

# OUDEREN\* EN VERSLAVING

## HANDREIKING BIJ HET CGT-PROTOCOL VOOR MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

### PREVALENTIE VERSLAVING BIJ OUDEREN

Alcohol is het meest gebruikte middel bij ouderen in Nederland. Ook in de verslavingszorg is dat het geval. Dat ook opiaatverslaving in de zorg veel voorkomt is een gevolg van een sterk vergrijzende al jaren ingeschreven cliëntenpopulatie. Ouderen gebruiken daarnaast vooral benzodiazepinen, zonder dat zich dat vertaalt in grote aantallen in de zorg. Bij gokken en cannabis zijn in de zorg de meeste nieuwkomers te vinden onder de 55-plussers (in absolute zin is hun aantal beperkt). In deze factsheet ligt de nadruk op alcohol.

### EARLY-ONSET EN LATE-ONSET DRINKERS

Ouderen die al vroegtijdig problematisch alcoholgebruik vertonen noemt men early-onset drinkers. Deze categorie is, in vergelijking met late-onset drinkers, vaker van woonplaats veranderd, heeft relatief vaker een intoxicatie gehad, is bekend met ernstigere vormen van angst, depressie en persoonlijkheidsproblematiek, heeft veelal een lagere sociaaleconomische status en is erfelijk belast of heeft een familiegeschiedenis gekenmerkt door drank. Dat zijn zij die meestal ten gevolge van ingrijpende gebeurtenissen (pensioering, rolverlies, verhuizing naar verzorgingstehuis/kleiner wonen, trauma's of verlies van naasten) dan wel lichamelijke kwalen, verveling en slaapproblemen zijn gaan drinken. Ook babyboomers behoren naar verhouding meer tot deze categorie drinkers, gewend als deze generatie is aan een groeiende drinkcultuur ten gevolge van gestegen welvaart en meer vrije tijd. In het algemeen hebben late-onset drinkers een betere prognose op herstel.

### RISICO'S EN AANDACHTSPUNTEN BIJ DE BEHANDELING VAN OUDEREN

#### Lichamelijk

Ouderen hebben een hogere kwetsbaarheid voor alcohol. Dit komt o.a. door afname lichaamsvocht, relatieve toename vet, verminderde werking van lever (ook door polyfarmacie), nieren en functies centraal zenuwstelsel. Gevolgen zijn hogere bloedspiegels, een lagere tolerantie, intoxicatie en orgaanschade.

Ouderen zijn vanwege met de leeftijd samenhangende gezondheidsproblemen grootgebruikers van medicijnen, waarvan vele niet samengaan met alcohol, zeker niet bij het gebruik van meerdere geneesmiddelen. Bekend is de versuffende werking van alcohol op slaap- en kalmeringsmiddelen en de remmende werking op antidepressiva en antibiotica. Extra aandachtspunt is roken en minder fysieke activiteit, gezien de negatieve invloed hiervan op diabetes, bloeddruk, cholesterolgehalte en gewicht. In het kader van (het inrichten van) een behandeling is van belang een inschatting van de mate van mobiliteit en een mogelijke mindere motoriek.

#### Psychisch/sociaal

Er is sprake van veel 'stille' problematiek. Psychische problematiek (angststoornissen, dementie en depressie) en overmatig alcoholgebruik versterken elkaar en compliceren naarmate de comorbiditeit langer duurt. Daarnaast komt veel eenzaamheid voor: emotionele eenzaamheid (afwezigheid intieme relatie/band), sociale eenzaamheid (gemis betekenisvolle relaties met een peer-groep) en existentiële eenzaamheid (afwezigheid zinvol leven en gevoel van betekenisvol zijn).

#### Cognitief

Vaak is er sprake van vermindering van (werk)geheugen, snelheid van denken, concentratie, alertheid en aandacht. Een en ander kan ook het gevolg zijn van slechter horen en zien. Ook dient rekening gehouden te worden met verminderde lees- en schrijfvaardigheid, belangrijk in verband met huiswerkopdrachten.

\* Onder ouderen worden in deze factsheet verstaan 55-plussers, hoewel de nadruk ligt op 60-plus.

## VOORBEREIDING VAN DE BEHANDELING

### Intake

Naast de MATE worden aanbevolen voor een intake:

- een cognitieve screening (voorbeelden: MoCA en MMSE)
- een lichamelijk onderzoek (Swolfs, Boerkoel & Rijders, 2011)
- een laboratoriumonderzoek (idem, 2011)
- een medicatiereview (volgens KNMP-richtlijn medicatiebeoordeling)

Het is van groot belang dat tijdens de intake duidelijk wordt of de cliënt:

- kan lezen en schrijven (of iemand heeft die daar ondersteuning bij kan bieden)
- cognitief voldoende in staat is deel te nemen aan de behandeling
- bereid is en in staat is om door zelfcontrole te minderen of te stoppen ofwel enige motivatie heeft om te stoppen (kan bijv. ook duidelijk worden aan de hand van eerst een Moti 55-plus). Is dit niet aan de orde, dan is motiverende gespreksvoering een alternatief.

Een deel van de intake/voorbereiding voor behandeling kan indien mogelijk bij de cliënt thuis gebeuren om te toetsen of genoemde punten een ongestoorde uitvoering van de CGT kunnen belemmeren. Het is nuttig om partner, familielid, kennis of mantelzorger hierbij te betrekken. Dan kan ook een afspraak worden gemaakt voor deelname als steunverlener aan de sessie met een relevante ander.

### Op basis van de resultaten van de intake/voorbereiding besluiten tot CGT-route of niet

Bij een CGT-route:

Altijd een of meerdere nul-sessies aanbieden om de training goed uit te leggen, eventueel met een vorm van psycho-educatie door de CGT-trainer zelf (ook om vertrouwen te wekken).

### Uitvoering CGT

- 1 flexibel omgaan met het tijdsschema
- 2 in plaats van 45 minuten 60 minuten of meer inplanen. Neem de tijd, ouderen leren trager
- 3 eventueel een sessie later nog een keer behandelen
- 4 creatief zijn met het maken van huiswerk, dit is een groot obstakel voor deze cliënten
- 5 maak desgewenst gebruik vanaf de eerste bijeenkomst van een steunfiguur, m.n. voor huiswerk
- 6 waar nodig sessies over meerdere bijeenkomsten spreiden
- 7 niet alle ouderen zijn mobiel, daarom kan het wenselijk zijn de training thuis aan te bieden
- 8 gezien de verminderde mogelijkheden is het voor ouderen lastiger om gemotiveerd te zijn tot gedragsverandering. Mogelijkheden op het gebied van zingeving verdienen de aandacht.

### BUITEN KADER CGT

- ruime aandacht voor depressie- en angststoornissen en voor eenzaamheidsproblematiek
- ruim aandacht voor uitwisseling, delen van levensverhalen en aandacht voor groepsdynamische processen
- aandacht voor verbetering lichamelijke gezondheid
- CBM-trainingen, EMDR, dramatherapie, slaaptherapie, etc.

Worden de doelen van CGT niet gehaald of is er voor CGT geen indicatie, biedt dan een alternatief aan: individuele begeleiding of groepsprogramma's als *Fris Verder* (o.a. bij Parnassia, VNN, Jellinek), een uitgebreide, op CGT gebaseerde training (o.a. GGZ Breburg) of nieuwe groepsprogramma's met inzet van ervaringsdeskundigen (bijv. bij Dijk en Duin/Brijder of Novadic-Kentron).

Gebaseerd op:

*R.H.L.M. Bovens (2018), Addendum Ouderen en verslaving. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort*