

Webinar World Tapering Day

Psychische ondersteuning bij het afbouwen van psychoactieve medicatie, o.a. antidepressiva: wat helpt en wat helpt niet?

door Dr. Anne Guy (PsychD)

Hallo, mijn naam is Anne Guy en ik ga vandaag met jullie praten over wat helpt en wat kan hinderen als je psychotherapeutische steun biedt aan iemand die gaat stoppen met psychiatrische medicijnen.

Laten we beginnen met te vertellen wie er achter de Guidance zit. Het is een overwegend Brits initiatief wat betreft inhoud en auteurs. Het werd mogelijk gemaakt door de All Party Parliamentary Group for Prescribed Drug Dependence.

Zelf ben ik secretaris-coördinator van die groep. Wij hebben de meest toonaangevende beroepsorganisaties voor psychotherapeuten in het Verenigd Koninkrijk benaderd en zij wilden deelnemen en ook bijdragen, zowel met kennis als financieel, aan de Guidance omdat ze vonden dat hun leden deze informatie nodig hebben.

The Council for Evidence Based Psychiatry (CEP) is ook betrokken bij het ontwikkelen van deze richtlijn. Ik zelf zit ook in deze raad, evenals James Davies en Luke Montague. Wij hebben het project geleid. Veel van de schrijvers van de Guidance zijn eveneens lid van de CEP en die heeft ook het auteursrecht van de Guidance.

We hebben ook ondersteuning ontvangen van de National Counselling Society, het International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal, IIPDW waar velen van jullie van gehoord zullen hebben en een steungroep voor patiënten in Engeland genaamd Let's Talk Withdrawal.

De redactie bestaat uit mijzelf, James en Professor Rosemary Risk. Het bewijs over de effecten van de medicatie werd samengesteld door Joanna Moncrieff en Tom Stockmann en de Implications for Practise Withdrawal.

We vroegen de meest toonaangevende mensen in de psychotherapie om deel te nemen, waaronder ook Professor Tim Bond, een zeer toonaangevende opinieleider op het gebied van ethisch werken in therapie. We hadden het voorrecht om een aantal ervaringsdeskundigen in de groep te hebben. Zij hebben geholpen bij het bepalen van de inhoud en het vormgeven daarvan, en ook mede nagedacht over wat de implicaties zijn van het werken met deze informatie in de praktijk.

Dus bewijs over afbouwen en hoe dat te ondersteunen.

Professor John Reed, James, ikzelf en Baylissa Frederick, van wie jullie misschien gehoord hebben. We zijn erg dankbaar dat we mogen putten uit haar jarenlange en zeer waardevolle ervaring. Dus hier ga ik vandaag over praten. Natuurlijk ben ik me ervan bewust dat de Guidance specifiek is samengesteld voor psychotherapeuten. Voor hen is het geschreven en daar ga ik niet geheimzinnig over doen. Maar veel van deze informatie is ook relevant voor anderen die iemand ondersteunen die gaat stoppen met psychiatrische medicatie.

Ik zal proberen aan te geven wanneer de informatie specifiek voor therapeuten is, maar het spreekt waarschijnlijk voor zich. Ik denk dat de meesten van jullie al veel over dit onderwerp weten, maar ik ga beginnen met het beschrijven van de kaders waaruit ik werk.

Dus: Wat is ontwenning? Wanneer doet het zich voor? Hoe vaak komt het voor? Hoe lang kan het duren? Wat zijn de symptomen? Waaraan kunnen we het herkennen? Hoe goed wordt ontwenning begrepen? Ik sta even stil bij de drie stappen van ondersteuning. En ook: Hoe integreren we dit in onze praktijk, in ons werk? Hoe kun je je als psychotherapeut voorbereiden? En hoe integreren we dit in de manier waarop we werken? En tot slot hoop ik dat jullie willen helpen meer bekendheid te genereren aan de Guidance.

Laten we beginnen met wat definities. Afhankelijkheid van een middel. In deze context ben ik geneigd om het woord 'drug' te gebruiken, naar het

voorbeeld van Joanna Moncrieff, om te benadrukken dat deze medicijnen niet werken op een bepaald ziektebeeld. Ze werken dus niet als een medicijn. In de Guidance hebben we er daarom voor gekozen het woord drug of drugs te gebruiken.

Wanneer iemand dit middel, deze drug, gebruikt, of het nu op doktersrecept is of niet, ziet het lichaam het als een vreemde stof en probeert de effecten ervan tegen te gaan door zich eraan aan te passen. Het lichaam wordt afhankelijk van het middel. Na verloop van tijd kunnen er hogere doses nodig zijn om hetzelfde effect te bereiken. Uiteindelijk bouwt het lichaam een tolerantie op. Dit is iets heel anders dan verslaving, want verslaving is een afhankelijkheid waarbij een dwangmatige neiging bestaat om het middel op te zoeken en te gebruiken, ondanks de gevolgen. Het is heel belangrijk dat we goed begrijpen wat het verschil is tussen afhankelijkheid en verslaving omdat ze zeer, zeer verschillend zijn in zowel persoonlijke ervaring als ook hoe we dan met iemand omgaan. Ontwenning dus.

Als je stopt met een middel, worden de aanpassingen in het lichaam niet langer tegengewerkt door de aanwezigheid van het middel. En dat kan leiden tot onaangename prikkels die ontwenning worden genoemd. De term ontwenning verwijst zowel naar het proces van het afbouwen als de reacties op het stoppen of afbouwen.

Wanneer kan ontwenning optreden? Heel duidelijk wanneer iemand abrupt stopt met een middel; dan wordt dat vaak aangeduid als "cold turkey". Dan hoor je bijvoorbeeld van de cliënt: "Ik probeerde te stoppen maar ik voelde me zo ontzettend slecht, dus ik ben de medicatie weer gaan gebruiken".

Dat soort dingen hoor je, als therapeut. Wat je ook hoort: "Ik merk het duidelijk als ik een dosis mis, ik heb die medicatie echt nodig". Alweer, mensen begrijpen niet echt wat dat inhoudt. Het gebeurt zelfs dat mensen tussen twee slikmomenten ontwenningverschijnselen ervaren.

Wanneer mensen overstappen naar een ander middel is dat meestal omdat ze teveel last hebben van bijwerkingen. Dan gaan ze naar hun arts en krijgen een andere middel. Dat overstappen kan op verschillende momenten gebeuren, bijvoorbeeld wanneer iemand wordt opgenomen, of iemand krijgt

een nieuwe arts. Op zo'n moment kan de medicatie worden herzien, gestopt of gestart. Maar dit komt minder vaak voor. Sommige mensen merken het zelfs als ze van merk veranderen van hetzelfde medicijn.

Hoe vaak komt ontwenning voor? De meest recente onderzoeken tonen aan dat minstens de helft van de mensen last heeft van ontwenningssverschijnselen als ze proberen antidepressiva af te bouwen en de helft daarvan krijgt last van ernstige klachten. Ik heb wat referenties opgenomen aan het einde van mijn dia's en die zijn straks, aan het einde van het webinar, ook beschikbaar.

Hoe lang kan ontwenning duren? Tja, het is heel apart, maar wat je leest is dat het van twee weken tot een paar maanden tot zelfs jaren kan duren. Natuurlijk kunnen ontwenningssverschijnselen ook optreden binnen enkele uren na het stoppen van de medicatie, maar hoe lang ze precies aanwezig blijven blijft onduidelijk. Soms treden die verschijnselen op in golven, dan zijn er momenten dat het beter gaat, maar ze kunnen ook weer terugkomen. En dat heeft weer alles te maken met welk afbouwschema er gehanteerd wordt. Wanneer je de dosering verlaagt dan ontstaan er ontwenningssverschijnselen, maar het is heel individueel proces.

Hoe ziet ontwenning eruit? En nog belangrijker, als je het hebt over psychotherapie, wat zeggen mensen erover? De meest veelvoorkomende ontwenningssverschijnselen zijn overmatig zweten, misselijkheid, duizeligheid, darmkrampen, griepachtige symptomen, angst, agitatie, slapeloosheid. En als psychotherapeut hoor je ook andere, bekende verschijnselen zoals stemmingswisselingen, tintelingen, het gevoel hebben onder stroom te staan, een vergroot risico op epilepsie, paniekaanvallen, geheugenproblemen, hallucinaties, waanbeelden en nachtmerries. In de Guidance voor psychotherapeuten is een lijst opgenomen met de meest voorkomende ontwenningssverschijnselen.

De lijst van alle klachten die zijn gemeld is erg lang is en is ingedeeld per medicatieklasse. In de lijst proberen we onderscheid te maken tussen de gevolgen van het gebruik van de medicatie en de verschijnselen die optreden bij het stoppen.

Hoe goed wordt ontwenning begrepen. We weten inmiddels dat ontwenningverschijnselen worden veroorzaakt door het wegnemen van de medicatie uit het lichaam. Maar die verschijnselen worden vaak verkeerd geïnterpreteerd en beschouwd als teken dat het oorspronkelijke probleem, lichamenlijk of geestelijk, weer terugkomt. Dat wordt een terugval genoemd, of een nieuw probleem. Alweer, lichamenlijk of geestelijk. Wanneer mensen gaan afbouwen, komt het helaas vaak voor dat men allerlei onderzoeken moet ondergaan, onnodige onderzoeken naar allerlei klachten om te zien waardoor die veroorzaakt worden. Terwijl ondertussen de meest waarschijnlijke oorzaak buiten beschouwing wordt gelaten.

Dit betekent voor die mensen die deze onderzoeken moeten ondergaan een zware belasting en het geeft veel angst, terwijl die onderzoeken waarschijnlijk helemaal niet nodig zijn, en het kost natuurlijk ook veel geld. Maar ik vind het lijden dat deze mensen ervaren veel zorgwekkender.

Wanneer iemand medicatie gaat afbouwen, moet je ervan uitgaan dat iedere nieuwe klacht, reactie daarmee verband houdt.

We gaan het hebben over hoe we mensen kunnen helpen inzicht te krijgen in hun gebruikelijke scala aan emoties, en hoe ze gevoelens die samenhangen met het afbouwen kunnen herkennen.

Een belangrijk punt is dat de oorzaak van ontwenningverschijnselen altijd moeten worden gezocht bij het middel en niet bij de persoon. Een zeer belangrijke boodschap van de Guidance is dat we lichamenlijke verschijnselen niet moeten psychologiseren. Ontzettend veel mensen zijn het vertrouwen in hun arts kwijtgeraakt omdat die ervan uitgaat dat de afbouwverschijnselen voortkomen uit hen als persoon.

Misschien hebben ze inderdaad een ingewikkelde voorgeschiedenis, misschien iets met psychiatrie. Maar vervolgens worden ze de rest van hun leven door die bril bekeken.

Terwijl men eigenlijk moet kijken naar het bredere plaatje, namelijk, dat die ontwenningverschijnselen te maken hebben met de medicatie die ze van hun arts voorgeschreven hebben gekregen.

Waarom moeten psychotherapeuten verstand hebben van psychiatrische medicatie? Dat lijkt misschien vanzelfsprekend, maar in het verleden werd er in de opleiding in Engeland altijd gezegd dat psychotherapeuten niets hoefden te weten over psychiatrische medicatie en er zelfs niet eens over mochten praten, omdat het buiten hun bevoegdheid lag. Zouden ze er wel over praten, dan zou het kunnen zijn dat ze andere artsen op de tenen zouden trappen.

Maar intussen weten we uit onze Public Health England Review, die werd gepubliceerd in 2019, dat 25% van de Engelse volwassen bevolking psychiatrische medicatie voorgeschreven kreeg. En het cijfer is sindsdien alleen maar gestegen. Uit een onderzoek onder therapeuten in 2018 bleek dat meer dan 96% van de therapeuten die reageerden op de enquête tenminste één cliënt hadden die deze medicatie gebruikte. Ik denk dat dat ook onvermijdelijk is, gezien het werk dat we doen en de frequentie waarmee deze middelen worden voorgeschreven.

Een andere reden waarom we kennis nodig hebben over psychiatrische medicatie is dat het gebruik van deze middelen - die ook door heel veel therapeuten zelf wordt gebruikt - het therapeutische proces op verschillende manieren kan beïnvloeden. Ik ga daar vandaag niet in detail op in, maar de Guidance gaat dieper in op hoe het gebruik van psychiatrische drugs de therapie kan beïnvloeden.

Vroeger, tijdens onze opleiding, en ik zeg 'onze' omdat het bij mij op de opleiding zo was, leerden we dat we dit onderwerp moesten vermijden. Maar wij wilden juist dat psychotherapeuten toestemming zouden krijgen om over medicatie te praten. Eigenlijk vonden we dat we niet eens toestemming zouden moeten vragen. Wij waren van mening dat, als dat zinnig was in de context, je juist er wel over moest praten met je cliënt. Het is immers ook een onderdeel van onze verantwoordelijkheid naar de cliënten toe.

Want wij verkeren in een unieke positie om signalen op te pikken van mensen problemen hebben met afbouwen. Als we daar dan geen verstand van hebben, er niet voor zijn opgeleid, dan zou dat ongewild schade kunnen veroorzaken en dat wil je niet.

Dus deze specifieke groep cliënten, en ik gebruik het woord cliënt, ik weet dat sommigen van jullie het woord patiënt gebruiken, maar deze mensen gebruiken geen drugs en dat vind ik een groot verschil. Het gaat terug naar het onderscheid tussen lichamelijke afhankelijkheid en verslaving. Ze hebben medicatie gebruikt die hen is voorgeschreven en daar zijn ze afhankelijk van geworden.

Problemen met verslaving aan medicatie op doktersrecept wordt veel te weinig erkend. En dat is nog een understatement. Ontwenningreacties worden vaak, zoals we al hebben opgemerkt, niet (h)erkend door de voorschrijvers.

In plaats daarvan wordt het vaak verward met terugval. En helaas beginnen mensen vaak weer opnieuw met de medicatie, zo van, ja, ik probeerde te stoppen maar ik ging me echt ontzettend slecht voelen, dus nu moet ik het voor de rest van mijn leven gebruiken. Sommige mensen krijgen dat heel specifiek zo te horen. Deze cliënten en hun behoefte aan psychische ondersteuning en specialistische hulp hebben nog nooit enige erkenning gekregen.

Een belangrijk onderdeel van de opdracht van de All Party Parliamentary Group for Prescribed Drug Dependence was dat we moesten proberen invloed uit te oefenen op hoe de zorg wordt ingericht, en hoe we mensen in dit proces gaan ondersteunen.

In de Guidance maken we onderscheid tussen het geven van informatie en het geven van advies en ik vind dat enorm bevrijdend. Gewoonlijk geeft een therapeut geen advies, maar het is wel goed om het verschil te benoemen in de context van medische informatie en medische advies. Want door zo'n strikte scheiding aan te brengen kan er een soort risicomijdend gedrag optreden, zo van "zeg gewoon niets" en daarom willen we heel duidelijk zijn over de grens tussen wat je ook kunt zeggen en wat je moet vermijden, zodat we de gelegenheid hebben om informatie te delen wanneer hij afkomstig is uit een betrouwbare bron. Het delen van informatie onder elkaar, onder vrienden en familie, is een menselijke gewoonte.

We hebben het hier natuurlijk over de specifieke context van therapie, psycho-educatie, noem het wat je wilt, informatie delen, ook goed, het bespreken van informatie die mensen kan helpen te begrijpen wat ze ervaren.

Nogmaals, een deel van ons werk als therapeuten is te kijken naar hoe mensen reageren op moeilijke omstandigheden, hoe ze zich aanpassen en hoe die aanpassingen hun leven beïnvloeden. Dit is een variant daarop. Wij kunnen een ander perspectief bieden, ruimte creëren voor verschillende keuzemogelijkheden, Dat is een belangrijk onderdeel van elk therapeutisch gesprek.

Dus wat we niet doen: we stellen geen diagnose, we schrijven geen medicijnen voor, we geven geen advies over dosering en frequentie. Wat we wel doen: we geven wel algemene informatie over de principes van veilig afbouwen. Maar dus geen persoonlijk advies over dosering en frequentie of over hoe mensen moeten afbouwen.

Ik ben al een aantal jaren werkzaam op dit gebied en het is al bijna onvermijdelijk geworden dat ik cliënten krijg die mij specifiek opzoeken om te praten over hun ervaringen met afbouwen. Ik zeg altijd heel duidelijk dat ik geen arts ben, ik heb een doctorstitel, maar ik ben geen arts. Ik kan dus geen medische informatie geven. Maar met mijn cliënt bespreek ik wie die informatie wel kan geven.

Waar kun je die informatie vinden? Wat zijn betrouwbare bronnen? Dus, het delen van informatie over medicatie: we kunnen de beschikbaarheid van bepaalde informatie benoemen en mensen doorverwijzen naar betrouwbare bronnen.

Je kunt informatie doorgeven die je zelf vindt in die bronnen. Het komt neer op het aanmoedigen van het eigen initiatief van de cliënt, hun vermogen om zelf te beslissen, informatie te bestuderen zodat ze beter het gesprek kunnen aangaan met hun arts en weloverwogen beslissingen kunnen nemen.

Laten we eens kijken naar de drie fasen van ondersteuning die ik noemde. En ik ga hier wat langer bij stilstaan, want hiermee kunnen we onze cliënten helpen.

Fase één is de voorbereiding. Fase twee gaat over wat kunnen we doen tijdens het afbouwen. En fase drie, niet zo verrassend, wat gebeurt er daarna.

We hebben niet altijd de luxe dat we onze cliënten al kennen voordat ze beginnen aan hun afbouwtraject. Dus dan moeten we misschien teruggrijpen naar dingen die we eerder hebben besproken, bij de voorbereiding. Ook als de cliënt al begonnen is met afbouwen, of wanneer je hem of haar voor het eerst ziet.

Dus, niet verrassend, je gaat kijken in hoeverre iemand bereid is om een afbouwtraject in te stappen, wat men weet over de medicatie die wordt gebruikt, en wat hun standpunt is ten opzichte van het afbouwen.

Het is belangrijk om er achter te komen hoe mensen denken dat hun medicatie werkt. Welke voordelen, welke bijwerking schrijven ze toe aan hun medicatie, wat is hun persoonlijke ervaring ermee? Heeft de medicatie gewerkt? Of zat het ze juist in de weg? Het is echt belangrijk om dat te weten want dit gaat onvermijdelijk een stempel drukken op hun afbouwtraject.

Het is belangrijk dat mensen ook een evenwichtig beeld hebben, dat men niet zwart-wit denkt, zo van, alle medicatie is slecht, of medicatie is juist heel goed. Het is heel persoonlijk, het hangt af van de medicatie en het hangt af van de persoon.

Het is ook belangrijk om te noemen dat de Guidance niet tegen het gebruik van medicatie is; er staat nergens dat het niet gebruikt zou mogen worden. Maar alleen in zeer specifieke gevallen - en die zijn veel zeldzamer dan men ons nu wil doen geloven.

Het is ook heel belangrijk om te praten over de ervaringen die mensen hadden tijdens eerdere afbouw of stoppogingen.

Ik denk dat dit universele punten zijn, ongeacht je relatie met de cliënt of welk vak je precies uitoefent. Je moet iemands eerdere ervaringen kennen, weten

waar ze bang voor zijn, wat ze eerder hebben meegemaakt, hoe ze reageerden, of ze überhaupt reageerden. Misschien reageerden ze ook helemaal niet, waren zich niet bewust dat er iets zou kunnen gebeuren.

Het is belangrijk om de angsten die bij mensen leven te begrijpen, de angst voor het afbouwtraject, de angst voor wat hun misschien te wachten staat, de angst voor hoe vrienden en familie zullen reageren als ze horen dat de medicatie afgebouwd wordt, en ook de angst van, wie ben ik eigenlijk zonder deze medicatie? Als mensen de medicatie jaren en jaren gebruikt hebben staan ze straks misschien voor het eerst van hun volwassen leven niet onder de invloed van medicatie. Dat kan heel indringend zijn.

Het is dus belangrijk dat je de specifieke persoonlijke omstandigheden van je cliënt kent. We hebben het al gehad over het aanreiken van relevante informatie en vooral ook het belang van langzaam afbouwen en, ook belangrijk, wie gaat het afbouwtraject begeleiden? Hoe is je relatie met je arts, huisarts? Helaas zijn er heel veel mensen die een hele slechte relatie met een huisarts hebben en het gevoel hebben dat ze buiten het zorgsysteem staan. Deze mensen zijn heel voorzichtig met ieder contact met de zorg, omdat ze bang zijn om gedwongen te worden tegen hun wil medicatie te gebruiken.

Dus het bespreken van hoe ontwenningverschijnselen zich kunnen manifesteren is heel belangrijk. We hebben het al gehad over informatie over de ontwenningverschijnselen en over begeleiding. Het is niet de bedoeling om mensen angst aan te jagen. Het is bedoeld om mensen te helpen begrijpen wat er mogelijk kan gebeuren, het bespreken van het verschil tussen een terugval en ontwenning en ook het samen beslissen van hoe je het gaat aanpakken.

Hier komt heel veel bij kijken, want je moet hun hele emotionele scala bekijken, begrijpen, van zowel de periode voor dat ze met de medicatie begonnen als daarna. Hoe voelde ik me voordat ik de medicatie ging gebruiken? Hoe hebben de medicijnen mij veranderd?

En als ze de medicatie al jaren gebruiken, onder ogen zien dat ze misschien niet goed weten wat hun eigen 'normaal' is, zonder medicijnen, omdat ze het

zo lang niet ervaren hebben.

Je gaat dus de situatie in kaart brengen zoals die eruit ziet op het moment dat mensen gaan afbouwen, zodat je bepaalde reacties beter kunt herkennen als zijnde ontwenningverschijnselen, in plaats van een terugkeer van de oorspronkelijke klacht, of een manifestatie van wie de cliënt zelf is. Het is belangrijk om te kijken naar het punt van aanvang, zodat je ziet welke nieuwe reacties zich voordoen, en of die meer intens zijn.

Met de cliënt spreek je af dat jij als behandelaar niet op elke reactie zult reageren alsof het over de cliënt persoonlijk gaat, over de cliënt zelf. Waar je dan vanuit moet gaan, daar komen we straks op.

Oké, dus verder over hoe we iemand kunnen helpen zich voor te bereiden. Dat voorbereiden doe je dus eigenlijk samen, want als je iemand vergezeld tijdens het afbouwtraject, is dat een klus die je samen aanpakt.

Het is net zoiets als de voorbereiding van een lange wandeling, dat je zorgt dat je de juiste uitrusting hebt, de juiste kleding en dat je alles bij je hebt wat je nodig hebt.

En nu komen we op het volgende punt, namelijk het aanstippen van netwerken die ondersteuning kunnen bieden, en dan heb ik het over het eigen netwerk van de cliënt, hun vrienden en familie; wie kan steun bieden, wie zal kritisch zijn, wie gaat zich opstellen als stoorzender. En natuurlijk het professionele netwerk. Dat is niet alleen de voorschrijver, maar ook jij als therapeut, of in welke hoedanigheid dan ook dat je iemand ondersteunt.

Het kan gaan over wie er beschikbaar is, misschien dat de cliënt geen contact heeft met een zorgverlener, maar het gaat erom dat er iemand beschikbaar is wanneer het echt nodig is.

Heel belangrijk is ook het ondersteuningsnetwerk op internet, de peer to peer online groepen, die zijn ontstaan als directe reactie op het gebrek aan erkenning en hulp vanuit de gezondheidszorg, die over de hele wereld tekortschiet.

Sommige van deze ondersteuningsnetwerken zijn fantastisch. Maar het is ook verstandig om samen met je cliënt te kijken waar men dichterbij huis terecht kan. Zodat ze dat niet hoeven uit te zoeken als ze midden in een moeilijke ontwenningfase zitten.

Niet iedereen houdt hiervan, maar je kunt ook het gebruik van een dagboek bespreken, of een logboek om bij te houden hoeveel er geminderd wordt en wat de reactie daarop is. Achterin in de Guidance staan enkele voorbeelden hiervan. Nogmaals, sommige mensen kunnen hier goed mee uit de voeten, anderen niet.

Het is ook heel nuttig om duidelijk te zijn over de mogelijkheid van extra behandelsessies of andere contacten als dat nodig is, duidelijkheid over de grenzen van wat je te bieden hebt en ook stil te staan bij de vraag: als jij niet beschikbaar bent, wie zou dat dan kunnen zijn, op dat moment?

Tijdens het afbouwen, hier hebben we het al over gehad, kun je helpen ontwenningverschijnselen te identificeren en te vertellen dat ze normaal zijn. De vinger aan de pols houden. Waar heeft je cliënt het meeste last van, is het anders dan eerdere ervaringen, hoe intens is zijn of haar afbouwervaring, welke zorgen leven er, welke eventuele angsten, zodat je die kan bespreken en er duiding aan geven. Gewoon even informeren.

Dat je kunt zien of bepaalde dingen terug te vinden zijn op het lijstje van veel voorkomende reacties. De aandacht die je eraan besteedt helpt al, aandacht voor de ervaring. Dat wijst er niet altijd op dat het een ontwenningreactie is, want die kunnen ook langere tijd na het afbouwen optreden. Maar als ze plaatsvinden rond de tijd van het afbouwen is dat meestal wel een indicatie.

Heel belangrijk is dat we onze cliënten ondersteunen, dat ze het recht hebben om beslissingen te nemen over hun eigen lichaam, hun eigen tempo te volgen, met als uitgangspunt natuurlijk medisch advies en de informatie waar je ze op attent hebt gemaakt. Hierbij houd je altijd het belang van de cliënt in het achterhoofd, en, speciaal voor psychotherapeuten, houdt in de gaten dat je misschien je behandeling even opschort en een tijdlang niets

doet met onderliggende psychische situaties wanneer het afbouwtraject erg zwaar is.

Wij moeten op dat moment in de ondersteuningstand staan, want als iemand bepaalde psychische reacties vertoont, weten we immers niet precies wat daarvan de oorzaak is. En we willen ook niet dat er nieuwe psychische klachten naar boven komen terwijl men in het afbouwproces zit. Je wilt dus eigenlijk dat de mensen zo stabiel mogelijk zijn. Dit is iets anders dan wat een psychotherapeut normaal gesproken doet.

In de Guidance worden een aantal dingen genoemd waarmee je kunt werken qua begeleiding, wat tips en links naar uitgebreidere informatie.

We hoeven niet alles te weten, we hoeven mensen geen mindfulness of yoga te leren maar we kunnen de cliënt wel helpen om uit te zoeken welke dingen zij bruikbaar vinden, waar ze informatie kunnen vinden, welke onderwerpen ze besproken hebben met lotgenoten en welke dingen wellicht in het verleden goed werkten.

Het is standaard therapie, samen kijken naar de mogelijkheden en het ondersteunen van de cliënt bij het nemen van beslissingen.

Boven alles, en ik denk dat iedere psychotherapeut dit snapt, is het onze relatie met de cliënt die wij hen bieden. Wij blijven steeds warme en aandachtvolle therapeutische ondersteuning bieden. We luisteren, geven erkenning, we vragen de cliënt ons te helpen hun ervaringen te begrijpen en we staan naast ze tijdens hun reis. En naarmate de afbouwreis vordert, helpen we hen zichzelf stapje voor stapje aan te passen aan hun nieuwe, medicatievrije zelf.

Wanneer mensen vele jaren medicatie hebben gebruikt, weten ze niet hoe het nieuwe leven er voor hen uit gaat zien, wat hun nieuwe normaal wordt. En het kan best lang duren voordat dat duidelijk is en voordat je kunt zeggen dat de afbouwperiode echt voorbij is.

Want na de laatste medicatie kan het ook zijn dat er op een later tijdstip ontwenningssverschijnselen optreden, soms is dat zelfs een hele tijd later. Dat

komt niet vaak voor, maar het gebeurt wel. Dus dit moet je in je achterhoofd houden. Afhankelijk van hoe de cliënt het afbouwen heeft ervaren en of men last heeft gehad van cognitieve problemen, kan het soms een tijdje duren voordat men weer voldoende zelfvertrouwen heeft om zelf beslissingen te nemen.

Je gaat samen met de cliënt evalueren hoe ze uit dat afbouwproces zijn gekomen, zodat je zeker weet dat hun doelen en hun eigen gedachten over hoe ze ervoor staan realistisch zijn en overwegen of men door wil gaan met de therapie. Wanneer het afbouwen als traumatisch ervaren is, moet je hier natuurlijk rekening mee houden bij verdere therapie.

Als het je gelukt is om een relatie met iemand op te bouwen en je hebt iemand inderdaad kunnen helpen bij de voorbereiding en het doorlopen van het afbouwproces, dan is het afbouwen hopelijk minder traumatisch geweest dan het had kunnen zijn. Maar het hangt natuurlijk af van de mate waarin ze last hebben gehad van het afbouwen. Reacties op het ontwennen kunnen nog enige tijd na het stoppen optreden en dat heel erg belangrijk om te weten, zowel voor ons, de therapeut als voor de cliënt.

Ik ga verder met wat algemene punten over hoe je omgaat met ontwenning in de praktijk. Elke interventie is altijd onderworpen aan het kader van de therapie, waarbij het belang van de cliënt voorop staat. En als je geen therapeut bent en je bent een arts of werkt in een andere context, dan is het onderworpen aan het kader van de organisatie waarin je werkt of je beroep. Je moet beslissen wat goed is voor jou en je praktijk, maar bespreek dat met de cliënt. En ik denk dat zoiets als dit onvermijdelijk een zeer persoonlijke en zeer contextuele interventie is.

Omdat wij als therapeuten vaak in een unieke positie zitten om mogelijke tekenen van afhankelijkheid en ontwenning te signaleren, is het essentieel dat we goed geïnformeerd zijn. Het heeft te maken met de verschillende niveaus van betrokkenheid waarvoor je kunt kiezen in je praktijk. Maar wees alert op de mogelijkheid van ontwenningverschijnselen; de wil om die te signaleren kan voor de cliënt heel veel lijden voorkomen of verminderen.

Over niveaus van betrokkenheid. Het is noodzakelijk om je eigen standpunten over psychiatrische medicatie goed te begrijpen. Je moet jezelf op de hoogte stellen van actuele informatie over afbouwen, jezelf informeren en je bewust worden van de mogelijkheden die er zijn. Begeleiden gaat over het samenbrengen van de best beschikbare huidige informatie over dit onderwerp.

Als je eenmaal inzicht hebt in je eigen overtuigingen en wat jij kunt bijdragen aan het onderwerp psychiatrische medicatie, en je hebt je informatie paraat en je begrijpt een beetje hoe ontwenning kan ontstaan en hoe het zich manifesteert, dan kun je op een veel dieper niveau met je cliënten communiceren over hoe de medicatie een stempel drukt op de manier waarop ze over zichzelf en hun wereld praten.

Je gaat dus een stap verder dan jezelf informeren; je gaat actiever luisteren want je bent je nu bewust van de mogelijkheid dat er ontwenningverschijnselen kunnen optreden. Voel je je in staat om die te signaleren? Kun je manieren vinden om voorzichtig de mogelijkheid te noemen dat bepaalde dingen misschien ontwenningverschijnselen zijn? Dat je dit benoemt als een mogelijkheid?

Dan kun je overgaan op het bespreken van informatie over hoe psychoactieve medicatie werkt, wat voor effecten het kan hebben, hoe je er veilig mee kunt stoppen, en hoe je daarbij belangrijke informatiebronnen kunt inzetten en wie weet, kun je de volgende stap zetten naar het ondersteunen van een cliënt tijdens het afbouwen van de medicatie. Als je de drie eerder genoemde stappen heb doorgewerkt is dat niet meer zo moeilijk.

Het gaat voornamelijk over kennis, informatie, begrijpen wat er aan de hand kan zijn en dat is precies wat de Guidance inhoudt.

Het begon ermee dat ik op zoek was naar een informatieblad. Ik dacht dat mijn beroepsorganisatie zoiets zou hebben. Toen bleek dat dat niet het geval was, stelde ik voor om zelf iets te maken.

Er is een korte versie van de Guidance en een lange, volledige versie; dat is genoeg om je in staat te stellen een cliënt te ondersteunen tijdens een

afbouwtraject. Zoals bij alles gaat het erom dat je vertrouwen krijgt in je vermogen om dat te doen. Maar als je het gewoon doet, krijg je dat vertrouwen vanzelf.

Een paar voorbeelden van klanten. Theoretisch natuurlijk.

“Mijn vriend zegt dat ik die pillen echt nodig hebt. Hij kan het merken als ik ze niet heb ingenomen.”

Ik heb inderdaad een keer iemand zoiets horen zeggen. Hoe kun je daarop reageren? Je zegt: Wat merkt hij dan? En als je dan luistert naar wat hij merkt, kun je voorzichtig vragen of de cliënt ooit heeft overwogen dat het gevolg van het niet nemen van de medicatie misschien een soort mini ontwenning is, in plaats van een onderliggend probleem, of een versie van jou. Het effect van het missen van een dosis of het stoppen met deze medicijnen wordt nu pas erkend.

Een zeer subtiele introductie van een alternatieve verklaring die gebaseerd is op bewijs dat een cliënt zou kunnen redden. Zo'n kleine uitwisseling kan iemands visie op zijn eigen ervaring volledig veranderen en betekenen dat wanneer de tijd is aangebroken dat het goed is om te overwegen om te stoppen, men zich al bewust is van de mogelijkheid.

Een ander voorbeeld zou kunnen zijn, tegen het einde van een therapeutisch behandeltraject. “Ik voel me zo veel beter, dat ik besloten heb om te stoppen met mijn medicatie”. Normaal ga je onderzoeken wat dat beter voelen inhoudt, hoe het voelt; je gaat heel voorzichtig te werk. Zo van, heb je een plan in gedachten om af te bouwen? Soms weten mensen niet dat het heel langzaam moet gaan om ontwenningreacties te voorkomen. Heb je dit al besproken met je voorschrijvend arts?

En dit is het antwoord dat je vaak krijgt; ik heb het zelf meer dan eens gehoord: “Ja, mijn arts stelt voor om de pillen om de dag te gaan slikken.” Nu, dit is waarom veel therapeuten bang zijn om dit soort gesprekken met cliënten te voeren, omdat ze bang zijn om een arts voor het hoofd te stoten. Dus hoe gaan we om met dit zeer, zeer veel voorkomende scenario?

Op zo'n moment zeg ik bijvoorbeeld, je weet dat ik geen arts ben en ik kan je geen medisch advies geven, maar ik kan je wel wat informatie aanreiken en er is bewijs dat om de dag slikken ontwenningsverschijnselen kan veroorzaken. En dat langzaam, gelijkmatig afbouwen meestal beter resultaat geeft. Ik kan je ook een paar links geven, bijvoorbeeld naar een hele goede informatiefolder die is gemaakt door het Royal College of Psychiatrists in samenwerking met Dr. Mark Horowitz, het heet Coming Off Antidepressants.

Dit is ideaal om mee te geven aan cliënten, zodat zij het kunnen aanbieden aan hun huisarts, want die bron is zeer betrouwbaar. En ik zeg, wat zou je er van vinden om naar je huisarts te gaan om dit nog eens te bespreken? Sommige mensen vinden dat heel moeilijk. Niet dat ze hun arts dan tegenspreken, maar ze zeggen dan eigenlijk, ik heb deze informatie ontdekt, zou ik u mogen vragen wat uw mening hierover is? Om de arts te vragen of hij misschien bepaalde kanttekeningen hierbij heeft kan enorm helpen om de relatie tussen arts en patiënt goed te houden en dat is belangrijk tijdens het afbouwtraject.

Hoe kun je dit toepassen in jouw praktijk? Besluit wat voor interventies je zou willen doen, uitgaande van jouw manier van werken en de setting. En dat is voor iedereen anders. Zo'n interventie, dat wil ik benadrukken, is geen richtlijn voor hoe de medicatie voorgeschreven moet worden, het is gewoon een richtlijn. Het is aan jou om te besluiten wat het beste is, altijd in de context van de therapie en de behoeften van je cliënt.

Het kan helpen om te kijken, wie is deze cliënt? Waar staat deze cliënt in relatie tot de psychiatrische medicatie? Weet ik welke medicatie gebruikt wordt? Moet er gekeken worden naar toezicht tijdens het afbouwen?

Als jij het gevoel hebt dat de medicatie de psychotherapie in de weg staat kun je overwegen om hier wat meer over te lezen. Het zal je niet verbazen dat er in de Guidance een lange lijst aanvullende informatie hierover te vinden is. Heel erg belangrijk, zeg tegen je cliënt dat je op de hoogte bent van de problematiek rondom afhankelijkheid van medicatie op doktersrecept en het afbouwen daarvan. Zit je in Groot-Brittannië en je bent lid van een

beroepsorganisatie en je hebt een profiel op de website, dan is er nu een vakje dat je kunt aanvinken, waarmee je aangeeft dat je op de hoogte bent van deze problematiek en dat maakt het voor cliënten makkelijker om jou te vinden.

Als je je informatie gaat updaten en je geeft aan dat je je bewust bent van deze problematiek, dan zou je kunnen overwegen om dit onderwerp aan te snijden in een supervisiegroep of een trainingsgroep, of bij collega's en het aan te merken als een CPD, Continuing Professional Development, zodat het verder uitgewerkt kan worden. We hebben verschillende video's van presentaties en trainingen die je kunt vinden op de website www.prescribeddrug.info

Ikzelf ben beschikbaar voor lezingen in Groot-Brittannië of online. Maar het is wel in het Engels. Je kunt contact met me opnemen via de website. Zou je alsjeblieft anderen attent willen maken op het bestaan van de Guidance? De Engelse versies zijn al meer dan 22.000 keer gedownload. Zowel de volledige als de korte Guidance kun je online bekijken en gratis downloaden. Bij PCCS kun je de volledige versie aanschaffen in boekvorm voor £ 6,90. De Guidance is vertaald in verschillende talen: in het Spaans de volledige versie, in het Italiaans de korte versie en er zijn verschillende andere vertalingen in de maak: in het Zweeds, Grieks en Japans. En als er toevallig iemand is die een vertaling zou willen maken, neem dan alsjeblieft contact met mij op via de website, wij horen heel graag van je. Er is aanvullend opleidingsmateriaal in ontwikkeling, speciaal gericht op artsen in opleiding en artsen die al afgestudeerd zijn in Groot Brittannië. Alle bronnen die ik heb genoemd en alle beschikbare trainingen/cursussen zijn gratis beschikbaar op de website www.prescribeddrug.info.

Als je vragen hebt, zal ik die graag beantwoorden in de Q&A. Hartelijk dank voor je aandacht.