

IV.6.1 Verslaving algemeen

F.L.E de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

Onder verslaving verstaat men dat een individu door psychologische en/of lichamelijke afhankelijkheid niet van een stof kan afblijven die stimulatie, relaxatie, bewustzijnsverandering of euforie teweegbrengt, terwijl hij beseft dat die stof schadelijk voor hem is, niet alleen fysiologisch maar ook sociaal. Kenmerkend is daarbij de compulsie om op zoek te gaan naar een dergelijke stof en deze ook te gebruiken. Vroeg of laat ontwikkelt zich ook een begeleidend schuldbesef of een gevoel van hopeloosheid. Deze belevingen kunnen vervolgens worden gerationaliseerd of ontkend [1: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.].

In de geschiedenis van de grote beschavingen zijn er altijd mensen geweest die drugs gebruikten. Soft en hard drugs vonden ze volop in de natuur, bijvoorbeeld in de peyote-cactus, in hennepplanten of in bepaalde paddenstoelen. De gebruikers van deze middelen kwamen veelal uit de gegoede, hogere klassen en genoten hun consumpties in een relatieve beslotenheid van hun stand of beroep. Sinds enige decennia is dit beeld veranderd. Nu komen druggebruikers niet uit een bepaalde groep of klasse, maar uit alle lagen van de samenleving, zij het dat gedetineerde jongeren, spijbelaars en vooral zwerfjongeren een relatief hoog aandeel hebben in de cijfers. Het merendeel van de gebruikers is jong en wordt steeds jonger. De metingen starten al vanaf 12 jaar. Onder de gebruikers en verslaafden bevinden zich meer mannen dan vrouwen,.

Verslavingen en drugsgebruik worden in Nederland bijgehouden door de Nationale Drugs Monitor van het Trimbos Instituut en in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem. [2: Trimbos Instituut, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) Ministerie van Justitie en Veiligheid and Regioplan Beleidsonderzoek. Natonale Drugs Monitor. Archivering 2022. Utrecht / Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; 2023, 1452.] [3: Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem. Tussenrapportage Kerncijfers verslavingszorg 2016-2021. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg; 2023, 50.] In de periode 2020 waren er zo'n 2.420.000 volwassen drugsgebruikers (inclusief cannabisgebruikers) waarvan er tussen de 40.000 en 50.000 in therapie waren. Alcohol werd gebruikt door 10.800.000 mensen. Hiervan deed 44% dat volgens de richtlijn (niet drinken of niet meer dan 1 glas per dag). In 2015 waren er in de verslavingszorg voor alcohol 30.000- 40.000 mensen in behandeling. Sinds 2001 is er een lichte daling in alcoholgebruik, maar de laatste jaren stabiliseert het (2021). In 2019 waren de zorguitgaven voor alcohol- en drugsverslaving ruim 1 miljard euro. Verder gebruikten in 2020 690.000 mensen slaap- en kalmeringstabletten. Er is de laatste jaren (2020) een lichte daling van kalmeringsmiddelengebruik op recept, maar niet van de middelen die vrij te koop zijn.

Vorengenoemde cijfers vormen waarschijnlijk het topje van een ijsberg. Zeker is dat verslaving een groot maatschappelijk probleem vormt, met name voor wat betreft alcohol en nicotine. In de Verenigde Staten, bijvoorbeeld, sterven ieder jaar naar schatting 540.000 mensen aan de gevolgen van drugs-, tabak- en alcoholmisbruik. De maatschappelijke kosten van dit misbruik zijn ontzagwekkend. Opvallend genoeg vormen de drugsverslaafden in termen van bijdrage aan de 'burden of disease' een minder grote belasting dan alcoholici en rokers. Doordat de maatschappij in het algemeen afwijzend staat tegenover drugsgebruik, in ieder geval dat van hard drugs, vormt drugsverslaving wel een groot probleem in de openbare ruimte.

In Nederland zijn de productie en het bezit van alle drugs en de handel erin verboden. Grootschalige productie en handel worden actief bestreden. Bezit van kleine hoeveelheden voor eigen gebruik heeft evenwel bij de politie geen prioriteit. Naast repressie is er in Nederland ook veel aandacht voor preventie en Care. Bij

onverbeterlijke gebruikers die er slecht aan toe zijn, gaat het vooral om harm reduction, desnoods door verbetering van de levensomstandigheden. Met de verstrekking van schone spuiten probeert men de overdracht van HIV en hepatitisvirussen onder druggebruikers te voorkomen. De verstrekking van methadon aan verslaafden heeft tot oogmerk hen ervan te weerhouden zich door crimineel gedrag de financiële middelen te verwerven voor de aanschaf van drugs.

6.1.1 Oorzakelijke factoren

Voor de verklaring van verslaving zijn psychologische ‘rewarding effects’ en fysiologische veranderingen niet voldoende. Immers, waarom behoudt de een in een bepaalde, tot drugsgebruik verleidende situatie zijn evenwicht en de ander niet? De inter-individuele variatie in de genetische predispositie, waarover straks meer, is als verklaring in ieder geval niet toereikend. Omgevingsfactoren, zoals groepsdruk, armoede of de beschikbaarheid van drugs, spelen ook een rol. Of een gebruiker stopt of doorgaat is bovendien afhankelijk van de drug, de individuele gevoeligheid ervoor, en de beweegredenen om eraan te beginnen. In ieder geval bestaat er een comorbiditeit met mentale ziekten, hetgeen wijst op een onderliggende gemeenschappelijke neurobiologische basis. Overigens komt het vaak voor dat jeugdige gebruikers van soft drugs er een poosje mee experimenteren en na verloop van tijd probleemloos met drugsgebruik stoppen. Wel is het een ongunstig voorteken wanneer iemand gebruikt om zijn stemming te verbeteren.

Een psychiatrische patiënt heeft meer kans op het ontwikkelen van een verslaving. In verband hiermee kan men de vraag opwerpen of verslaving niet eenvoudigweg een ziekte is, een chronische ziekte, wel te verstaan, die vaak recidiveert. Men kan zich afvragen of er een connectie bestaat tussen verslaving en een bepaalde persoonlijkheid, zonder daarmee overigens een persoonlijkheidsstoornis als enige initiërende factor te willen presenteren. Bestaat er bijvoorbeeld een predisponerend excessief afhankelijkheidstype? Of een predisponerende depressieve persoonlijkheid? Bestaat er wellicht een fenotype van de verslaafde: leptosoem of sloom? Wat hier ook van zij, drugsverslaving is met name een mannenaangelegenheid, veel meer dan rook- en alcoholverslaving. Ook zijn er veel meer jongeren dan ouderen onder de verslaafden.

Bij alcoholisme spelen genen een rol in het alcoholmetabolisme en bij de fabricage van receptoren voor bepaalde neurotransmitters. Mogelijk hebben deze een aandeel in het ontstaan van verslaving. Iets dergelijks geldt waarschijnlijk voor cocaïneverslaving. Wellicht is er zelfs een genetische predispositie voor genotservaringen bij de consumptie van drugs [4: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Zouden genetische markers gevonden worden, dan zou ons een diagnostische tool in handen vallen. De hier bedoelde genetische factoren zijn overigens wel zeer complex. Het gaat om interacties tussen meerdere genen, waarbij er bovendien interactie tussen genetische factoren en omgevingsfactoren.

Is verslaving een ‘disorder of the brain’, bijvoorbeeld met betrekking tot neurotransmitters: dopamine, serotonine, norepinephrine, GABA, glutamaat en endogene opioïden? De communis opinio is dat drugs ervoor zorgen dat bepaalde hersendelen, in het bijzonder de nucleus accumbens, overspoeld worden met dopamine, dat een rol speelt bij bewegingen, emoties, motivatie en genotservaringen. Bij de laatste heeft ook glutamaat een aandeel. Omdat de hersenen van iemand die verslaafd raakt, het aan drugs gerelateerde genot associëren met overleving, zoals gebeurt bij eten, drinken en seksuele gemeenschap, zal het brein de activiteit van de betrokken ‘pleasure circuits’ zoveel mogelijk continueren. Bij de drugsverslaafde worden de hersenen dus als het ware gefopt door desbetreffende drug: zij worden, in de waan gebracht dat de drugs en de ermee

verknootte stimuli biologisch noodzakelijk zijn [5: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Hoe vaker de hersenen worden blootgesteld aan de drugs, hoe sterker de associatie wordt en des te krachtiger de neurochemische- en gedragseffecten (ibid.). Kortom, verslaving is het resultaat van een complexe interactie tussen de fysiologische effecten van substanties op hersenarealen die te maken hebben met motivatie en emotie, dit alles in combinatie met leereffecten inzake de relatie tussen de substanties en substantie-gerelateerde signalen ('cues') (ibid.).

Beeldvormende technieken (onder andere PET-scans) toegepast op specifieke regionen van de frontaalkwab van verslaafden hebben aangetoond dat deze gebieden geactiveerd kunnen worden door stimuli die een gevoel van 'hunkering' opwekken; voorts is aangetoond dat andere hersenarealen abnormaal functioneren bij mensen na acuut en chronisch druggebruik [6: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Tenslotte is duidelijk geworden dat door het gebruik van drugs de hersenen – als adaptatie – zodanig veranderen qua structuur en werking dat daardoor de verslaving langdurig in stand blijft. Dit is een belangrijk inzicht nu de meeste druggebruikers, in ieder geval cannabis-gebruikers, over hersenen beschikken die – omdat ze jong zijn – nog steeds in ontwikkeling zijn. Het is heel wel mogelijk dat zo veranderingen worden uitgelokt die blijvend zullen zijn.

Hoewel er geen enkele drug bestaat die een mens tegen zijn wil in zijn macht krijgt, is verslaving niet simpel een kwestie van morele zwakte of te weinig wilskracht, . Er bestaan bijvoorbeeld complexe interacties tussen sociale factoren, psychologische en (neuro)biologische factoren. Daartoe behoren in ieder geval de invloeden van de drugs op bepaalde hersenarealen, waarbij, in combinatie met leereffecten, motivatie en emotie een rol spelen [7: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er motiverende en cognitieve therapieën ontworpen zijn om op dezelfde motivationele breinprocessen in te werken waarop ook de drugs aangrijpen [8: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Alles bij elkaar lijkt het gerechtvaardigd te stellen dat niet zozeer de drug centraal behoort te staan, als wel de (neuro)biologische, psychologische en existentiële kwesties die een rol spelen in het drug-gerelateerde gedrag [9: Pauselijke Raad voor het Gezin. Should soft drugs be legalized? . L'Osservatore Romano, weekly edition in English 1997.]. Het is immers niet het product dat de verslaving veroorzaakt, maar de persoon die de drug niet kan laten staan (ibid.). Mogelijk is de wortel van de verslaving de harteloosheid waarmee de individuele persoon zich heden ten dage geconfronteerd ziet, nu steeds meer anonieme 'systemen' zijn leven beheersen. Is de werkelijke oorzaak van het drugsprobleem niet in eerste instantie een 'ziekte van de geest', leidend tot een escapisme waarbij tenslotte de betekenis van het persoonlijke bestaan verloren gaat (Johannes Paulus II, 1996). En klemmt dit alles niet te meer nu het vooral gaat om jongeren en jonge volwassenen, mensen met een psychische fragiliteit als gevolg van het ontbreken van een evenwichtige opvoeding waarin sociale, culturele en religieuze elementen niet aan bod kwamen (ibid.).?

Er is een onderscheid tussen verslaving en gewenning. Gewenning duidt op fysiologische afhankelijkheid; het lichaam stelt zich in op een stof zodat het steeds hogere doses nodig heeft voor hetzelfde effect ('tolerantie'); bij stoppen van het gebruik manifesteren zich onttrekkingsverschijnselen; deze laatste kunnen variëren van trillen, transpireren, hoofdpijn, rusteloosheid, en agitatie, tot en met depressie, toename van de hartslag, en insulten. Gewenning berust op een veranderde hersenfunctie als gevolg van het gebruik van psychoactieve stoffen [10: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.].

Verslaving duidt op psychologische afhankelijkheid, dat wil volgens Khantzian zeggen: 'een via conditionering aangeleerd gedragspatroon dat het slachtoffer ertoe brengt het plezier en de ontspanning te anticiperen, zelfs

wanneer de substantie niet aantoonbaar effect heeft op het fysiologische systeem' [11: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]. Op een gegeven moment denkt het slachtoffer niet meer normaal te kunnen functioneren zonder de desbetreffende drug. In ieder geval is er een verhoogde motivatie om dit gedrag te continueren, zelfs al moet de gebruiker er aanzienlijke obstakels voor overwinnen. Er zijn aanwijzingen dat dit verlies aan controle in combinatie met een verhoogde motivatie om de drug te scoren (mede) het gevolg is van veranderingen in de hersenen, namelijk de prefrontale cortex, dus precies dat deel van de hersenen dat ingeschakeld is bij het beoordelen, beslissen, herinneren, leren, plannen, en het controleren van gedrag.

Over het risico op afhankelijkheid bij de verschillende drugs valt niet veel definitiefs te zeggen. Wel is gebruik van hasj en weed in ieder geval veel minder problematisch dan dat van hard drugs.

Naast kans op verslaving en gewenning zijn er andere risico's, zowel op korte als op lange termijn. Risico's op de korte termijn zijn overdosering en dat effecten van de consumptie van drugs anders uitpakken dan verwacht: bijvoorbeeld angst slaat om in paniek. Voorts bestaan er korte termijn risico's bij gebruikers met hart- en vaatziekten, psychiatrische problematiek en zwangere vrouwen. Bij borstvoeding worden de actieve stoffen via de moedermelk doorgegeven aan het kind. Gebruikt men diverse drugs door elkaar, dan kunnen er onverwachte interacties op treden. Uiteraard bestaat er ook nog het gevaar dat men onder invloed van drugs gaat deelnemen aan het verkeer, hetgeen wettelijk verboden is.

Tot de risico's op langere termijn behoren de lichamelijke en geestelijke schade. In gevallen waarin men geobsedeerd wordt door de drug, ten koste van gezond eten en sociale relaties, kan het snel bergafwaarts gaan. Men kan dan uiteindelijk belanden in een toestand van agressiviteit en sociale problemen: geen geregeld werk, relaties die op de klippen lopen en dergelijke. In zo'n situatie is zelfs suïcide niet uitgesloten.

6.1.2 Therapie

Omdat detoxificatie alleen in de meeste gevallen niet volstaat, is veelal (continuering van) therapie geïndiceerd. Wordt er besloten tot therapie, dan moeten vooraf criteria voor het succes ervan vastgesteld worden: gaat het om het volledig afzweren van druggebruik (abstinentie) of is het terugbrengen van het gebruik ook al een succes?

De beste therapie bestaat in een combinatie van farmaca en gedragstherapie. Men denke bij farmaca aan middelen die interfereren met het werkingsmechanisme van de drug, of aan een onderhoudstherapie (ook wel 'substitutie therapie'), bijvoorbeeld met methadon. Bij een onderhoudstherapie krijgen gebruikers een minder schadelijke stof met een soortgelijk effect. Medicatie kan ook gegeven worden om de onttrekkingsverschijnselen te couperen; of om anderszins de patiënt comfort te bieden in de afwezigheid van zijn drug. Het grootste probleem bij het voorschrijven van farmaca aan verslaafden is de therapietrouw. Verslaafden kunnen zich moeilijk committeren aan het trouw volgen van voorgeschreven medicatie.

Centraal in de gedragstherapieën staat het beïnvloeden van de motivatie om de drugs links te laten liggen en het aanleren van betere vaardigheden om met de hunkering ernaar om te gaan. Vooral de motivatieverhogende therapie ('motivational enhancement therapy') schijnt erg goed te helpen; deze therapie komt neer op een empathische benadering waarin gebruikers gevraagd wordt naar hun visie op hun specifieke, drugsgerelateerde gedragingen en de doelen die zij daarmee wensen te bereiken (Greenfacts, 2010, <http://www.greenfacts.org>). Met andere woorden: wat zoeken ze in de drugs? Wat zit achter hun verlangen 'to feel good', 'to feel better', 'to



perform better', of 'om te zijn zoals anderen'? Daarnaast zijn in het therapeutisch arsenaal onder andere nog beschikbaar: cognitieve gedragstherapie en contingentmanagement, dat wil zeggen gedragstherapie op basis van vooraf bepaalde positieve of negatieve consequenties ter beloning van abstinentie of ter bestraffing (en dus afschrikking) van substantie-gerelateerde gedragingen [12: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.].

Belangrijk bij de gedragstherapie om van drugs af te komen is de beschikbaarheid van een vaste dokter, psycholoog, of gespecialiseerde verpleegkundige. Zulks is nodig om een vast, individueel element in de behandeling te brengen waardoor de patiënt komt tot een structurering en ordening van zijn leven. Daarnaast is het raadzaam groepsbehandeling aan te bieden. Het gaat dan om een groep van circa acht personen die, onder leiding van een verpleegkundige, ervaringen delen; de groepsgenoten zullen zo ook in staat zijn elkaar te corrigeren. Groepstherapie helpt bovendien om gemotiveerd te blijven om de drugs links te laten liggen en een goed zelfbeeld te hervinden. Belangrijk is ook de steun in/door familie. De centrale instantie in het tot dusver genoemde aanbod is het Centrum voor Alcohol en Drugs (CAD). Los hiervan kan ook de AA ('Anonieme Alcoholisten') een rol spelen in de 'self-help'.

6.1.3 Specifieke verslavingsobjecten

De hieronder vermelde opsomming is niet uitputtend. Zelfs de samenstelling ervan is controversieel. Zo zijn in het navolgende overzicht bijvoorbeeld sedativa en antidepressiva niet opgenomen, evenmin als diverse (zeer toxische) inhalantia zoals aerosolen van diverse huishoudelijke stoffen als ovenreinigers, verfsprays, en benzine. Ook ontbreken de drugs die gebruikt worden om atletische prestaties te verhogen (onder andere anabole steroïden). Of bepaalde slechts op doktersvoorschrift verkrijgbare middelen als Ritalin. Hier zij in dit verband slechts opgemerkt dat de jeugd toenemend legale drugs gebruikt om 'high' te worden (ketamine, PCP en andere 'dissociatieve psychodelica'). Bovendien zijn er modes in het gebruik van drugs en arriveren er regelmatig nieuwe producten, ieder met hun eigen effecten en hun eigen problematiek.

De laatste tijd geraken meer en meer jongeren verslaafd aan de alcohol (een remmer van het centraal zenuwstelsel). Mogelijk zijn dit de effecten van de agressieve marketing. Wat hier ook van zij, de overconsumptie van alcohol leidt tot verkeersongelukken en chronische gezondheidseffecten (onder andere levercirrhose en cognitief functieverlies als gevolg van schade in de hippocampus en cortex). De alcoholverslaving zadelt, met roken, de maatschappij op met zware lasten als gevolg van vroegtijdige dood en levensjaren met gebreken [13: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Getalsmatig berokkent ze de maatschappij veel meer schade dan drugs dat doen.

Om te bepalen of er sprake is van verslaving is de hoeveelheid genuttigde alcoholconsumpties per dag geen zinvol criterium. Men kan zich beter de vraag stellen wanneer het drinken problematisch wordt in iemands functioneren (en of deze problematische alcoholinname recideert). In dit verband is interessant te vernemen dat grofweg 80 procent van de alcoholici in Amerika ook symptomen vertoont die wijzen op depressiviteit [14: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Volgens het ICF-systeem (een internationaal classificatiesysteem van (para)medisch disfunctioneren), zijn er zes criteria die een rol spelen bij het bepalen van een alcoholverslaving:

1. onttrekkingsverschijnselen,
 2. tolerantie,
 3. compulsie,
 4. moeilijkheden bij controle van de intake,
 5. verwaarlozing andere interesses, en
 6. persistent gebruik ondanks dat het inzicht bestaat dat de desbetreffende alcoholinname schadelijk is.
- Is aan vier of meer van deze criteria voldaan, dan is er sprake van afhankelijkheid.

Bij een klinische behandeling om van de alcohol af te komen wordt altijd begonnen met detoxificatie. Vervolgens wordt er een specifieke therapie aangeboden, bijvoorbeeld Disulfiram dat met het metabolisme van acetaldehyde interfereert waardoor hoge acetaldehyde spiegels ontstaan die aversief werken.

Tot de nadelige gezondheidseffecten van de stimulant nicotine behoren onder andere obstructieve longziekten, zoals bronchitis en longemfyseem, en longkanker. Maatschappelijk, in termen van 'burden of disease', vormt nicotine – net als alcohol – een zeer veel groter kwaad dan illegale drugs. Nicotinemisbruik vergt elk jaar wereldwijd elk jaar vijf miljoen doden. Om van een nicotineverslaving af te komen, doen therapeuten veelal een beroep op nicotinesubstitutie met patch, inhaler of kauwgom.

De overheid maakt in de opiumwet onderscheid tussen Lijst 1 en Lijst 2 drugs, beter bekend als het onderscheid tussen hard drugs respectievelijk soft drugs. Lijst 1 (hard)drugs (opiaten, LSD, cocaïne, amfetaminen, XTC en andere) brengen een onaanvaardbaar groot risico mee. Lijst 2 (soft)drugs (hash, weed, slaap- en kalmeringsmiddelen en andere) zijn minder risicovol. De verkoop ervan in coffeeshops wordt gedoogd. De praktijk is overigens vloeiender dan hier wordt gesuggereerd: er bestaat soft-gebruik van harddrugs, en hard-gebruik van soft drugs. Bovendien is het controversieel of op farmacologische niveau wel onderscheid gemaakt kan worden tussen 'hard' en 'soft' drugs. Beslissend is uiteindelijk met name de genuttigde hoeveelheid. De slaap- en kalmeringsmiddelen vallen in de praktijk in ieder geval buiten de indeling soft- en harddrugs. En in de zin van de Opiumwet zijn koffie, tabak, en alcohol geen drugs, ook al doen alcohol en tabak in schadelijkheid en risico's – in ieder geval wanneer men kijkt naar het aantal mensen dat eraan verslaafd is – er niet voor onder.

Onder hallucinogenen vallen onder andere PCP ('angel dust', oorspronkelijk een stof uit de anesthesiologie van de 50er jaren), LSD, mescaline, en paddo's (bewustzijnsverruimende stoffen uit bepaalde paddenstoelen). Met name het laboratoriumproduct LSD is een van de krachtigste hallucinogenen. Op korte termijn kan het leiden tot hogere lichaamstemperatuur, toegenomen hartslag, verhoogde bloeddruk, zweten, verminderde eetlust, slapeloosheid en tremoren. Op lange termijn bestaat er mogelijk een verhoogde kans op cognitieve disfuncties en psychosen.

Heroïne, morfine en andere opiaten (uit de papaverplant) geven na initiële euforie pijnstilling, ontspanning en kalmering. Alle opiaten verlangzamen de ademhaling.

Het intraveneus inbrengen van heroïne is berucht wegens het verspreiden van infectieziekten als HIV en hepatitis. Om de verspreiding ervan te voorkomen, moet intraveneuze toediening bij heroïneverslaafden voorkomen worden. Of moet in ieder geval via 'schone naalden' programma's het risico van de overdracht van de betrokken virussen beperkt worden. Wat betreft de nadelige effecten van het gebruik van heroïne dreigt altijd het gevaar van overdosis; enige stoornissen op lange termijn zijn ook niet uitgesloten, mogelijk als gevolg van adaptaties in leer- en stressresponsen.

Als therapie bij heroïneverslaving is substitutietherapie met methadon of buprenorphine geïndiceerd. Het doel ervan is de gebruikers te helpen hun gevaarlijke gewoonten – en daarmee ook maatschappelijke schade – te vermijden. De ervaring leert dat deze aanpak effectief is. Vergeleken met illegale gebruikers van opiaten spenderen mensen die onderhoudstherapie met methadon ondergaan minder tijd in de gevangenis en in het ziekenhuis, zijn ze beter sociaal geïntegreerd, hebben ze minder HIV-besmettingen, begaan ze minder misdaden en leven ze langer [15: World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneve: WHO; 2004.]. Bij de andere opiaten kan naltrexon worden toegediend dat een antagonist ervan is op receptor niveau. Vorengenoemde therapieën dienen wel voorafgegaan te worden door detoxificatie; ze moeten voorts zijn ingebed in support en/of gedragstherapie.

De stimulerende stof Cocaïne uit de cocaplant geeft na een initiële ‘high’-ervaring gevoelens van macht, zelfvertrouwen en toegenomen energie. Cocaïne leidt typisch tot ‘binge’ gebruik, dat wil zeggen: tot hoge druginnames tijdens één sessie. Op de lange duur dreigen diverse medische gevolgen voor hart, longen, centraal zenuwstelsel (leidend tot cognitieve disfuncties) en spijsverteringsstelsel. Als farmacotherapie komt GBR 12909 in aanmerking. Dit farmacon antagoniseert de effecten van cocaïne op het (meso) limbisch systeem, een geheel van hersenkernen en -banen dat vooral een functie heeft bij de regulering van emotioneel gedrag. In de toekomst komt wellicht immunotherapie beschikbaar.

Amfetamine(-achtigen) stimuleren en geven euforie. Ze zijn populair bij de jeugd in het uitgaanscircuit. Deze middelen zouden bij langdurig gebruik leiden tot slaapstoornissen, en motorische- en cognitieve disfuncties. Tot de amfetamineachtige behoren ook methamfetamine en Ecstasy. Men zij bij gebruik van deze middelen ook bedacht op temperatuurverhoging, hartritmestoornissen, bloeddrukproblemen en insulteren; mogelijk vermindert de geheugencapaciteit op lange termijn.

De populaire partydrug GHB (Gamma-hydroxybutyraat) geeft depressie van het centraal zenuwstelsel; het middel leidt daardoor tot opgewektheid, en minder angst en remmingen. Omdat de ingrediënten via internet makkelijk verkrijgbaar zijn, is GHB eenvoudig zelf te maken.

Over het misbruik van benzodiazepinen werd reeds eerder het een en ander opgemerkt. Om van de verslaving eraan af te komen moet men het middel langzaam doen uitsluipen onder gelijktijdige gedragstherapie. Mogelijk is opname daarbij te verkiezen.

Hasj (‘Cannabis’) wordt geproduceerd uit de (vrouwelijke) bloemtoppen van de hennepplant die worden gedroogd en verkruid. Weed (marihuana) bestaat uit hars die aan de bloemtoppen van hennepplanten wordt onttrokken en vervolgens geperst wordt tot blokken. Weed en hasj versterken de stemming waarin de gebruiker zich bevindt. Ze benadelen het korte termijngeheugen, leerprocessen, coördinatie, en concentratie. Bij gebruikers die daarvoor risico lopen kan de stof een psychose veroorzaken.

Omdat de verschillende psychoactieve stoffen andere werkingsmechanismen hebben, hebben ze ook allemaal verschillende uitwerkingen. Ze komen echter allen hierin overeen dat ze invloed hebben op hersendelen die te maken hebben met motivatie (en dus met de stimulatie van ‘plezier’ of ‘genot’ centraal (limbisch systeem)).

De tot dusver beschreven verslavingsobjecten betreffen chemische objecten. Er bestaat even ook een niet-chemische verslaving aan schadelijk gedrag; alles is hier mogelijk, onder meer gokken, seks, eten, werk, slapen, virtual reality en games. In feite kan een mens aan alles verslaafd geraken, maar des te makkelijker wanneer een middel of gedrag instantaan effect heeft en niet van oudsher ingebed is in een ordenende sociale setting.