

# ‘Verslaving is geen chronische hersenziekte.’

Interview met psycholoog Reinout Wiers

Henk Maassen



Reinout Wiers (Foto: Kirsten van Santen)

De arts en schrijver Theodore Dalrymple was er in diverse boeken en in een interview met *Medisch Contact* bijna twintig jaar geleden volstrekt helder over: verslaving is geen ziekte maar een morele kwestie. Wat mensen aanzet tot crimineel gedrag, zet ze volgens hem ook aan tot verslaving. ‘De statistieken vertellen je dit verhaal, maar ook de individuele levens van verslaafden,’ zei hij tegen ondergetekende. ‘Het enige antwoord is detentie, liefst voor langere tijd. Ze zijn in gevangenschap sowieso veel beter af.’

Verslaving dus als het gevolg van je willens en wetens blootstellen aan alcohol en drugs. Diametraal daar tegenover staat het idee dat verslaving wel degelijk een ziekte is, preciezer nog: een chronische hersenziekte. Daar is op het eerste gezicht veel meer voor te zeggen, zo blijkt uit het boek *Akrasia* van de Amsterdamse hoogleraar

ontwikkelingspsychopathologie Reinout Wiers. Maar het is zeker niet het hele verhaal.

## Neuroadaptaties

Dat biomedische ziektemodel van verslaving stelt, in grote lijnen, dat middelengebruik begint omwille van het verwachte positieve effect, in farmacologische (de ‘kick’) of sociale zin (meedoen, gezelligheid). Die verwachtingen komen doorgaans uit, zij het dat op de langere termijn negatieve effecten optreden. Er zal dan ook een veel kleiner risico op verslaving zijn als die negatieve effecten zich, meestal dankzij een genetische variatie, vrijwel onmiddellijk aandienen.

Verslaving berust op drie ‘neuroadaptaties’. De eerste is sensitivatie. Drugs activeren het dopaminesysteem in de hersenen. Daardoor krijgen stimuli die voorafgaan aan de dopaminepiek een sterk relevantiesignaal. Zo’n aangeleerd signaal is normaal gesproken voorbehouden aan een evolutionair relevante beloning zoals – schrijft Wiers – ‘eten in tijden van hongersnood of een onverwachte seksuele toenadering van een aantrekkelijk iemand.’ Maar in dit geval treedt een dergelijke piek op na een alcoholische drank of een pilletje, dat vervolgens dezelfde aantrekkingskracht ontwikkelt als eten of seks, of mogelijk zelfs sterker. Deze neurale reactie wordt steeds sterker en houdt aan, want ook als drugs allang niet meer louter plezier verschaffen, maar fysieke en mentale ellende met zich meebrengen, blijft de ‘lokroep van deze sirenen’ bestaan.

Een tweede neuroadaptatie is negatieve bekrachtiging, ook wel bekend als *the dark side of addiction*. Die treedt op als ontwenningverschijnselen en tolerantie een overwegende rol gaan spelen. Verslaafden nemen de middelen dan om die negatieve verschijnselen

en gevoelens te onderdrukken, hetgeen op de langere termijn juist die negatieve gevoelens nog weer versterkt.

De derde neuroadaptatie tenslotte is de overgang van impulsief naar compulsief gedrag. Wiers: ‘Het idee is dat verslaving weliswaar als vrijwillig doelgericht gedrag begint, maar dat de controle na verloop van tijd verschuift naar hersencircuits waarin een uitlokkend signaal stevast tot een handeling leidt, waarmee die handeling onvrijwillig en dwangmatig wordt.’

### **Flexibel gedrag**

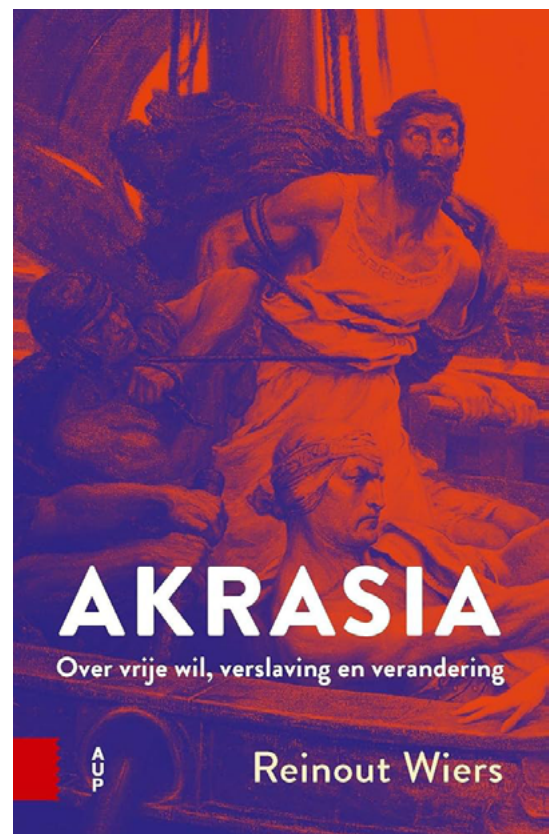
Dit is volgens Reinout Wiers niet het hele verhaal, verre van dat zelfs. Wiers: ‘Dat de hersenen van iemand die verslaafd is niet optimaal functioneren, daar is weinig tegen in te brengen. Wel dat het een chronische ziekte zou zijn, of zoals de Anonieme Alcoholisten (AA) ons leert: eens verslaafd, altijd verslaafd. Wat er positief aan het ziekteverhaal is, is dat je de verslaafde niet meer de schuld geeft, je gaat hem of haar behandelen, en niet opsluiten in de gevangenis. Verder was het idee dat de karakterisering van een chronische hersenziekte het stigma op verslaving zou verminderen, maar dat blijkt in de praktijk niet het geval: onderzoek heeft laten zien dat dit het stigma juist versterkt. Belangrijkste probleem van het model van chronische hersenziekte zijn echter de onderzoeksdata: spontaan herstel is eerder de regel dan de uitzondering. Dat pleit tegen het chronische karakter.’

***In uw boek schrijft u dat iemands genetische achtergrond of neurologische conditie minder relevant zijn voor de behandeling van verslaving dan kennis over iemands drijfveren en sociale omstandigheden. De vraag is dus: heeft het hersenmodel überhaupt wel wat opgeleverd in termen van behandeling en preventie?***

‘De afgelopen vijftientig jaar is in de Verenigde Staten meer dan negentig procent van al het geld dat naar verslavingsonderzoek is gegaan, besteed aan onderzoek naar dat hersenmodel. Dat heeft kennis opgeleverd over hersenprocessen, maar het heeft zo goed als niks voortgebracht voor de klinische praktijk. Geen nieuwe medicatie in ieder geval. Dat heeft veel te maken met proefdieronderzoek. De basale, neurale motivationele mechanismen komen goed

overeen tussen de rat of de muis en de mens. Maar mensen beschikken ook over symbolisch denken en over taal. Zij kunnen zich daardoor een andere toekomst voorstellen. En dat blijkt bij verslaving, en waarschijnlijk ook bij andere psychiatrische problemen, heel cruciaal te zijn. Dus zie je soms dat een nieuw medicijn wel bij proefdieren werkt, maar dat dit geen valide basis biedt om toepassing bij mensen verder te ontwikkelen. Alleen maar focussen op de hersenen betekent dat je veel belangrijker invloeden mist: als je mij vraagt te voorspellen of iemand tabaksverslaafd raakt of niet. en ik mag kiezen tussen iemands genetische profiel of hersenscans, ofwel iemands postcode, dan kies ik de laatste, want daarmee kan ik de kans op verslaving beter voorspellen.’

Ook persoonlijkheidstrekken als impulsiviteit en sensatiezucht, zo laat Wiers in zijn boek zien, zijn sterkere voorspellers van verslaving dan neurologische variabelen en genetische factoren. Verslaving is volgens hem sterk gemotiveerd, maar wel flexibel gedrag. ‘Wanneer zijn aansteker het niet doet, gaat een rookverslaafde op zoek naar alternatieven en blijft hij niet dwangmatig proberen een vlam uit de aansteker te krijgen. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar die zoektocht naar alternatieven geeft aan dat verslavingsgedrag niet helemaal automatisch is, dat mensen er een doel



mee willen bereiken en creatief nadenken over hoe hen dat kan lukken’

***U opteert voor verslaving als een biased choice oftewel een gecompromitteerde keuze. Daarbij speelt het begrip akrasia een belangrijke rol.***

‘Dit begrip komt uit een dialoog tussen Socrates en Protagoras zoals die is opgeschreven door Plato. Hun discussiepunt was in hoeverre mensen kunnen kiezen voor dat wat niet het beste voor ze is, terwijl ze alle tijd hadden om alle voors en tegens op een rij te zetten. Anders gezegd: keuze A is evident beter, en toch kies je voor B. Socrates probeert aan te tonen dat dat niet mogelijk is, terwijl Protagoras en veel huidige psychologen en neurowetenschappers beargumenteren dat dit wel degelijke kan. Dat is akrasia.’

‘In onze tijd denk je dan al gauw aan de duale procesmodellen, zoals het bekende *System One* en *System Two* van de psycholoog Daniel Kahneman: het impulsieve directe proces dat op de korte termijn gericht is, als in: “Als ik nu die sigaret neem of dat glas drink dan voel ik me direct daarna beter”, versus denktrant nummer twee: “Ik kan dat beter niet doen want het is niet goed voor mijn gezondheid.” Het idee dat het om twee onafhankelijke systemen gaat, blijkt empirisch inmiddels niet langer houdbaar. Recent onderzoek laat zien dat er een dynamische integratie plaatsvindt in één enkel systeem, en dat de waarde van onze handelingen daarin bepaald wordt aan de hand van onze doelen. Vertaald naar patiënten met een verslaving betekent dit dat voor hen de verlichting van hun levenspijn veel zwaarder weegt dan de wetenschap dat verslaving hun leven verkort.’

‘Een keuze die irrationeel lijkt, kan zo dus toch een rationele beslissing zijn, vanuit het perspectief van de verslaafde. *Biased choice* noem ik dat, want er is nog steeds iets van vrije wil en van een keuze. Alleen is die keuze sterk beïnvloed door iemands persoonlijke geschiedenis en omstandigheden. Waarbij ik overigens niet beweer dat de genoemde neuroadaptaties geen enkele rol spelen.’

### **Netwerkbenadering**

Wat je in de praktijk ziet is, aldus Wiers, dat de keuze van een verslaafde voor een middel of de drank steeds overhelt naar één kant: ‘Vergelijk

het met een auto die niet goed uitgelijnd is, waardoor je voortdurend moet tegensturen als je rechtdoor wilt. Dat inzicht heeft gevolgen voor de behandeling, waarin het niet alleen moet gaan om het bespreken van lange-termijndoelen, maar ook om processen die invloed hebben op het moment dat er een relevante keuze moet worden gemaakt, bijvoorbeeld door patiënten zich te laten richten op de aantrekkelijke kanten van een gezondere keuze.

‘Besef daarbij wel: je kunt niet eindeloos informatie over de voors en tegens verzamelen, op een gegeven ogenblik moet je kiezen. Hoe snel mensen dat kunnen verschilt, en hangt onder meer samen met de persoonlijkheidstrek impulsiviteit, maar het is ook iets dat door genen en vroege ontwikkeling wordt beïnvloed. Dergelijke keuzes zijn met gerichte trainingsprogramma’s te beïnvloeden en als die worden toegevoegd aan de behandeling van alcoholverslaving vergroten ze de kans dat iemand abtinent blijft.’

Wiers’ kijk op verslaving past binnen een nieuwe theorie over wat psychische stoornissen eigenlijk zijn. Uitgangspunt is dat het gaat om netwerken van symptomen. Hij legt uit hoe dat zit: ‘In de psychiatrie wijzen symptomen op een onderliggend probleem. Zoals ook elders in de geneeskunde. Voorbeeld: aanhoudende keelpijn kan de uiting zijn van een virale infectie, maar in zeldzamere gevallen ook van keelkanker. Dat model is één op één vertaald naar de psychiatrie, naar mijn opvatting ten onrechte. Want dat betekent dus dat we zouden moeten nagaan wat er bij depressie, verslaving of angst mis is in de hersenen of welke genen een rol spelen. Maar we weten inmiddels dat honderden genen een rol kunnen spelen en dat één specifiek gen slechts een heel klein effect heeft: vrijwel nooit meer dan een procent. Dat geldt ook voor specifieke hersenmaten. In een netwerk van symptomen zijn deze symptomen de ziekte, waarbij het ene symptoom het andere oproept. Dit proces kan beïnvloed worden door genen en neuroadaptaties, maar je kunt de stoornis niet reduceren tot alleen die biologische processen.’

‘Verder is er in de netwerkbenadering ook geen strikte scheiding meer tussen de ene psychische stoornis en de andere. Opnieuw een voorbeeld: iemand slaapt slecht vanwege allerlei zorgen, gaat daarom meer drinken, daardoor slaapt hij nog slechter, voelt zich nog slechter,

gaat meer drinken enzovoort. De patiënt krijgt te maken met een soort *feedback loops*. Het mooie is: cognitieve gedragstherapie sluit daar goed op aan. Je doet dan immers een functieanalyse waarbij je onderzoekt hoe de mentale klachten onderling samenhangen.’

### **Klinische toepassingen**

In Nederland loopt nu een groot onderzoeksprogramma om deze benadering en de klinische toepassingen ervan verder uit te werken en kritisch te testen: de New Science of Mental Disorders. Wiers vertelt dat onlangs een klein gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep is afgerond, waarin studenten die zwaar blowden en daardoor in de problemen waren gekomen, allemaal een korte standaardinterventie met motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie kregen. Bij al deze studenten werd een functieanalyse gedaan op basis van hun geheugen: wat zijn voor jouw moeilijke situaties? Hoe werkt het dan? Hoe voel je je daarna? Bij studenten in de experimentele groep werd hier een persoonlijk netwerk aan toegevoegd, dat gemaakt was op basis van Ecological Momentary Assessment (EMA). Dat is een onderzoeksmethode waarbij deelnemers herhaaldelijk en in real-time via de smartphone hun ervaringen, gedragingen en gevoelens bijhouden in hun dagelijkse omgeving.

Wiers: ‘Het doel is om zo een gedetailleerder beeld te krijgen van iemands dagelijkse leven, zonder dat er een beroep wordt gedaan op het geheugen achteraf, wat vertekeningen kan vermijden, zodat je de therapie daarop beter kunt afstemmen. Na drie maanden was de eerste groep weer in zijn oude blow-patroon teruggevallen, de experimentele groep niet.’

### ***Wat omvat het therapeutisch arsenaal in het geval van verslaving?***

‘Laat ik beginnen met medicatie. Een kleine groep heeft er baat bij maar dat aantal ligt op één op de vijftien behandelde mensen, dus het effect is klein. Min of meer standaard is motiverende gespreksvoering. Als een patiënt eenmaal zover is dat hij iets wil veranderen dan zijn er natuurlijk allerlei technieken, de voornaamste noemde ik al: cognitieve gedragstherapie. Je kunt zeggen dat deze combinatie werkt, maar je kunt evengoed volhouden dat dit niet zo is, want na

een jaar is ongeveer de helft van de verslaafden weer teruggevallen. Je kunt ook, zoals bij de AA in de Verenigde Staten gebruikelijk is, gaan voor totale abstinentie, en dan zie je zelfs iets betere uitkomstcijfers dan bij de combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. Maar als iemand dan toch weer eens een glas pakt, dan is de kans groter dat het uitloopt op een totale catastrofe. Dat is de patiënten ook geleerd: eens verslaafd, altijd verslaafd.’

Wiers c.s hebben verder een aantal trainingen ontwikkeld, waarin gebruik gemaakt wordt van plaatjes die direct met verslaving te maken hebben – bijvoorbeeld in een keuze-opdracht leren meer aandacht te geven aan een afbeelding van een glas thee dan aan een plaatje met een glas bier. Dat heet cognitieve biasmodificatie (CBM) en is succesvol gebleken als ondersteuning bij de behandeling van alcoholverslaving. Dat zorgde in een groot aantal studies voor een reductie in de terugval van ongeveer tien procent een jaar later. Wiers: ‘Net als bij medicatie een klein effect, met dit verschil dat medicatie vooral lijkt te werken bij mensen voor wie de gedragstherapie niet werkt, terwijl CBM vooral goed werkt als toevoeging aan de cognitieve gedragstherapie. We willen deze aanpak nu verder personaliseren, gebaseerd op ons idee van de netwerken van symptomen.’

### **Niks mis met sensatiezucht**

#### ***Hoe kunnen we het fenomeen verslaving evolutionair begrijpen? Hoe kan het dat het niet allang langs de weg van natuurlijke selectie is gesneuveld?***

‘In onze evolutionaire geschiedenis hebben we lang in kleine gemeenschappen moeten overleven. Het is bijvoorbeeld handig dat niet iedereen, als er een vijand nadert, op die vijand afstormt. Maar evenmin dat iedereen maar rustig blijft afwachten. Kortom: we hebben variatie nodig in de mate waarin mensen bepaalde neigingen tot gedrag vertonen. Het risico op verslaving is, zoals eerder opgemerkt, gerelateerd aan sensatiezucht en impulsiviteit. Dat deze eigenschappen niet zijn weggeselecteerd komt omdat ze in sommige, vaak benarde omstandigheden goed van pas kunnen komen. Met sensatiezucht is dan ook niks mis. Wat je echter wil is dat adolescenten die daar hoog op scoren een positieve manier ontwikkelen

om die eigenschap uit te leven. En niet gaan binge-drinken of allerlei spannende middelen gaan uitproberen.’

***In hoeverre zijn uw ideeën ook van toepassing op andere verslavingen dan die aan middelen en drank, zoals aan eten, games, seks, telefoons of gokken?***

‘Er is veel discussie over deze vraag. In de DSM-5 is gokken als verslaving toegevoegd. Een van de criteria voor een verslaving is dat je jezelf daardoor in gevaar brengt. Dus op het moment dat je dat doet door te appen terwijl je in een auto rijdt, ja, dan is er wat mij betreft best wel wat voor te zeggen om dat telefoongebruik ook als een verslaving op te vatten. Ik moet er wel bij zeggen dat sommige drugs een sterkere keuzebias opleveren dan deze vormen van verslaving.’

***Hoe staat u tegenover het eventueel legaliseren van bepaalde drugs?***

‘Dat vind ik een lastige. We weten dat als je een middel op jonge leeftijd gaat gebruiken neuroadaptaties zullen optreden die latere keuzes sterk zullen beïnvloeden, dat anders gezegd de biased-choice die zich ontwikkelt sterker is. Maar ik denk wel dat er veel voor te zeggen is middelen te legaliseren voor volwassenen. Met allerlei restricties, dat wel, vooral als het gaat om reclame. Dus: neutrale verpakkingen, en maak de middelen niet heel makkelijk verkrijgbaar.’

## **Literatuur**

Wiers, Reinout. *Akrasia, Over vrije wil, verslaving en verandering*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2023.

*Er is ook een Engelse uitgave:*

Wiers, Reinout. *A New Approach to Addiction and Choice. Akrasia and the Nature of Free Will*. New York, Routledge, 2025.