

Psychologen en psychiaters in de verslavingszorg: 'apart together'?

Jaap van der Stel

Verslaving, 2 (2006), p. 13-15

Voor mij zijn de sociaal werkers de helden van de verslavingszorg, maar de dienst wordt uitgemaakt door academische beroepsgroepen, in het bijzonder psychologen en de psychiaters. Psychiaters waren vanaf het begin bij de verslavingszorg betrokken. De psychiater K.H. Bouman was in 1909 oprichter van het consultatiebureau in Amsterdam. Psychologen kwamen er pas in de jaren zeventig bij. Toch waren zij het die de verslavingszorg hebben opgekrikt tot het huidige niveau. Talloze behandelmodules die in het kader van het project Resultaten Scoren inmiddels tot het standaardrepertoire van de sector behoren, zouden er niet geweest zijn zonder de theoretische modellen van psychologen. Door psychiaters werden al die tijd zelden vernieuwende ideeën over verslaving en verslavingszorg ingebracht.

Ik wil geen partij kiezen voor de ene of de andere beroepsgroep. Liever spreek ik mijn verbazing erover uit dat deze twee disciplines in veel opzichten zo ver uit elkaar liggen. Psychiatrie en psychologie hebben een andere achtergrond. De psychiatrie komt voort en maakt deel uit van de geneeskunde. De psychologie heeft zich afgesplitst van de filosofie en is een vakwetenschap geworden. Daarbinnen heeft zich de klinische psychologie ontwikkeld, die goed beschouwd een vergelijkbare positie heeft als de psychiatrie in de geneeskunde. Waarom zijn ze apart? In ieder geval vanwege hun ontstaansachtergrond, én door de aparte denkvormen die de psychologie en de geneeskunde hebben voortgebracht en waarin ze hun vakgenoten trainen. Dit heeft ook verschillen in bevoegdheden met zich meegebracht.

De achtergrondkennis van psychiaters en psychologen verschilt. Psychiaters weten meer van het lichaam dan psychologen, terwijl psychologen meer kennis hebben van de sociale context. Toch is er meer dat hen bindt dan onderscheidt: de verslaafde persoon en zijn of haar hersenen, waarin de mechanismen van verslaving zich voltrekken en die verslavingsgedrag voortbrengen.

In de afgelopen honderd jaar zijn vele pogingen ondernomen om greep te krijgen op verslaving. De werking van psychoactieve stoffen op specifieke gebieden in de hersenen en de rol van de basale ganglia bij de vorming van gewoonten was tot voor kort heel beperkt. Gebrek aan kennis van de structuur en werking van de hersenen betrof alle psychische stoornissen. Psychiaters konden de hersenen schaamteloos de rug toekeren en zich inlaten met de wilde speculaties van Freud en de zijnen. Psychologen lieten de hersenen verdwijnen in een 'black box', namen alleen kennis van de stimuli die daarop werden losgelaten en registreerden de gedragsresponsen. Toen de behavioristen werden afgelost door de cognitivisten veranderde dat niets aan de toestand waarin 'brainless psychology' werd bedreven. Pas met de komst van de biologische psychologie is daar verandering in gekomen.

Inmiddels weten we dat de psychotherapeutische interventies van psychologen en de pillen van psychiaters van invloed zijn op goeddeels dezelfde subsystemen in de hersenen. Pillen doen dat grover - zetten soms de circuits die aandacht behoeven 'in een spalk' - waarna de psychotherapie een specifieke, duurzame hersteloperatie bewerkstelligt. Soms kunnen ze ook los van elkaar hetzelfde resultaat boeken. Volgens mij kunnen beide disciplines hun werk effectiever doen wanneer ze kennis nemen van dezelfde kennis over

de werking van de hersenen in verband met verslaving, zoals de mechanismen waardoor middelengebruik kan overgaan in (schadelijke en niet-functionele) gewoonten. Nauwe samenwerking tussen psychologen en psychiaters is noodzakelijk en, met de groeiende kennis in het vooruitzicht, onvermijdelijk.

Het is uit te leggen hoe het zo is gekomen dat psychiaters en psychologen hun eigen opleidingen, beroepsopvattingen, organisatievormen en rituelen hebben. Het is niet lastig te begrijpen waarom psychologen in hun gedrag en kennisbehoeften zo 'anders' zijn dan psychiaters. De jarenlange vorming in gescheiden circuits laat haar sporen na. De medische achtergrond geeft psychiaters bovendien 'meer te zeggen', ook al zijn veel psychologen via allerlei aanvullende opleidingen minstens zo goed opgeleid. Deze verschillen tonen de oppervlakte. Waar we behoefte aan hebben zijn brugconstructies die convergentie tussen psychiatrie en psychologie mogelijk maken - die de toestand van multidisciplinair werken doen overgaan in interdisciplinair werken.

Zowel voor psychologen als psychiaters geldt dat ze kennis moeten nemen van de specifieke eigenschappen en mechanismen van de hersenen (en van de stoornissen die daarin kunnen optreden). Eigenschappen en mechanismen die alleen goed onder woorden kunnen worden gebracht met behulp van een psychologisch begrippenapparaat. Door te 'tunen' naar het gedrag van hersencellen kom je niet veel te weten over het ontstaan en beloop van de mechanismen die bij verslaving betrokken zijn. Het omgekeerde geldt ook: door gebruik te maken van psychologische begrippen die geabstraheerd zijn van de hersenen, kom je niet veel verder dan beschrijvingen aan de oppervlakte, en zul je nooit kunnen verklaren hoe de hersenen de aan de oppervlakte gevonden verbanden hebben voortgebracht. Die kennis hebben we nodig om - met praten of pillen - meer effect te bereiken.

Maar er is nog wat: beide disciplines moeten ingebed zijn in de biologie maar ook in de sociale wetenschap. Mensen zijn biosociale systemen, en hun psyche (of zo men wil de werking van hun hersenen) speelt tussen hun biologische en sociologische bestaan de rol van intermediair.

Ik houd niet van gescheiden disciplines die zo dicht tegen elkaar aanliggen. Maar zal het veranderen? Binnenkort vindt overleg plaats over aanvullende opleidingen voor psychologen en psychiaters (en artsen) die werkzaam zijn in de verslavingszorg. Een kans om opleidingen op elkaar af te stemmen en op onderdelen met elkaar te integreren. Een paar argumenten vóór heb ik alvast gegeven. Misschien kunnen de sociaal werkers hierin een bemiddelende rol spelen.