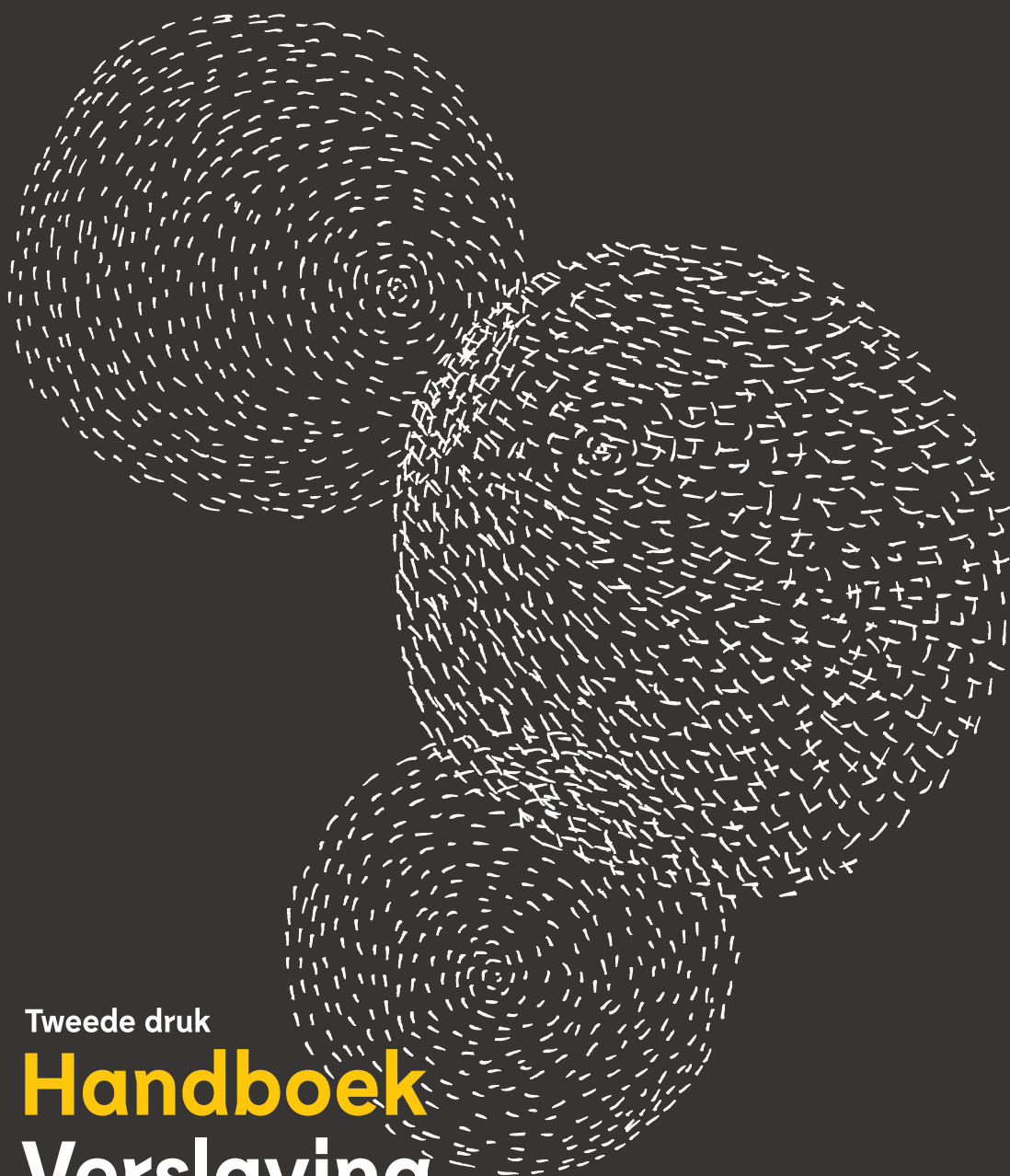




Tweede druk

Handboek Verslaving

Ingmar Franken, Wim van den Brink,
Arnt Schellekens
(redactie)

Boom | deTJIDstroom

Online leren
Kijk binnenin



Ingmar Franken, Arnt Schellekens en Wim van den Brink (redactie)

Handboek verslaving

Tweede, geheel herziene druk

De Tijdstroom/Boom uitgevers Amsterdam

Eerste druk, 2009

Eerste druk, tweede oplage, 2015

Tweede, geheel herziene druk, 2019

© Boom uitgevers Amsterdam, 2019. De auteursrechten van de afzonderlijke bijdragen liggen bij de auteurs.

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV

Prinsengracht 747-751

1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht

Verzorging binnenwerk: Joop Bierling, Alces Alces, Houten

ISBN 978 90 2443 011 6

NUR 875, 770

www.boompsychiatrie.nl

www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord – 7

Hoofdstuk 1 Geschiedenis en classificatie – 9

Wim van den Brink

Hoofdstuk 2 Epidemiologie van middelengebruik en stoornissen in het gebruik – 25

Margriet van Laar en Guus Cruts

Hoofdstuk 3 Sociale invloeden op roken en drinken in de adolescentie:
de rol van ouders en leeftijdgenoten – 41

Roy Otten en Marieke Hiemstra

Hoofdstuk 4 Psychologie van verslaving – 57

Ingmar Franken en Reinout Wiers

Hoofdstuk 5 Trauma en stress – 67

Willie Langeland

Hoofdstuk 6 Neurobiologie van verslaving – 85

Arnt Schellekens en Louk Vanderschuren

Hoofdstuk 7 Genetica van verslaving – 101

Jacqueline Vink en Arnt Schellekens

Hoofdstuk 8 Preventie – 117

Marloes Kleinjan, Simone Onrust, Rutger Engels en Jeroen Lammers

Hoofdstuk 9 Meten en meetinstrumenten – 133

Vincent Hendriks

Hoofdstuk 10 Laboratoriumonderzoek – 163

Cleo Crunelle en Hugo Neels

Hoofdstuk 11 Toxicodromen – 185

Mary Janssen van Raay

Hoofdstuk 12 Motivatie tot behandeling – 197

Jannet de Jonge, Ellis Baron en Gerard Schippers

Hoofdstuk 13 Detoxificatie van psychoactieve middelen – 211

Boukje Dijkstra, Maureen van Oort en Cor de Jong

Hoofdstuk 14 Farmacologische interventies – 229

Wim van den Brink en Arnt Schellekens

Hoofdstuk 15 Psychologische interventies – 271

Ellen Vedel en Paul Emmelkamp

Hoofdstuk 16 Sociaal-maatschappelijke interventies voor chronisch verslaafden – 301

Hendrik Roozen en Eric Blaauw

Hoofdstuk 17 Forensische verslavingszorg – 331

Peter Greeven en Marianne van Ooyen-Houben

Hoofdstuk 18 Eetverslaving – 355

Ilse Nijs en Ingmar Franken

Hoofdstuk 19 Gokstoornis – 371

Anneke Goudriaan

Hoofdstuk 20 Internetverslaving – 389

Regina van den Eijnden, Gert-Jan Meerkerk en Antonius van Rooij

Hoofdstuk 21 Neuromodulatie – 409

Niels de Joode, Ilse Verveer, Ingmar Franken en Judy Luigjes

Hoofdstuk 22 Cognitieve training – 427

Reinout Wiers

Hoofdstuk 23 Somatische comorbiditeit bij verslaving – 445

Maarten Belgers en Arnt Schellekens

Hoofdstuk 24 Verslaving en schizofrenie – 461

Wim van den Brink, Maarten Smeerdijk en Dorine Wilschut

Hoofdstuk 25 Verslaving en externaliserende stoornissen – 477

Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen en Arne Popma

Hoofdstuk 26 Verslaving en internaliserende problematiek – 493

Albert Batalla en Arnt Schellekens

Afkorting – 509

Personalia – 515

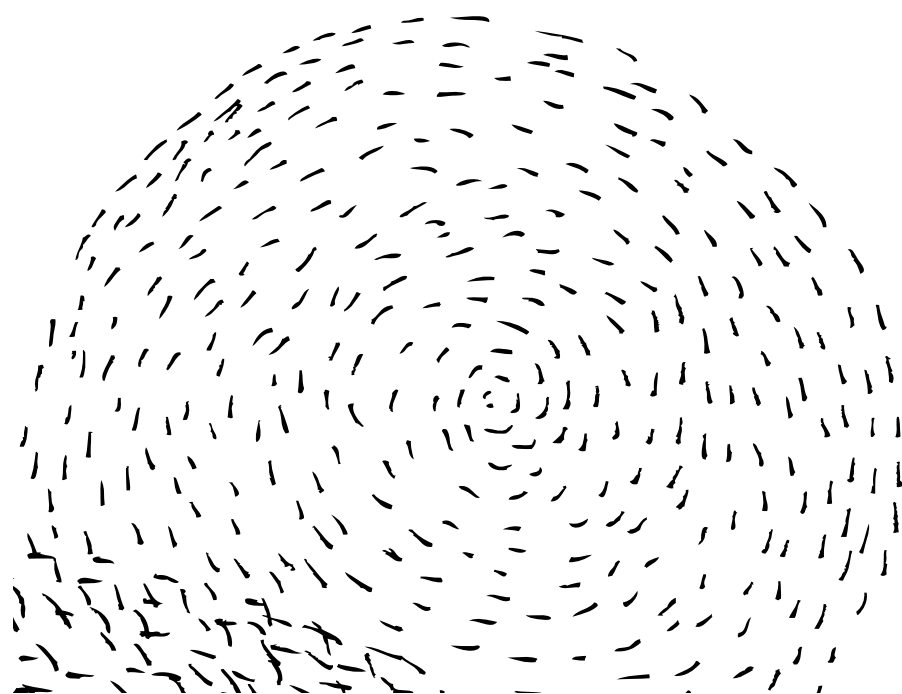
Register – 519

Voorwoord

Voor u ligt de geheel herziene druk van het *Handboek verslaving*. Wetenschappelijk onderzoek naar verslaving heeft de laatste jaren veel nieuwe kennis opgeleverd over wat de mechanismen zijn die aan verslavingsgedrag ten grondslag liggen en over de manier waarop verslaving effectief behandeld kan worden. Een vernieuwde versie was daarom nodig. In dit handboek worden de bestaande en de nieuwe kennis gebundeld. In deze herziene druk zijn bovendien twaalf geheel nieuwe hoofdstukken toegevoegd om bij te blijven met recente ontwikkelingen op verslavingsgebied zoals forensische verslavingszorg, neuromodulatie en cognitieve trainingen. Omdat comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is bij verslavingsproblematiek zijn daar vier nieuwe hoofdstukken over opgenomen. Alle bestaande hoofdstukken zijn vernieuwd en aangepast aan de huidige inzichten. We hebben er, net als bij de eerste druk, voor gekozen om het vooral breed over verslaving te hebben en niet zozeer in te gaan op de werking en effecten van afzonderlijke middelen.

We willen met dit handboek een breed publiek aanspreken. Enerzijds willen we voor onderzoekers en studenten recente wetenschappelijke inzichten op een overzichtelijke manier presenteren, anderzijds willen we voor de geïnteresseerde hulpverleners een boek bieden waarin ze zowel een theoretische achtergrond van hun werk aantreffen alsmede wetenschappelijk gefundeerde inzichten over de dagelijkse praktijk. Het boek is dan ook bedoeld voor alle behandelaars in de eerstelijns en in de ggz (psychiatrie en verslavingszorg) die meer willen weten over de oorzaken en de behandeling van verslaving. Hierbij kan men denken aan basisartsen, huisartsen, praktijkondersteuners ggz, verslavingsartsen, psychiaters, psychologen, agogen en verpleegkundigen. Daarnaast is het boek uitermate geschikt voor studenten in opleiding tot een van deze beroepen. We hopen dat u het boek voor uw praktijk of studie bruikbaar zult vinden en vaak zult inzien.

Ingmar Franken, Arnt Schellekens, Wim van den Brink
Rotterdam/Nijmegen/Amsterdam, september 2019



1 Geschiedenis en classificatie

Wim van den Brink

- 1 Inleiding
 - 2 Korte geschiedenis van het concept 'verslaving'
 - 3 Classificatie van stoornissen in het gebruik van een middel
 - 4 Afhankelijkheid en verslaving
 - 5 Verslaving in DSM-IV en DSM-5
 - 6 Verslaving in ICD-10 en ICD-11
 - 7 Conclusie
- Literatuur

1 Inleiding

In de wetenschappelijke literatuur wordt de term ‘verslaving’ steeds minder gebruikt. Meestal spreekt men van ‘overmatig of excessief gebruik’, ‘excessief episodisch gebruik’ (*binging*) of ‘misbruik en afhankelijkheid’, en sinds kort ook van ‘stoornissen in het gebruik’. Recentelijk echter pleitten de directeurs van de belangrijkste Amerikaanse organisaties voor verslavingsonderzoek, NIDA en NIAAA, voor herinvoering van de term ‘verslaving’ (O’Brien e.a., 2006). Op het eerste gezicht lijkt het te gaan om simpele variaties in de naamgeving, maar daarachter gaat een langdurig debat schuil over de aard en de oorzaken van het fenomeen ‘verslaving’.

Dit handboek gaat voornamelijk over ‘stoornissen in het gebruik van een middel’, een overkoepelende term voor misbruik en afhankelijkheid van middelen volgens het recentste Amerikaanse classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen, de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013). Ook deze term heeft een aantal historische, ideologische en etiologische connotaties. Voorafgaand aan de bespreking van de classificatie van stoornissen in het gebruik van een middel zullen we daarom de geschiedenis van het concept ‘verslaving’ kort schetsen. Daarna presenteren we een overzicht van de manieren waarop stoornissen in het gebruik van een middel het best kunnen worden gedefinieerd en geclassificeerd. Dergelijke classificaties zijn van groot belang voor de wetenschappelijke en klinische communicatie, en voor het onderzoek naar de oorzaken en gevolgen van stoornissen in het gebruik van een middel.

2 Korte geschiedenis van het concept ‘verslaving’

2.1 Verklaringsmodellen

Het morele model

Sinds het begin van de negentiende eeuw hebben zich grote veranderingen voorgedaan in het denken over verslaving en verslaafden (Van den Brink, 2006). Aanvankelijk werd verslaving gezien als een teken van morele zwakte en in aansluiting op deze visie werden verslaafden vaak langdurig opgesloten in gevangenissen of heropvoedingsgestichten: het morele model. Ook nu zijn er altijd weer mensen die dergelijke interventies zien als de beste benadering. In Nederland wordt dat onder andere zichtbaar in het wisselend enthousiasme voor harde heropvoedingskampen, een interventie zonder bewezen effectiviteit.

Het farmacologisch model

In het midden van de negentiende eeuw werd de schuld voor de verslaving niet langer toegeschreven aan de verslaafde, maar aan de verslavende stof. Niet langer was de wilswakke, amorele persoon de oorzaak van de verslaving, maar de sterk verslavende stof: het farmacologisch model. Op grond van een dergelijke visie is slechts één maatregel afdoende: voorkómen dat mensen nog in aanraking kunnen komen met dergelijke gevaarlijke stoffen. Het bekendste voorbeeld van dit denken is de drooglegging van Ame-

rika in de jaren 1920-1933. Inmiddels is duidelijk geworden dat alcohol niet voor iedereen even gevaarlijk is en dat mensen verschillen in de kans om verslaafd te raken aan alcohol. Voor de verslaving aan illegale middelen, zoals heroïne en cocaïne, wordt dit model echter nog steeds veelvuldig gebruikt. De bekende *war on drugs* is daarvan het bekendste voorbeeld. Een aanzienlijke hoeveelheid onderzoeken laat echter zien dat ook deze illegale middelen, net als alcohol, niet voor iedereen even gevaarlijk zijn. De verslavingskans hangt niet alleen samen met het middel, maar ook met verschillende individuele en sociale factoren (Anthony & Petronis, 1995). Dit geeft al aan dat het farmacologisch model in zijn pure vorm niet te handhaven is.

Het symptomatisch model

Na 1930 werd het wel erg simpele farmacologisch model vervangen door een psychoanalytisch geïnspireerd model, waarin verslaving niet als een opzichzelfstaande aandoening werd gezien, maar als symptoom van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis: het symptomatisch model. De meest geëigende behandeling van verslavingsgedrag werd een langdurige, op inzicht gerichte psychotherapeutische behandeling van de persoonlijkheidsstoornis in bijvoorbeeld een therapeutische gemeenschap (TG) voor verslaafden. Naar de effectiviteit van TG'en bij de behandeling van verslaafden zijn helaas maar weinig methodologisch verantwoorde onderzoeken uitgevoerd. Het lijkt erop dat sommige verslaafden wel degelijk baat hebben bij de benadering, maar vooralsnog lijken TG'en geen grote rol te spelen bij de behandeling van de grote groep verslaafden in onze maatschappij.

Het ziektemodel

In de periode 1940-1960 kreeg het ziektemodel voor verslaving steeds meer aanhang. Volgens dit model bestaan er fundamentele (premorbide) biologische en psychische verschillen tussen verslaafden en niet-verslaafden, waardoor de eersten niet in staat zijn om alcohol en andere drugs met mate te gebruiken. De belangrijkste kenmerken van de ziekte 'alcoholisme' zijn volgens dit model: ongecontroleerd gebruik en lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie, onthoudingsverschijnselen). De behandeling bestaat uit methodieken die erop gericht zijn volledig abstinente te blijven, eventueel met behulp van medicatie (disulfiram) en/of de steun van lotgenotenorganisaties zoals de AA (Anonieme Alcoholisten) of de NA (Anonieme Verslaafden).

Het leermodel

Vanaf 1960 begon ook de psychologie zich voor verslavingsgedrag te interesseren. Verslaving werd gezien als onaangepast geleerd gedrag, dat ook weer zou moeten kunnen worden afgeleerd: het leermodel. De belangrijkste interventievormen die uit dit model zijn voortgekomen, zijn cognitieve gedragstherapie en *cue-exposure-therapie*. Helaas is laatstgenoemde therapie in pure vorm minder effectief gebleken dan oorspronkelijk werd verwacht, maar (cognitieve) gedragstherapie neemt nog steeds een belangrijke plaats in bij interventies en de effectiviteit is bewezen.

Het biopsychosociaal ontwikkelingsmodel

In de periode 1970-1980 wordt steeds duidelijker dat het absolute verschil tussen verslaafden en niet-verslaafden niet langer houdbaar is, blijken medicijnen en gedragstherapeutische interventies het verslavingsgedrag gunstig te kunnen beïnvloeden en blijkt een groot deel van de aan opiaten verslaafde Vietnamveteranen na hun terugkeer in de Verenigde Staten spontaan van hun verslaving te herstellen. Deze ontwikkelingen vormen de basis voor het biopsychosociaal ontwikkelingsmodel. Volgens dit model bestaan er slechts relatieve verschillen tussen verslaafden en niet-verslaafden en zijn er vloeiende overgangen tussen gebruik, overmatig gebruik, excessief gebruik, misbruik, schadelijk gebruik en verslaving.

Het biopsychosociaal ontwikkelingsmodel gaat niet eenzijdig uit van de stof (farmacologisch model), het individu (moreel, symptomatisch, ziekte- en leermodel) of de omgeving (sociaal model) als oorzaak van de verslaving. Het ziet zowel het ontstaan als de beëindiging van een verslaving als het resultaat van de continue interactie tussen aangeboren kwetsbaarheid (biologisch), persoonlijke ontwikkeling en leerervaringen (psychologisch) en omstandigheden (sociaal). Op grond van dit model is het 'afhankelijkheidssyndroom' gepostuleerd (Edwards & Gross, 1976) en zijn multimodale interventies populair geworden, dat zijn interventies waarbij op een geïntegreerde manier zowel medicamenteuze, psychotherapeutische als sociale interventies worden aangeboden.

Verslaving als hersenziekte

De laatste jaren worden binnen het biopsychosociaal model de medisch-biologische aspecten steeds belangrijker gevonden; men spreekt steeds vaker over verslaving als hersenziekte (Leshner, 1997; Van den Brink, 2006). Binnen dit model vormt een aangeboren kwetsbaarheid de onmisbare basis voor herhaald gebruik van psychoactieve middelen, terwijl het herhaald gebruik op zijn beurt leidt tot belangrijke, moeilijk terug te draaien veranderingen in de hersenen. Deze veranderingen zijn verantwoordelijk voor het ontstaan van de hunkering (*craving*) die de kern vormt van het ongecontroleerde gebruik en de terugval na een periode van abstinentie. Medicamenteuze en gedragstherapeutische interventies worden binnen dit model als meest effectief gezien.

De opkomst van de neurowetenschappen, inclusief de komst van *neuro-imaging* (PET-scan, (f)MRI), hebben ervoor gezorgd dat de biologische aspecten van verslaving steeds meer aandacht krijgen. Ook wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de genetische en neurobiologische grondslagen van de verschillende cognitieve processen die bij verslaving een rol spelen, zoals gebrekkige inhibitie, aandachtsverstoringen en stoornissen in het maken van beslissingen (deze komen verderop in dit handboek uitgebreid aan bod).

Integratie van modellen

Net als in de rest van de psychiatrie zien we in het verslavingsonderzoek steeds vaker een integratie van modellen. De toegenomen kennis van de onderliggende processen maakt dat het steeds beter mogelijk wordt om de verbinding te leggen tussen genotype en fenotype, tussen genetische aanleg en symptomatologie (Kendler, 2008). Daarbij wordt in toenemende mate aandacht besteed aan het meten van niet direct waarneembare neurobiologische processen die genotype en fenotype verbinden, de zogenoemde 'endofenotypen' zoals cue-reactiviteit, anhedonie, aandachtsbias en inhibitie.