomen.

Patiënten uit Amsterdam hadden vrijwel allemaal een hoog opleidingsniveau, en zijn ten tijde van hun behandeling veel minder sociaal maatschappelijk gemarginaliseerd dan de patiënten uit Noord-Brabant/Gelderland. Zij uitten zodoende niet de behoefte voor hulp bij schulden, huisvesting en dagbesteding. Zij hadden namelijk nog altijd werk of een studie. In het beloop viel verder op dat de leeftijd van eerste drugsgebruik in Amsterdam (15-25 vs. 12 tot 18) veel hoger lag dan op de andere plaatsen. Daarentegen was de ernst van de problematiek en aantal terugvallen vrijwel gelijk. Met betrekking tot behandeldoel rapporteerden patiënten uit Amsterdam wel veel vaker 'gecontroleerd gebruik' voor ogen te hebben als behandeldoel dan anderen.

Deze gevonden verschillen onderschrijven de eerdere suggestie dat om behandeling goed aan te laten sluiten bij de patiënten, maatwerk van belang is.

#### Sterkte en zwakke kanten van het onderzoek

Dit is de eerste studie die kwalitatieve onderzoeksmethoden toepast om het beloop van patiënten met GHB afhankelijkheid in kaart te brengen. Dit levert veel nieuwe data en hypothesen op over ervaringen van GHB-gebruikers omtrent de beleving van hun problematiek. Deze inzichten geven aanwijzingen hoe de zorg beter afgestemd kan worden op de hulpvraag van patiënten in behandeling. Voor de aanpassing van het Verklarende Modellen interview voor de GHB doelgroep zijn ervaringsdeskundigen geraadpleegd. Daarnaast zijn de interviewers uitgebreid getraind in het afnemen van het interview. Op deze manier is gepoogd de interne validiteit te vergroten. Voor de analyse van de interviews is, naast de twee onderzoekers, een derde codeur ingezet om de interne betrouwbaarheid te vergroten. Ook zijn de resultaten en conclusies door middel van 'peer-check' gevalideerd. Bij kwalitatieve studies zoals deze is het per definitie niet gebruikelijk om generalisatie van de bevindingen na te streven (Wester, 1995).

Doordat er specifiek gekeken is naar patiënten met GHB-afhankelijkheid en niet is vergeleken met patiënten met andere verslavingen, is niet uit te sluiten dat de conclusies uit de interviews niet alleen gelden voor GHB-afhankelijke patiënten. In de interviews is echter extra aandacht besteed aan de vergelijking die patiënten maken met andere middelen. Hierbij zijn de verschillen uitgevraagd en is er aandacht besteed aan waarom juist GHB de primaire problematiek was. Dit geeft een beter beeld van kenmerken en thema's die specifiek voor GHB problematiek gelden. Door middel van interviews bij verschillende populaties in de verslavingszorg, bijvoorbeeld bij patiënten met alcoholafhankelijkheid, kan



door vergelijking nog beter gekeken worden welke aspecten specifiek zijn voor verslaving aan GHB en welke voor andere verslavingen. Tot slot had deze studie een beperkte sample size (n=20) en kunnen resultaten niet zondermeer naar alle patiënten met GHB afhankelijkheid gegeneraliseerd worden. Net zoals de meeste kwalitatieve studies, heeft ook deze studie het doel om hypothesen te genereren. Die kunnen vervolgens verder getoetst en uitgewerkt worden met kwantitatief onderzoek.

In dit onderzoek is door middel van interviews gezocht naar gemene delers. Elke patiënt is echter uniek en er bestaan verschillen in ernst van de verslaving en verslavingsproblematiek (zie GHB monitor 1.0 en 2.0). De resultaten uit de interviews geven aanleiding voor maatgerichte behandelingen: wel of niet of abstinentiegerichte behandeling, wel of niet een detoxificatie. Onderzoek naar patiëntprofielen bij GHB afhankelijkheid zouden de toewijzing van behandeling en behandeldoelstelling nog meer handvatten bieden.

## Conclusie

Met deze studie is getracht inzicht te verwerven in de problemen die patiënten met GHB afhankelijkheid ervaren, hoe ze tegen hun afhankelijkheid en gebruik aankijken en wat zij nodig hebben van behandeling.

De resultaten van deze kwalitatieve studie laten zien dat patiënten vooral problemen ervaren op het moment dat ze stoppen met gebruik. Opnieuw GHB gebruiken wordt dan ook gezien als de oplossing voor hun problemen. Er lijkt sprake van een vicieuze cirkel waarbij psychische klachten, GHB gebruik, lichamelijke afhankelijkheid, detoxificatie, rebound van psychische klachten en terugval elkaar in stand houden. Aanvullend hierop kan gesteld worden dat GHB in de perceptie van de patiënt enkel sterk belonende effecten lijkt te hebben voor de gebruiker en dat er niets is dat dit effect op korte termijn kan vervangen. Dit maakt stoppen met GHB extra lastig en vraagt veel van patiënten. Dit beeld sluit aan bij de perceptie van hulpverleners zoals gerapporteerd in de GHB monitors 1.0 en 2.0

Het is daarom ook niet vreemd dat de hulpvraag van deze groep patiënten zich vooral richt op psychische klachten, slaapproblemen, psychosociale problemen, huisvesting en dagbesteding, en minder op het middel GHB zelf. De diversiteit aan problemen, de hoge crisisgevoeligheid en het acute begin van behandeling biedt hierin voor hulpverleners een grote uitdaging. Hoewel het zeker van belang is dat hulpverleners zich naast verslaving ook richten op bovengenoemde lange termijn thema's, wordt het lastig om hier serieus werk van te maken wanneer patiënten snel uit behandeling vertrekken. Het opbouwen van een therapeutische relatie, het ondersteunen van de patiënt en het behouden/vergroten van motivatie zullen daarom in het begin van de behandeling vooral belangrijke thema's zijn.

## Aanbevelingen

Naast het verwerven van inzicht in het beloop en ziekteperceptie was deze studie ook vooral gericht op het in kaart brengen van de zorgbehoefte van patiënten met GHB afhankelijkheid, ten einde de zorg aan hen te verbeteren.

Met betrekking tot de behandeling van GHB afhankelijkheid wordt aanbevolen deze samen met de patiënt goed te plannen en hem of haar voor te bereiden op het traject. Psycho-educatie met betrekking tot de oorzaken van hun klachten en de tijdelijke negatieve gevolgen van abstinentie kan hierbij van groot belang zijn. In het bieden van perspectief voor de eerste periode van abstinentie zouden ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen bij het voorlichten van patiënten. Advies en voorlichting van ervaringsdeskundigen kan door patiënten mogelijk eerder omarmt worden, daar zij in tegenstelling tot behandelaren hetzelfde doorstaan hebben. Tevens kunnen de ervaringsdeskundigen patiënten perspectief bieden voor het idee dat het mogelijk is om van GHB verslaving af te komen.

Er dient verder aandacht te zijn voor hulp bij psychische klachten en sociaal maatschappelijke problemen. Hierbij is het van belang dat patiënten uitgelegd wordt dat het oplossen hiervan tijd vergt en dat deze problemen ook niet zomaar verdwijnen. Het zorgen voor zinvolle dagbesteding direct na detoxificatie kan hierbij mogelijk wel helpen in het brengen van afleiding. Daarnaast biedt het structuur en een mogelijkheid om nieuwe sociale contacten op te doen, evenals een oefenveld om te leren omgaan met hun nieuwe situatie zonder GHB.

## Referenties

Asperslag, E.M. (2016). Terugval bij afhankelijkheid van gamma-hydroxyboterzuur (GHB). Een mixed methods studie naar de grootstedelijke populatie van Jellinek en een vergelijking met de groep in ruraal gebied. (Probleemanalyse masterthesis Master of Advanced Nursing Practice). Hogeschool Utrecht: Utrecht

Beurmanjer H., Verbrugge C.A.G., Schrijen S., Schellekens A.F.A., DeJong C.A.J., Dijkstra B.A.G., (2016) Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie; Eindrapportage NISPA GHB Monitor 2.0. Nijmegen NISPA.

Dijkstra B.A.G., DeWeert-Van Oene G.H., Verbrugge C.A.G., DeJong C.A.J. (2013) GHB detoxificatie met farmaceutisch GHB; Eindrapportage van de monitoring van DeTiTap® in de Nederlandse verslavingszorg. Nijmegen NISPA. Bek Grafische producties, Veghel.

Dijkstra B., Kamal R., DeWeert G., Iwaarden van S., Van Noorden M., DeJong C.(2013): Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie; voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB. Resultaten scores, Amersfoort

Emmelkamp, P.M.G. & Vedel, E. (2007). Alcohol- en drugsverslaving; een gids voor effectief gebleken behandelingen. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Kleinman, A. (1978a). Native Healers. *Human Nature*, 1, 63-69.

Kleinman, A. (1978b). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.

Oliemeulen, L., Thung, F.H. (2007) Ongehoord: aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. Garant, Antwerpen

Schellekens AFA, de Jong CAJ, Buitelaar JK, Verkes RJ. 2014. Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment. *Eur Psychiatry*.

Van Amsterdam J, Pennings E, Brunt T, van den Brink W (2013) Physical harm due to chronic substance use. *REGUL TOXICOL PHARM*

Van Amsterdam J, van den Brink W (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J PSYCHOPHARMACOL*

Van Gaalen, S. de Bruin, D. & Grund J.-P. (2015) Overdose Prevention among people who use GHB in the Netherlands and Belgium (2014-2015). An exploration of the characteristics associated with overdose and opportunities for risk education. Amsterdam.

Volkow ND , Koob FK, McKellon AT. (2016) Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med 2016

Weber, M. (1964) Economy and Society. Berkeley. University of California Press

Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho, 1995.

## Bijlage I

Verklarende Modellen interview voor GHB populatie:

*Tijdens dit gesprek willen we meer te komen over wat uw ervaringen met GHB-gebruik zijn, hoe u daarmee omgaat en hoe uw omgeving en hulpverlener daarop reageren. Met deze informatie proberen we een beter beeld te krijgen hoe gebruikers tegen GHB aankijken en hoe we ze kunnen ondersteunen.*

1 “Hoe zou je je GHB-gebruik noemen”?

2 Etiologie

Wanneer is het begonnen?

Wat is volgens jou de oorzaak dat je GHB gebruikt?

Wat is de reden dat je GHB gebruikt?

Wat levert het GHB gebruik jou op?

3 Beloop

Hoe heeft je GHB-gebruik zich ontwikkeld sinds het begin?

Hoe heeft GHB-gebruik je de laatste jaren beïnvloed?

Welke middelen gebruik je nog meer en in welke volgorde is het begonnen?

4 Klachten Symptomen

Heb je klachten als gevolg van je GHB-gebruik? En wat zijn de symptomen hiervan? (Lichaam, gevoel, mobiliteit, sociaal netwerk, je leven thuis, werk en financiën).

Beïnvloed GHB je dagelijks leven en zo ja, hoe?

5 Pathofysiologie

Wat doet het GHB gebruik met je lichaam en wat doet het met je geest?

6 Als je denkt aan de toekomst

Hoe denk je dat GHB-gebruik je leven en gezondheid zal beïnvloeden?

Waar ben je het meest bang voor? Maak je je zorgen?

7 Behandeling

Heb je wel eens behandeling (nodig) gehad voor je GHB gebruik?

Hoe was dat voor jou? Wat werkte wel/niet?

Wat verwacht je in de toekomst van de behandeling?

Waar ben je het meest bang voor als het gaat om behandeling?

Wat vind je van je behandelaar?

Wat zou je nodig hebben voor een succesvolle behandeling in de toekomst?

Afsluitende vragen mits van toepassing

- GHB wordt vaak negatief gelabeld, is dat terecht?

- Zou je GHB aanbevelen bij anderen?

