

# Niks geen hersenziekte

Jaap van der Stel\*

Column

Als je wat langer meeloopt in de ggz en verslavingszorg herken je gemakkelijk enkele telkens terugkerende discussies. Alsof er niets verandert en er niets wordt geleerd. Dat is natuurlijk niet zo en er zijn telkens goede redenen waarom een eeuwige discussie weer wordt opge-rakeld. Al vele malen heb ik meegemaakt dat de term patiënt hoogno-dig moet worden ingeruild voor die van cliënt - instellingsbreed. Maar het gaat, met een iets andere weging van de eerder gebruikte argu-menten, na een paar jaar even gemakkelijk weer de andere kant op. Het golfpatroon blijft bestaan.

Toch zijn er goede redenen om, nu herstel zo centraal wordt gesteld, en daaronder veel meer dan alleen genezing of remissie van sympto-men wordt verstaan, voorzichtig te zijn met het gebruik van 'patiënt'. Herstel van psychische problemen (zoals verslaving) lukt zelden als de betrokkene daar niet heel aandachtig aan meewerkt, zichzelf als het ware 'op de agenda zet' en bereid is een zware reis te maken - vol hob-bels en kuilen. Anderen kunnen jou helpen bij het ontwikkelen van motivatie, een pil verstrekken als steun in de rug of een sociale steiger voor je bouwen waarlangs je omhoog kunt klauteren. En tegenwoor-dig betekent herstel ook dat je allerlei psychische functies zodanig kunt oefenen dat je competenter wordt om met je problemen om te gaan. Maar in alle gevallen is de persoon zelf de motor; de hulpverle-ner - om in de metafoor te blijven - speelt vooral de rol van startmotor. Omdat het woord patiënt verbonden is aan de westerse geneeskunde, waarin de arts de persoon reduceert tot een te behandelen stoornis en de patiënt ziet als de passieve 'drager' daarvan, heb ik altijd moeite met het woord. Zeker in de ggz en verslavingszorg. Dat artsen en psy-chiaters het gebruiken kan ik billijken - ze voeren immers *medische* handelingen uit. Maar als psychotherapeuten het over hun 'patiënten' hebben, vraag ik me telkens af of ze hun eigen vak wel begrepen heb-

\* Dr. J.C. van der Stel is lector ggz bij de Hogeschool Leiden en senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest. E-mail: jaapvanderstel@gmail.com.

ben. Psychotherapie gaat immers over zelfregulatie.

Een andere in de verslavingszorg telkens terugkerende discussie betreft de vraag of er bij verslaving sprake is van een ziekte, of - zoals al ruim tien jaar in de mode is - een *chronische hersenziekte*. Wie de geschiedenis een beetje kent, weet dat een medische benadering van het 'verslavingsvraagstuk' periodiek opduikt. In mijn proefschrift over de geschiedenis van de alcoholhulpverlening en drankbestrijding heb ik dat laten zien over een periode van vijfhonderd jaar. Bekend is natuurlijk het ziektemodel van alcoholisme van Elvin Morton Jellinek dat na de Tweede Wereldoorlog op veel steun kon rekenen, zeker ook in Nederland. Jellinek werd hierheen gehaald en in Amsterdam werd de eerste alcoholkliniek naar hem vernoemd. De man heeft later zijn medische insteek overigens gerelativeerd. Hij gaf toe dat het een tactiek was om in de 'echte' medische wereld serieus genomen te worden en zich te onderscheiden van de moraliserende drankbestrijders. Jellinek was trouwens geen arts, maar van oorsprong bioloog.

Kort voor de millenniumwisseling kreeg Alan I. Leshner, directeur van de NIDA (het belangrijkste instituut voor verslaving ter wereld), het voor elkaar iedereen het over een hersenziekte te laten hebben. 'Addiction is a brain disease, and it matters', kopte *Science* en deze uitspraak wordt tot de dag van vandaag herhaald in menige PowerPoint-presentatie. Leshner vatte samen wat in het decennium daarvoor duidelijk was geworden: dat er specifieke hersengebieden (zoals de nucleus accumbens) bij betrokken zijn en hersencircuits (zoals het beloningsstelsel). In Nederland bracht de Rotterdamse verslavingszorginstelling Bouman niet veel later een nota uit waarin opgeroepen werd tot een paradigmaverschuiving.

De geschiedenis herhaalde zich in zoverre dat ook Leshner later heeft toegegeven dat zijn uitspraak bedoeld was als onderdeel van een strategie, in het bijzonder de werving van onderzoeksgeld. Maar belangrijker is: klopte zijn uitspraak? En heeft het wat opgeleverd? Om met het laatste te beginnen: het inzicht in de wijze waarop middelen werken in de hersenen en er processen van afhankelijkheid ontstaan, en hoe er schade kan optreden door bepaalde middelen, is enorm toegenomen. Het onderzoeksgeld is goed besteed. Maar de vraag of verslaving een hersenziekte is, is daarmee niet beantwoord. Niet alleen omdat deze term iets arbitrairs in zich draagt en gebonden is aan culturele opvattingen en waarden, maar ook omdat het hoe dan ook een 'rare' hersenziekte is. Heel veel mensen lukt het namelijk zichzelf ervan te 'bevrijden'. Om te beginnen heeft de grootste groep voormalige rokers ooit, zonder noemenswaardige hulp, zelf iets 'tussen hun oren' veranderd.

Het zicht hierop is beperkt. De meeste kennis in de verslavingszorg komt voort uit de ervaring met cliënten - dat geeft een forse bias. Buiten beeld ontworstelen talloze mensen zichzelf van hun onhebbelijke gewoonten. Hersenonderzoek kan helpen verklaren waarom dat zo moeilijk is. Maar ook de onderzoekers hebben een bias: ze hebben stadiummodellen die meestal eindigen in chroniciteit en ellende. Veel minder, of misschien wel nooit, maken ze duidelijk hoe hersenprocessen verlopen bij mensen die zelf hersteld zijn van een ernstige verslaving. Zulke kennis kan er wellicht toe bijdragen dat we veel beter herstelprocessen - zowel binnen als buiten de verslavingszorg - kunnen ondersteunen.

Dat hersenen in het geding zijn, schade ondervinden als gevolg van middelengebruik en zich op niet functionele wijze daaraan aanpassen, is evident. En dit gaat gepaard met een ongunstige gedragsverandering. Maar het is vertekende kennis. Leshner en navolgers zijn, in weerwil van hun zeer interessante data, in wetenschappelijk opzicht eenzijdig en in moreel opzicht fatalistisch. Dat helpt niet.