

HET ZIEKTEBEGRIIP VAN VERSLAVING

Dr J.C. (Jaap) van der Stel
Senior onderzoeker
De Geestgronden, instelling voor geestelijke gezondheidszorg
Postbus 5, 2120 BA Bennebroek
j.vd.stel@geestgronden.nl
28-4-2004

Summary

This article is focused on three questions: (1) what is the origin of the concept of addiction? (2) is addiction a psychiatric disorder? and (3) is it plausible to speak about a brain disease?

The answer of the first question stresses the experiences in the Dutch history. The answer of the second question is based on the criteria of Wakefield for the determination of a psychiatric disorder. In that perspective addiction is a psychiatric disorder. The 'positive' answer of the third question is based on modern neuroscientific research. When addiction is really a psychiatric disorder respectively a brain disease this must have implications for the actual position of the addiction care as a separate sector as well as the actual – uninterested – attitude of the regular psychiatry to addiction and addicts.

INLEIDING

Een regelmatig terugkerend, maar nog lang niet afgesloten debat in de geestelijke gezondheidszorg richt zich op de vraag of verslaving wel of niet een psychiatrische stoornis en/of een hersenziekte is. De uitkomst van dit debat kan van invloed zijn op de organisatie en de inhoud van zorg aan verslaafden: voortgaan met een zelfstandige organisatie van de zorg of de integratie van de verslavingszorg in de psychiatrie.

Na een korte introductie van het thema ga ik op zoek naar het antwoord op drie vragen: (1) wat is de herkomst van het begrip verslaving? (2) is er sprake van een psychiatrische stoornis? en (3) is het aannemelijk dat er sprake is van een hersenziekte? In de beantwoording van de eerste vraag ligt het accent op de Nederlandse geschiedenis. De beantwoording van de tweede vraag gebeurt aan de hand van een door Wakefield ontwikkeld criterium. De beantwoording van de derde vraag gebeurt aan de hand van de uitkomsten van neurowetenschappelijk onderzoek. Aan het eind van dit artikel ga ik in op de implicaties van de 'positieve' beantwoording van de laatste twee vragen voor de positie van de verslavingszorg als aparte werksoort en de houding van de psychiatrie tegenover verslaving en verslaafden.

Verslaving is de meest ernstige consequentie van herhaald middelengebruik – een persistente toestand, waarin het dwangmatige gebruik aan de controle van de betrokkene is ontsnapt, ook als dit gepaard gaat met ernstige negatieve gevolgen. Over de vraag of verslaving een psychiatrische stoornis is en/of een hersenziekte zijn de meningen, óók in de psychiatrie, evenwel verdeeld. Kan een gedragsverschijnsel waaraan zelfgenomen beslissingen, te weten het gebruik maken van psychoactieve stoffen, als een stoornis of ziekte worden aangeduid?

Het verzet tegen de gedachte dat verslaving als een 'ziekte' of 'stoornis' zou kunnen worden gezien is groot; de overtuigingskracht van de argumenten van de voorstanders daarvan is blijkbaar nog niet sterk genoeg (Peele, 1998). De discussie over 'het ziektebegrip' van verslaving zowel een theoretische als een praktische dimensie: *theoretisch*, omdat het de essentie van het verschijnsel verslaving onder woorden brengt, en *praktisch*, omdat het een oriëntatie biedt op de strategische positie van de

verslavingszorg. Als verslaving een psychiatrische stoornis is, waarom is de verslavingszorg dan niet geïntegreerd in de psychiatrie en/of de gezondheidszorg?

Het is niet de bedoeling het ziektebegrip of –model van verslaving hier als superieur voor te stellen ten opzichte van andere concepten, zoals die met een sociaal-psychologische achtergrond. Modellen worden vaak in een onverzoenlijk discours ten opzichte van elkaar gepresenteerd. Het is volgens ons niet verstandig één denkmodel te verabsoluteren. Een model gaat pas 'werken' als er meerdere (alternatieve) modellen beschikbaar zijn. Ze kunnen elkaar bevruchten; pluriformiteit van de discussie is belangrijk. Uiteindelijk gaat het erom welk model het beste in staat is – op basis van een goede theorie over de werking van het systeem – voorspellingen te doen over het toekomstige gedrag ervan. Het is wenselijk dat er meerdere modellen beschikbaar zijn, die een competitie met elkaar aangaan.

Als een voorbeeld van een effectieve concurrentie wijzen we op de bijdrage van de psychologen aan de verslavingszorg. In de jaren zeventig werkten zij met behulp van theorieën over sociaal leren een visie uit over het totstandkomen van alcoholverslaving, en in het verlengde daarvan ontwikkelden ze nieuwe behandelstrategieën. Hun sociaal-psychologische model presenteerden ze als alternatief voor de toen gangbare medische benadering van alcoholisme van Jellinek (Schippers, 1981). Ze introduceerden programma's voor motivatieontwikkeling, zelfcontrole en terugvalpreventie die tot aantoonbaar betere behandelresultaten leidden. Verslaving duiden ze niet als ziekte maar in termen van aangeleerd gedrag. De competitie die de psychologen met de medici aangingen was uiterst vruchtbaar. Medici hadden weliswaar 'het laatste woord' in de verslavingszorg, maar beschikten nauwelijks over effectieve behandelstrategieën. Ze konden sinds de jaren vijftig slechts bogen op de introductie van het (overigens matig effectieve) middel Refusal (Antabus). Een aannemelijke fysiologische of neurobiologische verklaring van alcoholverslaving was er niet. De dominantie van hun model kwam doordat medici meer status en gezag hadden dan andere disciplines in de verslavingszorg.

Met de inbreng van de psychologen had het medische model niet voorgoed afgedaan. Op grond van het moderne neurobiologische onderzoek naar verslaving is het opnieuw in de belangstelling gekomen. Nieuwe inzichten in de werking van psychoactieve stoffen op neuronale circuits en de secundaire en tertiaire gevolgen daarvan op de hersenen hebben geleid tot de ontwikkeling van vruchtbare modellen over de kenmerken en de route naar verslaving. In het kielzog daarvan worden nieuwe (farmacologische) behandelstrategieën ontwikkeld of in ieder geval in het zicht (Kreek e.a., 2002). Belangrijker is wellicht nog dat de tegenstelling tussen het sociaal-psychologische en het medische model lang niet meer zo scherp wordt gesteld. De neuronale wetenschap speelt daarbij een intermediaire en integrerende rol: niet alleen chemische stoffen (psychoactieve stoffen / psychofarmaca) werken in op het brein, ook de werking van psychologische interventies kan met behulp van neuronale modellen in kaart gebracht worden.

HET VERSLAVINGSBEGRIIP IN HISTORISCH PERSPECTIEF

De achtergronden van het verslavingsbegrip

Sinds het midden van de achttiende eeuw zijn we in Nederland gedragingen, waaruit bleek dat mensen zich aan iets 'verslingerden', als tekens van verslaving gaan aanduiden. Dat de Nederlanders nu juist dit woord gebruikten zegt iets over de sfeer van Verlichting die in ons land heerste. De culturele voorhoede waardeerde het individuele verlies van zelfbeheersing als één van de hoofdzonden van het menselijk bestaan.

Het Nederlandse woord 'verslaving' kreeg in deze periode een nieuwe betekenis. Naast het *tot slaaf maken* van iemand werd het woord voortaan ook gebruikt als aanduiding voor een vorm van psychische afhankelijkheid. Voor de Hollanders en Zeeuwen, zo

bedreven in de slavenhandel maar ook behept met verdrongen schuldgevoelens daarover, was het woord verslaving de meest geschikte metafoor voor de verachte dronkenschap en het onmatige gebruik van gedistilleerd. Deze vrijwillige afhankelijkheid bedreigde het eigen bestaan. Was het niet angstaanjagend, zo vroeg men zich af, als vrije burgers zich *vrijwillig* tot slaaf maakten? Hoewel het verslavingsbegrip niet is ontstaan uit een kritische beweging tegen de slavernij en de slavenhandel, dan nog is het aannemelijk dat in het bewustzijn van de meeste mensen het slavenbestaan een zeer ongewenste situatie was, die men - althans voor zichzelf - koste wat kost zou willen vermijden.

In 1735 vatten Van Alkemade en Van der Schelling de problematiek als volgt treffend samen:

't Was te wenschen (...) dat men, in Holland in 't byzonder, altoos zoo zeer gebeten op de tyranny, en zoo geyverd hebbende voor zyne vrijheid naar ziel en lighaam, nooit voorbeelden zag van Zuiptirannye, en Zuiptirannen, nog ook van gewillige slavernye in dezen:

En dat de Nederlanders in 't algemeen, en de Hollanders in't byzonder, zoo ongenegen waren, als hunne loffelyke Voorouders in andere gevallen, om zig dat juk van deze tirannye, en meer dan beestagtige slavernye, te onderwerpen.'

In dit citaat werd de kritiek op de drinkrituelen in verband gebracht met de heroïsche vrijheidsstrijd van weleer. De verdrijving van de tirannie van de Spanjaarden was toch niet bedoeld geweest om ons vervolgens vrijwillig te verslaven? Tegen de drinkdwang, die in de Gouden Eeuw tot een verfijnd stelsel van protocollaire regels was neergeslagen, kwam verzet. Het elkaar dronken drinken, door het uitbrengen van een schier oneindig aantal toosten, was niet meer vanzelfsprekend en was zelfs ongewenst. Dit wil niet zeggen dat de afschaffing van de drinkrituelen zonder slag of stoot verliep. In de beleving van veel oudere, deftige tijdgenoten was de afschaffing van het 'gezondheidddrinken' een teken van zedelijk verval.

Verslaving werd kortom als 'irrationeel' gedeut. Het zegt iets over de ambivalente gevoelens die de slavenhandel, waarin de Hollanders en de Zeeuwen in die tijd nog volop actief waren, opriep. Wij gaven de term verslaving, die eeuwenlang was gebruikt als aanduiding voor het onderwerpen van andere mensen tot slaaf, een nieuwe betekenis (zie verder: Van der Stel, 1995).

In geen enkele taal wordt de afhankelijkheid van psychoactieve stoffen zo duidelijk uitgedrukt in een voor iedereen begrijpelijk woord. De Duitsers waren niet zo actief in de slavenhandel en hielden het bij het Middelduitse woord *Sucht*. De Fransen gebruiken de term *toxicomanie*, het 'manisch' gebruiken van bedwelmende middelen. Alleen de Engelsen, ook zeer actief in de slavernij, gebruikten een woord - addiction - dat van oorsprong met de Nederlandse betekenis nauw verwant was, alhoewel ze daarvoor toch een Latijns woord gebruikten. Het werkwoord *addicere* betekent letterlijk iemand aan een ander toewijzen als slaaf. In het Romeinse recht krijgt *addicere* echter al een algemenere betekenis, namelijk als aanduiding van de binding tussen mensen, of binding tussen mensen en dingen. In de zestiende eeuw krijgt het woord in Engeland een nóg algemenere betekenis als de habituele toewijding tot iets of iemand. De verbinding met de slavenhandel was dus lang niet zo duidelijk als dat in Nederland het geval was.

De medici over verslaving

Tot voor enkele decennia geleden was de discussie over verslaving bijna synoniem met de aandacht voor drankgebruik en drankmisbruik. In de loop van de eeuwen hebben medici steeds een ambivalente houding ingenomen tegenover verslaving. Hun eigen gebruik was daar natuurlijk debet aan. Maar belangrijker was toch wel dat artsen nooit veel succes hadden met hun pogingen patiënten van de drank af te houden.

Mismoedigheid was hun deel. Niettemin zijn er aansprekende artsen en psychiaters geweest die wél belangstelling hadden voor het onderwerp.

Een ziekte-theorie van verslaving houdt in dat er voor verslaving een biomedische verklaring is en in het verlengde daarvan een biomedische therapie beschikbaar is of moet worden gezocht. De ontwikkeling van zo'n zienswijze – zij het nog niet onder de noemer 'verslaving' – begon in de zeventiende eeuw. Nederlandse geneesheren als Van Beverwijck (1594-1647) en Bontekoe (1647-1685) zochten al naar een verklaring voor de onmatigheid in het gebruik van drank. Het waren echter vooral Engelse en Duitse artsen die in de achttiende en begin negentiende eeuw op drankzucht en verslaving gerichte monografieën publiceerden. Midden negentiende eeuw muntte Magnus Huss (1807-1890) de term alcoholisme.

De vermaarde medicus Ramaer (1817-1887) – hervormer van de Nederlandse geneeskunde en de psychiatrie – schreef in 1852 de verhandeling *Dronkenschap en Krankzinnigheid*. Hij stelde vast dat in de Nederlandse krankzinnigenhuizen één op de zestien patiënten (in)direct vanwege dronkenschap was opgenomen. Daarnaast was er volgens hem nog een veel grotere groep waarbij de krankzinnigheid door dronkenschap werd veroorzaakt. Opmerkelijk was dat, in tegenstelling tot auteurs vóór hem, hij zich distantieerde van de idee dat de dronkenschap het gevolg was van een beschavingscrisis. Hij richtte zijn aandacht op individuele ziektegevallen. Ramaer vatte alle onmatigheid in het gebruik van sterke drank op als een ziekteverschijnsel. Afzondering was het beste geneesmiddel, zo mogelijk in een speciale inrichting voor de verbetering van dronkaards. Verder noemde hij de mogelijkheid een verbintenis aan te gaan met een afschaffingsgenootschap. Maar dat lukte volgens hem slechts in die gevallen waar de dronkenschap niet de oorzaak van ziekte was. Dronkenschap die voortkwam uit 'drinklust' kon niet via opsluiting genezen worden. Ze vielen na behandeling weer snel terug in hun oude gedrag. Alleen als ze 'uit eigene beweging' zich tot de geneesheer zouden wenden, had behandeling enige zin. Het werkzame bestanddeel daarvan was toch vooral 'de kracht des wils', een 'gevoel van schaamte' of de 'invloed der godsdienst'.

Artsen wezen al heel vroeg op de rol van de 'erfelijkheid' zonder dat ze dit goed konden aantonen. Eind negentiende eeuw en in de eerste decennia van de twintigste eeuw leidden eenzijdige opvattingen over de rol van erfelijkheid bij alcoholisme tot eugenetische concepten, gedwongen sterilisatie, pleidooien voor een huwelijksverbod voor alcoholisten. Behalve een gebrek aan een goede biomedisch verklaring van verslaving was er tot zeer recent ook een groot tekort aan effectieve farmacologische interventiemethoden. Na de Tweede Wereldoorlog was alleen Refusal (Antabus) beschikbaar als hulpmiddel bij de ontwenning van drank. Los van de weinig aansprekende successen werd de ontplooiing van het medische model ook belemmerd door een overwegend moralistische zienswijze op verslaving. En in de jaren zeventig en tachtig was een succesvolle opmars van de sociaal-psychologische zienswijze verantwoordelijk voor de tanende belangstelling voor een medische benadering van verslaving.

Om te voorkomen dat een medisch probleem in moralistische termen werd uitgedrukt zijn pogingen ondernomen om de term verslaving (of addiction) uit het medisch-psychiatrische vocabulaire te bannen. De WHO heeft in 1964 de term addiction vervangen door 'dependence' (afhankelijkheid). Voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg geeft de DSM-IV criteria voor stoornissen in het gebruik van een middel (afhankelijkheid, misbruik) en stoornissen door het middel teweeggebracht (intoxicatie en onthouding). De term verslaving komt in de DSM-IV niet meer voor. Toch hebben we het in het dagelijks spraakgebruik, maar ook in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, nog steeds over 'verslaving' en 'verslaafden'. Hier komt bij dat in de wetenschappelijke literatuur deze term geenszins is uitgebannen. Het is verstandig om een woord, dat niet of nauwelijks is uit te bannen, te accepteren en te gebruiken. Maar

dan is het laatste woord er nog niet over gezegd: de strijd over wat we precies onder verslaving verstaan is nog niet gestreden.

Twee probleembenaderingen: moralisering versus medicalisering

Het debat over verslaving in de periode na 1800 leverde grofweg twee modellen op voor de wijze waarop men zich tegenover verslaving kan opstellen: (a) het probleem werd gezien als een kwalijk maatschappelijk verschijnsel dat uiteindelijk slechts door een preventieve (waaronder: politionele) benadering viel uit te bannen, of (b) het probleem werd gezien als een niet-verwijtbare individuele stoornis (ziekte) die slechts door een curatieve benadering kon worden verholpen.

Het eerste model was een vorm van moralisering, het tweede model een vorm van medicalisering. In de praktijk kon het ene model moeilijk zonder het andere: er waren mengvormen waarin telkens een model de boventoon voerde over het andere. De verklaring voor de actualiteit van een model lag in de specifieke historische omstandigheden. Geen van de modellen kon aanspraak maken op absolute geldigheid. Verslaving was met even veel recht te duiden als een ziekte of als een vorm van immoreel gedrag. Het lag er maar aan vanuit welk referentiekader positie werd ingenomen. Overigens heeft de grondlegger van het moderne 'ziektemodel' van alcoholisme, Jellinek (1962) zich genuanceerd uitgelaten over het ziektebegrip. Hij was zich goed bewust dat hij alcoholisme vooral om strategische redenen als ziekte aanduidde (Van der Stel, 1995).

Ook de manier waarop de samenleving - historisch gezien - met drank (en in de afgelopen decennia ook met drugs) omging en reageerde op degenen die er misbruik van maken, verliep in golfbewegingen. Strakke regelgevingen, gepaard gaande met morele veroordelingen, werden afgewisseld door periodes waarin de burgers meer ruimte werd gegeven zélf uit te zoeken waar hun grenzen liggen. De houding tegenover drank-misbruikers en drankzuchtigen wisselde, al naar gelang de algemene houding in de samenleving tegenover drank. Dit gaf richting aan de ontwikkeling van de maatschappelijke en medische zorg.

Wat de huidige periode betreft kunnen we stellen dat er weinig belangstelling bestaat voor begripsvolle alcohol- en drugshulpverlening in tegenstelling tot dwang- en drangbenaderingen. Maar deze zullen over enige tijd sleet vertonen. In de kiem dient zich bovendien alweer een hernieuwde, op het individu gerichte, biomedische benaderingswijze aan.

IS VERSLAVING EEN PSYCHIATRISCHE STOORNIS?

Risico's van medicalisering

Om de vraag te kunnen beantwoorden of het terecht is om verslaving als een ziekte of een stoornis te zien, is het belangrijk allereerst het met elkaar eens te zijn of er inderdaad tussen (groepen) mensen waarneembare en objectief meetbare *verschillen* bestaan in de wijze waarop ze psychoactieve stoffen gebruiken en daarop reageren. Als iedereen zich op de keper beschouwd op dezelfde wijze gedraagt, heeft het weinig zin ons gedrag met een ziektebegrip te lijf te gaan. Het gaat hier uiteraard niet om de normale fluctuaties, die altijd en in alles kunnen worden vastgesteld, maar om heel opmerkelijke verschillen die niet van tijdelijke aard zijn maar een duurzaam karakter dragen. Zijn er mensen die opvallend veel gebruik maken van psychoactieve stoffen? Verschillen zij van anderen in de mate waarin ze naar deze stoffen hunkeren, de mate waarin ze actief op zoek gaan naar deze middelen, of in de gretigheid waarmee ze die gebruiken? Valt het op dat ze er veel moeite mee hebben om het gebruik achterwege te laten – zelfs als ze zélf aangeven dat ze dat graag zouden willen?

Er is genoeg materiaal beschikbaar om deze vragen met 'ja' te beantwoorden. Maar het is beslist wat anders om daaruit te concluderen dat we daarmee het 'onomstotelijke' bewijs hebben geleverd van het bestaan van een stoornis of ziekte die we 'verslaving' noemen. Daar komt meer bij kijken, waaronder meer inzicht in het ontstaan van deze stoornis, of – als daarover nog onvoldoende kennis over beschikbaar is – in ieder geval een adequate *redenering* dat we, in analogie van andere stoornissen of ziekten, 'verslavingsgedrag' mogen typeren als een ziekte.

De vraag naar de *ziekelijkheid* of het *gestoorde* karakter van menselijk gedrag is heel tricky. In de loop van de geschiedenis zijn talloze onhebbelijkheden of minder frequent voorkomende gedragingen of levenswijzen van mensen (meestal ging het dan om mensen wier gedrag afweek van dat van de 'normale' populatie volwassen mannen of vrouwen) binnen het medische denksysteem gebracht en is er navenant naar gehandeld. De medische geschiedenis kent niet alleen veel voorbeelden over wat er mis ging, maar laat ook zien dat er 'hersteloperaties' mogelijk zijn. De typering van homoseksualiteit of masturbatie als een uiting van een ernstig zieke geest, zoals dat in de negentiende en nog ver in de twintigste eeuw gebruikelijk was, wordt thans opgevat als volstrekt achterhaald - tenminste in de westerse geneeskunde. Nu is het in sommige landen nog gebruikelijk om politieke incorrectheid psychiatrisch te duiden en mensen hiervoor gedwongen op te nemen. Natuurlijk ligt het er dik bovenop dat dit een manier is om politieke tegenstanders monddood te maken, maar in de betrokken landen werken artsen en verpleegkundigen er wel aan mee.

Objectief criterium voor 'stoornis'

Om het risico te vermijden 'moreel verwerpelijk' gedrag te medicaliseren is het van groot belang een *objectief criterium* te hebben waarmee we, op een voor iedereen navolgbare wijze, kunnen bepalen of we te maken hebben met een stoornis of ziekte. In de psychiatrie is een omvangrijke literatuur over het begrip stoornis (Van der Stel, 2001). We vatten deze hier niet samen, maar beperken ons tot de definitie van Wakefield: *een stoornis is een schadelijke disfunctie van evolutionair 'ontworpen' potenties* (Wakefield, 1999 a en b; zie ook: Cosmides & Tooby, 1999; Tooby & Cosmides, 2000).

Deze definitie dekt goed de lading van het stoornisbegrip zoals dat ten grondslag ligt aan de DSM-IV-classificatie, en is tevens geschikt als onderscheidend criterium. Om van een stoornis te mogen spreken moeten er dus drie voorwaarden vervuld zijn:

- het verschijnsel is niet functioneel;
- het verschijnsel is schadelijk (voor de betrokkene en/of anderen);
- het verschijnsel is bovendien een schadelijke disfunctie van evolutionair gevormde menselijke potenties.

Achter de toewijzing van verschijnselen tot de categorie stoornis (of eventueel een categorie 'niet-gestoorde tekortkomingen') gaat een wereld van meningsverschillen en misleiding schuil. Maar op dit vlak zijn we tegenwoordig toch een stuk minder onzeker dan 100 jaar geleden. Op grond van Wakefield's definitie van een stoornis kunnen we de in de DSM IV opgenomen aandoeningen inderdaad als een *stoornis* typeren. Het is echter juist voor de grensgevallen van belang dat we de beschikking hebben over een universeel criterium. Grensgevallen zijn bijvoorbeeld gedragsuitingen die moeilijk van 'normale' gedragingen zijn te onderscheiden, - voorbeelden liggen op het gebied van seks, grensoverschrijdend gedrag of het gebruik van psychoactieve stoffen. Het criterium kan bijdragen aan de preventie van stigmatisering en willekeur. De verantwoording van zo'n criterium moet uiteraard transparant zijn, geoperationaliseerd zijn en empirisch op bruikbaarheid getoetst kunnen worden.

De definitie van wat we verstaan onder een psychische stoornis impliceert dat homoseksualiteit daar niet onder valt, en politiek 'incorrect' gedrag valt er ook buiten.

Het veroorzaken van verkeersongelukken is ook geen stoornis, al is het gedrag schadelijk en niet functioneel. Het kan overigens wél zo zijn dat er bij de desbetreffende chauffeur sprake is van een handicap of een neuropsychiatrische stoornis die aan het ongeluk ten grondslag lag. Niet kunnen lezen is ook geen stoornis, maar er kan wel sprake zijn van een afwijking in de informatieverwerking die de persoon verhindert zich de cultureel gevormde potentie tot het lezen van letters toe te eigenen.

Toepassing op verslaving

Is, gezien de voorgaande gedachtegang, verslaving te duiden als een psychiatrische stoornis? Er is hier in ieder geval geen sprake van een ziekte die mensen 'overkomt' als gevolg van een infectie, een organische aandoening of genetische fouten. Beter is het te spreken van een syndroom waarbij het eigen gedrag, dus eigen keuzen een belangrijke schakel vormen, zowel in het ontstaan van het syndroom alsook de continuering ervan. Men kan verslavingsgedrag etiketteren als een 'ondeugd' zoals men eeuwenlang heeft gedaan. Toch biedt juist hier het criterium zoals hierboven is gepresenteerd een belangrijke bijdrage aan de beantwoording van de vraag wat we met deze 'ondeugd' aanmoeten:

- Is het syndroom *disfunctioneel*? Ja. Bij verslavingsgedrag is het moeilijk zo niet ondoenlijk aan te tonen hoe mensen door dit gedrag hun 'adaptatie' verhogen. Er is iets anders aan de hand dan alleen maar de 'afhankelijkheid' van iets. De sterke hunkering naar middelen overheerst de noodzakelijke aandacht voor andere levensfuncties. Iedereen is van duizenden dingen afhankelijk in de zin dat ze niet zonder kunnen of willen, maar die afhankelijkheid is zelden disfunctioneel in de zin van 'gestoord' – van het omgekeerde is eerder sprake.
- Is het syndroom *schadelijk*? Ja, zowel voor de direct betrokkene alsook zijn of haar sociale omgeving. Bij verslaving leidt de aandoening na verloop van tijd tot (ernstige) complicaties en neemt de levensverwachting af.
- Hoe zit het met het *evolutionaire* gezichtspunt? We kunnen stellen dat ons cognitieve, affectieve en motivationele 'apparaat' erop gericht is behoeften te bevredigen, pijn te vermijden en als het even kan plezier te hebben. Alhoewel er op dit vlak (grote) genetische verschillen bestaan tussen mensen, kunnen we stellen dat mensen (en dieren) gretig gebruik zullen maken van stoffen als vet, suiker, zout en diverse psychoactieve stoffen in het geval deze beschikbaar zijn. Echter, mensen – effectiever dan hogere dieren – kunnen ook *controle* uitoefenen op hun gedrag (en op dat van anderen). In zoverre is ons evolutionair gevormde 'apparaat' niet op voorhand geneigd tot verslavingsgedrag. Ook niet als de zo begeerde stoffen in overvloed aanwezig zijn.

Verslavingsgedrag betreft dus een schadelijke disfunctie van evolutionair gevormde potenties, wanneer de blootstelling aan psychoactieve stoffen ertoe leidt dat er zich functionele en structurele veranderingen hebben voorgedaan in de werking van het systeem. Deze hebben geleid tot schadelijk en niet-functioneel gedrag. Maar het hoeft niet, want er zijn allerlei biologische, maar vooral ook psychische en sociale barrières die verhinderen dat blootstelling overgaat in verslaving.

IS VERSLAVING EEN HERSENZIEKTE?

Sinds de jaren '80 worden in de psychiatrie geestesziekten bestudeerd binnen een biologisch denkkader, als hersenziekten (Andreasen, 2001). Wat zijn in hoofdlijnen de bevindingen over verslaving?

In het afgelopen decennium hebben neurowetenschappers proberen te achterhalen hoe de vrijwillige blootstelling aan psychoactieve stoffen kan leiden tot het ongecontroleerde

en dwangmatige verlangen en op zoek gaan naar en gebruiken van deze stoffen. Dit, ongeacht de door de betrokkene ervaren schade en disfunctionaliteit van het gedrag. Is er bij deze mensen sprake van afwijkende hersenstructuren of functioneren hun hersenen zo anders dat dit verslavingsgedrag veroorzaakt? Het is mogelijk dat dit bij een subgroep van de verslaafden inderdaad het geval is, maar dat verklaart niet waarom grote groepen mensen verslaafd raken bij wie van zulke afwijkingen in de structuur en werking van de hersenen geen sprake is.

Inmiddels is er een consistent beeld gevormd over welke moleculaire en cellulaire veranderingen in bepaalde hersencircuits optreden als gevolg van het chronisch gebruik van psychoactieve stoffen. Opmerkelijk hierbij is dat deze stoffen weliswaar op een telkens andere wijze aangrijpen in het complex van neurotransmittersystemen in het brein, maar dat er ook sprake is van een *final common pathway* die leidt naar verslaving. Waaruit bestaat die gezamenlijke route? Oftewel: wat maakt uit of excessief middelengebruik overgaat in verslavingsgedrag en waardoor er een duurzame verandering in de hersenen is opgetreden die we als *schadelijk* en *disfunctioneel* (en daarmee als een 'ziekte') kunnen typeren?

Neurowetenschappers hebben hun aandacht allereerst gericht op de rol van de het mesocorticolimbisch dopaminesysteem, gezien de rol van de neurotransmitter dopamine bij de positieve bekrachtigende effecten (beloning, plezier) die psychoactieve stoffen geven. Dit systeem wordt ook wel het reward-systeem genoemd. Dopamine vervult een belangrijke functie bij leerprocessen en gemotiveerd gedrag. Tegenwoordig onderzoekt men de rol van dit dopaminesysteem in samenhang met ook andere neurotransmittersystemen, waaronder het glutamaterge systeem. Dit systeem vuurt vanuit de prefrontale cortex (planning van gedrag), de hippocampus (context van gedrag) en de amygdala (aan gedrag verbonden emoties) signalen naar gebieden in de hersenen die deel uitmaken van het dopaminesysteem (de nucleus accumbens en het ventrale tegmentale gebied in de middenhersenen). Tegenover een excessieve transmissie van dopamine staat, als gevolg van chronisch middelengebruik, een verminderde activiteit van de door het glutamaterge systeem te realiseren inhibitie van dwangmatige handelingen (Jentsch en Taylor, 1999; Everitt en Wolf, 2002).

In de traditie werd verslaving beschreven als een proces waarin – naast de acute, positieve effecten - vooral het optreden van *tolerantie* voor de effecten van de middelen, alsook het optreden van *onthoudingsverschijnselen*, centraal stonden in de verklaring van de overgang van excessief gebruik naar verslavingsgedrag. Onderzoek heeft echter aangetoond dat het mechanisme dat de verhoogde kwetsbaarheid voor terugval in het gebruik bewerkstelligt los staat van de moleculaire en cellulaire mechanismen verschijnselen die tolerantie en onthoudingsverschijnselen veroorzaken (De Vries en Shippenberg, 2002).

Recent hebben Robinson en Berridge (2003) op een elegante wijze de houdbaarheid van de verschillende biologische en psychologische verklaringsmodellen onderzocht, waaronder hun eigen *incentive-sensitization* theorie. Op grond van de uitkomsten van hun screening hebben ze geprobeerd het wezen van verslaving te typeren. Ze concluderen eveneens dat onthoudingsverschijnselen onvoldoende het verslavingsgedrag kunnen verklaren. Ook stellen ze dat – hoewel het ontstaan van verslaving veel te maken heeft met disfunctionele leerprocessen – er bij het merendeel van de verslaafden met het leren als zodanig niets mis is. De oplossing van het raadsel ligt volgens hen in het verschijnsel *sensitization*, de tegenhanger van tolerantie. Sensitization heeft betrekking op het fenomeen dat na herhaald gebruik bepaalde effecten van de psychoactieve stof toenemen. Het betreffen de psychomotorische en prikkelende / motiverende effecten, die beide mede door de nucleus accumbens worden voortgebracht.

De hypothese van Robinson en Berridge luidt dat het dwangmatige zoeken naar middelen en de voortdurende terugval in het gebruik het specifieke gevolg zijn van de sensitization

van prikkelende en sterk de aandacht trekkende representaties van de aan de middelen gerelateerde signalen. Ze wijzen in dit verband op de primaire rol van het leren. Hierdoor is een toestand ontstaan waarin aan middelen gerelateerde signalen een geconditioneerd motiverende respons uitlokken. Deze respons noemen ze 'wanting' ter onderscheiding van 'liking' dat betrekking heeft op de plezierige effecten van middelengebruik. Verslaving typeren ze als een stoornis die wordt gekenmerkt door een abnormale prikkelbaarheid van het motivatiesysteem als gevolg van *geleerde motivationele responsen* van de hersenen.

De hersenen van gebruikers hoeven dus niet vooraf gestoord te zijn om toch een hersenziekte 'op te lopen': wanneer de (plezierige) psychoactieve effecten van het gebruik gecombineerd worden met opvallende kenmerken in de sociale omgeving waarin het gebruik plaatsvindt, en/of met bepaalde kenmerken van de toestand waarin de gebruiker zich bevindt, is iedereen 'at risk'. Dit neemt niet weg dat de genetische factoren de kwetsbaarheid voor verslaving aanzienlijk kunnen verhogen (Crabbe, 2002; Nestler, 2001).

IMPLICATIES VOOR HET BELEID

De vaststelling dat verslaving een psychiatrische stoornis en/of hersenziekte is, betekent niet dat er vooral neurobiologisch geschoolde psychiaters bij de behandeling van verslaafden betrokken moeten worden. In de psychiatrie heerst de overtuiging dat naast biologische ook sociaal-psychologische interventies een onmisbare en effectieve bijdrage leveren aan het herstel van de patiënten. Wat anders is of de verslavingszorg als aparte sector, los van de psychiatrie, moet blijven voortbestaan. Op grond van de kenmerken van de stoornis lijkt integratie geboden. Het belang hiervan wordt onderstreept door de veelvoorkomende psychiatrische co-morbiditeit bij verslaafden.

De integratie van verslavingszorg in de psychiatrie is totnogtoe niet meer dan een symbolische handeling gebleken. De psychiatrie heeft zich weinig gelegen laten liggen aan verslaving en verslaafden en heeft verslaafden nu nog niet zoveel meer te bieden dan waartoe de verslavingszorg in staat is. Behalve een verandering van attitude zijn grote inspanningen nodig om binnen het psychiatrische kader effectieve biomedische én psychosociale behandelstrategieën te ontwikkelen. Dit vereist diepgaand wetenschappelijk onderzoek én de bereidheid van de farmaceutische industrie om te zoeken naar nieuwe medicijnen.

Integratie van de verslavingszorg in de psychiatrie impliceert dat één dienst, circuit of instelling in staat is zowel de 'traditionele' psychiatrische problemen alsook verslaving bekwaam, en in samenhang met sociale problemen, te behandelen. Gelukkig zijn er positieve ontwikkelingen te melden. In Den Haag zijn door de vorming van Parnassia in ieder geval de institutionele voorwaarden gelegd om tot inhoudelijke integratie over te gaan. In deze instelling moet echter nog veel werk worden verzet om ook geïntegreerde zorgprogramma's tot stand te brengen en in praktijk om te zetten. In Rotterdam, waar Bouman-verslavingszorg en het Deltaziekenhuis recent een fusie zijn aangegaan, gaat men alweer een stap verder. Hier is de fusie vergezeld gegaan van een goed doordachte nieuwe visie op het behandelbeleid. De ambitie is op termijn zorginhoudelijke vernieuwingen tot stand te brengen.

Geïntegreerde behandelprogramma's die psychiatrie en verslavingszorg combineren bieden, lijken meer perspectief te bieden voor de verbetering van de algemene toestand van de patiënt. Men kan hier tegen in brengen dat het 'bewijs' voor deze stelling nog heel dun is. In zekere zin is dat juist, en daar zijn ook goede verklaringen voor:

- er is naar verhouding nog heel weinig geïnvesteerd in het intellectueel vormgeven én in de praktijk testen van geïntegreerde behandelprogramma's;

- er zitten nog enorme gaten in onze kennis over (de neurobiologie van) verslaving, de overige psychiatrische stoornissen, en zeker combinaties daarvan; dit hindert niet alleen de diagnostiek maar belemmert vooral ook het ontwikkelen van een optimale behandelstrategie;
- farmacologische behandelprotocollen zijn veelal gericht op één stoornis, terwijl comorbiditeit (ook los van de aanwezigheid van verslaving) in de psychiatrie eerder regel dan uitzondering is, – ook op dit vlak is er nog veel kennis te vergaren.

Helaas houdt de rijksoverheid zich slechts op grote afstand bezig met de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg. Beleidsontwikkeling over integratie van verslavingszorg in de psychiatrie laat ze graag over aan het veld. De overheid is vooral bezig met het uitvoeren van 'dwang en drang' op verslaafden. Wellicht kan dit voorwaarden scheppen voor het accepteren van hulp, maar de 'genezende werking' ervan lijkt nihil.

LITERATUUR

Alkemade, K. van & Schelling, P. van der (1735). *Nederlands displegtigheden, vertoonende het gebruik, en misbruik aan den dis, in het houden van maaltyden, en het drinken der gezondheden, enz. onder de oude Batavieren, Vorsten, Graaven, Edelen, en andere Nederlanderen; nevens de oorzaken dezer misbruiken; de wetten, en middelen daar tegen; en derzelve overeenkomst met die der andere volken ...* (derde deel). Rotterdam: Losel.

Andreasen, N.C. (2001). *Brave new brain. Conquering mental illness in the Era of the Genome*. Oxford: University Press.

Cosmides, L. & Tooby, J. (1999). Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. *Journal of abnormal psychology, 108*, 453-464.

Crabbe, J.C. (2002). Genetic contributions to addiction. *Annual review of psychology, 53*, 435-462.

Everitt, B.J. & Wolf, M.E. (2002). Psychomotor stimulant addiction: a neural systems perspective. *The Journal of neuroscience, 22*, 3312-3320.

Jellinek, E.M. (1962). *The disease concept of alcoholism* (2e druk). New Haven: Publ. College & University Press.

Jentsch, J.D. & Taylor, J.R. (1999). Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology (Berl)*, 146, 373-390.

Kreek, M.J., LaForge, K.S. & Butelman, E. (2002). Pharmacotherapy of addictions. *Nature reviews. Drug discovery, 1*, 710-726.

Nestler, E.J. (2001). Psychogenomics: opportunities for understanding addiction. *The Journal of neuroscience, 21*, 8324-8327.

Peele, P. (1998). *The meaning of addiction: an unconventional view*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ramaer, J.N. (1852). *Dronkenschap en krankzinnigheid*. Tiel: Campagne.

Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual review of psychology, 54*, 25-53.

Schippers, G.M. (1981). *Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek. Een sociaal-cognitieve studie naar individuele verschillen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Stel, J.C. van der (1995). *Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Hilversum: Verloren.

Stel, J.C. van der (2001). Het debat dat niet doorging. Over de toe- en afname van psychische problemen. *Psychologie en maatschappij*, 25, 210-219.

Tooby, J. & Cosmides, L. (2000). Toward mapping the evolved functional organisation of mind and brain. In M.S. Gazzaniga (ed.) *The new cognitive neurosciences*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Vries, T.J. de & Shippenberg, T.S. (2002). Neural systems underlying opiate addiction. *The Journal of neuroscience*, 22, 3321-3325.

Wakefield, J.C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108, 374-399. (a)

Wakefield, J.C. (1999). Mental disorder as a black box essentialist concept. *Journal of abnormal psychology*, 108, 465-472. (b)