

## INTRODUCTIE

# In vogelvlucht van verslaving naar herstel

---

You did not cause the hole. Life just delivered it.

Or maybe you did  
and if so, welcome, welcome from a fellow hole sculptor.

---

KELLY WILSON, PSYCHOLOOG EN ERVARINGSDESKUNDIGE |  
*IN THE WISDOM TO KNOW THE DIFFERENCE*

Toen ik mensen ging begeleiden met alcoholproblemen was ik zelf nog geen jaar gestopt met drinken. Behalve van alcohol had ik afscheid genomen van 'sociaal drugsgebruik' en van de slaap- en kalmeringsmiddelen die me hielpen overeind te blijven. Ik onthield me ook van andere dwangmatigheden, zoals mezelf verzuipen in werk, perfectionistisch streven en controleren, kleding kopen als troost, daten vanuit behoefte en obsessief bezig zijn met uiterlijkheden.

Zo begon in 2014, het jaar voordat ik aan de slag ging als psychosociaal therapeut, een nieuwe fase in mijn zoektocht naar vrijheid. Vijftien jaar eerder was mijn eetstoornis vanzelf gestopt. Ditmaal stopte ik zelf met het verdoven en manipuleren van mijn gevoel. Ik stopte met de meeste patronen waarmee ik ongemak vermeed, innerlijke leegte opvulde en mijn pijn kortstondig verzachtte. Alleen sigaretten hield ik nog twee jaar langer vast. Letterlijk als houvast.

Stoppen met drinken was de meest ingrijpende van alle veranderingen. Mijn gevoel werd volledig blootgelegd en mijn diepste pijn en verlangens kwamen aan de oppervlakte. Gevoelens van eenzaamheid, verslagenheid en angst. Verlangens naar liefde, puurheid en écht contact.

Toen ik in 1991, kort na mijn 18e verjaardag, op de nachttrein stapte naar Milaan om daar een nieuw leven te beginnen, deed ik dat uit een onweerstaanbare drang naar vrijheid en onafhankelijkheid. Ik vluchtte weg uit een stressvolle thuissituatie, maar liet ook vrienden achter en alles wat ik kende en wat me zekerheid bood. Ik was vastberaden mijzelf in Milaan te gaan bewijzen. Ik was zelfstandig en had een sterke wil, maar ook een wankel zelfgevoel, een onzekere basis en een koffer vol verdriet, boosheid en schuldgevoelens. Ik had niet geleerd met emoties om te gaan of goed voor mijzelf te zorgen.

Vergeleken met Utrecht was Milaan groot, druk, snel, spannend, opwindend en overweldigend. Onbewust ging ik manieren zoeken om me staande te houden. Eten diende zich aan als een toegankelijk middel om even niks meer te hoeven voelen en tot rust te komen. Eten was ook dempen: ik vulde er een emotioneel gat mee en hield mijn gevoelens eronder.

In Italië zijn eten en drinken een wezenlijk onderdeel van het leven. Maar Milaan is ook een modestad en de jaren negentig waren die van de graatmagere 'heroin chic'-modellen. Mager was de norm waaraan ook ik wilde voldoen. Ik wisselde eetbuien af met braken, waarbij braken ook emotioneel gezien purgerend werkte. Het was alsof ik mijn pijn kon uitkotsen nadat ik deze eerst had verdoofd. Het gevoel van opluchting achteraf was prettig, maar nooit van lange duur. Steeds weer dienden zich nieuwe gevoelens aan die gedempt moesten worden. Naast het oorspronkelijke verdriet ook steeds meer schaamte.

Langzaam maar zeker verhuisde ik naar mijn hoofd. Daar voelde ik me relatief veilig. Ik hield van het gevoel van controle over mijn lichaam dat het braken me gaf. Toen ik bijbaantjes kreeg in het uitgaanscircuit en in contact kwam met mensen uit de mode-wereld, ging mijn hoofd steeds hardere eisen stellen aan mijn lijf. De eetbuien gingen nu vaker gepaard met periodes van weinig eten of vasten. Ik werd steeds dunner en werd daarvoor gecompimenteerd.

Kate Moss is scherp veroordeeld om de uitspraak: 'Nothing tastes as good as skinny feels.' Ik ben bang dat ik goed kan invoelen wat zij daarmee bedoelde. Het is een echte eetstoornisgedachte.

Niet of weinig eten was niet de enige oorzaak waardoor ik steeds meer van mijn lijf en mijn gevoel vervreemde. Intussen deed ik een studie taal- en literatuurwetenschap. Door mijn perfectionisme en prestatiedrang – onzeker als ik was had ik veel te bewijzen – ging ik steeds harder studeren. Dag in dag uit zat ik met mijn aandacht in mijn hoofd. Aan de resultaten die ik behaalde, ontleende ik zelfwaardering. Ook dat had iets verslavends. Elk hoog cijfer moest met een nog hoger cijfer worden overtroffen. Zo studeerde ik summa cum laude af.

Op de foto's van mijn afstuderen zie ik eruit als een barbiepop: een groot hoofd met grote ronde ogen op een dun en benig lijfje. De verhouding tussen mijn hoofd en mijn lichaam stond symbool voor de disbalans tussen mijn ratio en mijn gevoel. Ik leefde uitsluitend in mijn hoofd, dat bovendien steeds dwingender en baziger werd. Mijn lijf had mijn hoofd maar te dienen.

Na mijn studie keerde ik terug naar Nederland. Weer nam ik afscheid van al mijn vrienden en liet ik een land achter dat me had gevormd, zeker ook in positieve zin. Ik had moeite met de cultuurverandering en kon mijn draai niet vinden. Ik belandde in banen die me niet lagen. Bij de reclamebureaus waar ik werkte was avond- en weekendwerk de norm. Zo'n beetje iedereen dronk er, tijdens en na het werk. Drugs waren ook volop aanwezig.

Zo stapte ik over van (niet) eten naar alcohol. Alcohol bleek een nog veel effectiever middel om het dagelijks bestaan te verzachten. Excessief gebruik ervan was volledig geaccepteerd. We waren ons massaal aan het verdoven, ieder op zijn manier. Een

chronische roes leek de hoogst haalbare staat van zijn.

Jarenlang leidde ik een leven van hard werken en verdoven. Zolang ik werkte, hoefde ik niet te voelen, en als ik niet werkte verdoofde ik mezelf wel op een andere manier. Zoals eerder studeren, leverde werken me waardering op, met het verschil dat ik mijn werk niet eens leuk vond. Het paste niet bij wie ik was, maar in mijn zombiestaat wist ik helemaal niet wie ik was. In de laatste jaren kwamen er nog medicijnen bij om mijn leefstijl vol te kunnen houden.

Die verdoofstrategieën werkten natuurlijk helemaal niet. Het is niet zo dat je geen pijnlijke gevoelens meer ervaart, je draait ze hooguit kortstondig de nek om. Daarna zijn ze niet uitgeschakeld maar verstoppen ze zich in het lichaam, waar ze hun eigen leven gaan leiden dat je – verdoofd als je bent – niet meer kunt waarnemen. Maar dat wist ik toen nog niet. Bovendien dacht ik dat ‘voelen’ hetzelfde was als onplezierige emoties ervaren. Uit angst voor pijn had ik alles afgesloten.

Zo raakte ik verwijderd van mijn gevoelsleven en van wie ik in wezen was. Het was alsof ik een beschermmuur om mijzelf had gemetseld. Ik had geen idee meer wie of wat erachter zat. Ik werd steeds somberder, cynischer en killer. Mijn toenmalige partner noemde me een ijskoningin. Ik werd hard en veroordelend. Je zult begrijpen dat dat niet bevorderlijk was voor de kwaliteit van mijn relaties.

Mijn vroege pogingen om uit de vicieuze cirkel van niet-voelen en verdoven te komen, faalden jammerlijk. Ik deed pogingen om te minderen met drinken en volgde zelfs een online training. Ik wist wat mijn triggers en valkuilen waren en had tools om daar anders mee om te gaan. Maar het lukte me niet.

Ik zocht oplossingen in het alternatieve circuit. Ik herinner me een acupuncturist die ik bezocht om te stoppen met roken. ‘Wat moet ik dan doen met mijn gevoelens als ik niet meer rook?’ vroeg ik haar. ‘Gewoon gaan zitten en voelen’, zei ze. Ik ben nooit meer teruggegaan.

Een hypnotherapeut bij wie ik later kwam, was wel behulpzaam. Zij vroeg me vaak naar mijn lichaamsgevoelens en op een gegeven moment riep ik, gefrustreerd omdat ik die niet waarnam, dat ik helemaal geen gevoel had. ‘O Manja, jij hebt zó veel gevoel...’ zei mijn therapeut. Met die woorden gaf zij mij een sprankje hoop, dat een verlangen aanwakkerde naar iets warmers en levendigers.

Als je jezelf lang hebt verdoofd en verzet tegen pijnlijke gevoelens, is het haast tegen-natuurlijk om daarmee te stoppen en die gevoelens bewust te gaan toelaten. Zeker als vanuit je hoofd leven een overlevingsmanier is geworden, kun je ‘voelen’ ervaren als doodgaan. Maar inmiddels was het bij mij vanbinnen sowieso al donker, leeg en stil. Ik had weinig meer te verliezen.

Wat mij de duik in het diepe heeft doen wagen, was een diep doorvoeld besef dat mijn strategie niet meer werkte en misschien nooit echt had gewerkt. Mijn ingebouwde discipline, mijn verlangen naar liefde en verbinding en een vleugje vertrouwen in iets groters dan ikzelf, hielpen ook. Maar wat me echt deed besluiten de terugreis naar mijzelf aan te gaan, was diezelfde onweerstaanbare drang naar vrijheid en onafhankelijkheid waarmee ik 23 jaar eerder op de trein was gestapt.

...

Weinig mensen praten openlijk over hun slechte gewoontes. Ik schaam mij al lang niet meer voor mijn 'verslaafde ikje'. Ik beschouw mijn ervaringsdeskundigheid als kwaliteit en mijn nuchterheid zelfs als superkracht. Door mijn ervaringen te delen, hoop ik een bijdrage te leveren aan het doorbreken van een taboe. Taboes en vooroordelen verergeren de impact van een verslavingsprobleem. Stigma veroorzaakt schaamte en schaamte versterkt het onderdrukken, ontkennen en verbergen van je gedrag en gevoelens. Het stigma vergroot de zelfveroordeling, een belangrijke instandhouder van een verslaving of eetprobleem.

Ook in mijn praktijk zet ik mijn persoonlijke ervaringen in. Niet omdat ik geloof dat mijn cliënten allemaal lijden op dezelfde manier als ik leed, en evenmin denk ik dat ze exact nodig hebben wat mij heeft geholpen. Maar ik zie mijzelf ook niet als heel anders. Net als ik worstelen zij met verlangens en controle. Net als ik ervaren zij pijn en verlangen ze naar bevrijding.

Het delen van ervaringen is een manier om invulling te geven aan een gelijkwaardige relatie. Oprechte gelijkwaardigheid kan een katalysator zijn van verandering. Door je authentiek en kwetsbaar op te stellen, en met compassie en humor te praten over je feilbaarheden, help je cliënten hun eigen schaamte te doorbreken. Je inspireert ze om, op hun beurt, authentiek zichzelf te zijn. Authenticiteit is in veel opzichten het tegenovergestelde van een verslaving of eetstoornis.

Door iets te delen van je eigen pijn en herstel, bied je cliënten nóg een onmisbaar ingrediënt voor hun herstelproces: hoop. 'Hoop vertelt ons dat het leven weliswaar vol duisternis en lijden is, maar dat als we vandaag overleven, we morgen vrij zullen zijn', vertelt de Amerikaanse psycholoog en Holocaustoverlevende Edith Eger (2020, p. 200). Hoop zet aan tot nieuwsgierigheid. Nieuwsgierigheid – een onderzoekende open houding – is het tegenovergestelde van vermijden en afweren, en daarmee een belangrijk instrument voor wie zich wil bevrijden van een ongewenste gewoonte of verslaving.

Door mijn ervaringen te delen, wil ik ook laten zien hoe een verslaving iedereen kan treffen. Want ik ben zeker geen uitzondering. Verslaving is overal en discrimineert niet. Niet op leeftijd, niet op geslacht, niet op huidskleur, intelligentie, genoten opleiding, afkomst of inkomen.

Volgens cijfers op de site van de instelling voor verslavingszorg Jellinek zijn er in Nederland zo'n twee miljoen mensen met een verslaving. Dit getal is een ruwe schatting en slaat uitsluitend op mensen die afhankelijk zijn van middelen (drugs, alcohol, tabak of medicijnen) of kampen met een gok- of gameverslaving. Eetverslavingen en afhankelijkheid van ander gedrag, zoals seks, smartphonegebruik, sporten, kopen of werken, zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor het praktijkonderzoek waarmee ik als therapeut diplomeerde, zocht ik mensen die hun alcoholinname als problematisch beschouwden en daar iets aan wilden doen. Ik verspreidde een oproep in mijn kennissenkring. Het aantal reacties overtrof mijn verwachtingen. Ik had een respons van 25 procent en meer aanmeldingen

dan ik voor mijn onderzoek kon gebruiken. Dat kan natuurlijk iets zeggen over mijn kennissenkring. Daarom vermeld ik erbij dat het mensen waren van uiteenlopende leeftijden, met een partner of een gezin, werk, vrienden en een 'leuk leven'. En dus een alcoholprobleem, dat ieder van hen verborgen hield voor de buitenwereld onder lagen van schaamte en schuld. Ze waren blij met mijn oproep, omdat ze door die schaamte en het taboe op 'alcoholisme' niet snel hulp zouden hebben gezocht voor hun afhankelijkheid.

Een verslavingsprobleem komt veel vaker voor dan we misschien zouden willen denken. Ook bij hulpverleners. Aan het begin van een cursus die ik gaf aan professionals over therapeutische toepassingen bij verslavingen, vroeg ik de aanwezigen een eigen probleemgewoonte in gedachten te nemen. Aan de hand van de elf criteria van de DSM-5 voor 'stoornissen in het gebruik van middelen' zouden zij zelf kunnen vaststellen of zij met een 'milde, gematigde of ernstige stoornis' te maken hadden. Zeven van de veertien cursisten stelden bij zichzelf een ernstige stoornis vast; vijf een milde of gematigde.

Nu hebben de DSM-criteria enkel betrekking op middelen en gokken. Mijn vraag opende de deur voor álle mogelijke gewoontes. Maar mocht je denken dat het ging over 'onschuldige verslavingen' – een sussend label dat ik zelf niet snel zou gebruiken – dan heb je het mis. De worsteling was aanzienlijk, zo bleek uit de moedige persoonlijke bijdragen die volgden.

Stigma en taboes zitten behandelingsweg, ook bij hulpverleners. Tijdens mijn opleiding ging ik in de leer bij verschillende hypnotherapeuten. Hypnotherapie kan een effectieve therapievorm zijn bij verslavingsproblemen. Ik pas hem veelvuldig toe. Een van mijn begeleiders vermeldde op zijn website dat hij niet werkte met mensen met een alcohol- of drugsverslaving, omdat hypnotherapie daarvoor niet geschikt zou zijn. Dit nodigde mij niet uit om over mijn eigen verslavingsprobleem te praten. Nu gebiedt de eerlijkheid me te zeggen dat ik mijn drankgebruik waarschijnlijk sowieso niet zou hebben ingebracht, omdat ik volop in de ontkenning zat. Toch hield het me bezig, ook toen ik inmiddels zelf was gestart met het begeleiden van mensen met een alcoholprobleem. Waarom beweerde deze therapeut dat onze methodiek hen niet zou kunnen helpen? Jaren later vertelde hij, inmiddels een bevriende collega, over zijn persoonlijke ervaringen met afhankelijkheid.

Waarom worden wij ongemakkelijk of afwerend als we geconfronteerd worden met verslaving? Waarom voelen we de noodzaak het in onszelf te verbergen? Als begeleiders kunnen we anderen niet verder helpen dan hoever we zelf zijn. Elke ontmoeting met verslaving in de buitenwereld is een kans om verslaving aan te kijken in jezelf en in je systeem van herkomst. Ik vind dat het onze taak is als hulpverleners om verantwoordelijkheid te nemen en het stigma te transformeren van binnenuit. Ik nodig je uit om precies dát te doen tijdens het lezen van dit boek. Je zou hier een pauze kunnen nemen en stilstaan bij een gewoonte die je overmatig in praktijk brengt, die je afkeurt in jezelf en wellicht verbergt voor de buitenwereld. Een gewoonte waarmee je wel zou willen stoppen of minderen. Misschien heb je dat al geprobeerd.

Terwijl je straks verder leest over verslaving en hoe anderen die beleven, denk je af en toe aan je eigen gewoonte. Sta stil bij de gevoelens en gedachten die omhoogkomen. Als je zelf geen gewoonte hebt waarmee je worstelt, kijk dan rond in je omgeving. Probeer je in te leven, in dat familielid, die vriend, collega of persoon uit je verleden die wel worstelt, vecht of lijdt.

---

## Vertroebelde visies op verslaving en de zoektocht naar een verklaring

In dit boek staat behandeling centraal. Behandelingen zijn gefundeerd op theorieën. Het probleem met verslavingstheorieën is dat het er ontzettend veel zijn. Ik zie een bonte lappendeken voor me. Allemaal bij elkaar gebrachte stukjes verklaringen, die weliswaar een geheel vormen, maar niet of nauwelijks geïntegreerd zijn. De meeste zijn op zich aantrekkelijk of interessant en bevatten een kern van waarheid. Naast elkaar gelegd kunnen ze bij elkaar passen of ronduit met elkaar vloeken.

Toen ik was gestopt met drinken wilde ik 'alles' weten wat er te weten viel over verslaving. Dat was mijn copingstrategie. Ik verloor mezelf in artikelen, handboeken en andere literatuur en zag door de bomen het bos niet meer. Begin 2022 kwam ik een boek tegen dat het geheel goed samenvatte en me genas van de illusie dat er één juiste verklaring zou zijn. *The urge – Our history of addiction* van Carl Erik Fisher, een ervaringsdeskundig klinisch psychiater, is inmiddels ook verschenen in het Nederlands. Fisher opende me de ogen door pakkend samen te vatten hoe onze visie op verslaving door de jaren heen is verweven met politiek, macht en economische belangen. En dat is nog steeds zo.

Welke middelen of zaken we als 'verslavend' aanmerken bijvoorbeeld, heeft grote gevolgen voor de industrie die die middelen produceert. Je kunt denken aan de farmaceutische industrie, de alcohol- en tabakslobby, de gok- of voedingsindustrie. De vraag of je verslaafd kunt raken aan suiker of synthetische voedingsstoffen is nu erg actueel. Is gokken verslavend? Kun je verslaafd raken aan je smartphone? Antwoorden op deze vragen hebben grote consequenties.

Nog steeds hebben we het over 'goede' en 'slechte' drugs – de eerste zijn voor farmaceutische doeleinden, de tweede voor vermaak – en over 'goede' en 'slechte' gebruikers. Harddrugsgebruikers zijn asociaal omdat zij voor hun eigen, tijdelijke genot zware criminaliteit en liquidaties financieren, zegt een Nederlandse minister (NieuwLicht, 21 oktober 2019). En ze verlagen bovendien de alcoholomzet van kroegen, volgt ook uit zijn betoog. Pilletjes en cocaïne zouden ongezonder en ontwrichtender zijn dan 'softdrugs'. Harddrugsgebruikers zijn 'idioten' die 'we keihard moeten aanpakken', vinden andere politici.

Maar wat te zeggen van de honderden miljoenen mensen die jaarlijks medicijnen krijgen voorgeschreven en de tientallen miljoenen die elk jaar verslaafd raken aan pijnmedicatie en slaap- en kalmeringsmiddelen? 'Er is een terugkerend selectief geheugenverlies over het feit dat de grootste drugsschade – inclusief verslaving – bijna altijd wordt veroorzaakt door legale producten: morfine en cocaïne in de

negentiende eeuw, stimulerende middelen [amfetamine of speed] en kalmerende middelen [benzo's, xanax, valium] in het midden van de twintigste eeuw, opioïden [oxycodon] meer recentelijk en, altijd, alcohol en tabak', aldus Carl Erik Fisher (2022, p. 198). Ik denk aan mijn oma bij wie, toen ze aan het eind van haar leven in het ziekenhuis belandde en plots ernstige onttrekkingsverschijnselen kreeg, een verslaving werd geconstateerd aan laudanum, een mengsel van opium en alcohol. Haar huisarts schreef het haar al tientallen jaren voor tegen darmklachten.

De definitie van verslaving is vertroebeld door politieke en economische belangen. Is verslaving een ziekte? Is fysieke afhankelijkheid een determinant voor verslaving? Zijn 'veranderingen in het dopaminesysteem' een voorwaarde? Dit lijken puur medisch-wetenschappelijke kwesties, maar dat zijn ze niet. Verslavingswetenschap staat niet los van de maatschappelijke context en de heersende cultuur. Dat geldt ook voor het stigma op verslaving. Stigma heeft een historische, socio-economische en politieke dimensie en beïnvloedt beeldvorming en beleid. Stigma wordt ingezet als instrument. Ik haal de 'snuivende idioten' nog een keer aan. En wat te denken van de manier waarop ten tijde van de coronacrisis en een dreigend gebrek aan IC-bedden werd gesproken over rokers en dikke mensen? Carl Erik Fisher illustreert de overlap tussen de intellectuele geschiedenis van verslaving en de bredere culturele geschiedenis van drugsbeleid, dat de weerslag is van de heersende ideeën over verslaving. Deze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden (*Ibid.*, p. 124). Verslavingsbeleid gaat niet echt over mensen en evenmin over de daadwerkelijke schadelijkheid van drugs. Het is een reactie op een gestigmatiseerde visie op drugsgebruikers. Verslavingstheorieën en de daarop gebaseerde benaderingen zijn hiervan niet los te zien.

Een medisch-therapeutische benadering van verslaving was lange tijd verre van vanzelfsprekend. Lang voordat verslaving als ziekte of stoornis werd aangemerkt, bestond het al als verschijnsel en werd het op uiteenlopende manieren benaderd. Elke benaderingswijze beïnvloedde het beeld van 'de verslaafde'. Verslaving is vaak beschouwd als morele zwakte en verslaafden als mensen met een zwakke wil. Verslaving werd gezien als misdaad en gebruikers werden aangepakt vanuit justitie. In de Verenigde Staten zaten er undercoveragenten bij bijeenkomsten van de Anonieme Verslaafden (*Ibid.*, p. 203).

De framing van verslaving als ziekte is een reactie op het morele model. Het was een poging tot ontschuldigen, tot stigmabestrijding, en een manier om mensen hoop te bieden en behandeling in plaats van straf. Verslaving is geen keuze maar een ziekte. Maar wat voor ziekte dan precies? Een lichamelijke ziekte of een psychiatrische stoornis? Is het genetisch bepaald of aangeleerd gedrag? Een hersenziekte of een irrationele gewoonte? Een reactie op trauma, een symptoom van stress of een symbool van maatschappelijke malaise? Is het een spirituele ziekte? Of ligt het toch vooral aan de verslavende stof? En is het te genezen of moet je ermee leren leven? De medische wetenschap heeft geen consensus bereikt over wat verslaving exact

is en hoe we het moeten omschrijven. Definities en meningen lopen sterk uiteen. Tegenwoordig gaat men ervan uit dat verslaving ontstaat door een combinatie van factoren: een biologische vatbaarheid, verstoringen in de persoonlijke ontwikkeling, en omgevingsinvloeden. Het samenspel van factoren vergemakkelijkt het ontstaan van een verslaving. Er is geen sprake van een enkele oorzaak. Dit 'biopsychosociale model' is momenteel leidend. Binnen dit model worden de neurobiologische aspecten steeds belangrijker gevonden. Verslaving wordt gezien als een hersenziekte – al is dit paradigma ook weer onderhevig aan kritiek.

Het biopsychosociale model is een poging tot integratie van verschillende benaderingen. Verklaringen vullen elkaar aan, evenals de behandelwijzen die voortkomen uit dit model: medicatie, gedragstherapieën, allerlei vormen van psychotherapie (individueel en in groepen), leefstijlinterventies, verbetering van de sociale omstandigheden, zorg voor naasten, voorlichting en preventie... Doordat bij mensen verschillende verklaringen de boventoon kunnen voeren, slaan bepaalde behandelingen bij sommige wellicht beter aan dan bij andere.

En toch, ondanks de constatering dat verslaving niet kan worden gereduceerd tot een simpele verklaring, blijven we daarnaar zoeken. Oké, wordt gezegd, verslaving is multicausaal, maar... wat is dan de *primaire* oorzaak?

Vooraf het vraagstuk of verslaving een hersenziekte is of niet zorgt voor een gepassioneerd debat. Wie stelt dat verslaving een hersenziekte is, gaat uit van een (deels aangeboren) kwetsbaarheid in de vorm van een minder goed functionerend beloningscentrum en een minder functionerende cortex. Daardoor wordt het brein gevoeliger voor drugs en alcohol en kan iemand minder goed omgaan met sterke verlangens. Het herhaalde gebruik leidt tot veranderingen in het brein. Deze veranderingen zijn verantwoordelijk voor het ontstaan van *craving*, de sterke hunkering die de kern vormt van ongecontroleerd gebruik en terugval (Schippers & Van den Brink, 2016, p. 345).

In 2018 organiseerde Lef, een Nederlandse stichting met een magazine over verslaving, een debat waarbij twee prominente hersenwetenschappers tegenover elkaar stonden. Nora Volkow is directeur van het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse en Marc Lewis is professor in de ontwikkelingspsychologie en ervaringsdeskundige op het gebied van verslaving. Volkows onderzoeken leiden tot de conclusie dat verslaving een hersenziekte is. Er zijn aantoonbare verschillen tussen de breinen van mensen met en mensen zonder verslaving. Het hersenziektemodel zou bovendien stigmatisering tegengaan. Verslaving is niet het gevolg van een zwakke wil, maar van een ziekte. Verder is de gedachte dat binnen de realiteit van het huidige zorgstelsel verslaving als chronische ziekte moet worden aangemerkt om behandeling te kunnen aanbieden. Lewis op zijn beurt ontkent niet dat verschillen in het brein een rol spelen, maar vindt dat deze niet gelijkstaan aan afwijkingen of 'ziekte'. Alle leerprocessen veroorzaken veranderingen in het brein. Niet alleen drugs en alcohol doen dat, maar ook gokken, porno, smartphonegebruik, eetbuien en obesitas. Dit geldt voor elk repetitief gedrag dat leidt tot beloningen. Niet alleen verslavingsgedrag, maar ook liefde, sport, een obsessie met geld, religie, meditatie of therapie.



Verslaving is bovendien geen chronische aandoening, aangezien het overgrote deel van de mensen die eraan lijden er weer zonder behandeling van afkomt. De focus op de hersenen kan ertoe leiden dat andere ontstaansfactoren, zoals de omgevingsfactoren, onderbelicht blijven. Verslaving kan beter worden gezien vanuit een ontwikkelings- en leerperspectief, vindt Lewis, die verslaving ziet als een aangeleerd gewoontepatroon. Iemand met een verslaving 'hersenziek' noemen, is volgens hem net zo goed stigmatiserend. Het houdt de persoon hulpeloos en afhankelijk. Hij denkt dat mensen eerder in herstel geloven wanneer ze verslaving zien als een gewoonte die je kunt veranderen.

De vraag of verslaving een ziekte is óf een keuze (en dus een morele zwakte), is een valse dichotomie, ingegeven door het historische stigma, vindt Gabor Maté, een Canadese arts en verslavingsexpert. Verslaving is geen ziekte, noch een keuze, maar 'een wanhopige poging van een mens om een probleem op te lossen: het probleem van emotionele pijn, van overweldigende stress, van verbroken verbinding, van controleverlies, van diep ongemak met het zelf' (Maté, 2017).

Verslaving is het resultaat van een reeks gedragingen en ervaringen die aanvaankelijk verlichting opleveren. Om verslaving beter te begrijpen, moeten we kijken naar *waarom* we verlichting zoeken, wat de pijn is waarvoor we het medicijn gebruiken. Bij wie worstelt met verslaving, aldus Maté, hebben de hersenen zich niet ontwikkeld om pijnlijke emoties te kunnen ervaren zoals anderen dat kunnen.

De ontwikkeling van het brein is niet los te zien van de ontwikkeling van een individu binnen zijn omgeving. Ingrijpende gebeurtenissen, zoals vroegkinderlijk trauma, verstoringen in de hechting, stress en sterke emoties, zijn van invloed op de ontwikkeling van de hersenen, het immuunsysteem, het hormoonstelsel en zelfs de genen. Pijn of trauma door persoonlijke ervaringen is bepalend voor iemands vatbaarheid voor ernstige aandoeningen, zoals een verslaving.

Maté wijst niet trauma aan als *oorzaak* van verslaving – en hij probeert al helemaal niet de 'schuld' te verleggen van het individu (of diens hersenen) naar de omgeving. Hij ziet verslaving als het bijproduct van *hoe we zijn omgegaan* met welk trauma dan ook dat we hebben meegemaakt. Schuld is niet aan de orde.

Zonder te ontkennen dat neurobiologische aspecten een grote rol spelen, beschouwt Maté verslaving niet als progressieve ziekte of hersenziekte. Zijn perspectief wijst eerder naar het tegenovergestelde: onze hersenen en ons lichaam hebben een fantastisch vermogen om zichzelf te herstellen (Maté voor Wholehearted, 2020).

Maté heeft kritiek op de medicalisering van verslaving. Verslaving is geen medisch maar een menselijk probleem, zegt hij. En het is universeel. Hij pleit voor een mensgerichte omschrijving van verslaving, een die het totaalprobleem omvat en het definieert op een meer persoonlijke manier. Daarin staat hij niet alleen. Wereldwijd gaan stemmen op tegen de ontpersoonlijking, stereotypering of medicalisering van verslaving (en psychische problemen in het algemeen) door onderzoekers en beleidsmakers. Verslaving laat zich niet vangen in een medisch hokje. Verslaving gaat over

wat het betekent om mens te zijn, en te lijden. Verslaving is geen individuele ziekte maar maakt deel uit van onze gemeenschappelijke geschiedenis. Ze komt van diepe wonden in de samenleving.

Een menselijk vraagstuk leidt tot menselijke antwoorden. Al eeuwenlang buigen filosofen, geestelijken, kunstenaars, schrijvers, sociologen, economen, leiders, bloggers, 'verslaafden' en 'niet-verslaafden' zich over het fenomeen. Zou het kunnen dat we er allemaal wel iets in herkennen?

---

## De universele ervaring van verslaving

Alleen al het woord verslaving roept zo veel op. Daar waar wetenschappelijke literatuur het nu meestal heeft over 'middelenstoornis' en 'afhankelijkheid', vragen de meeste mensen die bij mij komen zich af of ze 'verslaafd' zijn. Deze vraag houdt ze misschien nog wel meer bezig dan hun probleem zelf.

Ik herken het. Met een glas naast mijn laptop kon ik avondenlang vluchten in definities, classificaties, typering en meetinstrumenten. Mezelf afvragen of ik verslaafd was, was eigenlijk de vraag stellen of ik nog mocht drinken. Zolang ik me kon bezighouden met dat dilemma en mijzelf kon vergelijken met 'anderen die er veel erger aan toe waren dan ik', had ik geen probleem.

Ondanks het feit dat 'verslaving' beladen is, gebruik ik het woord ook. Ik vind dat het uitstekend de onvrijheid, afhankelijkheid en het gebrek aan zelfsturing omschrijft die onderdeel zijn van de ervaring. Wie gevangenzit in een verslaving voelt zich verre van baas. Je ervaart nauwelijks keuzevrijheid of vrije wil, al houd je jezelf dat misschien wel voor. Je bent 'slaaf van het onbewuste', zoals onderzoeker Reinout Wiers in zijn gelijknamige boek betoogt.

De term verslaving is ontleend aan *addicere*, letterlijk 'zeggen tegen'. Tijdens de Romeinse beschaving kenden de autoriteiten slaven namen toe. Deze werden 'gezegd' aan de meesters aan wie de slaven werden toegewezen. Die kregen zo de macht en zeggenschap over het leven (en de dood) van hun slaven. Maar een *addictus* is niet alleen een machteloze slaaf. Het concept verwijst ook naar iemand die 'toegewijd' is of ergens een 'sterke voorkeur' voor heeft. En niet noodzakelijk voor negatieve dingen: de een is toegewijd aan macht, de ander aan naastenliefde. Verslaving in deze betekenis is niet alleen iets wat je overkomt. Er zit ook een element van keuze in. Het is een soort vrijwillige dwang of gedwongen keuze om je regie en keuzevrijheid op te geven (C. E. Fisher, 2022, pp. 20-21). Deze verwarrende paradox raakt, wat mij betreft, de essentie van de ervaring van een verslaving of eetstoornis.

Sommigen vinden dat 'verslaving' een stigmatiserende werking heeft. Maar meer dan de woorden die we kiezen, is het het *identificeren* van mensen met hun ziektebeelden, of met welk label dan ook, dat leidt tot stigmatisering. Ik identificeer mij niet met mijn verslaving. En ook aan mijn cliënten suggereer ik dat zij niet verslaafd zijn. Natuurlijk, wie bij mij komt heeft een serieus probleem en lijdt aanzienlijk. En het is zonder meer belangrijk te erkennen dat je een probleem hebt, de controle bent kwijtgeraakt en in meer of mindere mate afhankelijk bent geworden van een middel of een

gewoonte. Maar mensen *zijn* niet hun probleem, hun diagnose of hun pijn. Mensen zijn veel meer dan dat.

Het maakt een groot verschil of je jezelf vertelt dat je een alcoholist, anorect of codependent bent, of dat je erkent dat je een verslavingsprobleem hebt. Ik wil niet beweren dat dit de weg voor iedereen is. Ik besef goed dat juist (tijdelijke) identificatie (*Ik ben verslaafd*) sommigen het leven heeft gered.

Ik denk dat we verslaving kunnen zien als een betekenisvolle beschrijving van een diepmenselijke *ervaring*. Een lichamelijk, psychologisch, maatschappelijk en spiritueel proces waar ieder mens doorheen gaat. Verslaving is een manier om met pijn om te gaan, met plezier en met verlangen. Omgaan met pijn en verlangen is een menselijke taak. Niet zozeer iets om op te lossen, of om tegen te vechten, maar iets waarmee we moeten leren omgaan. Ieder van ons.

Door te erkennen dat verslaving een ervaring is met universele aspecten kunnen we als behandelaars een groot verschil maken in de manier waarop wij ons opstellen tegenover onze cliënten. Zolang we zeggen dat 'zij' een probleem hebben, zeggen we in wezen ook dat 'wij' dat niet hebben. 'An alcoholic is someone you don't like, who drinks as much as you do', zei de aan alcohol verslaafde dichter Dylan Thomas. Door verslaving te onderzoeken in onszelf en in ons systeem van herkomst, hoe ogenschijnlijk onbeduidend ze zich ook manifesteert, en er contact mee te maken, dragen we bij aan de vermindering van het stigma, de angst en de ontkenning. Door bereid te zijn onszelf te laten raken en de pijn van de ander toe te laten in onszelf, om er mogelijk achter te komen dat deze slechts een spiegel is van ons eigen lijden, ontwikkelen we de compassie waarmee we onze cliënten nog beter kunnen begeleiden. Zonder uiteraard onszelf met hen te vergelijken en afbreuk te doen aan ieders subjectieve ervaring.

Volgens sommigen bagatelliseert het al te gemakkelijk in de mond nemen van het woord verslaving de ernst van de aandoening. Door verslaving sterven mensen, belanden ze in de criminaliteit of laten ze hun kinderen in de steek, is de gedachte. Dat kun je onmogelijk zeggen van bijvoorbeeld een neiging tot dwangmatig overwerken. Of van een uit de hand gelopen koopgewoonte.

Of toch wel? Gabor Maté vertelt in zijn boek *In the realm of hungry ghosts* hoe zijn dwangmatige neiging klassieke muziek te kopen zijn huwelijk bedreigde en de relatie met zijn kinderen. Nee, klassieke muziek an sich is niet verslavend. Maar zijn compulsieve koopgedrag voldeed wel degelijk aan de geldende criteria van een verslaving. Hij had een ongezonde obsessie die veel tijd en geld opslokte. Hij was de controle kwijt en het gedrag was hem de baas. Er was sprake van tolerantie: hij moest steeds meer aanschaffen en bleef ermee doorgaan terwijl het hem problemen bezorgde op lichamelijk, financieel en relationeel vlak. Maté vergelijkt zijn koopverslaving niet met de levensbedreigende gewoontes van zijn aan drugs verslaafde patiënten. Maar wat hij zonder meer herkent, is de verslavende adrenalinrush in de aanloop naar een aankoop. De onweerstaanbare zucht naar de instant beloning of 'fix'. De tijdelijke

genoegdoening als kortstondige opluchting van zijn stressvolle gedrevenheid. En dan heeft hij het nog niet over de pijn en het trauma die hij met zijn muziekverslaving vermeed. Maté citeert zijn zoon Daniel, die in een brief aan zijn vader memoreert: 'Het constante geschetter van klassieke muziek in ons huis was (...) een bewijs van je pijn', en 'het was belangrijker voor je dan de familie, dan ik' (2010, p. 229).

Pathologisch gokken is tot nu toe de enige formeel erkende gedragsverslaving in de DSM. De DSM geeft geen definitie of classificatie van gedrags- of procesverslavingen, zoals aan eten, smartphonegebruik of liefde. Mensen met een gedragsverslaving hebben een vergelijkbare drang tot herhaling, verlies van controle en tolerantie als mensen met een drugsverslaving. De gevolgen kunnen even ernstig zijn als die van een middelenverslaving. In het ergste geval kunnen gedragsverslavingen ook leiden tot de dood.

Ik moet denken aan Melanie, die in een verslavingskliniek was behandeld voor haar relatieverslaving. Om in aanmerking te komen voor die behandeling had ze een officiële diagnose nodig, in haar geval een middelenstoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Melanie zat vast in een relatie met een man die haar emotioneel en fysiek mishandelde. Na haar opname in de kliniek woonde ze sinds korte tijd in een nieuwe woonplaats, waar ze dankzij de inspanningen van hulpverlenende instanties naartoe was verhuisd om een nieuwe start te maken. Haar ex had haar echter weer gevonden en daar had ze zelf een aandeel in gehad. Ik zie haar wanhoop nog voor me: 'Ik wil dit écht niet meer, Manja. Ik wéét dat hij niet goed voor me is. Nu heeft hij weer om geld gevraagd, nadat hij me voor hoer had uitgemaakt en me in mijn maag had gestompt. Ik wil hem echt niet meer zien. Maar elke keer als hij voor mijn neus staat, laat ik hem toch weer binnen. Het is sterker dan ik.'

Als je geen drugs gebruikt maar bijvoorbeeld koopbuien hebt of eetbuien, of voortdurend op zoek bent naar seksuele spanning of liefde, kun je je gedrag wel degelijk als verslavend ervaren en er ernstig onder lijden. Dat betekent nog niet dat je een ziekte of psychiatrische stoornis hebt – maar dat geldt ook voor wie te veel drinkt, blowt of gokt. Het geheel niet erkennen van gedragsverslavingen doet echter onvoldoende recht aan de ervaring van degenen die eronder lijden. Natuurlijk zijn er naast overeenkomsten ook verschillen met middelenverslavingen. Maar ook de ene middelenverslaving is de andere niet. Een nicotineverslaving is een fundamenteel andere ervaring dan een verslaving aan heroïne, met heel andere implicaties.

Een strakke scheidslijn tussen verschillende uitingen van dwangmatigheid is alleen kunstmatig te trekken. Compulsief gedrag, verminderde controle en verlangen zijn kenmerken van elke verslaving. Een compulsie is een niet tegen te houden gedwongen worden. Bij gebrekkige impulscontrole is er een niet te beheersen verlangen (Oosterhoff, 2017, p. 161). Verslavingen hebben veel overeenkomsten met stoornissen in de impulsbeheersing en met dwangstoornissen. Als je naar de ontwikkelingen in de DSM kijkt, zie je dat het onderscheid tussen die categorieën niet vaststaat. Gokken viel in de DSM-4 bijvoorbeeld in de categorie stoornissen in de impulsbeheersing. Psychiater Menno Oosterhoff vergelijkt dwang met verslaving: 'Compulsies zijn zich

herhalende handelingen waartoe iemand zich gedwongen voelt, in reactie op hardnekkige en terugkerende onrust. Ze zijn gericht op het voorkomen of verminderen van angst of de lijdensdruk. De handelingen zijn duidelijk overmatig. Deze omschrijving past ook naadloos op verslavingsgedrag' (*Ibid.*, p. 160).

Dwang is een belangrijk kenmerk van eetstoornissen. Er is een levendige discussie over de vraag of eetstoornissen ook verslavingen kunnen worden genoemd. Er zijn in elk geval veel overeenkomsten. Wie eetbuien heeft, kan zich net zo machteloos voelen tegenover eten als iemand die bingedrinkt tegenover alcohol. Je wil stoppen maar kunt dat niet, terwijl je donders goed weet hoe pijnlijk de gevolgen van je gedrag zijn. Je wordt overgenomen door iets wat sterker is dan jij.

Wat mensen met een eetstoornis en mensen met een verslaving op een dieperliggend niveau gemeen hebben, is dat ze niet op andere manieren kunnen omgaan met pijn, gevoelens en tekorten dan ze doen. Veel of juist restrictief eten, braken, overmatig bewegen of obsessief denken aan eten zijn manieren om stress, pijn en emoties te reguleren, net zoals alcohol, drugs en ander dwangmatig gedrag.

Wie het over een eetverslaving heeft, denkt aan eetbuien. Die eetbuien zijn vaak het gevolg van diëten, intensief lijnen en/of braken. Niet alleen personen met eetbuistoornis en boulimia, maar ook mensen met anorexia hebben eetbuien. Anorexia nervosa werd vroeger 'magerzucht' genoemd. Het restrictieve eten of afvallen, samen met overmatige inspanningen leveren, werkt verslavend. Je gaat in een soort high, waarbij je je machtig kunt voelen en in controle. Mensen met anorexia zijn verslaafd aan abstinentie – en niet alleen van eten.

Diëten, lijnen, eetbuien, braken, laxeren en andere vormen van compensatie hebben verslavende aspecten en houden elkaar in stand. Je kunt het impulsieve gedrag zien als een reactie op de sterke wens het gedrag te controleren (heel veel zelfbeheersing), op perfectionisme, verantwoordelijkheid en 'het goed willen doen'. Deze innerlijke tegengesteldheid speelt bij vrijwel iedereen met een verslaving. Het is een misverstand dat mensen met een verslaving geen zelfcontrole zouden hebben. Sterker nog, ze hebben er vaak te veel van. Of ze hadden het, totdat ze het opgaven. Deze zelfcontrole gaat veel verder dan de continue pogingen om te stoppen of te minderen. Op een net zo disfunctionele manier als eetbuien, dienen alcohol en drugs ertoe de balans te herstellen tussen vaak hooggespannen verwachtingen en ideaalbeelden, en het verlangen naar rust in jezelf en gewoon te kunnen 'zijn'.

Dat er overlap is tussen verschillende uitingen van dwangmatigheid en afhankelijkheid blijkt ook uit de mate van comorbiditeit (het gelijktijdig voorkomen van twee of meer aandoeningen) en *cross-addiction* (het inwisselen van de ene verslaving voor een andere). Boulimia die samengaat met een alcoholverslaving en een angststoornis. Een alcoholverslaving die volgt op een maagverkleining bij iemand met een eetverslaving. Een seksverslaving naast risicovol harddruggebruik (*chemsex*, waarbij seks samengaat met bijvoorbeeld crystal meth of GHB, heeft een enorm verslavingsrisico). Vanbinnen ervaren de meeste mensen geen hokjes maar vloeiende lijnen. Diagnoses zeggen geen waarheid over de realiteit.

---

## Verslaving van binnenuit bekeken

Verslavingen en eetstoornissen worden in de DSM vooral geclassificeerd op basis van gedrag en symptomen. Bij eetstoornissen spelen het eetgedrag, het lichaamsgewicht en het lichaamsbeeld een bepalende rol. Bij verslavingen het middel (alcoholverslaving valt er wel onder, suikerverslaving niet) en het gebruik. Dit leidt tot behandelingen die zich in eerste instantie richten op het gedrag en de instandhouders van problemen en niet direct op de ontstaansfactoren of de persoonlijke ontwikkeling van mensen.

Het probleem van gangbare typering op basis van middelen, gedrag en symptomen is wat mij betreft dat ze voorbijgaan aan wat iemand vanbinnen ervaart, hoe diegene zichzelf ervaart en wat die persoon beweegt. Als je uit de kliniek komt ben je niet per se genezen. Je gebruikt misschien je middel niet meer, of je eet weer normaal en bent op een gezond gewicht, maar vanbinnen ben je niet hersteld. Gelukkig beseffen veel instellingen dit steeds beter, mede onder invloed van ervaringsdeskundigen, de herstelbeweging en een groeiend traumabewustzijn.

Een middelenverslaving gaat evenmin over alcohol of drugs als een eetstoornis gaat over eten of een seksverslaving over seks. Het gaat er niet eens over of datgene waaraan je 'hooked' bent gezond is of minder gezond. We kunnen ook ongezond veel gezonde dingen doen, zoals sporten, plantaardig eten of anderen helpen. Het gaat over wat we ermee vermijden of verzachten en wat we ermee proberen te behalen. Er is niet één juiste manier om verslavingsproblematiek te duiden. Niet iedereen worstelt op dezelfde manier met controleverlies. Niet iedereen gebruikt evenveel. Niet iedereen is in gelijke mate verslaafd of afhankelijk van zijn gedrag. Niet iedereen lijdt in dezelfde mate. Niet iedereen noemt zichzelf 'verslaafd'. Verslaving is ook een zelfdiagnose. En verslaving is een proces. Je bent niet óf wel óf niet verslaafd.

Ik was in herstel en begeleidde een snel toenemend aantal cliënten. Het had iets bizars: ik had een verslaving losgelaten en verslaving was mijn nieuwe passie geworden. Ik wilde mijn cliënten de best mogelijke behandeling bieden en die moest ergens op gestoeld zijn. Het duizelde me van alle mogelijke invalshoeken. Het probleem van binnenuit beschrijven, gebaseerd op iemands persoonlijke ervaringen, en een daarop afgestemde, persoonlijke aanpak was de weg. Maatwerk dus.

Gabor Matés beschrijving van verslaving is niet de enige mogelijke. Maar ze komt dicht bij de ervaring, zegt iets over een essentiële functie van verslaving en laat alle ruimte voor persoonlijke invulling. Maté: 'Verslaving komt tot uiting als elk gedrag waarnaar iemand hunkert, waarvan die persoon tijdelijke verlichting of plezier ondervindt maar ook negatieve gevolgen, en dat diegene desondanks moeilijk kan opgeven. In het kort: craving, opluchting, plezier, lijden, verminderde controle. Merk op dat deze definitie niet beperkt is tot drugs, maar bijna elk menselijk gedrag kan omvatten, van seks tot eten, van winkelen tot gokken, van extreem sporten tot tv-kijken en dwangmatig internetgebruik. De lijst is eindeloos' (Maté, 2017).

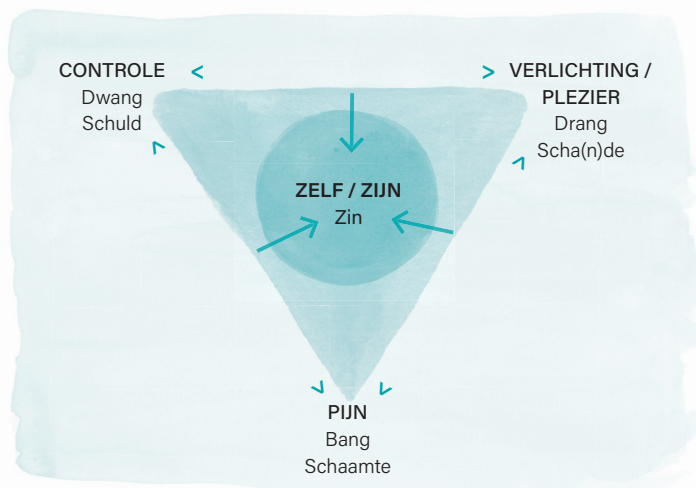
Iedereen die lijdt aan een verslaving kent pijn. Pijn is zowel een instandhouder als een veroorzaker van verslaving. Pijn is niet per se trauma, benadrukt Maté. Het kan

verveling zijn, depressie, angst. Angst dat je niet goed genoeg bent, bijvoorbeeld. Of de pijn van het niet op je gemak zijn op een feestje. Of van het gemis van vrienden. Misschien is pijn ook het gebrek aan vreugde en plezier waarvoor je medicijn een oplossing biedt.

Pijn, verlossing van die pijn of plezier, craving (moeilijk te bedwingen verlangen) en controle zijn sleutelcomponenten van verslaving. Deze polen zijn met elkaar verweven in een innerlijk conflict, dat niet simpelweg een ruzietje is, maar een strijd waarbij controle aan het kortste eind trekt.

Ik zou hier schaamte en schuld aan willen toevoegen. In *De verslaving voorbij* definieert Jan Geurtz, schrijver van populaire boeken over het onderwerp, verslaving als 'iets waardoor je jezelf stom vindt, of schaamt, of schuldig voelt, en dat je daarom voor anderen en jezelf probeert te verbergen' (2014, p. 27). Zo legt hij de nadruk op het verzet tegen je verslaving, de zelfafwijzing, ontkenning en zelfmisleiding die verslavingsproblemen in stand houden.

Als je deze facetten combineert, kan het er zo uitzien:



Figuur 1: Verslavende processen

Net zoals *drang* (craving) een uiting is van een onbeheersbaar verlangen naar verlichting, is *dwang* het gevolg van een excessieve behoefte aan controle. De twee polen versterken elkaar in een innerlijk conflict: hoe harder je probeert je impulsieve verlangens te bedwingen, des te groter je behoefte aan verlossing. Alleen al dit conflict levert veel pijn op. Daarnaast is er nog al die andere pijn, waarvoor je medicijn een oplossing biedt. Angst (*bang*) is het bijproduct van overweldigende pijn (trauma) en van het innerlijke conflict. Zelfbeschuldiging is het controlemiddel waarmee je innerlijk *schande* spreekt van je eigen *schadelijke* gedrag. De pijn die dit je oplevert is *schaamte*. Deze vicieuze, energieslurpende dynamiek waarin je *zelf* gevangen zit, haalt je weg bij wie je bent, bij 'jezelf zijn', en ontnemt je alle *zin* in het leven.

Deze laatste bewering verdient toelichting. Verslaving is ook een antwoord op gemis



aan verbinding, op vervreemding, leegte, machteloosheid, eenzaamheid, gebrek aan betekenis. Dit zijn symptomen van wat psychiater en existentieel-humanist Viktor Frankl omschreef als het 'existentiële vacuüm'. Dit vacuüm is, net als pijn, zowel een uitlokker als een gevolg van een verslaving. Het schijnbaar paradoxale van een verslaving is dat je steeds verder van jezelf en van 'zin' komt af te staan, terwijl je vaak juist op zoek bent naar 'jezelf zijn' en 'zin' (betekenis, vreugde). Persoonlijke zin-geving is een antwoord op dit eveneens diepmenselijke probleem en een essentiële component van herstel. Het model bevat dus ook een deel van de oplossing. Zingeving en spiritualiteit worden al eeuwenlang als oplossing voor verslaving gezien. Evenals hoop, waarden en verbinding, het delen van ervaringen. Niet alleen in zelfhulpprogramma's, ook in de GGZ wordt steeds vaker, onder invloed van de 'herstelbenadering' van verslaving, aan het heersende biopsychosociale perspectief een 'zingevingcomponent' toegevoegd (Blaauw et al., 2018). Er is steeds meer aandacht voor het persoonlijke verhaal achter iemands verslaving. Een mooie en broodnodige ontwikkeling.

---

## Diepgaande en unieke wegen naar herstel

Wat verstaan we eigenlijk onder herstel? William Anthony, psycholoog en grondlegger van de psychiatrische rehabilitatiebenadering, geeft een definitie: '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. Herstelen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven' (geciteerd in Blaauw et al., 2018, p. 777). Herstel van een verslaving is net zo intens persoonlijk en uniek als verslaving zelf. En ook herstel is een proces. Voor sommigen is er sprake van een moment waarop 'de knop omgaat', waardoor ze in staat zijn een ander pad te bewandelen. Lang niet altijd is dit moment zo gemarkeerd. Ik zal je vertellen hoe het bij mij verliep.

De vrijheid die ik op mijn 18e tegemoet reisde zat niet in mijn hoofd. Nog 23 jaar heb ik geloofd dat ik in wezen niet deugde. Vanuit deze overtuiging heb ik mijn leven vormgegeven, terwijl ik in de ban was van een ideaalbeeld van een krachtige, onafhankelijke vrouw. Bij vlagen was ik bijna tevreden over mijzelf. Maar wat ik nooit kon bereiken waren de erkenning, verbinding en liefde waarnaar ik zo sterk verlangde. In 2013 bevond ik mij, na een crisis op liefdesgebied en als gevolg van mijn levensstijl, aan de rand van een breakdown. Ik vroeg niet om hulp, meldde mij ook niet ziek, maar besloot een halfjaar onbetaald verlof op te nemen. De eerste avond van mijn sabbatical in Berlijn viel ik in slaap op de badmat, om er veertien uur later achter te komen dat ik nauwelijks meer kon opstaan. Het was mij duidelijk dat mijn alcoholgebruik moest veranderen. In de eerste maanden probeerde ik te minderen. Ik bezocht een forum voor mensen die met alcohol



worstelden. Daar kreeg ik goede tips en voelde ik mij gesteund. Zo goed als het ging probeerde ik mijn gezondheid op peil te krijgen. Lange tijd had ik slecht gegeten, dus ik verbeterde mijn eetpatroon en kocht potten vitamines. Ik stortte mij op dagelijkse yoga en las alles wat ik kon vinden over verslaving. Met vallen en opstaan lukte het me om mijn alcoholgebruik af te bouwen.

Op een dag nam een vriendin uit Nederland op mijn verzoek een boek mee. Het was *De verslaving voorbij* van Jan Geurtz. Voor het eerst las ik over verslaving niet als fout gedrag, maar vanuit een perspectief gericht op zelfonderzoek en transformatie. Van Jan Geurtz leerde ik dat niets van wat ik dacht te zijn waar was. Alles wat ik over mijzelf dacht, was onwaar. Onwaar waren *Ik ben egoïstisch*, *Ik ben slecht* en *Ik ben een ondankbare dochter*. Mijn ideaalbeeld, *Ik ben een sterke zelfstandige vrouw*, bleek ook niet waar te zijn. *Ik ben anders*, *Ik ben alleen* en zelfs *Ik ben verslaafd* bleken eveneens niet te kloppen. Kortom: alles wat ik achter *Ik ben ...* kon zetten, was niet wie of wat ik *werkelijk* was.

Ik was zo gewend om mijzelf te identificeren met denkbeelden en gevoelens, dat het eenvoudige inzicht dat ik dat allemaal niet wás, en dat ik mezelf daar dus ook niet om hoefde te veroordelen, een compleet andere zienswijze bood. Dit inzicht deed licht schijnen door de bedrukkende wolk van oordelen, overtuigingen en meningen die ik had over mijzelf en de rest van de wereld. Ik verwijderde de labels die ik mijzelf had opgeplakt. Dit bevrijdde me ook uit het harnas van hooggespannen verwachtingen en eisen: alles wat ik moest bereiken of beheersen, alles waaraan ik moest voldoen. Jan Geurtz hield mij een spiegel van *heelheid* voor. Ik was niet kapot, niet gebroken, niet ziek. Er was eigenlijk zelfs helemaal niets mis met mij. Ik was oké. Ik was al heel. Het begon met dit verstandelijke inzicht in wat Geurtz mijn 'ware natuur' en 'oorspronkelijke staat van zijn' noemde. Pas later, en door te oefenen, leerde ik ook om die staat te ervaren. Als ik wegzakte in die staat van zijn, was ik genoeg. Ik 'was' gewoon, en dat was genoeg.

Dat inzicht maakte dat mijn lichaam en geest vanaf dat moment konden helen. Doordat ik mijzelf niet langer afwees en veroordeelde, verloor alcohol een belangrijk deel van zijn functie. Zo was het uiteindelijk niet moeilijk om helemaal te stoppen met drinken. Een gezondere leefstijl in combinatie met een andere omgeving, rust en tijd voor mezelf, het praten met lotgenoten, veel yoga en mijn talent voor discipline, deed de rest.

Met het scheiden van mijn gedachten, emoties en gedragingen van mijn 'ware natuur' begon mijn herstel. Het inzicht was in eerste instantie puur verstandelijk. Jan Geurtz vroeg me niet om mijn pijn te voelen, maar om ernaar te kijken vanaf een afstandje, en te begrijpen dat ik dat niet kon zijn, om de simpele reden dat ik het kon waarnemen. Er is een verschil tussen het waargenomene en de waarnemer. Tegelijkertijd nodigde zijn benadering uit om compassie te hebben met mijzelf *met* die pijnlijke gevoelens en manieren. Ik hoefde ze niet te veranderen of ervan af te komen. Ik mocht stoppen met dat gevecht tegen delen van mezelf. Zo lukte het mij om meer mededogen voor mijn gevoelens en gedrag op te brengen. Mijn interesse in dieper onderzoek werd aangewakkerd.

Voordat ik de reis naar mijn gevoel kon starten, moest ik de aard van mijn denken doorzien. Na jaren therapie te hebben gevolgd en bovendien zelf opgeleid te zijn als therapeut, lukte het nu voor het eerst om niet meegezogen te worden in herinneringen en emoties. Maar ik dissocieerde er ook niet van. Ik bleef erbij aanwezig. Zo begon de terugreis, van mijn hoofd, via mijn hart naar mijn lijf. Een reis die nog steeds voortduurt. Toen de heftigste emoties waren uitgeraasd, leerde ik luisteren naar de subtielere boodschappen van mijn lichaam.

Ik was me er aan het begin van mijn therapeuschap niet van bewust in welke mate ik last had van de gevolgen van trauma. Ontkenning van het traumatiserende effect van ingrijpende jeugdervaringen, of van de rol van trauma in je familiesysteem, is op zich een signaal van trauma. Net als het afzwakken van pijn of het verontschuldigen van de vaak ook zo geliefde betrokkenen. En het jezelf de schuld geven van wat is gebeurd, of het twijfelen aan je eigen waarnemingen. Dit deed ik allemaal.

Toen ik kennismaakte met het werk van Gabor Maté was het alsof mij toestemming werd gegeven te erkennen dat traumatische ervaringen ten grondslag lagen aan hoe ik was geworden.

Net als Jan Geurtz hanteert Gabor Maté een compassievolle bejegening van de medemens die lijdt aan verslaving. Ook hij nodigt je uit om je te verbinden met het authentieke zelf. Maté doet dit vanuit het perspectief van trauma, waarvan verslaving een symptoom is: 'Ieder mens heeft een echt, puur, authentiek zelf. Het trauma is de ont koppeling ervan en genezing is de herverbinding ermee. Waarom raken we losgekoppeld? Omdat het te pijnlijk is om onszelf te zijn', zegt hij in de documentaire *The wisdom of trauma* (Benazzo & Benazzo, 2021).

Maté is op zijn beurt beïnvloed door het werk van psychiater en onderzoeker Bessel van der Kolk, oprichter van een klinisch onderzoekscentrum voor trauma en PTSS in de VS. Het is Van der Kolks onderzoek dat aantoont hoe trauma veranderingen teweegbrengt in de hersenen en het lichaam. In *Traumasporen* verklaart hij waarom getraumatiseerde mensen hun leven lang gekweld kunnen worden door onbegrijpelijke angsten, gevoelens, gevoelloosheid en allerlei symptomen die hun levens negatief beïnvloeden. Verslavingen en eetstoornissen zijn uitingen van automatische processen – van vluchten, vechten, bevriezen, onderwerpen of hechten – waarmee mensen trachten te ontsnappen aan traumagerelateerde kwellingen. Van der Kolk beschrijft hoe ontwikkelingen op het gebied van hersenwetenschappen, gehechtheidsonderzoek en lichaamsbewustzijn geïntegreerd kunnen worden tot behandelingen gericht op het reguleren van gevoelens, met bijvoorbeeld yoga, mindfulness en EMDR. Zo ontstaan behandelingen waarmee mensen het vermogen herwinnen om te voelen en de realiteit te onderkennen.

Van der Kolk en Maté zien trauma als een van de grootste gezondheidsproblemen van deze tijd. Niet alleen vanwege de gevolgen voor het individu, maar ook om de ontwrichtende sociale gevolgen, zoals huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing en verslaving. Trauma is de onzichtbare kracht die ons leven vormt, stelt Maté. Het vormt de manier waarop we de wereld begrijpen ([thewisdomoftrauma.com](http://thewisdomoftrauma.com)). Hij pleit voor een trauma geïnformeerde samenleving waarin ouders, leraren, artsen en

beleidsmakers zich niet bezighouden met het corrigeren van gedrag, het stellen van diagnoses, het onderdrukken van symptomen en met oordelen, maar in plaats daarvan proberen te begrijpen waaruit verontrustend gedrag en ziekten voortkomen. 'De vraag is niet waarom de verslaving, maar waarom de pijn', luidt Matés mantra. Een van de uitdagingen voor mensen met verslaving en onderliggende trauma's is het vinden van een therapeut die in staat is te werken met cliënten die veel angsten, wanhoop, depressie en diep ongemak ervaren. Sommige therapeuten voelen zich oncomfortabel bij het werken met deze diepe gevoelens. En ik was, zonder dat te beseffen, een van hen. Dit heeft te maken met onze eigen niet-genezen wonden. Dit wil niet zeggen dat je helemaal niet behulpzaam kunt zijn. Maar hoe beter we in staat zijn om onze eigen wonden te verzorgen, hoe beter we anderen kunnen helpen hetzelfde te doen.

---

## Spiritualiteit in de begeleiding bij verslavingsherstel

De benaderingen van Jan Geurtz en Gabor Maté staan aan de wieg van mijn eigen aanpak. Beiden verkondigen op hun eigen manier een spirituele visie. Spiritualiteit in de zin van: leven vanuit het besef 'al heel' te zijn. Aan wat Geurtz de ware natuur noemt, of de oorspronkelijke staat van zijn, refereert Maté als het 'authentieke' of 'ware zelf'. Al spreken ze een andere taal, beiden verwijzen naar dezelfde essentie. Een essentie die 'heel' is. Een die anderen 'bewustzijn' noemen, 'spirit', 'kern', 'ziel', 'atma', 'bron', 'het goddelijke' of 'boeddha-natuur'... Deze essentie kun je niet vinden of traceren; ze bestaat als ervaring.

Veel mensen hebben geleerd hun essentiële zelf te wantrouwen. Ik denk dat dit geldt voor de meesten met een eetstoornis of verslaving. In de intimiteit en veiligheid van de sessies in mijn praktijk nemen cliënten een stap terug uit de identificatie met hun denkbeelden, emoties en gedrag. Ze dalen af in zichzelf, naar de rust en wijsheid van het innerlijk weten. Deze geheel subjectieve ervaring is bevrijdend en heeft helende kwaliteiten. 'Heelwording' zie ik als het herstellen van de verbinding met wie je werkelijk bent en altijd al bent geweest. Wat we herstel noemen (*recovery*) zie ik als de geleidelijke ontdekking (*discovery*) van je ware natuur.

Deze spirituele visie wortelt in het boeddhisme en non-dualisme of *advaita*: het idee dat er geen scheiding is tussen het individuele bewustzijn en de rest, dat alles in essentie één is. Ze biedt een andere kijk op mensen en hun problemen dan we in de westerse psychologie gewend zijn. Vanuit deze cultuur zijn we geneigd emotionele problemen te zien als iets waar je van af moet zien te komen. De spirituele visie zoals door Jan Geurtz vertolkt, laat zien dat emotionele problemen een symptoom zijn van een onjuiste perceptie van de werkelijkheid en van onszelf. Het zelfbeeld of 'ego', waarmee we zo gewend zijn ons te identificeren, is een mentale constructie die onze werkelijke staat van zijn versluiert. Emotionele problemen kunnen dienen als hulpmiddel bij het ontwikkelen van een andere perceptie, een van heelheid en verbondenheid. Deze visie verandert de manier waarop wij mensen met problemen proberen te helpen. In plaats van problemen te willen beheersen en controleren, nemen we ze

met compassie waar. Je kunt daarbij nog steeds gebruikmaken van methoden uit de westerse psychologie. Het werken aan een beter functionerend 'ego' kan prima samengaan met de realisatie dat jij je ego niet bent. Het model van verslavende processen (figuur 1 op blz. 26) is van toepassing op iemands binnenwereld. Maar het slaat óók op de manier waarop de buitenwereld – naasten, hulpverleners, wij als maatschappij – vaak omgaat met trauma en verslaving. De oplossing ligt in het model besloten. Niet controleren, maar ze er laten zijn. Niet wegvluchten van pijn, maar pijn waarnemen met mildheid. Niet vechten tegen verslavingen, ze veroordelen of verborgen houden, maar ons ermee verbinden.

---

## **Twee realiteiten: een meervoudige geest en de ervaring van één-zijn**

Verslavingen en eetstoornissen zijn uitingen van een innerlijk conflict. Je doet iets wat je niet wilt. Een deel van je wil ermee ophouden, een ander deel vindt het moeilijk het gedrag los te laten. Als we de menselijke geest zien als een enkelvoudig, consistent geheel dat, om functioneel te zijn, zich hoort te richten op gezondheid en groei, dan vormen 'destructieve' gedragingen en gedachten een probleem – een probleem waar die mens of geest van af moet komen. Psychotherapeutische methoden helpen ons om disfunctionele gedachten te corrigeren. Met spirituele oefeningen mediteren we ze weg of 'overstijgen' we ze. En met gedragstherapie veranderen we gedrag. Als er iets 'mis' is met onze geest of ons brein zijn we geneigd die geest, dat brein en de persoon aan wie ze toebehoren te objectiveren als 'ziek' of 'verslaafd'.

Mensen met een verslaving, eetstoornis of trauma's ervaren hun geest echter niet als een eenduidig en consistent geheel. Zij ervaren hun innerlijke werkelijkheid eerder als gefragmenteerd, verwarrend en complex. Maar... zijn wij niet *allemaal* wezens die uit tegenstellingen bestaan?

Het idee van de meervoudige geest is eeuwenoud. Socrates en Plato filosofeerden erover. Freud en Jung theoretiseerden over een soort deelpersoonlijkheden. Fritz Perls werkte het concept uit in de gestalttherapie. Eric Berne ontwikkelde Transactionele Analyse. Hal en Sidra Stone Voice Dialogue, Jeffrey Young schematherapie en Richard Schwartz, terwijl hij in de jaren tachtig werkte met cliënten met een eetstoornis, Internal Family Systems (IFS). Al deze therapievormen zijn gebaseerd op het paradigma van de meervoudige geest of persoonlijkheidsstructuur.

Meervoudigheid of het hebben van persoonlijkheidsdelen kun je zien als een natuurlijk verschijnsel. Het is dus niet alleen het effect van trauma of het resultaat van een stoornis (dissociatieve identiteitsstoornis). Persoonlijkheidsdelen manifesteren zich in het dagelijks leven als denkbeelden of innerlijke 'stemmen' die verschillende perspectieven en overtuigingen verkondigen en bijbehorende emoties of gevoelsstaten oproepen. Als je er aandacht aan schenkt door te focussen, kun je hun aanwezigheid ook in je lichaam opmerken.

De meeste mensen herkennen delen in zichzelf. Onze taal reflecteert dit ook. Bijvoorbeeld wanneer we zeggen dat 'een deel van ons' het een wil, maar een ander deel iets

anders. Of wanneer we 'aan de ene kant' meer met de flow zouden willen meegaan, maar 'aan de andere kant' de controle niet willen loslaten. Of als we niet begrijpen waarom we op ons werk de verantwoordelijke manager kunnen zijn en ons in relaties als een afhankelijk kind opstellen.

Delen leiden hun eigen leven. Ze vormen een zichzelf organiserend systeem. Het is zeer de vraag of er, op het niveau van de bewuste persoonlijkheid, een deel is dat de leiding heeft. Het lijkt er eerder op dat delen afwisselend de controle pakken. We *denken* vaak dat 'wij' dat zijn. We hebben het idee een 'ik' te zijn, maar eigenlijk zijn er alleen delen en de gedachte van een ik.

We hebben dus te maken met twee realiteiten naast elkaar. Op het niveau van de persoonlijkheid is er verdeeldheid en het idee van een zelfstandig 'ik'. In de spirituele laag is er de ervaring van heelheid, een-zijn en verbondenheid. In het dagelijks mens-zijn ervaren we innerlijke conflicten en afgescheidenheid, terwijl we, als we verbonden zijn met dat 'ware zelf', toegang hebben tot een ander perspectief. Ik begeleid mensen vanuit een behandelvisie die *beide* werkelijkheden erkent. Aanvankelijk gebruikte ik daarvoor een eclectische mix van hypnotherapie, NLP, delentherapie, innerlijk-kindwerk, opstellingen, ACT en counseling op het gebied van non-dualiteit. Zo bleek het mogelijk mensen in hun veelvoudigheid en innerlijke verdeeldheid te benaderen op het niveau van hun identiteit, in de volle wetenschap dat ze in essentie al heel zijn. Tot mijn vreugde ontdekte ik enkele jaren geleden een therapievorm die de aandacht voor beide dimensies al in zich heeft: Internal Family Systems (IFS).

Het mooie van IFS is dat het een eenvoudige maar elegante brug legt tussen spirituele leringen en westerse psychologie. De grondslag is het idee dat de psyche van nature bestaat uit verschillende 'delen' of mentale toestanden die met elkaar vermengd kunnen zijn, of zich kunnen terugtrekken, zodat er een wisseling van ervaringstoestanden optreedt (Anderson, Sweezy & Schwartz, 2019, p. 75).

Delen ervaren een heel scala aan gedachten, gevoelens en sensaties. Delen worden in IFS benaderd als echte mensen. Niet als 'cognities', 'emoties', 'impulsen', 'adaptatiestrategieën', 'conditioneringen', 'modi' of 'ego', maar als spirituele wezens (Schwartz, 2021, p. 17) met lichamen, gedachten, emoties, behoeften en drijfveren.

Bij IFS richten cliënten hun aandacht naar binnen, op het lichaam (*interoceptie*), op de relatie tussen henzelf en hun delen. IFS gebruikt mindfulness om cliënten te helpen hun delen te 'differentiëren' en zo toegang te krijgen tot 'Zelfenergie'. Aandachtig en bewust afstand kunnen nemen van ervaringen (differentiëren) om *bij* in plaats van *in* de ervaring te zijn, is tevens een belangrijke voorwaarde om gevoelens te reguleren en trauma te kunnen helen.

Wat IFS het 'Zelf' noemt is weer diezelfde essentie als de ware natuur, bewustzijn, ziel, ware zelf et cetera. Het Zelf in IFS is interactief; dit is een verschil met veel spirituele tradities. Het Zelf is niet alleen observator, maar ook een soort liefdevolle leider. Het Zelf is al vol compassie en zelfliefde; dit is een verschil met veel cognitieve gedragstherapieën. Het Zelf hoeft niet versterkt of ontwikkeld te worden, maar

vrijgelaten of ontdekt. In IFS helpt de begeleider de cliënt om het contact met het Zelf te herstellen. En om vervolgens vanuit dat Zelf met de verschillende delen te communiceren, en er een gevoelde verbinding mee aan te gaan. Geen enkel deel wordt ontkend, weggedrukt of genegeerd. We voelen de intense emoties van onze delen, terwijl we verbonden blijven met het Zelf. We omarmen die delen. We halen ze in het Zelf en helpen ze zich te bevrijden van hun belastende gedachten, gevoelens en ervaringen. Zodoende transformeren ze.

In (non-)dualistische bewoordingen heeft het Zelf in IFS zowel duale als non-duale kenmerken. Daardoor kunnen we het inzetten als ware het een deel, om er innerlijk therapie of coaching mee te verrichten. Tegelijkertijd houden we contact met eenheidsbewustzijn. IFS maakt gebruik van ons vermogen om duaal bewust te zijn en vervolgens, door middel van integratie, te komen tot een non-duaal heelheidsbewustzijn. Om je met het Zelf te kunnen identificeren, in plaats van met je delen, moet je eerst je delen kennen. Je moet eerst omarmen wat je niet werkelijk bent, om te beseffen wat je bent.

In boeddhistische termen helpt IFS niet om één geest 'verlicht' te maken, maar alle delen, door liefde en compassie (Schwartz, 2021, p. 17). Delen verlangen naar verbinding met het persoonlijke Zelf, net zoals mensen verlangen naar verbinding met het grotere, transpersoonlijke Zelf (p. 51). Onze ware natuur is dat wat er overblijft wanneer we stoppen met de eindeloze opdracht om 'iemand' te zijn (Ralph De La Rosa geciteerd in Schwartz, 2021, p. 146).

'Zelfleiderschap' is het doel van IFS-therapie of -coaching. Wie 'Zelfgeleid' is staat bewust in die twee dimensies of realiteiten. Je ontkent niet je menselijke kwetsbaarheid, want dan verlies je de verbinding met je hart en ontloop je verantwoordelijkheid in het dagelijks leven. Maar evenmin ontken je je ware natuur, want dan verlies je de verbinding met wijsheid en een groter perspectief (pp. 138-139).

Als therapeut die werkt vanuit non-dualiteit, beweeg ik mij in diezelfde dubbele realiteit. Als 'helper' ervaar ik gedrevenheid om mijn cliënten te helpen veranderen. Tegelijk weet ik ten diepste dat ik iemand niet kan noch hoeft te veranderen – en die ander zichzelf ook niet – omdat die cliënt alles al heeft wat nodig is. De ander bevindt zich precies daar waar die op dat moment kan zijn. Het is de spanning tussen het willen handelen en het niet-handelen, het 'zijn'. Als therapeut draag ik de tools aan waar cliënten om vragen. Tools om het 'ik' te verbeteren, terwijl ik vanuit het Zelf weet dat de ander in wezen helemaal geen verbetering behoeft.

Die spanning los ik op door haar openlijk te bespreken in mijn contact met cliënten. En ook door mij, tijdens sessies, over te geven aan de flow, dat wat vanzelf gebeurt. En vooral door te blijven vertrouwen op mijn eigen innerlijke hulpbronnen en die van een ander. Het bekende Gebed om kalmte, de *Serenity prayer* van Reinhold Niebuhr die wordt geciteerd in de twaalfstappenprogramma's, is hier ook van toepassing: 'Schenk me de kalmte om te accepteren wat ik niet kan veranderen, de moed om te veranderen wat ik kan veranderen, en de wijsheid om het verschil te weten.'

...

Naarmate ik mij bekwaamde in IFS en het als delenmodel de basis werd van mijn behandeling, ontdekte ik de voordelen ervan bij het werken met mensen met verslavingsproblemen. Boven alles geeft IFS mensen weer regie, het bevordert hun 'gezonde autonomie' (een gevoel van eigenheid, flexibiliteit, zelfbeschikking en keuzevrijheid). IFS is niet-pathologiserend en biedt mensen concrete, praktische handvatten voor heling, zelfliefde en verbinding.

Als behandelparadigma is het bovendien goed verenigbaar met verschillende visies op verslaving. Verslaving als hersenziekte, het leermodel, de traumagerichte en herstelgerichte benaderingen... Ze zijn alle verenigbaar onder de paraplu van delen. Je kunt bijvoorbeeld met hersendelen werken. Ook zonder over 'delen' te praten, kun je IFS bedrijven. IFS is toepasbaar op gewoontevorming. Het is gericht op onderliggend trauma en onbewuste overtuigingen, en tegelijkertijd op positieve groei en herstel. Inclusief het herstel van het brein; het brein is veranderbaar, is het uitgangspunt. Vanuit een zingevingsperspectief kun je zeggen dat IFS handen en voeten geeft aan compassie en zingeving. Afhankelijk van de cliënt leg je de nadruk meer op de ene of op de andere benadering.

Daarnaast is IFS een zeer humane, flexibele en volledig persoonlijk te maken manier om mensen in hun geheel te benaderen. Delen zijn hele mensjes, in de basis oké maar door omstandigheden uit balans geraakt. Met IFS behandel je geen symptomen, maar het hele systeem. Je kunt mensen in hun totaliteit helpen, in plaats van gefragmenteerd, per indicatie. Een gefragmenteerde behandeling is een spiegel van de innerlijke fragmentatie. IFS is een holistische benadering. Dit houdt in dat je *gelijktijdig* richt op verslavingsgedrag, onderliggend trauma en bijkomende 'comorbiditeit'. In IFS worden DSM-diagnoses beschouwd als verschillende manieren om het gedrag van delen te beschrijven. Die gedragingen dienen om problemen op te lossen of om mensen overeind te houden nadat ze getraumatiseerd zijn. Richard Schwartz ontdekte dat het Zelf aanwezig is in ernstig gediagnosticeerde en getraumatiseerde mensen. Verslaving wordt gezien als een dynamiek tussen op controle gerichte beschermers en op verlichting en plezier gerichte delen, die op verschillende manieren onderliggende verwonde delen trachten te ontlopen. Het pijnlijke is dat hun acties de wonden juist in stand houden en de pijn verergeren.

Omdat verslavingsgedrag en trauma elkaar in stand houden, is het wenselijk ze simultaan te behandelen. Met IFS kan dat op een veilige manier, ook bij mensen met een erg gehavende ik-sterkte en zelfs terwijl het 'gebruik' of het verstoorde eetgedrag actief is. Met zorgvuldigheid en aandacht voor differentiatie, stress- en emotieregulatie en het risico van herhaal of hertraumatisering, kun je afgestemd en stapsgewijs aan de slag met trauma of negatieve ervaringen uit de kindertijd. Hechting en ontwikkeling spelen een rol bij verslavingen, weten we onder anderen dankzij Gabor Maté. IFS is hechtingstheorie naar binnen gebracht: de cliënt wordt zelf een veilige hechtingsfiguur voor vermijdende, ontwijkende en verwaarloosde delen (Schwartz, 2021, p. 107).

---

## De splitsing in delen bij trauma en innerlijke zelfvervreemding

Bessel van der Kolk, Gabor Maté, Marc Lewis, Carl E. Fisher en Janina Fisher, een klinisch psycholoog en trauma-expert die samenwerkte met Van der Kolk, benutten allen IFS of bevelen het aan. Dit komt ook doordat IFS past binnen op neurowetenschap gebaseerde traumatheorieën en gebruikt kan worden als aanvulling op andere vormen van delenwerk.

Ik besteed nu kort aandacht aan het traumawerk van Janina Fisher en Franz Ruppert, omdat ik ook leun op hun methoden. Deze bieden nog meer verdieping aan de innerlijke processen van stress- en emotieregulatie, traumaheling en het bevorderen van de innerlijke gehechtheid.

Het inzicht van de splitsing van de psyche in delen bij trauma is de kern van het werk van Janina Fisher. Haar benadering van delen is onder meer gebaseerd op de 'structurele-dissociatietheorie' van de traumaonderzoekers Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele. Het centrale principe van deze op hersenonderzoek gebaseerde theorie, is dat de persoonlijkheid zich splitst opdat mensen beter in staat zijn zich aan te passen aan of te overleven in een onveilige wereld (J. Fisher, 2020, p. 17). De theorie ondersteunt de opvatting van verslavingen en eetstoornissen als traumagerelateerde overlevingsstrategieën. Indirect geeft ze ook een wetenschappelijke (neurobiologische) onderbouwing aan IFS.

De structurele-dissociatietheorie beschrijft hoe de hersenen het mogelijk maken dat tijdens bedreigende omstandigheden een ont koppeling plaatsvindt tussen de linker- en de rechterhersenhelft. Het deel van de persoonlijkheid dat aan de linkerhersenhelft verbonden is, blijft logisch nadenken en handelen. Tegelijkertijd blijft het onbewuste rechterhelftdeel in de overlevingsmodus steken. Het is altijd alert, klaar om te vluchten, bevroren van angst of genoodzaakt zich uit schaamte te onderwerpen (*Ibid.*, pp. 20-21). Het functionerende deel, dat verbonden is met de linkerhersenhelft, blijft stug doorgaan en probeert 'normaal' te zijn. Het vermijdt of veroordeelt de onbewuste, op overleving gerichte delen van de andere hemisfeer. Deze laatste vinden het 'deel dat gewoon doorleeft' maar zwak of afwezig. Regelmatig overvallen ze het functionerende deel met indringende, dwangmatige gedachten of beangstigende gevoelens. Ook tussen de op overleving gerichte delen ontstaan allerlei innerlijke conflicten: is het bijvoorbeeld veiliger om te bevriezen of om te vluchten? (p. 21). Het gevolg van dit alles is zelfvervreemding. Deze is alleen maar vol te houden door verdere ont koppeling van emoties, door zelfverachting, verslaving of zelfbeschadigend gedrag (p. 22). Verslavend gedrag kan even rust bieden in de innerlijke strijd tussen kwetsbaarheid en controle. Soms geeft het ook een tijdelijk gevoel van eenheid met vervreemde delen.

Met de taal van delen zoals Janina Fisher deze hanteert, kun je aan cliënten uitleggen wat er gebeurt wanneer we getraumatiseerd raken en een verklaring geven voor hun innerlijke ervaringen. Het herstellen van traumatische wonden en zelfvervreemding gaat gepaard met het bevorderen van 'verworven veilige gehechtheid' (een concept van hechtingsexpert Daniel Siegel). Deze gehechtheid kan tot stand komen als we



ons weer verbinden met afgestoten delen, door hun pijn toe te laten, met compassie, en ze te integreren in ons bewustzijn.

Ook Franz Ruppert, een Duitse psychotherapeut, erkent dat door traumatisering de persoonlijkheid als opgesplitst kan worden beleefd. De door hem ontwikkelde Identiteitgeoriënteerde Psychotraumatheorie en -therapie (IoPT) maakt gebruik van een drieledig delenmodel. Er is een 'traumadeel' dat de herinneringen aan het trauma bewaart en blijft steken op de leeftijd van de traumatisering. Een 'overlevingsdeel' hanteert allerlei strategieën om het traumadeel uit het bewustzijn te houden. En het 'gezonde deel' verlangt naar heling.

Ruppert ontwikkelde een opstellingsmethode die specifiek geschikt is voor het verwerken van meergenerationeel trauma. Ze heeft als doel een gezonde autonomie te ontwikkelen, die mensen in staat stelt vanuit hun eigen levenskracht en levenswil zelfverantwoordelijk, liefdevol en met plezier te leven. In Rupperts methode wordt het 'verlangen' opgesteld. Verlangen verwijst naar diepmenselijke drijfveren. Het is bovendien een sleutelcomponent van elke verslaving.

Ook al zijn de delenbenaderingen van Ruppert en Fisher complementair aan IFS, er zijn ook verschillen. Een belangrijke is dat meervoudigheid volgens IFS normaal is en niet alleen voorkomt bij getraumatiseerde mensen. IFS is dan ook toepasbaar op iedereen. De benaderingen geven bovendien verschillende interpretaties aan het deel dat na trauma 'normaal doorleeft' en aan het Zelf. Traumabewust werken vanuit een IFS-perspectief betekent dat je je bewust bent van de traumasplitsing in de persoon en deze ziet met al zijn (niet-geïntegreerde) delen, wetende dat diegene op een ander niveau al heel is.

---

## De 'behandelpizza': een drieledige basis voor herstel

Een van de uitdagingen die ik sinds de start van mijn praktijk ben aangegaan, is om verschillende componenten van herstel te combineren in één methodiek. Ik wilde verslavingsherstel combineren met herstel van trauma, en gedragsverandering met bewustwording en zelfontwikkeling. Ik ontwikkelde een behandelmethodiek die onderzoekend, trauma- en herstelgericht werk combineert met praktische, gedragsgerichte therapie en coaching, waarmee je mensen óók kunt begeleiden op hun ontdekkingsreis naar blijvende vervulling en verbinding. Een integrale aanpak houdt bovendien rekening met de lichamelijke, emotionele, mentale en spirituele dimensies van de mens, en met het feit dat we deel uitmaken van een (sociaal) geheel.

Een van mijn trainers, de Australische trauma- en verslavingstherapeut Roby Abeles, vergelijkt de begeleiding bij verslaving met een pizza. Die herstpizza bestaat uit drie punten. Eén punt betreft het dwangmatige en/of verslavende gedrag dat iemand wil veranderen. De tweede punt gaat over de motieven, veroorzakers en instandhouders van dat gedrag. En de derde punt bestaat uit iemands diepste drijfveren en verlangens, bijvoorbeeld naar groei, verbinding en zingeving. De drie punten maken deel uit van een en dezelfde pizza. Ze lopen voortdurend in elkaar over en zijn, wat mij betreft, niet los van elkaar te pakken.

Gedragsverandering heeft betrekking op de meer tastbare, fysieke dimensie van mensen. Het werken met trauma en herstel (de tweede punt) betreft vooral de psychische (mentaal-emotionele) laag van overtuigingen, emoties en herinneringen en de gevoelsherinneringen die liggen opgeslagen in het lichaam. Lichaam en geest zijn het terrein waar de delen overheersen en hersenstructuren en -processen een rol spelen. Intrinsieke drijfveren en verlangens naar groei, ontwikkeling en verbinding breiden zich uit naar de sociale en spirituele dimensies. Dit is het domein waar het Zelf de boventoon voert.

Deze benadering biedt cliënten de mogelijkheid om zowel oplossingsgericht te werken aan hun doelen, als inzicht te krijgen in de onderliggende, vaak onbewuste, veroorzakers, drijfveren en behoeften. Als je inzicht krijgt in de veroorzakers van je pijn en bewust werkt aan een betere relatie met je delen, ben je niet altijd direct verlost van je verslaving. Maar het helpt een mens wel enorm als ervaringen worden erkend, emotionele blokkades verholpen, lasten of belemmerende overtuigingen losgelaten, ervaringen een plekje krijgen en openliggende wonden worden geheeld. Zo ontstaat een herstelde basis van waaruit je bewust andere, gezondere keuzes kunt maken. Deze visie heeft gevolgen voor de behandeldoelen. Ook die zijn niet alleen op het gedrag gericht, maar op de hele persoon. Alleen het gedrag beheersen zonder je Zelf terug te vinden, is als 'een aspirine nemen voor een hoofdpijn die is veroorzaakt door een hersentumor', volgens IFS-eetstoornistherapeut Amy Grabowski (2018, p. 3). Stabilisatie, beheersing of abstinentie zijn niet het uitgangspunt, noch het doel. Het doel is dat mensen de relatie met hun verslaving of eetstoornis transformeren vanuit een ervaring van heelheid, in plaats van uit negatieve aannames over zichzelf. Herstel is de omkering van patronen: van zelfafwijzing en zelfvervreemding naar zelfcompassie. Abstinentie of beheersing kunnen een veranderproces echter wel degelijk in gang zetten. Ze zijn ook het bijproduct van een zinvol, Zelfgeleid leven.

Een 'succesvolle' behandeling is niet per se een behandeling waarbij iemand zijn gebruik onder controle krijgt of ermee stopt. Een succesvolle behandeling is er een die iemand een stapje dichterbij zichzelf brengt.

Ik zie deze methodiek als een driedelige pizzabasis die jij, als begeleider, zelf kunt beleggen met je favoriete toppings. Met je eigen kennis, insteek en technieken. (Cognitieve) gedragstherapie en coachingstechnieken zoals Motiverende Gespreksvoering of RET kunnen bijvoorbeeld heel nuttige toevoegingen zijn. Maar tenzij mensen het Zelf vinden, hun getraumatiseerde delen helen en de harmonie terugbrengen in hun innerlijke delensysteem, zullen de meeste blijven terugvallen.

Een deel van mijn cliënten volgt een twaalfstappenprogramma. Dit is een herstelprogramma dat wordt toegepast binnen een gemeenschap van anonieme leden, zoals de Anonieme Alcoholisten (AA), Anonieme Verslaafden (NA) of Anonieme Overeters (OA) en in verslavingsklinieken die vanuit het Minnesotamodel werken. Ik moedig mijn cliënten aan om deel te nemen aan groepen. Contact met lotgenoten is van enorme waarde en draagt bij aan de verbinding met het Zelf. Het is mijn ervaring dat deze behandelvisie goed kan aansluiten bij twaalfstappen-

programma's, als we ons bewust zijn van de overeenkomsten en verschillen in uitgangspunten. Een belangrijke overeenkomst is de gedachte dat alleen stoppen met verslavend gedrag niet werkelijk helend is. Herstel is een collectief spiritueel proces. De Twaalf Stappen gaan ook over verbondenheid met jezelf en je omgeving. Ze ondersteunen mensen bij het creëren van een nieuwe identiteit en het loslaten van hun gehechtheid aan een zelfbeeld. In het programma worden mensen aangemoedigd een relatie op te bouwen met een 'hogere macht', op een vergelijkbare manier met hoe IFS uitnodigt tot verbinding met het Zelf.

Een verschil is de visie op verslaving. In de twaalfstappennisie is verslaving een chronische ziekte, waarvan je nooit geneest. De programma's zijn abstinentievergericht. Nog een punt van aandacht is de identificatie met de verslaving. In meetings zeggen mensen vaak dat ze verslaafd *zijn*: 'Ik ben ... (je naam) en ik ben verslaafd.'

Wat mij betreft gaat het er altijd om dat we afstemmen op wat cliënten het meeste helpt in hun herstelproces. We kunnen respect hebben voor verschillen in zienswijzen. Behandeling zal altijd het effectiefst zijn wanneer we cliënten ontmoeten waar ze zijn, en wanneer we ingaan op hun individuele behoeften, luisterend zonder oordeel naar hun verhalen en noden (Maté voor Wholehearted, 2020).

---

## Hoe je dit boek kunt gebruiken

Het idee is dat je de methodiek eerst *zél*f ervaart, voordat je haar toepast bij patiënten, cliënten of coachees. Bijna alle oefeningen in dit boek zijn geschreven in de jij-vorm. Je kunt ze zelf doen. Nog beter is het om ze te oefenen met een collega, in je intervisiegroep of met een professioneel begeleider. Dit laatste druk ik je op het hart te doen als jij zelf bekend met trauma. Voor iedereen die met mensen werkt, is het essentieel om de eigen trauma's te kennen, de symptomen ervan te blijven monitoren en ze aan te kijken wanneer ze daarom vragen. Als we dit nalaten, riskeren we onze eigen traumasporen over te dragen op onze cliënten.

Als je het niet al had gedaan, vind dan nu een gewoonte waar je (een beetje) last van hebt, waar je je wellicht slecht of schuldig over voelt en waar je iets aan zou willen veranderen. Misschien ga je ook werkelijk proberen om dat de komende tijd te doen. Aan de hand van de oefeningen in dit boek maak je kennis met de delen die de gewoonte hanteren, met de delen die daar iets van vinden, en wellicht met de gepijnigde delen die zij beschermen. Als ik spreek van delen heb ik het over ik-gedeelten, delen van onze identiteit of ons 'ego'. Als ik 'jij' of 'wij' zeg, spreek ik het Zelf aan. We hebben delen, we zijn het Zelf. Door onszelf in al onze delen echt te leren kennen en waarderen, gaan we steeds meer leven vanuit Zelf.

De belangrijkste vragen om met je mee te nemen zijn: Wat betekent verslaving voor *jou*? Hoe ervaar *jij* verslaving, pijn of trauma? En hoe ervaar *jij* herstel? Ik hoop dat je geïnspireerd raakt door de innerlijke werelden van anderen, de weergave van hun gevoelservaringen, de persoonlijke verhalen, anekdotes, gedichten en songteksten. Ik raad je aan de betreffende nummers op te zoeken en ze af te spelen, voor een nog intenser gevoelde ervaring.

Dit boek ademt het gedachtegoed van, onder anderen, Gabor Maté, Dick Schwartz, Janina Fisher, Bessel van der Kolk, Franz Ruppert, Jan Geurtz, Vera Helleman en mijn opleiders, in het bijzonder Barbelo Uijtenbogaardt en Margriet Wentink. Hun stemmen weerklinken in de teksten. De externe verwijzingen en de literatuurlijst doen onvoldoende recht aan de invloed die zij hebben gehad op mijn professionele visie, therapeutische vorming en mijn eigen herstel.

• • •

De worsteling met onze kwetsbaarheid is universeel. In het gedicht *the bluebird* belicht Charles Bukowski de vermeende gevaren van het tonen van zijn kwetsbare kant, die hij onderdrukt door te drinken, te roken, door seks met prostituees en door zijn houding van 'tough guy'. Het gedicht impliceert dat als Bukowski zijn gevoelige kant aan de buitenwereld zou tonen, hij verward zou raken, het door hem gecultiveerde imago zou verliezen en misschien niet meer de rauwe en realistische literatuur zou schrijven waarmee hij succesvol is geworden.

Wie bekend is met zijn biografie weet dat Bukowski zijn gevoelige kant ook verborgen hield om de realiteit, pijn en teleurstellingen in zijn leven aan te kunnen. Hij houdt zijn bluebird dus goed opgesloten, ondanks zijn verdriet, het isolement en zijn liefde voor de schoonheid en zachtheid van het kwetsbare, die ook in het gedicht worden uitgedrukt.

In mijn praktijk staat Bukowski's bluebird symbool voor het Zelf, onze authenticiteit en aangeboren heelheid. Om te overleven, en in de veronderstelling dat we van nature kwetsbaar zijn, hebben velen daar afstand van genomen. Maar Bukowski zegt: 'Ik weet dat je er bent'. Deze woorden vormen de mantra van deze behandelmethode. Het Zelf is aanwezig in ieder mens zoals, volgens Michelangelo, het beeld zich al in de steen bevindt. Michelangelo hoefde 'alleen maar' het overvullige steen weg te hakken om het zichtbaar te maken. Laten we doen als Michelangelo en anderen al zien in hun bevrijde vorm. Het enige wat we hoeven doen, is onze ik-delen vragen afstand te nemen, opdat 'wij' zichtbaar worden en er kunnen zijn. Voor onszelf, onze delen, en voor anderen. ■

## the bluebird

there's a bluebird in my heart that  
wants to get out  
but I'm too tough for him,  
I say, stay in there, I'm not going  
to let anybody see  
you.

there's a bluebird in my heart that  
wants to get out  
but I pour whiskey on him and  
inhale  
cigarette smoke  
and the whores and the bartenders  
and the grocery clerks  
never know that  
he's  
in there.

there's a bluebird in my heart that  
wants to get out  
but I'm too tough for him,  
I say,  
stay down, do you want to mess  
me up?  
you want to screw up the  
works?  
you want to blow my book sales in  
Europe?

there's a bluebird in my heart that  
wants to get out  
but I'm too clever, I only let him out  
at night sometimes  
when everybody's asleep.  
I say, I know that you're there,  
so don't be  
sad.

then I put him back,  
but he's singing a little  
in there, I haven't quite let him  
die  
and we sleep together like  
that  
with our  
secret pact  
and it's nice enough to  
make a man  
weep, but I don't  
weep, do  
you?

---

CHARLES BUKOWSKI |  
UIT *THE LAST NIGHT OF THE EARTH POEMS*