

Visie op de mens, visie op verslaving: een meervoudige kijk op problematiek en herstel

E. BLAAUW, G. ANTHONIO, M. VAN DER MEER-JANSMA, A. VAN DEN BOS

ACHTERGROND In de afgelopen decennia is de visie op verslaving sterk veranderd. Het momenteel vigerende model in de psychiatrische (neurobiologische) wetenschap is het hersenziektenmodel. Dit model is echter onderhevig aan kritiek en lijkt vooral van toepassing op mensen met een ernstige vorm van verslaving. Wanneer de ideeën vanuit de herstelbenadering worden gelegd naast de visies op verslaving, dan valt op dat het biopsychosociale model (BPS) het beste past bij deze benadering. Tegelijkertijd valt op dat bij de herstelbenadering het begrip 'een zinvol bestaan' (of 'zingeving') een centrale plek inneemt, maar dat dit begrip niet naar voren komt in het BPS model.

DOEL Nagaan of toevoeging van een zingevingcomponent aan het BPS model zinvol is.

METHODE Bespreking van een casus en beschouwing van geselecteerde literatuur.

RESULTATEN Door toevoeging van een zingevingscomponent aan het BPS model ontstaat een BPSZ-model. Daarbij gaan we in op de vraag of zingeving een vierde domein is of boven- of onderliggend aan de andere drie domeinen. Zingeving is niet nieuw binnen de verslavingszorg. Toevoeging van zingeving aan het BPS model betekent dat met iedere persoon die zich aanmeldt voor zorg moet worden gezocht naar het persoonlijke verhaal achter de verslaving en de oplossing hiervan.

CONCLUSIE Toevoeging van een zingevingcomponent aan het BPS model is een zinvolle verbreding die de praktijk van de verslavingszorg ten goede kan komen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)11, 774-781

TREFWOORDEN biopsychosociaal model, herstel, medisch model, verslaving, verslavingszorg, zingeving



ARTIKEL



In dit essay bespreken wij verschillende visies op verslaving en bezien we in hoeverre het biopsychosociale model aangevuld zou moeten worden met een zingevingscomponent. Ter illustratie beschrijven we eerst een casus.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 20-jarige jongeman, was bij de verslavingszorg in behandeling voor zijn alcoholproblematiek (hij gebruikte dagelijks ongeveer 4 eenheden) en zijn problemen met cannabisgebruik (dagelijks ongeveer 5 joints). Hij woonde nog bij zijn ouders, had geen vriend of vriendin, enkele vage kennissen en geen noemenswaardige hobby's.

Op zijn mbo-opleiding tot administratief medewerker ging het slecht en hij had vanuit veelvuldig te laat komen en verzuim geen werk meer naast zijn opleiding. Bij patiënt werd jaren geleden de diagnose ADHD gesteld, waarna hij een tijdje methylfenidaat gebruikte. Een jaar geleden had hij een behandeling bij de verslavingszorg (cognitieve gedragstherapie gericht op middelengebruik) afgebroken. Hij had een laag zelfbeeld en veel negatieve ervaringen op school, binnen relaties en bij het sporten.

In het multidisciplinaire team van de verslavingszorginstelling dachten de psychiater en de verpleegkundige aan het hervatten van de cognitieve gedragstherapie in combi-

natie met medicatie voor de ADHD, om zijn zeer drukke gedrag te behandelen. Dit zou rust en meer eigen regie geven. De psycholoog dacht daarnaast aan egoversterkende psychotherapie om het zelfvertrouwen te vergroten en de systeemtherapeut opperde te starten met systeemtherapie, om ordening en structuur aan te brengen binnen het gezinsleven en het sociale netwerk, en daarmee ook meer rust en overzicht te creëren. In het multidisciplinaire team was ook een ervaringsdeskundige aanwezig die de vraag stelde: ‘Wat wil patiënt zelf en waar wil hij zijn over enkele jaren? Moeten we eerst niet meer met hem in gesprek gaan?’

Bij patiënt waren dus meerdere benaderingen mogelijk en het was de vraag wat hierin een goede aanpak zou zijn.

Visies op verslaving

MOREEL MODEL, ZIEKTEMODEL EN ANDERE MODELLEN

Tot aan de jaren 60 van de 20e eeuw waren er ruwweg twee visies in de verslavingszorg die elkaar afwisselden qua dominantie (Van der Stel 2016; zie ook Van den Brink & Schippers 2008; Van den Brink 2009).

Vanuit een eerste visie op verslaving, aan het eind van de 19e eeuw, werden mensen met een verslaving beschouwd als moreel zwakken of zelfs psychopaten (morele model). Dit model legde dus vooral een nadruk op psychologische kenmerken van verslaafde mensen.

De andere dominante visie legde de nadruk op verslaving als een ziekte of persoonlijke afwijking die medisch diende te worden benaderd. In een variant hiervan, het farmacologisch model, werd de oorzaak voor een verslaving neergelegd bij de verslavende werking van de middelen (farmacologisch model) en was de persoon met een verslaving een willoos en weerloos slachtoffer dat tegen de verslavende werking van de middelen moest worden beschermd. Volgens het ziektemodel bestaan er fundamentele biologische en psychologische verschillen tussen mensen zonder een kwetsbaarheid voor verslaving en patiënten met deze kwetsbaarheid. Gechargeerd gesteld, was men dus mens of patiënt. Bij verslaafde mensen oftewel patiënten achtte men gematigd gebruik van middelen niet mogelijk. Deze gedachtegang zien we momenteel nog terug in het Minnesota-model en bij de Anonieme Alcoholisten, en ook bij Gamblers Anonymous (anonieme gokkers) en Narcotics Anonymous (anonieme verslaafden).

Vanaf de jaren 60, toen het gebruik van drugs gemeengoed werd en de psychologie zich meer begon te interesseren voor verslavingsgedrag, ontstonden er ook andere benaderingen van verslaving. Voorbeelden hiervan zijn het leertheoretische model, waarbij verslaving werd gezien als onaangepast geleerd gedrag (dat ook weer kan worden afgeleerd), en sociale modellen die de focus legden op de

AUTEURS

ERIC BLAAUW, forensisch gz-psycholoog en onderzoeker, Verslavingszorg Noord Nederland, en lector Verslavingskunde en Forensische zorg, Hanzehogeschool Groningen.

GABRIËL ANTHONIO, voorzitter raad van bestuur, Verslavingszorg Noord Nederland, en bijzonder hoogleraar Sociologie van leiderschap, organisaties en duurzaamheid, Rijksuniversiteit Groningen.

MARGREET VAN DER MEER-JANSMA, hoofd Kwaliteit Innovatie Centrum, Verslavingszorg Noord Nederland, en Hanzehogeschool Groningen.

ARNE VAN DEN BOS, docent Toegepaste psychologie en onderzoeker, Hanzehogeschool Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Eric Blaauw, Verslavingszorg Noord Nederland, Leonard Springerlaan 27, 9727 KB Groningen.
E-mail: E.blaauw@vnn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-4-2018.

invloed van de sociale omgeving (Van der Stel 2016; Van den Brink 2009).

BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Vanaf eind jaren 70 van de vorige eeuw vormde het biopsychosociale (BPS) model een reactie op het medische model. Dit model komt vooral voort uit het werk van de internist George Engel (1977), die constateerde dat het door artsen gehanteerde mensmodel medebepalend is voor hun beeld van de oorzaken en uitingsvorm van een ziekte. Volgens Engel worden in het medische model belangrijke psychologische en sociale aspecten van het ziek-zijn genegeerd. In het BPS model wordt verslaving gezien als een samenspel van biologische kwetsbaarheidsfactoren, psychologische processen en sociale factoren. Binnen dit model vormen hersenprocessen een belangrijke component van biologische factoren, maar maken ook sociale en psychologische factoren dat een mens een verslaving kan krijgen of een verslaving kan overwinnen. Verslaving komt dan voort uit een combinatie van persoons- en omgevingskenmerken en uit een combinatie van draagkracht en draaglast. Dit betekent dat het bij verslaving van belang is om na te gaan hoe omgevingskenmerken steunend of belastend zijn (geweest) voor de persoon en wat de persoon en diens omgeving nodig hebben om de verslaving tegen te gaan en te overwinnen. Bij verslaving is het dus van belang om het

individuele verhaal van de mens in kaart te brengen en daarbij oog te hebben voor alle invalshoeken.

Het belangrijkste voordeel van het BPS model als multidimensionale benadering is dat het recht doet aan de complexiteit van ziekten en tevens aan het verslavingsproces. Het BPS model is echter niet nieuw en bevat inzichten die ook al in de sociale wetenschappen aanwezig waren. Meer dan 2000 jaar geleden begreep ook Hippocrates dat de sociale context van een persoon in acht moest worden genomen en dat het van belang is de gehele persoon te behandelen.

Tevens wordt op vooral twee punten kritiek geleverd op het model. Het eerste punt is dat het model niet expliciet op de hulpverlener-cliëntrelatie gericht is. Daardoor dreigt veronachtzaming van het belang van het creëren van een vruchtbare therapeutische context, met aandacht voor het verhaal van de cliënt en het tonen van empathie (Benning 2015).

Het tweede punt van kritiek is dat de manier waarop de drie dimensies van het model op elkaar inwerken en zijn afgebakend, niet door het model wordt gespecificeerd, waardoor er veel ruimte is voor interpretatie en persoonlijke voorkeur van de behandelaar of hulpverlener (Pilgrim 2002). Dit biedt de mogelijkheid tot 'ongedisciplineerd eclecticisme' (Ghaemi 2009, p. 4), met het risico dat een individuele behandelaar de vrijheid neemt om een eigen interpretatie te geven aan het model. Ook is het model daardoor vatbaar voor trends als biomedisch reductionisme, hetgeen de kans op een onbalans bij de behandeling vergroot.

HERSENZIEKTEMODEL

Recent krijgen medisch-biologische aspecten binnen het BPS model veel aandacht. Na een artikel in *Science* van de directeur van het gezaghebbende Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA) wordt verslaving in de psychiatrische (neurobiologische) wetenschap vooral beschouwd als een chronisch recidiverende hersenziekte (Leshner 1997; zie ook Van den Brink 2005), aangezien het herhaaldelijk gebruik van middelen gepaard gaat met veranderingen op moleculair, cellulair, structureel en functioneel niveau van de hersenen. Overigens geldt deze dominantie van het hersenziektemodel niet voor de omvangrijke psychologische/gedragswetenschappelijke literatuur over verslaving. Onderzoek laat hierbij duidelijk zien dat vooral drie gebieden (en de communicatie daartussen) duidelijk worden aangetast door een zichzelf versterkende verslavingscyclus (Volkow e.a. 2016): het beloningssysteem (striatum), bepaalde geheugengebieden (amygdala en hippocampus) en het reflectieve systeem (prefrontale cortex; met name de orbitofrontale cortex). Er komt steeds meer kritiek op het hersenziektemodel,

niet in de laatste plaats omdat het model sterk stigmatiserend is voor mensen met een stoornis in het gebruik van middelen. De mens is vanuit het hersenziektemodel verworden tot een chronisch hersenzieke met een scala aan afwijkende hersenprocessen, hetgeen niet past bij het huidige maatschappelijke beeld van de mens die autonoom is en waarbij de zorg zich dient te richten op het vergroten van de eigen kracht.

Verder is het zo dat het menselijk brein continu aan veranderingen onderhevig is als gevolg van verschillende ervaringen. Ook ervaringen met een sterke motivationele lading die niets met alcohol of drugs te maken hebben, zoals een hobby waaraan iemand veel tijd besteedt, zijn dikwijls gewoontevormend en kunnen leiden tot veranderingen op hersenniveau. Daarbij spreekt men dan echter niet van een hersenziekte.

Ook al zijn vanuit hersen- en erfelijkheidsonderzoeken bij patiëntengroepen weliswaar vaak soortgelijke bevindingen (functionele veranderingen in de hersenen als gevolg van herhaaldelijk middelengebruik) naar voren gekomen, toch heeft dit niet eenduidig geleid tot wezenlijke vooruitgang in de behandeling (Hall e.a. 2015; Lewis 2015; Szalavitz 2016).

Bovenal past het beeld van de chronisch zieke patiënt niet bij de praktijk. In de praktijk van verslavingszorginstellingen is inderdaad een groep mensen te vinden die niet een gunstige reactie laten zien op eenvoudige interventies als zij zich bij de hulpverlening melden en is er bij ongeveer de helft van hen sprake van chroniciteit (Schipper & Broekman 2006). In de algemene bevolking is het beeld echter vrijwel tegenovergesteld; de chroniciteit komt niet tot uitdrukking bij de meerderheid van de mensen die op enig moment voldoen aan de formele DSM-criteria van een stoornis in het gebruik van middelen. Zo is bekend dat ongeveer 70% van de mensen met een alcoholverslaving na drie jaar geen probleem meer heeft met alcohol (Tuithof e.a. 2013). Daarnaast vallen zij niet telkens terug in middelengebruik en lossen dus het 'verslavingsprobleem' zelfstandig op, zonder tussenkomst van de zorg (Cunningham & McCambridge 2012; zie ook Heyman 2013).

Het hersenziektemodel geeft dus geen goede verklaring voor het feit dat veel mensen hun verslaving overwinnen en lijkt dus vooral een beschrijving te geven van specifieke chronische vormen van verslaving. Wanneer we weten dat in Nederland naar schatting 650.000 mensen kampen met een stoornis in middelengebruik (exclusief nicotine) en dat - vanuit schaamte, angst voor stigmatisering, onbekendheid met en afstand tot de verslavingszorg, enzovoort - slechts ongeveer één op de tien mensen met een dergelijke stoornis aanklopt bij een hulpverleningsinstantie (Wiselink e.a. 2016), kunnen we concluderen dat het hersenziektemodel waarschijnlijk onterecht veel nadruk legt op

de hersenziekte en de chroniciteit. Het is dan ook vooral van belang te herkennen dat mensen met verslaving een heterogene groep vormen en dat een multidimensionele benadering gewenst is.

Herstelbenadering

In de afgelopen jaren is de verslavingszorg steeds meer gericht op herstel en het vergroten van eigen kracht. In de herstelbenadering, die een reactie vormt op het medische model, benadrukt men de actieve rol van de persoon, het persoonlijk functioneren en het proceskarakter. Herstel wordt binnen deze visie gekenmerkt als een proces waarbij mogelijk nieuwe zin en betekenis in het leven ontstaan na psychische problemen (Anthony 1993). Het doel is om meer grip te krijgen op het eigen leven, ook al heeft de persoon de symptomen die gerelateerd zijn aan een stoornis onvoldoende in eigen hand. Het gaat bij herstel dus niet om volledige genezing, maar om het opnieuw ontwikkelen van vaardigheden, het weer oppakken van betekenisvolle relaties, rollen en doelen in het leven. De persoon en diens subjectieve beleving staan centraal.

De meest geciteerde definitie van herstel komt van William Anthony (1993): *‘Een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven.’* Herstel vindt in vier domeinen plaats: symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel (Van der Stel 2012).

Herstel is persoonsgericht. De nadruk ligt op de eigen regie, op respect voor en verantwoordelijkheid van de persoon, en is gericht op versterking van de eigen kracht, en op het besef dat herstel lang niet altijd een lineair karakter heeft en heel vaak in fases verloopt. Herstel bevat

in de klinische praktijk vaak ook het delen van ervaringen en bij herstel zijn ‘patiënten’ elkaar tot steun. Door ervaringen uit te wisselen kunnen mensen beter bevatten wat er met hen is gebeurd en zelf betekenis geven aan hun ervaringen (Boevink 1997). De implementatie van herstelgericht werken vereist een transitie om persoonsgericht te werken, gebaseerd op een klinische praktijk die het individu helpt om een zinvol bestaan te leiden (Farkas e.a. 2005).

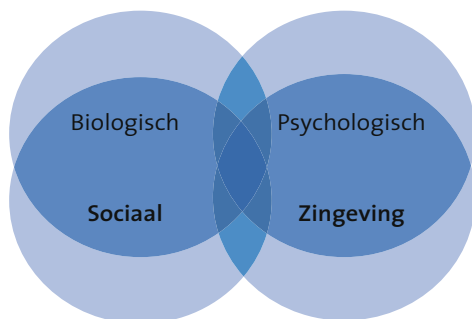
Zingeving toevoegen aan het BPS model

Wanneer we de ideeën vanuit de herstelbenadering leggen naast de visies op verslaving, dan valt op dat het BPS model het beste past bij deze benadering. Tegelijkertijd valt op dat bij de herstelbenadering wordt gesproken over het begrip ‘een zinvol bestaan’ en zingeving, maar dat dit begrip niet naar voren komt in het BPS model.

Een belangrijke vraag is dan ook of het begrip zingeving zou moeten worden toegevoegd aan het BPS model. Niet alleen de herstelbenadering bepleit zingeving immers als een belangrijk onderdeel van herstel, ook onderzoek wijst in deze richting. Bij herhaling wordt verband aangetoond in de relatie tussen zingeving, mentale veerkracht en psychosociale problematiek, waaronder verslaving en psychiatrische aandoeningen. In deze onderzoeken wordt de relatie tussen zingeving en mentale veerkracht telkens bevestigd (Oosterwijk 2016). Zo is er onder andere een positieve correlatie gevonden tussen zingeving en coping bij adolescenten (Mascaro & Rosen 2006; Edwards & Holden 2011) en ook een positieve correlatie tussen zingeving en psychologisch welzijn (Zika & Chamberlain 1992).

Bij drugsgebruik tonen meerdere onderzoeken aan dat er een verband is tussen verslaving en gebrek aan zingeving (Padelford 1974; Coleman e.a. 1986; Kinnier e.a. 1994; Miller & Butler 2013). Alhoewel er geen onomstotelijk bewijs is dat een gebrek aan zingeving verslaving veroorzaakt of dat zingeving een ‘tegengif’ is voor verslaving, zijn hier-

FIGUUR 1 Het biopsychosociaal model van verslaving aangevuld met zingevingscomponent



voor wel aanwijzingen. Zo vonden Burrell en Jaffe (1999) dat alcohol en drugs worden gebruikt om te ontsnappen aan de leegheid en het gebrek aan zingeving die men ervaart. Verder laat onderzoek van Waisberg (1994) onder opgenomen mensen met een alcoholverslaving zien dat de mate van zingeving die men ervaart aan het einde van een verslavingsbehandeling voorspellend is voor latere gezondheid en terugval (hoe meer zingeving, hoe beter de gezondheid en hoe minder de terugval).

ZINGEVING IN VERSLAVINGSZORG

Het idee om zingeving een plek te geven binnen de verslavingszorg is niet nieuw. Gebaseerd op Frankl's logotherapie (1984), die het zoeken van betekenis of zin beschouwt als de belangrijkste bestaanszin van de mens, heeft Wong (2010, 2013) een benadering van verslaving ontwikkeld waarbij zingeving centraal staat: de *meaning-centered approach* (MCA). Vanuit dit model ziet men verslaving als een zelfdestructief copingmechanisme om om te gaan met de pijn van sociale malaise en een gebrek aan betekenis. De missie van de MCA is om de verslaafde persoon weer 'heel' te maken.

Wong bespreekt daarbij vier sleutelcomponenten van zingeving die uitgangspunten kunnen vormen bij de behandeling:

- *purpose* (welke doelen, aspiraties en waarden heeft men in het leven en welke zijn daarbij echt van belang?);
- *understanding* (in hoeverre begrijpt men zijn of haar identiteit en ziet men wegen om meer begrip te krijgen van de wereld en zijn of haar plek daarin?);
- *responsible action* (wat is moreel het juiste om te doen, welke keuzes heeft men en waar is men verantwoordelijk voor?);
- *enjoyment/evaluation* (waar wordt men blij van?).

Ook andere benaderingen kennen zingeving en betekenis een centrale rol toe. Zo stelt Singer (1997) dat verslaving in essentie een betekenisprobleem is, en stelt hij een holistisch perspectief voor waarin alle dimensies van verslaafde personen in ogenschouw moeten worden genomen om hen te begrijpen.

Peele (2015) stelt dat een 'betekenisvol hoger doel' het krachtigste concept is bij het afkicken van drugs en dat mensen stoppen met drugsgebruik omdat dit interfereert met hogere doelen in hun leven, zoals een goede vader of moeder zijn voor hun kinderen. Peele (2013) verdeelt het concept zingeving daarbij in vier delen: familie, gemeenschap, het bereiken van een doel en het algemene belang. Hij stelt dat elk van deze delen een bijdrage kan leveren aan het vervullen van de universele behoeftes aan liefde, veiligheid, controle en betekenis.

Ook Heyman (2013) kent veel waarde toe aan het krijgen van een andere rol in het leven met bijbehorende verantwoordelijkheden en betekenis die niet compatibel is met een drugsverslaving (een baan, een gezinsleven) bij de constatering dat veel mensen met een verslaving rond hun 30e levensjaar succesvol afkicken.

De genoemde benaderingen van zingeving verschillen in de definitie van het begrip, maar hebben als overeenkomst dat ze het zoeken naar het unieke verhaal van de mens benadrukken. Naar onze mening is dit unieke verhaal niet alleen te begrijpen vanuit biologische componenten, psychologische constructen of sociale factoren, maar is ook de unieke verbinding hiertussen vanuit een zingevingsperspectief van belang. Mensen hebben allerlei biologische behoeften, zoals eten, drinken en warmte, psychologische behoeften, zoals het ontwikkelen van een eigen identiteit, en sociale behoeften, zoals het gezien en erkend worden door anderen. Mensen hebben echter ook de behoefte om zin en betekenis te geven aan hun leven. Volgens de psychiater Victor Frankl (1984) maakt dit zelfs fundamenteel onderdeel uit van onze primaire levensbehoefte, ons mens zijn. Tevens is het een enorme krachtbron waarbij mensen ondanks miserabele omstandigheden zoals weinig eten en drinken en psychische en sociale noden tot enorme prestaties kunnen komen, constateerde Frankl tijdens zijn verblijf in onderzoek in concentratiekampen in de Tweede Wereldoorlog.

Dit inzicht maakt de toevoeging van een zingevingcomponent aan het BPS model van verslaving meer dan logisch, waardoor een biopsychosociaal-zingevingmodel (BPSZ-model) ontstaat. Daarbij is nog wel de vraag welke positie zingeving inneemt in relatie tot de andere drie domeinen. De vraag is derhalve of zingeving een vierde domein is, zoals in **FIGUUR 1** is weergegeven, of boven- of onderliggend is aan de andere drie domeinen. Verder onderzoek naar de mate van overlap en onafhankelijkheid van deze domeinen kan hierin mogelijk verder inzicht verschaffen.

DIAGNOSTIEK VAN ZINGEVING

Het ggz-werkveld, waaronder de verslavingszorg valt, beschikt over meerdere valide diagnostische instrumenten om zingeving en mentale veerkracht te onderzoeken. Dit zijn bijvoorbeeld de *Purpose in Life Test* (Crumbaugh 1968), de *Life Regard Index* (Battista & Almond 1973) en de *Resilience Scale-NL* (Wagnild 2008). Deze instrumenten zijn echter weinig bekend, voor een deel oud en worden nauwelijks tot niet gebruikt binnen de verslavingszorg. Onderzoek naar deze instrumenten en de ontwikkeling van meer diagnostische instrumenten voor onderscheiden groepen op het gebied van zingeving en mentale veerkracht bij verslavingsproblematiek is daarom gewenst.

WERKEN MET VERHALEN

Naast diagnostiek is het ruimte bieden aan het persoonlijke verhaal van mensen die in zorg komen van belang om zicht te krijgen op het beste aangrijpingspunt om een (nieuw) perspectief te krijgen. Met verhalen kan men zicht krijgen op de achtergronden van de persoon en ze kunnen ook een belangrijke rol vervullen in de behandeling zelf en het perspectief waaraan de persoon werkt. In verhalen kunnen patiënten zingeving, betekenisverlening en perspectief in het kader van de behandeling delen met de behandelaar en lotgenoten; ze nemen dan ook een steeds belangrijker plaats in binnen de gezondheidszorg (Olthoff 2012; Brinkgreve 2014; The 2017).

Ook Sommer e.a. (2012) propageren een narratieve methode waarbij het construeren van een eigen coherent verhaal over iemands leven cruciaal is. Volgens hen kunnen mensen een betekenis crisis krijgen door een gemis aan een duidelijke identiteit (wie ben ik, hoe pas ik in de wereld?), waarop drugs een onaangepast antwoord zijn. Het is daarom zaak om deze identiteit te herstellen via andere wegen.

Verhalen kunnen dus nuttig zijn in de diagnostische fase en bij de behandeling in de zoektocht naar zin- en betekenisgeving. Tevens kunnen verhalen bijdragen aan praktijkgericht onderzoek, waarbij kennis en inzicht in bijvoorbeeld de achterliggende motieven en drijfveren van het (verslavings)gedrag van mensen worden onderzocht (Bohlmeijer e.a. 2007).

Betekenis voor de praktijk van de verslavingszorg

Enkelvoudige modellen zoals het (hersens)ziekte model brengen het risico met zich mee dat de mens met zijn unieke verhaal wordt teruggebracht tot een enkel domein en dat de mens beperkt wordt tot een patiënt of cliënt. Vaak worden de mensen 'verslaafd' genoemd, waarmee de focus wordt gelegd op het (geïsoleerde) ziektebeeld.

Met patiënten wordt doorgaans gesproken over aspecten van hun verslaving in de vorm van klachten en symptomen of over de consequenties van de verslaving zoals disfunctioneren op verschillende levensgebieden (wonen, werk, dagbesteding, financiën en sociale relaties). Hierbij bestaat het gevaar dat patiënten niet meer als patiënten worden gezien, maar als geheel van klachten, symptomen en disfunctioneren, en dat zij in gesprekken tussen professionals worden gereduceerd tot DSM-classificaties.

Als dergelijke verengingen plaatsvinden, kan dit leiden tot een kokervisie, wat weer kan leiden tot een stigma. Kokervisie en stigma helpen niet om zaken helder te krijgen of te verbeteren, maar ontnemen juist het zicht op de mens als geheel en de kansen en mogelijkheden die de domeinen te bieden hebben. Deelverklaringen doen geen recht aan

iemand met een meervoudig of complex probleem, zoals verslaving, en doen evenmin recht aan iemand als persoon. Vanuit het BPSZ-model wordt de mens als een ondeelbaar en dynamisch geheel gezien. In die dynamiek, waarbij levensdomeinen velden zijn waar zich bepaalde problemen voordoen, maar tegelijk ook bronnen bieden om de problemen te verminderen of op te lossen, vindt de behandeling plaats. Deze vier domeinen kunnen dus bij de problemen enerzijds en de oplossingen anderzijds verschillen in belang.

Vanuit het BPSZ-model is het tevens van belang om bij de keuze voor een behandeling het gehele model in ogenschouw te nemen en niet alleen een enkele component. Dit betekent dat het uitermate belangrijk is om te letten op de individualiteit van de persoon en wat bij hem of haar aansluit. De kunst is daarbij om niet alleen te kijken naar het domein waar het probleem te lokaliseren is, maar vooral ook naar de domeinen waar hulp, kracht en inspiratiebronnen te vinden zijn die bijdragen aan herstel.

Onderzoekende houding en overstijgende blik

Professionals moeten dus niet automatisch vanuit hun eigen beroepskader een aanbod doen, maar in staat zijn dit te overstijgen. De arts hoeft niet meteen medicatie voor te schrijven, de psycholoog niet meteen met therapie te beginnen, de ggz-agoog niet meteen met structuur het sociale leven te ordenen en de geestelijk verzorger niet meteen de zingevingsvraag te stellen. Kenmerk van een professional is een onderzoekende houding, waarbij de dialoog met mensen en rekening houden met de omgeving centrale afstemmingsmechanismen zijn. Deze houding en vaardigheden zijn gericht op herstel. Bij deze onderzoekende houding hoort ook nadrukkelijk het in gesprek gaan met mensen die kunnen ondersteunen bij de overstijgende blik, zoals mensen uit de omgeving van de cliënt of ervaringsdeskundigen die een eerdere verslaving hebben overwonnen.

Behandelen en daar de regie in voeren betekent kijken vanuit een totaalplaatje, bekijken van kansen en mogelijkheden, en vervolgens vanuit één of meer hypothesen, met de cliënt keuzes maken over de volgorde, combinatie van interventies en de doelen die men nastreeft. Uiteraard gebeurt dit in overleg met de cliënt en zo mogelijk diens omgeving. Vaak zal het aangrijpingspunt een mix van twee, drie of alle vier aangrijpingspunten zijn. In het geval van de patiënt met wiens casus we dit artikel startten, is dus niet een goede keuze te maken voor de behandeling zonder dat daarin eerst meer zicht op de achtergrond en de drijfveren is verkregen via zijn persoonlijk verhaal.

LITERATUUR

- Antonio GG, Bartels AJ. Op een evenwichtige manier opgroeien. Leeuwarden: Jeugdhulp Friesland; 2007.
- Anthony W. Recovery from mental illness; the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehab J* 2993; 16: 11-23.
- Battista J, Almond R. The development of the meaning of life. *Psychiatry* 1973; 36: 409-27.
- Benning TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Adv Med Educ Pract* 2015; 6: 347-52.
- Boevink WA. Over leven na de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1997; 52: 232-40.
- Bohlmeijer E, Mies L, Westerhof G. De betekenis van levensverhalen. Theoretische onderbouwing voor de toepassing in onderzoek en praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
- Brink W van den. Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving* 2005; 1: 47-53.
- Brink W van den. Geschiedenis en classificatie. In: Franken I, van den Brink W (red.). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 13-25.
- Brink W van den, Schippers GM. Verslaving en verslavingszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50 (jubileumnummer 1959-2008): 91-7.
- Brinkgreve C. Vertel: over de kracht van verhalen. Amsterdam: Atlas Contact; 2014.
- Burrell MJ, Jaffe AJ. Personal meaning, drug use, and addiction: an evolutionary constructivist perspective. *J Constr Psychol* 1999; 12: 41-63.
- Coleman S, Kaplan J, Downing R. Life cycle and loss - The spiritual vacuum of heroin addiction. *Family Process* 1986; 25: 5-23.
- Crumbaugh JC. Cross validation of Purpose in Life Test based on Frankl's concepts. *J Individ Psychol* 1968; 24: 74-81.
- Cunningham JA, McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction* 2012; 107: 6-12.
- Edwards MJ, Holden RR. Meaning in Life, and suicidal manifestations. Examining gender differences. *J Clin Psychol* 2011; 57: 1517-35.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Comm Ment Health J* 2005; 41: 141-58.
- Kinnier RT, Metha A, Keim JS, Okey JL, Adler-Tabia RL, Berry MA, e.a. Depression, meaninglessness, and substance abuse in 'normal' and hospitalized adolescents. *J Alc Drug Educ* 1994; 39: 101-11.
- Frankl VE. *Man's search for meaning*. Toronto: Simon & Schuster; 1984.
- Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 3-4.
- Hall W, Carter A, Forlini C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 105-10.
- Heyman GM. *Addiction and choice: theory and new data*. *Front Psychiatry* 2013; doi: 10.3389/fpsy.2013.00031.
- Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45-7.
- Lewis, M. *The biology of desire: why addiction is not a disease*. New York: Public Affairs; 2015.
- Mascaró N, Rosen DH. The role of existential meaning as a buffer against stress. *J Hum Psychol* 2006; 46: 168-90.
- Miller KA, Butler DL. The importance of assessing meaning in a clinical population. In: Wong L, Thompson G, Wong P (red.). *The positive psychology of meaning and addiction recovery*. Birmingham: Purpose Research; 2013. p. 127-34.
- Olthof J. *Handboek narratieve psychotherapie voor kinderen, volwassenen en families: Theorie en praktijk*. Utrecht: de Tijdstroom; 2012.
- Oosterwijk JC. De samenhang tussen zingeving, mentale veerkracht en psychosociale problematiek bij adolescenten. *Psyche & Geloof* 2016; 27: 45-58.
- Padelford BL. Relationship between drug involvement and purpose in life. *J Clin Psychol* 1974; 30: 303-5.
- Peele S. Higher goals and leaving addiction: finding meaning in life. In: Wong L, Thompson G, Wong P (red.). *The positive psychology of meaning and addiction recovery*. Birmingham: Purpose Research; 2013. p. 31-7.
- Peele S. 12 concepts of recovery that stood the test of time. <https://www.thefix.com/content/12-ways-overcome-your-or-others-addictions>.
- Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: past, present, and future? *J Ment Health* 2002; 11: 585-94.
- Schippers GM, Broekman TG. Verslaving deel 3. A. The course of alcohol dependence. B. The course of drug dependence. Den Haag: ZonMw; 2006.
- Singer JA. *Message in a bottle: stories of men and addiction*. Toronto: The Free Press; 1997.
- Sommer KL, Baumeister RF, Stillman TF. The construction of meaning from life events: empirical studies on personal narratives. In: Wong P (red.). *The human quest for meaning: theories, research, and applications* (2e ed). New York: Routledge; 2012. p. 297-313.
- Stel J van der. Focus op persoonlijk herstel. Den Haag: Boom|Lemma; 2012.
- Stel J van der. Canon Verslavingszorg. https://www.canonsociaalwerk.eu/0000-boek-verslavingszorg/Canon_verslavingszorg_web-kl.pdf
- Szalavitz M. *Unbroken brain: a revolutionary new way of understanding addiction*. New York: St. Martin's Press; 2016.
- The AM. *Dagelijks leven met dementie, Een blik achter de voordeur*. Amsterdam: Thoeis; 2016.

- Tuithof M, ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: A prospective general population study. *Addiction* 2013; 108: 2091-9.
- Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med* 2016; 374: 363-71.
- Wagnild G. Handleiding Resilience Scale, RS-NL. Amsterdam: Pearson Assessment en Information; 2008.
- Waisberg JL. Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *Br J Clin Psychol* 1994; 33: 49-63.
- Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers verslavingszorg 2015. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg; 2016.
- Wong PTP. Meaning therapy: an integrative and positive existential psychotherapy. *J Contemp Psychother* 2010; 40: 85-99.
- Wong PTP. A meaning-centered approach to addiction and recovery. In: Wong L, Thompson G, Wong P (red.). *The positive psychology of meaning and addiction recovery*. Birmingham: Purpose Research; 2013, p. 181-93.
- Zika S, Chamberlain K. On the relationship between meaning in life and psychology well-being. *Br J Psychol* 1992; 83: 133-46.

SUMMARY

Vision on man, vision on addiction: a multiple view of problems and recovery

E. BLAAUW, G. ANTHONIO, M. VAN DER MEER-JANSMA, A. VAN DEN BOS

BACKGROUND The way we look at addiction has changed dramatically over the past decades. Currently, the brain disease model is the leading model in the biomedical scientific literature. However, this model has been severely criticized and seems to apply mostly to people with a chronic form of addiction. When the ideas of the recovery movement are applied to the current understanding of addiction, the biopsychosocial (BPS) model seems the most fitting. On the other hand, while 'meaningful existence' (or 'sense of meaning') is a focal element the model of recovery, this concept is not included in the BPS model.

AIM To explore whether addition of the concept of meaning to the BPS model is usefull.

METHOD Discussion of a case and evaluation of selected literature.

RESULTS We advocate the addition of the concept 'sense of meaning' to the BPS model, making it the BPSM model. A matter still to be resolved is whether this concept would become a fourth domain or considered either subjacent to or above the other three domains. We suggest that, while sense of meaning is not new in addiction care, adding this concept would underline the importance of the personal story behind the addiction.

CONCLUSION Addition of the concept meaning to the BPS model is Usefull in addiction care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)11, 774-781

KEY WORDS addiction, addiction care, biopsychosocial model, meaning, medical model, recovery