

Bram Bakker

Leren doseren

Over mateloosheid



Uitgeverij Lucht, Hilversum

Inhoudsopgave

Inleiding	7		
Afhankelijkheid of misbruik, wat maakt het uit?	13	Nieuwe verslavingen	66
Seksverslaving: een nieuwe kwaal?	18	Verslaving en media	69
Stay sober!	22	Ervaringsdeskundig	72
Verslaving is geen hersenziekte	26	Psychotherapie	76
Meer dan de ziekte van een individu	30	Feestdagen	79
De ‘nieuwe’ DSM	34	Seksverslaving, de stand van zaken	82
Online gokken heeft ook risico’s	38	Verslaving aan pijnstillers	86
Verslaving is geen feest, herstel wel	42	Verslaving behandelen met pillen?	89
Lezen onder de kerstboom	45	Durfdn alle verslaafden maar wat Gordon doet	92
Verslaafd en levensmoe	48	Zware pijnstillers maken meer kapot dan je lief is	94
Een ziekte rond grenzen	51	Zelfhulpgroepen	96
Indicatiestelling	54	Nederland narcostaat	99
Beschamend	57	Burn-out is ook een soort verslaving	102
Verslaving en euthanasie	60	Ambulantisering	105
Verslavingszorg is seizoensarbeid	63	De toekomst	108

Inleiding

Iedere professional heeft voorkeuren binnen zijn of haar werk. Een schrijver bijvoorbeeld kan romans boven gedichten prefereren, een advocaat is gefascineerd door het belastingrecht en vindt het strafrecht veel te gewelddadig, en zo kan ik nog wel even doorgaan.

Dokters kiezen na hun basisartsexamen een specialisatie, en de diversiteit is groot: huisarts, chirurg, oncoloog. Of psychiater ... Maar zelfs binnen die medische specialisaties bestaan vaak weer verschillende richtingen. Internisten worden longarts of gastro-enteroloog bijvoorbeeld. In mijn vak, de psychiatrie, zijn er ouderenpsychiaters en kinderpsychiaters, collega's met een duidelijke voorkeur voor stemmingsstoornissen enerzijds en anderzijds de liefhebbers van chronisch psychiatrische patiënten met zware psychoses.

Toen ik in 1982 begon met mijn studie geneeskunde, had ik al wel het voornemen om psychiater te worden, maar nog geen flauw idee over het type problematiek waar ik me verder in zou willen verdiepen. Toen ik tien jaar later begon aan mijn specialisatie tot psychiater, tekende ik voor een aanstelling waarbij ik ook een proefschrift zou produceren. In 1999 werd ik ingeschreven als psychiater, in 2000 verdedigde ik mijn proefschrift over de behandeling van paniekaanvallen. Angststoornissen werden een interessegebied door mijn onderzoek, maar aan het begin van mijn loopbaan als psychiater had ik geen enkele voorkeur voor het werken met een bepaald soort patiënten.

Ongeveer tien jaar geleden werd ik benaderd voor een functie in de verslavingszorg, zonder dat ik daar tot op dat moment speciale belangstelling voor had gehad. Ik koos voor de uitdaging, omdat ik toe was aan iets nieuws. Op zeer uiteenlopende plekken in de psychiatrie had ik het om uiteenlopende redenen niet helemaal kunnen vinden. Het bleek het begin van een jarenlange carrière in een sector die klein en weinig populair is binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Verslaving is geen populair begrip, het imago is nog steeds dat het om treurige problematiek gaat, dat de mensen die ermee kampen een soort 'losers' zijn, een categorie met een luchtje als de zwerver die onder een brug bivakkeert. Maar zo-

als een ervaringsdeskundige ooit terecht opmerkte: 'Er zitten meer verslaafden in boardrooms dan er dakloos zijn.' En ook niet onbelangrijk: onder verslaving zit heel vaak andere psychiatrische problematiek verstopt. Zo is er veel overlap met de genoemde angststoornissen: niet zelden ontstaat er een alcoholprobleem doordat iemand angsten probeert te bestrijden met drank, als een vorm van zelfmedicatie.

Verslavingsproblematiek is vaak ernstig. Ieder jaar overlijden er duizenden mensen aan, zonder dat we betrouwbare cijfers hebben over de exacte aantallen: overdosering, suïcide, maar ook de lichamelijke complicaties van het gebruik van alcohol en drugs zijn de belangrijkste redenen dat mensen komen te overlijden. Doordat er uiteenlopende medische disciplines betrokken kunnen raken in de gevolgen van verslaving, ontbreekt het aan een betrouwbaar overzicht.

Wat er naast de individuele patiënten aan ellende voorkomt in zijn/haar directe omgeving kan vermoedelijk alleen maar worden onderschat. Partners, ouders, kinderen, vrienden en collega's: iedereen wordt meegeleurd in een kwaal die niet zelden wordt gekenmerkt door totale destructie van alle 'gezonde' contacten met medemensen. De dealer is de beste vriend van iemand die volop gebruikt ...

Vanwege de lading die aan de term ‘verslaving’ vastzit, gebruik ik het woord niet graag. Er is ook nog een ander probleem mee: mensen koppelen het automatisch aan drank en drugs, maar er bestaan ook vele vormen van zogenaamde gedragsverslavingen, waarbij mensen geen controle hebben over hun gedrag. Denk bijvoorbeeld aan gokken, porno of vreetbuien. Wat mij betreft is het ook veel meer dan de medisch-psychiatrische diagnose van een individu: we leven in een maatschappij waarin er steeds meer moet, waarin permanent verleidingen opduiken en iedereen gedwongen wordt veelvuldig ‘nee’ te zeggen, ook als het gevoel misschien ‘ja’ zegt. De vraag is of we met het betitelen van een individueel lid van onze samenleving als ‘ziek’ niet voorbijgaan aan een veel groter probleem: we leven in een mateloze tijd, waarin overvloed de norm is geworden, en mensen die moeite hebben om goed te doseren evengoed gezien kunnen worden als slachtoffers van een zieke samenleving.

Gedragsverslavingen staan, met uitzondering van gokken, ook niet in het DSM-classificatiesysteem, en daarom wordt behandeling door zorgverzekeraars niet vergoed, hoe ernstig de problemen ook zijn. Verzekeraars zweren bij het (Amerikaanse) DSM-systeem, dat door veel experts stevig wordt bekritiseerd.

In 2010 publiceerde ik met mijn vriend Meindert Inderwisch, ervaringsdeskundige en als therapeut werkzaam in de verslavingszorg, het boek *Zucht*, met de veelzeggende ondertitel *Over verslavingen van speen tot spuit*. Op het omslag stond een prachtige, geposeerde foto van een jong meisje met een brandende sigaret (het was de dochter van de fotograaf). Het boek werd goed ontvangen, maar verkocht matig. De feedback vanuit de boekhandels was: zowel de foto als de titel zijn te confronterend. Een herziene editie onder de titel *Mateloos* en met een neutraal omslag kreeg veel meer lezers. En tot op de dag van vandaag beschouw ik ‘mateloosheid’ als een veel passender term dan ‘verslaving’.

Inmiddels werk ik voor een derde werkgever in de verslavingszorg, en mijn overtuiging dat ik in deze discipline mijn pensioen wil halen, wordt steeds sterker. Ook omdat er nog zoveel te doen is: er is bijvoorbeeld nog maar nauwelijks goede hulpverlening voor minderjarigen met doseringsproblemen, en zeker niet ambulante/poliklinische. En de capaciteit van de beschikbare detox-afdelingen, waar mensen met ernstige verslavingen veilig kunnen ‘landen’, loopt ver achter op de behoefte.

De nieuwe verslavingen, zoals GHB en ketamine, kunnen vaak alleen veilig worden behandeld door te beginnen met een opname in een detox. De behoefte hieraan zal de komende jaren vrij zeker alleen maar toenemen.

Aan de verslavingszorg kun je veel aflezen over de stand van zaken in een samenleving. Het staat niet ter discussie dat er veel beweging is, zonder dat duidelijk is waar we naartoe bewegen. Het is en blijft een fascinerend vakgebied, ondanks de relatief geringe aandacht die er voor is. Ten onrechte ...

Deze bundel bevat uiteenlopende stukken die ik de afgelopen jaren publiceerde over dit onderwerp. Eerst en vooral als columnist van het onvolprezen *Lef Magazine*, ‘het eerste (en enige) publiekstijdschrift voor verslaafden in herstel, hun naasten en familieleden’. Maar ook publicaties op www.JOOP.nl, de opiniewebsite van BNN-VARA. Ik heb ervoor gekozen om ze in willekeurige volgorde te plaatsen en waar nodig aan te passen aan de actualiteit of uit te breiden. Ik hoop dat het de lezer inspireert tot nuchterheid en sober leven.

Haarlem, november 2019

Afhankelijkheid of misbruik, wat maakt het uit?

Jarenlang werd er met grote nieuwsgierigheid uitgekeken naar de DSM-5. DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) is een Amerikaans classificatiesysteem met behulp waarvan psychiaters en psychologen hun diagnoses stellen. De Amerikaanse DSM-5 verscheen in 2013, sinds 2017 is de Nederlandse vertaling officieel in gebruik, onder meer bij de zorgverzekeraars. De vorige versie van het systeem, DSM-IV, was er al sinds 1994, en het was al heel lang duidelijk dat daar veranderingen in moesten komen.

Onder meer op het terrein van de verslaving, een woord dat overigens in het DSM-systeem niet voorkomt. In de vorige versie maakte men onderscheid tussen twee hoofdgroepen: de afhankelijkheid en het misbruik. Van

drank, drugs en geneesmiddelen vooral, want de gedragsverslavingen (onder meer gokken, gamen, en seks) werden heel anders geïnclassificeerd, namelijk als ‘stoornis in de impulscontrole’.

Men probeert het systeem zoveel mogelijk te baseren op wetenschappelijk onderzoek, en dat was een belangrijke reden om het onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik in DSM-5 te schrappen. Als leek ben je geneigd te denken dat afhankelijkheid wel erger zal zijn dan misbruik. En zelfs veel professionals verkeren in die veronderstelling. Maar ondertussen werd steeds meer duidelijk dat de afwijkingen in de hersenen van mensen met een diagnose ‘misbruik’ niet onderdoen voor die van hen met het label ‘afhankelijk’. Sterker nog: als je verslaving ziet als een begrenzingsprobleem, ofwel een haperende rem, dan is die rem in geval van misbruik vaak geheel afwezig.

Er zijn veel mensen met een alcoholprobleem die bijvoorbeeld iedere dag twee flessen wijn drinken. Dat is niet verstandig, en zelf weten ze dat ook wel, maar ze kunnen het slecht laten (dat is de ziekte). Doordat ze het thuis doen, en pas na hun werk beginnen, lukt het deze groep vaak vele jaren onopgemerkt te blijven. Ze stappen niet in de auto met veel drank op, veroorzaken

geen vechtpartijen en zijn hun omgeving niet overdreven tot last. Als je deze groep vergelijkt met een jongere die zichzelf iedere week totaal klem drinkt, soms tot een coma aan toe, dan is duidelijk dat de schade van het gezuip bij de misbruikende jongere vaak veel groter is. Deze stapt namelijk wel in de auto, heeft black-outs en onderneemt allerhande gevaarlijke acties zonder zich daar de volgende dag nog iets van te herinneren. Dan wordt hij of zij wakker en weet niet wat er precies is gebeurd.

De overeenkomsten tussen afhankelijkheid en misbruik zijn veel groter dan de verschillen, en je kunt niet in zijn algemeenheid zeggen wat erger is. Centraal staat het onvermogen om zich te beperken, en de problemen die dat met zich meebrengt. Net als bij gedragsverslavingen gaat het om een stoornis in de impulscontrole, die dus vooral wordt gekenmerkt door mateloosheid. En zucht, de hang naar herhaling.

De vraag die ook nog onbeantwoord is, luidt: moeten de psychische klachten die vaak aan een verslaving voorafgaan ook niet mee worden genomen in één en dezelfde diagnose? Angst, spanning en somberheid bestrijden met middelen kun je opvatten als een tot mislukken gedoemde vorm van zelfmedicatie. En als je dezelfde onlustgevoelens probeert weg te werken door

te gokken, eindeloos te gamen of uren porno te kijken, spreken psychologen over ‘inadequate coping’.

Er is natuurlijk veel voor te zeggen om niet steeds te werken met een zogenaamde ‘dubbele diagnose’, zoals bijvoorbeeld alcoholafhankelijkheid en depressie, maar het geheel onder dezelfde noemer te rangschikken. Dat maakt de behandelingen er helaas nog niet eenvoudiger op, maar het doet wel meer recht aan het complexe geheel van klachten waar de meeste mensen mee kampen. Het was dus spannend wat de DSM-5 zou gaan betekenen voor verslaafden. Vooral ook omdat de organisatie van de zorg er voor een belangrijk deel op wordt gebaseerd. Er lag zelfs een kans om de verslavingszorg en de algemene GGZ weer te integreren ...

Helaas werd die kans niet benut. Ook met DSM-5 bleef de verslavingszorg een niche, hoeveel andere psychische klachten er ook onderdeel van zijn.

In DSM-5 spreekt men van ‘stoornissen in het gebruik van middelen’ (*substance abuse disorders*). Deze kunnen ontstaan door gebruik van verschillende middelen zoals alcohol, cannabis, opiaten, stimulerende middelen of bepaalde medicijnen (slaap- en kalmeringsmiddelen, pijnstillers).

De criteria voor deze diagnose zijn:

- 1 Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was.
- 2 Mislukte pogingen om te minderen of te stoppen.
- 3 Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd.
- 4 Sterk verlangen om te gebruiken.
- 5 Door gebruik tekortschieten op het werk, school of thuis.
- 6 Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in het relationele vlak.
- 7 Door gebruik opgeven van hobby’s, sociale activiteiten of werk.
- 8 Voortdurend gebruik, zelfs wanneer je daardoor in gevaar komt.
- 9 Voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert.
- 10 Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen (tolerantie).
- 11 Het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig worden door meer van de stof te gebruiken.

Mensen die voldoen aan twee of drie criteria hebben een *milde* stoornis in het gebruik van middelen. Voldoen ze aan vier of vijf criteria dan is er sprake van een *gematigde* stoornis en bij zes of meer symptomen is er sprake van een *ernstige* stoornis.

Seksverslaving: een nieuwe kwaal?

In 2011 verscheen de film *Shame* van de Britse regisseur Steve McQueen. Als deze film, die nog steeds zeer actueel is, iets heeft duidelijk gemaakt, dan is het wel dat seksverslaving een heuse ziekte is. Zegt de titel van de film je niets, stop dan met lezen en ga er eerst maar naar kijken. Het is een fenomenale film waarin een beeld wordt neergezet waaraan geen enkele beschrijving op papier kan tippen. Een niet te missen film voor iedere film liefhebber en iedereen met interesse in deze vorm van verslaving.

Shame bood mij meer inzicht in de kern van deze kwaal dan alle vakliteratuur die ik er ooit over las. De kijker ziet een ogenschijnlijk succesvolle man ten onder gaan aan een preoccupatie met seks, in uiteenlopende vor-

men. Porno, wisselende contacten met vrouwen, betaald en onbetaald, en uiteindelijk ook nog zeer heftige homoseks. Hoewel de acteurs er aantrekkelijk uitzien, is de seks, die ook nog eens expliciet in beeld wordt gebracht, weinig prikkelend. De kijker ervaart vooral hoe treurig seks zonder liefde kan zijn.

Er is discussie of er wel echt een toename waarneembaar is in het aantal mensen dat kampt met een seks- of pornoverslaving. Het harde wetenschappelijke bewijs ontbreekt vooralsnog, mede vanwege het ontbreken van eenduidige en algemeen geaccepteerde criteria voor de diagnose. Toch is die toename er waarschijnlijk wel, en er is ook een goede verklaring voor te bedenken. De enorm verlaagde drempels om porno te kunnen kijken zijn de belangrijkste reden dat het aantal uitwassen de komende jaren waarschijnlijk alleen maar zal toenemen. Iedere Nederlander heeft tegenwoordig internet thuis, en daarmee ook toegang tot gratis harde porno, die vaak ook nog van hoogwaardige technische kwaliteit is. En de ervaring leert dat een toename van het aantal gebruikers na korte of langere tijd ook meer probleemgebruikers oplevert. Denk bijvoorbeeld aan de problemen met gamen: met het stijgen van het aantal gamers, zien we ieder jaar ook een toename van het aantal mensen dat erdoor in de problemen raakt. En de makers van games

stoppen steeds meer, en steeds geraffineerder, verslavende elementen in hun producten ...

Met porno zal het niet anders gaan. Wat deze gedragsverslaving extra lastig maakt, is de impact op het gezonde liefdesleven. Partners worden amper nog gezien door iemand die volledig gepreoccupeerd is geraakt door porno. En als er niet meer gevreeën wordt, komen de meeste relaties onder druk te staan. Om de zaak nog verder te compliceren moet je bedenken dat de totale abstinentie die de alcoholist nastreeft hier geen reëel doel is. Net als eten behoort seksualiteit tot de basale ingrediënten van een prettig leven. ‘Nooit meer’ is geen haalbaar streven, en dat moet je ook niet ambiëren.

De discussie welke behandeling het meest geschikt is om een seksverslaafde van zijn of haar probleem af te helpen, is nog lang niet beslecht. Grofweg zijn de uitersten een behandeling volgens het Minnesotamodel, zoals dat wordt gebruikt voor drank- en drugsverslaving door bijvoorbeeld de AA, en een behandeling die zich meer richt op onderliggende thema's als depressie en een negatief zelfbeeld. Dat betekent ook een keus tussen groepsbehandeling met lotgenoten, die veelal wordt aangestuurd door ervaringsdeskundigen, en een individueel traject bij een psychotherapeut, die meestal cognitieve gedragstherapie zal inzetten. Bij de Minnesota-aanpak

wordt soms gestart met vier weken intensieve klinische behandeling, terwijl de psychotherapie vrijwel altijd in de vorm van wekelijkse gesprekken is, zonder opname.

Doordat we nog niet weten welke aanpak de meeste kans van slagen heeft, is de keus voor een bepaalde behandeling eerst en vooral een persoonlijke. Dat betekent overigens niet dat we hier genoeg mee moeten nemen. Meer onderzoek is dringend gewenst om dit probleem met een maximale kans op succes aan te pakken. Daarvoor is wel vereist dat iedereen begrijpt dat seksverslaving een echte ziekte is, die behandeling heeft. Alleen daarom al moet iedereen die het nog niet heeft gedaan alsnog naar *Shame* gaan kijken.