

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

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](http://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 gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

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

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Ontwikkelingen in verslaving

GERARD M. SCHIPPERS & WIM VAN DEN BRINK

## Samenvatting

In de laatste vijftig jaar is de kennis over de epidemiologie, etiologie, pathogenese, preventie en behandeling van verslaving sterk toegenomen. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw hebben we de beschikking over effectieve psychotherapeutische interventies, waarbij inzichtgevende vormen van behandeling grotendeels zijn vervangen door gedragsverandering via cognitieve gedragstherapie. Sinds de jaren negentig zijn er ook steeds meer medicamenteuze interventies beschikbaar en worden er voorzichtig nieuwe neurofysiologische interventies uitgetoetst. Er worden tevens goede vorderingen gemaakt met een efficiënte zorgtoewijzing. Recent speelt ook de herstelbeweging een belangrijke rol in de inrichting van zorg en behandeling. *Trefwoorden: verslaving, verslavingszorg, geschiedenis, ontwikkeling in psychologische en medisch-farmacologische behandeling*

## INLEIDING

Sinds het midden van de negentiende eeuw hebben zich grote veranderingen voorgedaan in het denken over verslaving en verslaafden (van den Brink, 2009; van der Stel, 2016). In dit artikel beschrijven wij eerst kort de ontwikkeling in dit denken en de Nederlandse situatie, om vervolgens in te gaan op de modellen die thans toonaangevend zijn. Verder bespreken we de uitwerking hiervan in preventie en behandeling, met de nadruk op ontwikkelingen in de gedragstherapie.

## DENKEN OVER VERSLAVING

Het begrip verslaving is in de negentiende eeuw ontstaan als aanduiding van excessief problematisch alcoholgebruik. In het begin van de twintigste eeuw werd de term ook toegepast bij psychotrope drugs (zoals opium, en opi-

underivaten als morfine en heroïne), later in die eeuw ook bij gokgedrag, en tegenwoordig ook wel bij ander repeterend gedrag, zoals gamen en computergebruik. In het denken over verslaving werd habituele dronkenschap aanvankelijk vooral gezien als een teken van morele zwakte, en werden verslaafden meestal langdurig en vaak onder erbarmelijke omstandigheden opgesloten in gevangenissen of heropvoedingsgestichten (moreel model). In de loop van de negentiende eeuw ontstond er in de VS en in West-Europa een beweging tegen het gebruik van sterke drank en voor het verbieden van de verkoop ervan. De verslaving is niet langer de schuld van de verslaafden, maar wordt toegeschreven aan de verslavende stof. Het is niet langer de zwakte, amorele persoon, maar de sterk verslavende werking van het middel die gezien wordt als de oorzaak van verslaving (farmacologisch model). Op grond van een dergelijke visie is er slechts één afdoende maatregel: voorkomen dat mensen nog in aanraking kunnen komen met deze gevaarlijke stoffen. Het bekendste voorbeeld is waarschijnlijk de drooglegging van de VS (1920-1933). Wat betreft de verslaving aan illegale middelen zoals heroïne en cocaïne dient dit verouderde model als legitimatie van de *war on drugs*. In de periode 1930-1950 wordt het wel erg simpele farmacologische model langzaam vervangen door een psychoanalytisch geïnspireerd model, waarbij verslaving niet als een op zichzelf staande aandoening wordt gezien, maar als een symptoom van een onderliggende karakterneurose of persoonlijkheidsstoornis (symptomatisch model), en wordt een langdurige – op inzicht gerichte – psychotherapeutische behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap als de oplossing gezien. In de periode 1940-1960 krijgt het door Jellinek gepropageerde ziektemodel van verslaving steeds meer aanhang. Volgens dit model bestaan er fundamentele (premorbid) 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 verslaving zijn het ongecontroleerde gebruik en de lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie en onthouding). De belangrijkste implicatie van dit model is dat gematigd gebruik door niet-verslaafden heel goed mogelijk is, terwijl voor (latent) verslaafden volledige abstinentie het enige alternatief is. Behandeling volgens het Minnesota-model en de Anonieme Alcoholisten (AA) zijn de belangrijke representanten van dit model. In de periode 1960-1970 ontstaat er binnen de psychologie belangstelling voor verslaving als een vorm van onaangepast geleerd gedrag, dat met behulp van gedragstherapeutische interventies ook weer afgeleerd kan worden (leertheoretisch model). In de periode 1970-1990 wordt steeds duidelijker dat het absolute verschil tussen verslaafden en niet-verslaafden niet realistisch is, en dat sociale omstandigheden – naast biologische en psychologische oorzaken – een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van verslavingsgedrag. Een groot deel van de aan heroïne verslaafde Amerikaanse Vietnam-veteranen bleek na hun terugkeer naar de VS spontaan van hun verslaving te herstellen. Dit verschijnsel kon onder meer verklaard worden met de

klassieke conditionering van de drang tot het gebruik van verslavende stoffen: terugkeer betekende een radicale onttrekking aan de geconditioneerde gebruiksomgeving. Samen vormden deze ontwikkelingen de basis voor het biopsychosociale ontwikkelingsmodel. Volgens dit model bestaan er slechts relatieve verschillen tussen verslaafden en niet-verslaafden, en zijn er vloeiende overgangen tussen gebruik, overmatig gebruik, misbruik, schadelijk gebruik en verslaving. Er wordt in dit model als oorzaak van de verslaving niet eenzijdig uitgegaan van de stof (farmacologisch model) of van het individu (moreel model, symptomatisch model, ziektemodel). Zowel het ontstaan als de beëindiging van de verslaving wordt in dit model gezien als het resultaat van de continue interactie tussen aangeboren kwetsbaarheid (biologisch), persoonlijke ontwikkeling (psychologisch) en omstandigheden (sociaal). Op grond van dit model is het ‘afhankelijkheidssyndroom’ gepostuleerd en zijn de multimodale interventies populair geworden: interventies waarbij zowel aandacht wordt besteed aan biologische aspecten (medicijnen), psychologische (psychotherapie) als sociale (onder andere huisvesting). Vanaf 1990 lijken de medisch-biologische aspecten binnen het biopsychosociale model belangrijker te worden en spreekt men vaker over verslaving als hersenziekte (Leshner, 1997). Binnen dit model vormt een aangeboren kwetsbaarheid de onmisbare basis voor herhaald gebruik van psychoactieve middelen, terwijl het herhaalde gebruik van deze middelen op hun beurt leidt tot belangrijke, moeilijk terug te draaien veranderingen in het brein. Deze laatste veranderingen zijn volgens dit model verantwoordelijk voor het ontstaan van de hunkering (*craving*), die de kern vormt van het ongecontroleerde gebruik en de terugval in gebruik na een periode van abstinentie. Medicamenteuze en gedragstherapeutische interventies worden binnen dit model als het meest veelbelovend gezien. De ontwikkelingen in de verslavingszorg en het verslavingsonderzoek moeten gezien worden tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in het concept ‘verslaving’. Het gaat daarbij globaal om twee perspectieven: het psychologisch-sociale en neurobiologisch-medische perspectief. In reactie op de soms eenzijdige toepassing van het laatste perspectief is er sinds enige tijd een beweging gaande waarbij beide perspectieven weer in balans worden gebracht, de regie over de behandeling in handen wordt gegeven van de patiënt en naast vermindering van symptomen en functioneel individu en maatschappelijk herstel veel aandacht wordt besteed aan persoonlijk herstel (identiteit, zingeving, verbondenheid enzovoort) (herstelmodel; GGZ Nederland, 2013).

#### NEDERLANDSE ONTWIKKELING

.....

Alvorens de internationale literatuur erbij te betrekken, moeten we constateren dat veel van de ontwikkelingen in Nederland nogal laat op gang zijn gekomen. Dit is goed af te lezen aan het aantal proefschriften. Voor de

Tweede Wereldoorlog was er nauwelijks sprake van verslavingsonderzoek in Nederland, maar ook na de Tweede Wereldoorlog niet. Er verscheen tot 1980 zegge en schrijve één proefschrift over (drugs)verslaving (Cohen, 1975). En dat terwijl Nederland ondertussen wereldwijd bekendstond om zijn tolerante drugsbeleid, en Amsterdam de *swinging city* was van de jaren zestig en zeventig. Tot halverwege de jaren negentig verscheen slechts een handjevol proefschriften. Dat had natuurlijk alles te maken met gebrek aan academische belangstelling voor het onderwerp. Pas na het vestigen van speciale onderzoekscentra in onder andere Amsterdam (Amsterdam Institute for Addiction Research, AIAR), Nijmegen (Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, NISPA) en Rotterdam (Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, IVO) veranderde dat. Inmiddels zijn er vele tientallen proefschriften verschenen, mede dankzij twee onderzoeksprogramma's van ZonMw, die in het eerste decennium van deze eeuw met circa twintig miljoen euro werden gesubsidieerd. Daarmee zijn we een beetje in de pas gaan lopen met het buitenland, waar wel veel onderzoek werd en wordt verricht. Dit geldt vooral voor de VS natuurlijk, waar het National Institute on Drug Abuse (NIDA) en het National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) een onderzoeksbudget van rond de één miljard dollar per jaar hebben, maar ook voor het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Zweden, en meer recent ook voor Spanje en Frankrijk.

#### ETIOLOGIE EN PATHOGENESE VAN VERSLAVING

.....

Het eerder gemaakte onderscheid tussen psychosociaal en neurobiologisch lijkt de laatste jaren steeds minder relevant. De belangrijkste ontwikkeling is namelijk de introductie van het psychobiologische model van verslaving op basis van dierexperimenteel onderzoek, en meer recent ook humaan neuropsychologisch en beeldvormend onderzoek (Koob & Volkow, 2010; Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Voor het eerst is er een model waarmee we in staat lijken de blijvende veranderingen in motivatie te verklaren die gepaard gaan met de kwetsbaarheid voor, en de continuering van, verslavingsgedrag, inclusief terugval na aanvankelijke abstinentie. We beperken ons hier tot een globale aanduiding van dit model, waarnaar ook in Nederland veel baanbrekend onderzoek is verricht (zie ZonMw, 2009). Verslaving wordt in dit model gezien als een psychobiologisch proces, waarbij mensen met een ongevoelig beloningssysteem vaker op zoek zijn naar beloningen met een hoge intensiteit en daarbij gemakkelijker met verslavende stoffen in contact komen (dit verschijnsel noemt men anhedonie; de hierbij betrokken structuur in de hersenen is de nucleus accumbens). Herhaald gebruik van deze stoffen leidt vervolgens tot blijvende veranderingen in de hersenen, waarbij de motivatie voor het gebruik van middelen groter wordt, ten koste van de motivatie voor andere potentieel belonende en maatschappelijk relevante

activiteiten (saillantie; betrokken structuur: orbitofrontale cortex). Bovendien blijken stress en omgevingsstimuli sterker gekoppeld aan de herinnering van het middelengebruik. Het gevolg is een sterkere activatie van het (emotionele) geheugen bij het optreden van stress en bij de confrontatie met druggerelateerde stimuli, resulterend in (geconditioneerde) fysiologische reacties (*cue*-reactiviteit) en van een gevoel van hunkering om het middel opnieuw te willen gebruiken (craving; amygdala, anterieure cingulaire cortex). Deze hunkering hoeft natuurlijk niet automatisch tot (terugval in) middelengebruik te leiden, als er maar voldoende weerstand aan deze aan drang tot gebruik kan worden geboden door een goed ontwikkeld cognitief controlesysteem. Dat blijkt bij veel verslaafden echter niet het geval: zij zijn veelal niet in staat kortetermijnbeloningen af te wegen tegen langetermijnrisico's (conflictregistratie: met de anterieure cingulaire cortex als belangrijke betrokken structuur), maar ook wanneer dat wel het geval is, lukt het vaak niet om eenmaal ingezet gedrag nog te stoppen (betrokken structuur: de dorsolaterale prefrontale cortex). De laatste jaren wordt ten slotte steeds duidelijker dat naast de zojuist besproken dynamische processen bij verslaving ook automatismen een steeds grotere rol gaan spelen. Men gebruikt niet meer omdat het een prettig gevoel geeft (*liking*), maar voornamelijk omdat men gebruikt (*wanting*). Het gaat steeds meer om geautomatiseerde en moeilijk te doorbreken compulsiviteit (betrokken structuur: dorsale striatum).

#### VERDERE VERFIJNING VAN HET MODEL

.....

Het geschetste model bouwt voort op een groot aantal eerdere ontdekkingen. Met een fraaie experimentele opzet wist men bijvoorbeeld de farmacologische effecten van alcohol gescheiden te bestuderen van de psychologische (verwachtings)effecten (Marlatt, Demming, & Reid, 1973). Daarmee werd duidelijk dat ook de effecten van psychoactieve stoffen deels aangeleerd zijn. Dergelijke leerprocessen gaan echter voor een belangrijk deel buiten ons bewustzijn om. Dit heeft geleid tot de erkenning dat het gebruik van middelen slechts zeer gedeeltelijk gebaseerd is op een bewuste afweging van voor- en nadelen. Recent is aangetoond dat ook verslaving meer door onbewuste, automatische processen bepaald wordt dan door bewuste overwegingen (Wiers & Stacey, 2013). Deze beschrijving geeft aan dat veel van de al bekende psychologische kenmerken van verslaving (conditionering, craving) een plek hebben gekregen in een neurobiologisch (hersenziekte) model, waarbij bepaalde psychologische disfuncties (impulsiviteit) steeds nauwkeuriger worden gekoppeld aan hersencircuits, en waarbij neuropsychologische functiestoornissen (anhedonie, saillantie) directer in verband worden gebracht met bepaalde receptorsystemen en neurotransmitters. Genetisch-epidemiologische studies hebben duidelijk gemaakt dat expe-

rimenteren met alcohol en drugs voor het grootste deel (60%-80%) door omgevingsfactoren wordt bepaald, terwijl misbruik en afhankelijkheid van middelen vooral (60%-80%) door genetische factoren worden bepaald (Derks, 2013). Men dient zich daarbij wel te realiseren dat in de schatting van de erfelijkheid ook de interacties tussen genen en omgeving begrepen zijn.

#### PREVENTIE

.....

Bij preventie moet men een onderscheid maken tussen aanbodmethodieken en vraaggerichte methodieken. Vanuit de psychologie werd tot voor kort vooral gewerkt aan vraaggerichte preventie: voorlichting, aanleren van vaardigheden en stimuleren van goede gewoonten. Uit onderzoek komt echter naar voren dat aanbodgerichte preventie veel effectiever is: verminderen van de beschikbaarheid door vermindering van het aantal verkooppunten en verhoging van de prijs via accijnzen. Overigens gaat het onderzoek naar de effectiviteit van preventie vooral om de preventie van gebruik, en is er bijna niets bekend over de effectiviteit van preventieve maatregelen om misbruik en afhankelijkheid te voorkomen. Een overzicht van Cuijpers, Scholten en Conijn (2006) biedt een onthutsend inzicht in de bescheiden werking van vraaggerichte preventie. Naast aanbodgerichte universele preventie is daarom de laatste tijd steeds meer aandacht voor selectieve en geïndiceerde preventie. Selectieve preventie richt zich op risicogroepen, zoals kinderen van verslaafde ouders en kinderen met ADHD, terwijl geïndiceerde preventie zich richt op jongeren en volwassenen met risicovol middelengebruik zonder te voldoen aan de diagnose verslaving.

#### BEHANDELING

.....

##### *Psychologische interventies*

.....

In vergelijking met de eerste periode na de Tweede Wereldoorlog, toen de professionele hulpverlening vrijwel met lege handen stond, heeft zich de laatste decennia een aantal spectaculaire ontwikkelingen voorgedaan. In de jaren tachtig en negentig stonden nieuwe psychologische methodieken op de voorgrond. In 1977 werden op een spraakmakende conferentie voor het eerst resultaten gepresenteerd van onderzoek naar de effecten van gedragstherapie bij verslaving. Na angst en depressie bleek ook problematisch gebruik van alcohol en drugs gunstig te reageren op gedragstraining en cognitieve beïnvloeding. Sindsdien neemt (cognitieve) gedragstherapie een centrale plaats in bij de behandeling van verslaafden (Gifford & Humphreys,

2007; Schippers, Smeerdijk, & Merkx, 2015). De belangrijkste hoogtepunten zijn daarbij de ontwikkeling van terugvalpreventie in het begin van de jaren tachtig (Marlatt & Gordon, 1985), het beschikbaar komen van specifieke vaardigheidstrainingen begin jaren negentig (Monti et al., 1993) en de toepassing van contingentiemanagement met beloning voor 'schone' urine-monsters (Higgins et al., 1994). Sommige gedragstherapeutische benaderingen bleken minder succesvol te zijn, zoals het toepassen van *cue-exposure* met responspreventie bij het deconditioneren van reflexmatige reacties op druggerelateerde stimuli (Conklin & Tiffany, 2002).

Een invloedrijke ontwikkeling is verder die van de motiverende gespreksvoering: een gesprekstechniek gericht op het niet-moraliserend expliciteren van gebruiksmotieven en het stimuleren van verandering (Miller & Rollnick, 2012). Ondertussen wordt deze techniek ook veelvuldig toegepast buiten de verslaving en buiten de ggz. Er zijn inmiddels enkele honderden gerandomiseerde studies uitgevoerd en meer dan een dozijn meta-analyses gepubliceerd. Gezien de achtergrond van deze techniek kan indirect wel van een revival van de cliëntgerichte benadering worden gesproken. De context van motiverende gespreksvoering bij toepassing van CGT wordt beschouwd als de state-of-the-art-behandeling van individuen met verslavingsproblemen. De afgelopen jaren zijn voorts effectieve behandelingen via het internet ontwikkeld, en wel voor alcohol (Riper et al., 2014) en voor cannabis (Tait, Spijkerman, & Riper, 2013). Verder is er veel aandacht gekomen voor de behandeling van comorbide stoornissen en verslaving, vooral van depressie en angst, maar ook van PTSS en ADHD. Op basis van impliciete cognities zijn recent trainingen ontwikkeld voor verandering van cognitieve bias en controle, die een bijdrage blijken te leveren aan het succes van andere therapieën (Wiers, Gladwin, Hofmann, Salemink, & Ridderinkhof, 2013).

Het recent verschenen *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (Schippers, Smeerdijk, & Merkx, 2015) presenteert de huidige stand van zaken van de methodieken die worden gehanteerd in de gedragstherapie, licht de achtergronden en de ontwikkeling van de methodieken toe en bevat meerdere protocollen voor de behandeling, waaronder voor jongeren en voor licht verstandelijk gehandicapten.

### *Farmacologische interventies*

---

Een andere belangrijke ontwikkeling is het beschikbaar komen van veilige en effectieve medicijnen. Als eerste kwam in 1947 in Denemarken disulfiram op de markt voor de behandeling van alcoholisten. Het middel veroorzaakt een aversieve reactie, heeft nogal wat contra-indicaties en effectiviteit is alleen te bereiken bij gesuperviseerde inname. In 1964 kwam in de Verenigde Staten methadon beschikbaar voor de behandeling van heroïneverslaafden. Sindsdien zijn er verschillende medicijnen beschikbaar gekomen gericht op: (a) het voorkómen van een belonend effect van de verslavende stof (nal-



trexon bij alcohol, heroïne en amfetamine); (b) het voorkómen van craving bij stress en alcohol/druggerelateerde stimuli (acamprosaat en topiramaat bij alcohol, bupropion bij nicotine); (c) het bevorderen van planning en verminderen van impulsiviteit (modafinil bij alcohol- en cocaïneverslaving); en (d) het vervangen van de verslavende stof door een minder gevaarlijk (nicotinevervangers bij roken) en legaal substituut (methadon en buprenorfine bij heroïne, dexamfetamine bij cocaïne). Een overzicht van de beschikbare middelen is te vinden bij van den Brink (2012). Een bijzondere plaats wordt daarbij ingenomen door de behandeling met heroïne op medisch recept van chronische, therapieresistente heroïneverslaafden (van den Brink et al., 2003).

### *Herstelgerichte interventies*

Met de recente introductie van het herstelmodel in de Nederlandse verslavingszorg zal er de komende tijd meer aandacht besteed moeten worden aan de ontwikkeling en het testen van interventies gericht op maatschappelijke (re-)integratie en verbetering van de levenskwaliteit, ook bij verslaafden voor wie symptomatisch of functioneel herstel niet of slechts in beperkte mate realiseerbaar is (van der Stel, 2013).

### *Betere zorgtoewijzing*

Nu er langzamerhand een groot aantal effectieve psychologische, farmacologische en neurofysiologische interventies beschikbaar is voor de behandeling van verslaving en verslaafden, dient zich de vraag aan: welke mensen kan men in welke fase van hun verslaving het beste met welke interventies behandelen? Helaas zijn er nog maar weinig klinische variabelen bekend met een goede voorspellende waarde. We weten dus niet precies hoe we individuele patiënten het beste kunnen behandelen. Wel weten we al 25 jaar dat klinische behandelingen lang niet altijd effectiever zijn dan ambulante, al is het zo dat patiënten met complexe problemen het soms wat beter doen met een klinische behandeling. Op basis van deze gegevens heeft men de laatste jaren in Nederland zorgtoewijzingsprotocollen ontwikkeld op basis van een combinatie van *stepped care* en *matched care*. Het zijn programma's die moeten leiden tot een effectievere en efficiëntere besteding van het beschikbare budget (Merkx et al., 2007, 2013). Het uniform hanteren van één intake- en evaluatie-instrument in de gehele sector (de MATE; Schippers, Broekman, & Buchholz, 2011; [www.mateinfo.nl](http://www.mateinfo.nl)) draagt hieraan bij. Het instrument is tevens een fundament voor een gegevensbestand, waaraan nieuwe kennis over de diagnosegroep en de behandeling ervan kan worden ontleend. Andere manieren om de effectiviteit en de efficiëntie van de zorg te verbeteren zijn de toepassing van gecombineerde vormen van farmacotherapie en psychotherapie, het gelijktijdig gebruik van verschillende medicijnen, en het

gebruik van genetische informatie bij de keuze van het werkzaamste medicijn (Oslin et al., 2003).

Acceptatie van het herstelmodel betekent ook dat het overleg tussen behandelaar en patiënt, en het samen beslissen over de meest geëigende behandeling, steeds meer aandacht moet krijgen, en dat de kennis die we de laatste jaren via stepped care en matched care verkregen hebben moet worden ingezet tijdens het proces van *shared decision making*.

### Toekomst

Een recente ontwikkeling is de toepassing van neurofysiologische behandelingen bij verslaafden. Er zijn positieve studies verschenen naar het effect van (oppervlakkige en diepe) transcraniële magnetische stimulatie (TMS; Luigjes, Breteler, Vanneste, & de Ridder, 2013), terwijl er ondertussen ook wat ervaring is opgedaan met diepe hersenstimulatie (DBS; Luigjes, van den Brink, & Denys, 2014).

Ook van minder invasieve nieuwe methodieken zijn resultaten te verwachten. Er wordt geëxperimenteerd met EMDR bij het verminderen van craving (Markus, de Weert-van Oene, Becker, & de Jong, 2015), en de onderzoeksgroep in Maastricht ontwikkelt werkzame methoden voor de training van inhibitie, en van het werkgeheugen bij eet- en alcoholdrinkgedrag (Dassen, Jansen, Nederkoorn, & Houben, 2016; Houben, Wiers, & Jansen, 2011). Wanneer deze methodieken ook via het internet worden aangeboden en werkzaam blijken, biedt dat een verandermogelijkheid die ondersteunend en in ieder geval laagdrempeliger is dan de gang naar de verslavingszorg, die voorlopig nog wel een stigmatiserend karakter zal blijven houden.

### CONCLUSIE

Het denken over verslaving en de behandeling van verslaafden heeft de laatste vijftig jaar een enorme ontwikkeling doorgemaakt, die niet alleen heeft geleid tot meer kennis, nieuwe interventies en een betere zorgtoewijzing, maar recent ook tot een nieuwe vorm van samenwerking tussen patiënt en behandelaar, die gericht is op symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

**Gerard M. Schippers** en **Wim van den Brink** zijn verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam. *Correspondentieadres:* Curaçaweg 14, 6524 SV Nijmegen. E-mail: gschippers@xs4all.nl

**Summary** Knowledge about the epidemiology, etiology, pathogenesis, prevention and treatment of addiction has shown a dramatic increase during the last fifty years. Since the 1980s, new effective psychotherapeutic interventions have become available, changing the original insight oriented perspective to a more cognitive behavioral approach. Since the 1990s also a series of effective pharmacological interventions were introduced and currently some new neurophysiological interventions are being tested. Considerable progress has been made in the allocation of specific patients to specific treatments. Finally, the recovery movement is going to play a substantive role in the organization of care and treatment.

**Keywords:** *addiction, substance use disorders, care, treatment, history of developments in the Netherlands*

### Literatuur

- Cohen, H. (1975). *Drugs, druggebruikers en drug-scene*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction, 97*, 155-167.
- Cuijpers, P., Scholten, M., & Conijn, B. (2006). *Verslavingspreventie: Een overzichtsstudie*. Den Haag: ZonMw.
- Dassen, F. C., Jansen, A., Nederkoorn, C., & Houben, K. (2016). Focus on the future: Episodic future thinking reduces discount rate and snacking. *Appetite, 96*, 327-332.
- Derks, E. (2013). *De verborgen bouwstenen in de psychiatrie*. Oratie Universiteit van Amsterdam.
- GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort: GGZ Nederland. Retrieved from [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset\\_956849.pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf)
- Gifford, E., & Humphreys, K. (2007). Psychological science and the addictions. *Addiction, 102*, 352-361.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R., & Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 51*, 568-576.
- Houben, K., Wiers, R. W., & Jansen, A. (2011). Getting a grip on drinking behavior: Training working memory to reduce alcohol abuse. *Psychological Science, 22*, 968-975.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology, 35*, 217-38. doi: 10.1038/npp.2009.110. Epub. Review. Erratum in: *Neuropsychopharmacology*. 2010, 35, 1051. PubMed PMID: 19710631; PubMed Central PMCID: PMC2805560.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science, 278*, 45-47.
- Luigjes, J., Breteler, M. H. M., Van-neste, S., & de Ridder, D. D. (2013). Neuromodulatie als interventie voor verslaving: Stand van zaken en toekomstperspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 55*, 841-852.
- Luigjes, J., van den Brink, W., & Denys, D. (2014). Deep brain stimulation and addiction. *Deep Brain Stimulation: Technology and Applications, 2*, 144-153.
- Markus, W., de Weert-van Oene, G. H., Becker, E. S., & de Jong, C. A. (2015). A multi-site randomized study to compare the effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) added to TAU versus TAU to reduce craving and drinking behavior in alcohol dependent outpatients:

- Study protocol. *BMC Psychiatry*, 15, 1-14.
- Marlatt, G. A., Demming, B., & Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 233-241.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Red.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Merkx, M. J. M., Schippers, G. M., Koeter, M. J. W., Vuijk, P. J., Oudejans, S., de Vries, C. C. Q., & van den Brink, W. (2007). Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: Feasibility of matching guidelines in routine practice in Dutch treatment centres. *Addiction*, 102, 466-474.
- Merkx, M. J., Schippers, G. M., Koeter, M. W., Vuijk, P. J., Poch, M., Kroonmeijer, H., & van den Brink, W. (2013). Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 38, 1691-1698.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A. V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., Colby, S. M., ... Abrams, D. B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: A preliminary investigation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61, 1011-1019.
- Oslin, D. W., Berrettini, W., Kranzler, H. R., Pettinati, H., Gelernter, J., Volpicelli, J. R., & O'Brien, C. P. (2003). A functional polymorphism of the mu-opioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcohol-dependent patients. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1546-1552.
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., ... Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: A meta-analysis. *PLoS One*, 9, e99912.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2011). *MATE 2.1. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Tait, R. J., Spijkerman, R., & Riper, H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 295-304.
- van den Brink, W. (2009). Geschiedenis en classificatie. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek verslaving* (pp. 13-26). Utrecht: De Tijdstroom.
- van den Brink, W. (2012). Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 3-31.
- van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Koeter, M. W., van Zwieten, B. J., & van Ree, J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Two randomised controlled trials. *BMJ*, 327, 310-317.
- van der Stel, J. (2013). Innovatie rond herstel: Vragen en opgaven. Themanummer Herstel. *Verslaving*, 9, 5-18.
- van der Stel, J. (2016). *Historische canon van de verslavingszorg*. Retrieved from [www.canonverslavingszorg.nl](http://www.canonverslavingszorg.nl).
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374, 363-371. doi: 10.1056/NEJMr1511480. Review. PubMed PMID: 26816013.
- Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive bias modification and cognitive control training in addiction and related psychopathology mechanisms, clinical perspectives, and ways forward. *Clinical*

- Psychological Science*,  
2167702612466547.
- Wiers, R. W., & Stacy, A. W. (2013). Im-  
plicit and associative processes in  
addiction. *Principles of Addiction:  
Comprehensive Addictive Behaviors  
and Disorders*, 1, 405.
- ZonMw (2009). *Oog(st) voor de toekomst:  
Resultaten van onderzoek uit de Zon-  
Mw programma's Verslaving en Risico-  
gedrag en Afhankelijkheid*. Den Haag:  
ZonMw.

# Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Het *DSM-5°: Oefenboek* is een handig hulpmiddel voor klinici, studenten en andere professionals die zich willen bekwamen in het werken met de DSM-5.

Deze uitgave bevat bijna vijfhonderd meerkeuzevragen over het gebruik van de DSM-5 en het toepassen van de classificatiecriteria. De vragen volgen dezelfde indeling als het DSM-5 Handboek. Zo kan de lezer zich per domein oefenen in het classificeren en grip krijgen op de veranderingen ten opzichte van de DSM-IV.

Paperback | 9789089536273 | 576 p. | € 59,95

Lees meer en bestel op  
**[www.boompsychologie.nl/dsm5](http://www.boompsychologie.nl/dsm5)**

**Boom** | Psychologie  
& Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen  
Nederland vanaf € 20,-  
Prijs geldt in 2016, o.v.v. wijzigingen

# Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Het behandelprotocol *Verzamelstoornis* beschrijft een cognitief-gedrags-therapeutische behandeling van 28 sessies en aanvullende ambulante ondersteuning. Verzamelstoornis is een chronische, ernstige psychiatrische aandoening waarin mensen in de loop van hun leven in toenemende mate vastlopen. Grote delen van het huis worden onleefbaar, sociale contacten vinden alleen nog buitenshuis plaats, familie en vrienden haken af en persoonlijke hygiëne verslechtert. Het protocol sluit aan op de classificatie Verzamelstoornis in de DSM-5.

Set Handleiding en Werkboek | € 42,95

Lees meer en bestel op  
**[www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)**

**Boom** | Psychologie  
& Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen  
Nederland vanaf € 20,-  
Prijs geldt in 2016, o.v.v. wijzigingen