

GIJ ZULT U ZELF BEHEERSEN

VERSLAVING EN GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

Jaap van der Stel
15 januari 1997

Vooraf

Dit artikel is als volgt opgebouwd: na een korte schets van de actualiteit maak ik enkele theoretische opmerkingen over geestelijke volksgezondheid in relatie tot zelfbeheersing en het civilisatieproces. Daarna geef ik een samenvatting van enkele bevindingen uit mijn promotieonderzoek naar de geschiedenis van het alcoholgebruik, de opkomst van het fenomeen 'verslaving', de drankbestrijding en de alcoholhulpverlening in Nederland. Vervolgens doe ik een poging - mede op basis van dit onderzoek - enkele algemene wetmatigheden te formuleren, die betrekking hebben op de ontwikkeling van het gebruik van roesmiddelen en de wijze waarop de samenleving daarop reageert. Behalve het noemen van ervaringen uit het verleden doe ik ook enkele voorspellingen over de toekomst van het middelengebruik. Ik besluit met een paragraaf over de (actuele) relatie tussen de ambulante verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de RIAGG.

Hier worden weinig gegevens aangedragen die direct van toepassing zijn voor de alledaagse praktijk van de verslavingszorg. Een geschikte bron voor dat soort wetenswaardigheden is het *Handboek Verslaving* (Buisman e.a., 1993), waarin ruimschoots aandacht wordt besteed aan hulpverlening, preventie en beleid.

Geestelijke volksgezondheid, zelfbeheersing en de roes

Nederland een narcostaat?

In het voorjaar van 1996 behandelde de Tweede Kamer de drugsnota van het 'parse' kabinet (Ministerie VWS, 1994-1995), een nota waarvan vóór publicatie was verwacht dat hij radicale hervormingen zou bepleiten. Misschien zou hij wel een doorbraak forceren in de discussie over de lang verbeide legalisering van harddrugs. In de praktijk viel het allemaal erg tegen en is het achteraf beschouwd opmerkelijk dat de strafrechtelijke kant van het drugsbeleid niet juist is aangescherpt. Al enige tijd werd de Nederlandse regering namelijk onder vuur genomen door Duitse en in het bijzonder Franse politici. Voor veel Fransen is Nederland een 'narcostaat' vanwege de belangrijke plaats die Nederland inneemt als mainport in de internationale handelsroutes van drugs. Keerden wij ons eind vorige en begin van deze eeuw tegen de Franse ziekte (syfilis), nu worden wij als de onheilbrengers bij uitstek afgeschilderd.

Wat het gebruik van alcohol en drugs betreft - de roesverwekkende middelen die in dit artikel centraal staan - is er de afgelopen 15 jaar weinig spectaculair veranderd. Het gebruik van alcohol is wat teruggelopen, de consumptie van cannabis (hasj, marihuana) is gestegen, mede doordat ook de oudere generaties dit middel blijven gebruiken en integreren in hun levenswijze. De door de Opiumwet aangewezen drugs met een 'onaanvaardbaar risico', heroïne en cocaïne, hebben al een lange tijd een betrekkelijk stabiel marktaandeel bij een onveranderlijk kleine groep verslaafde gebruikers.

De drugsmarkt, zoals ook de markt van alcoholhoudende dranken en die van tabak, heeft veel overeenkomsten met elke andere consumentenmarkt. Kernelementen van deze markten zijn: de beeldvorming over de 'esthetiek' van het produkt, de verpakking en/of de entourage waarbinnen de verkoop plaatsvindt, de beloften over de via de consumptie te realiseren 'lifestyle', en niet in de laatste plaats het 'verboden vrucht'-karakter dat het verlangen naar het middel alleen maar heftiger maakt. Het meest sprekende voorbeeld van de lifestyle-benadering is de 'marketing' van XTC (letterlijk: extase) - trendy pilletjes, waarvan het instanteffect het beste tot zijn recht komt in een sexy atmosfeer, omlijst door snelle house. De beloften van Nike - *Just do it* - of van Pepsi - *Change the script* - lijken als twee druppels water op die van de uitventers van dit soort drugs. De opmars van XTC is overigens de enige werkelijke 'produktinnovatie' die zich op de markt heeft voorgedaan. Plaatselijke GGD'n en CAD's zorgen er in veel gevallen voor dat de consumenten goed worden voorgelicht en 'waar voor hun geld' krijgen.

Dat de discussie over roesmiddelen is verschoven naar en verdicht in de discussie over drugs is natuurlijk niet zo verwonderlijk. Het drankgebruik en het roken van sigaretten mogen dan veel meer schade toebrengen aan de volksgezondheid, het gaat hier om de consumptie van legale middelen, die door zoveel mensen worden gebruikt en aanvaard dat een simpele veroordeling als niet serieus wordt opgevat. Door de illegaliteit waarbinnen de productie en handel van drugs plaatsvinden, en het voor de meeste mensen schemerduister van de consumptie daarvan, spreken deze middelen (en de vorming van 'beleid' daarover) veel meer tot de verbeelding.

Zelfbeheersing versus de roes

Drugs en drugsgebruik zijn van ondergeschikt belang voor de geestelijke volksgezondheid als we uitgaan van het geringe aantal gebruikers van harddrugs, de maatschappelijke integratie van softdrugs en/of de geringe schade die - in verhouding tot de totale bevolkingspopulatie - door het gebruik van drugs wordt toegebracht aan de geestelijke en lichamelijke volksgezondheid. Deze opmerking is niet bedoeld om de 'drugsproblematiek' te bagatelliseren, maar om deze tot reële proporties terug te brengen. Het gebruik van alcoholhoudende dranken of het roken van sigaretten heeft veel meer repercussies voor de (geestelijke) gezondheid van de bevolking. Dit gegeven geldt voor de meeste landen in de westerse wereld, maar ook voor de andere werelddelen. Met deze 'gelijkhebbertij' zijn we er echter niet. Als we het daarbij laten, isoleren we ons van de maatschappelijke realiteit. Het feit dat in het heden drugs en drugsgebruik - en in een niet zo lang geleden verleden alcohol en alcoholmisbruik - kunnen rekenen op zo'n immense maatschappelijke belangstelling is veel betekend. Het signaleert volgens mij de symbolische betekenis die de 'strijd' tegen roesverwekkende middelen heeft voor de vorming van een collectief bewustzijn en geweten over de aard van de *zelfbeheersing* die van de maatschappijleden wordt verwacht.

Zelfbeheersing is de uitkomst van het civilisatieproces dat zich in West-Europa vanaf de late middeleeuwen heeft voltrokken - en dat zo prachtig is beschreven door Norbert Elias (Elias, 1990) - maar zijn wortels heeft in voorafgaande beschavingsprocessen. Elias beschrijft dit proces als een combinatie van externe dwang en de internalisering daarvan. Het adagium van de zelfbeheersing, het *Gij zult u zèlf beheersen*, is gemakkelijk te traceren in de oudste geschreven bronnen van de mensheid. Zelfbeheersing maakt *samen leven* mogelijk. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat al in de meest primitieve samenlevingen het gebruik van roesverwekkende middelen - vanaf het moment dat deze ontdekt en/of geproduceerd konden worden - omgeven is geweest door a) *rituelen*, die het gebruik ervan reguleerden en betekenis moesten geven, en b) *sancties* op het misbruik ervan. De roes bergt het gevaar van het verlies van de zelfbeheersing. Dat is de reden dat in alle samenlevingen het gebruik van roesverwekkende middelen altijd zo in de belangstelling staat en stond en waarom de regulering van het gebruik nooit volledig in handen is gegeven van de individuele maatschappijleden. Wetten, formele en informele regels en gebruikswijzen - ze hebben een

collectief karakter, en de naleving ervan wordt collectief 'afgedwongen', zij het dat bij voorkeur die dwang in het individu zelf wordt geplaatst.

Het civilisatieproces is volgens mij een van de basale processen van wat we de vorming van de 'geestelijke volksgezondheid' zijn gaan noemen. Dit proces heeft een hogere vorm van zelfdwang tot doel of in ieder geval als uitkomst. In dat verband sleept het de georganiseerde kritiek op het 'bandeloze' drinken of roken van burgers en boeren met zich mee. Elke voorstelling van geestelijke volksgezondheid, of zijn voorganger de 'zedelijkheid van het volk', houdt verband met opvattingen over dwang, zelfbeheersing en het verlies daarvan. Door het gebruik of misbruik van roesverwekkende middelen bestaat het risico dat de 'zelfbeheersing' wordt ondermijnd, waardoor de gebruiker zichzelf (tijdelijk) buiten het collectief en de heersende moraliteit (waaronder al dan niet impliciet opvattingen over geestelijke gezondheid zijn opgenomen) weet te plaatsen. Er is geen samenleving of subcultuur die dit toelaat. In zekere zin luidt dus het adagium van elke samenleving: *Gij zult geestelijk gezond zijn*.

Dat zelfbeheersing ten aanzien tot het gebruik van alcohol en drugs een facet van 'zedelijk verantwoord' gedrag is, zit er bij ons wel goed in. Is het daarom ook 'gezonder'? En waarom is het verlies van zelfbeheersing, zoals dat gepaard kan gaan met het overmatig gebruik van alcohol of drugs, geestelijk ongezond? Zeker, we kennen de negatieve gevolgen van deze middelen voor de diverse lichamelijke processen en organen en we kunnen ons ook gemakkelijk voorstellen dat de verstoringen van het bewustzijn en het zenuwstelsel allerlei ongewenste complicaties met zich meebrengen en interacteren met (sluimerende) psychiatrische stoornissen. Is de zelfbeheersing als zodanig daarmee ook een aspect van geestelijke gezondheid? Eerder heb ik deze vraag eigenlijk al beantwoord door het onderscheid tussen de zedelijkheid en de geestelijke volksgezondheid sterk te relativiseren. In historisch opzicht liggen ze in elkaars verlengde.

De term 'geestelijke volksgezondheid' fungeerde in de eerste helft van deze eeuw als een metafoor voor maatschappelijk aangepast gedrag. Door de modernisering van de levenswijze en de daardoor toegenomen bereidheid tot het treffen en gebruik willen maken van technisch-hygiënische voorzieningen waren einde negentiende en begin twintigste eeuw tal van besmettelijke ziekten effectief de kop ingedrukt. Met de term geestelijke volksgezondheid konden door psychiaters en zenuwartsen, in analogie van de succesvolle lichamelijke gezondheidszorg, uitspraken gedaan worden over het psychisch welbevinden van de bevolking, over de normaliteit en abnormaliteit van gedragingen en gedachten van de burgers in termen van gezondheid en ziekte, en kon er een theoretische basis gelegd worden voor het tot stand brengen van *psychohygiënische* voorzieningen. De term geestelijke volksgezondheid kunnen we opvatten als een 'verbaal fossiel' dat de dominantie van de psychiaters en zenuwartsen in de jaren '20 tot en met '60 van de twintigste eeuw in het debat over het psychisch welbevinden, het menselijk gedrag en de zedelijkheid in het algemeen, nog met zich meedraagt.

Verslaving - casus alcohol

Metafoor verslaving

Op grond van eigen sociaal-historisch onderzoek (Van der Stel, 1995) heb ik vastgesteld dat - ondanks allerlei tegenstrijdige bewegingen - door de bank genomen in de samenleving steeds gedisciplineerder met alcohol wordt omgegaan, en dat - in verhouding tot het aantal drinkers en de hoogte van de alcoholconsumptie - steeds minder mensen hulp nodig hebben en/of zoeken voor alcoholverslaving. Deze positieve conclusie houdt verband met maatschappelijke veranderingen en is geen direct gevolg van bijvoorbeeld meer effectieve hulpverlening. De richting van het Westeuropese beschavingsproces wijst op een toename van de onderlinge

afhankelijkheid tussen klassen en sociale categorieën en tussen de mensen binnen die klassen en categorieën. Om deze afhankelijkheidsrelaties mogelijk te maken is zelfbeheersing van driften en impulsen en de verinnerlijking van gedragsregels nodig, zodat naar verhouding steeds minder louter door externe controle het individuele gedrag gereguleerd hoeft te worden. Het manifeste gedrag wordt steeds beter voorspelbaar. Ook al bevinden mensen zich op een grote afstand van elkaar en is er een flinke tijdsruimte tussen hun interactie, ze kunnen steeds beter van elkaar op aan. Dit proces heeft de sociaal-culturele basis voor de markteconomie gelegd.

Vanaf de periode van de Verlichting - het scharnier tussen het ancien régime en de burgerlijke maatschappij van economisch, politiek en geestelijk vrije individuen - is grote nadruk komen te liggen op het onderzoek naar de rede, het verstand, de wil, en ook de beheersing daarvan. Middelen die, voor anderen zintuiglijk waarneembaar, een toestand van redeloosheid en onbeheerst gedrag bevorderen, worden object van intensieve maatschappelijke zorg. Vanaf deze periode eisen vooral die middelen, welke het meest buiten de historisch gegroeide maatschappelijke praktijk staan en het minst in rituele gebruiken en omgangsvormen zijn geïntegreerd (gedistilleerde drank en in mindere mate andere, niet-alcoholische roesmiddelen van overwegend niet-westerse herkomst), de aandacht op. De mens wordt opgevat als een verstandelijk wezen, - en de rede wordt gezien als een wezenlijk onderdeel van zijn natuur. Waarom zou hij zich dan overgeven aan een middel dat de irrationaliteit juist bevordert? Is het, zo gaat men zich afvragen, niet verstandiger om de roes te beperken tot die gelegenheden en momenten van ontspanning waarin de roes juist op zijn plaats is?, - als een toestand die de uitzondering op het dagelijks bestaan symboliseert en daardoor de (voor velen troostloze) levensomstandigheden bevestigt.

Om te kunnen overleven, de concurrentie aan te kunnen gaan en een bijdrage te kunnen leveren aan maatschappelijke vooruitgang, wordt een toenemende zelfcontrole van de burgers verlangd. Het mislukken daarvan wordt vanaf de tweede helft van de achttiende eeuw steeds meer gezien als een vorm van *dwangmatig* gedrag, waarvan de oorzaak in het individu zelf te vinden is. De dronkaard wordt gaandeweg slachtoffer, object van zorg van filantropisch ingestelde hervormers waaronder artsen, onderwijzers en predikanten.

Gedurende de Middeleeuwen en in de eerste eeuwen die daarop volgden is het drinken van alcoholhoudende dranken, in onze regio bier, tijdens het werk een normale aangelegenheid. De mate waarin men drinkt wordt hoofdzakelijk beïnvloed door economische ups en downs. Door de rationalisering van het maatschappelijk leven en de opkomst van de burgerlijke maatschappij vanaf de 18de eeuw wordt van de burgers, ook tijdens hun werk, in toenemende mate een helder hoofd verlangd, teneinde de concurrentiestrijd met succes te kunnen voeren. Het onderscheid tussen arbeidstijd en 'vrije' tijd komt duidelijker voor het voetlicht, - tijdens de arbeid is het niet meer geoorloofd alcohol te drinken, laat staan onder sterk invloed te zijn van drank. De dronkenschap krijgt ook een andere functie. In plaats van een begeleidend verschijnsel van collectieve drinkrituelen, wordt dronkenschap veeleer een - al dan niet moreel verwerpelijk - aspect van de periodieke ontsnapping aan de druk zich te disciplineren, zich 'te gedragen zoals het hoort'. De moderne roes creëert en/of symboliseert ontspanning en legitimeert het tijdelijk overschrijden van de conventies.

Het Nederlandse woord 'verslaving' krijgt in de eerste helft van de achttiende eeuw een nieuwe betekenis. Naast het *tot slaaf maken* van iemand wordt het woord voortaan ook gebruikt als aanduiding voor een vorm van psychische afhankelijkheid. Voor de Hollanders en Zeeuwen, zo bedreven in de slavenhandel maar ook behept met verdrongen schuldgevoelens daarover, is het woord verslaving de meest geschikte metafoor voor de verachte dronkenschap en het onmatige gebruik van gedistilleerd. Deze vrijwillige afhankelijkheid bedreigt het eigen bestaan. Is het niet angstaanjagend, zo vraagt men zich af, als vrije burgers zich *vrijwillig* tot slaaf maken? Hoewel het verslavingsbegrip niet is ontstaan uit een kritische beweging op de slavernij en de slavenhandel, dan nog is het aannemelijk dat in het bewustzijn van de meeste

mensen het slavenbestaan een zeer ongewenste situatie was, die men - althans voor zichzelf - koste wat kost zou willen vermijden.

In 1735 vatten tijdgenoten de problematiek als volgt treffend samen (Van Alkemade en Van der Schelling, 1735, p.80):

"t Was te wenschen (...) dat men, in Holland in 't byzonder, altoos zoo zeer gebeten op de tyranny, en zoo geyverd hebbende voor zyne vrijheid naar ziel en lighaam, nooit voorbeelden zag van Zuiptirannye, en Zuiptirannen, nog ook van gewillige slavernye in dezen:
En dat de Nederlanders in 't algemeen, en de Hollanders in't byzonder, zoo ongenegen waren, als hunne loffelyke Voorouders in andere gevallen, om zig dat juk van deze tirannye, en meer dan beestagtige slavernye, te onderwerpen.'

In dit citaat wordt de kritiek op de drinkrituelen in verband gebracht met de heroïsche vrijheidsstrijd van weleer. De verdrijving van de tirannie van de Spanjaarden is toch niet bedoeld geweest om ons vervolgens vrijwillig te verslaven? Tegen de drinkdwang, die in de Gouden Eeuw tot een verfiind stelsel van protocollaire regels was neergeslagen, komt verzet. Het elkaar dronken drinken, door het uitbrengen van een schier oneindig aantal toosten, is niet meer vanzelfsprekend en is zelfs ongewenst. Dit wil niet zeggen dat de afschaffing van de drinkrituelen zonder slag of stoot verloopt. In de beleving van veel oudere, deftige tijdgenoten is de afschaffing van het 'gezondheidsdrinken' een teken van zedelijk verval.

Het debat over verslaving in de periode na 1800 levert grofweg twee modellen op voor de wijze waarop men zich tegenover verslaving kan opstellen: a) het probleem gezien als een kwalijk maatschappelijk verschijnsel dat uiteindelijk slechts door een preventieve benadering valt uit te bannen, of b) het probleem wordt gezien als een niet-verwijtbare individuele stoornis (ziekte) die slechts door een curatieve benadering kan worden verholpen. Het eerste model is een vorm van moralisering, het tweede een vorm van medicalisering. In de praktijk kan het één moeilijk zonder het ander. Er kan hoogstens gesproken worden van mengvormen, met als uitersten perioden waarin het ene model uitdrukkelijk de boventoon voert over het andere. De verklaring voor de actualiteit van een model ligt in de specifieke historische omstandigheden. Geen van de modellen kan aanspraak maken op meer of minder gelijk. Verslaving is net zomin een ziekte als een vorm van immoreel gedrag - maar de samenleving heeft vooralsnog geen alternatief. Ik denk dat het verschijnsel het meeste recht wordt gedaan als het wordt opgevat als een *beschavingsstoornis*, een individueel of collectief probleem om zich aan te passen aan een ontwikkeling die zich quasi als een natuurverschijnsel voltrekt.¹

Drankbestrijding

In de negentiende eeuw wordt sterke drank door artsen en drankbestrijdingsorganisaties in beginsel (mede)verantwoordelijk gemaakt voor bijna alle maatschappelijke en individuele noden. Het vizier is eerst gericht op de afschaffing van dit middel. Pas in de twintigste eeuw worden *alle* alcoholhoudende dranken in de ban gedaan.

Om de zelfbeheersing ten aanzien van het gebruik van sterke drank te bevorderen, en de drankzuchtigen te helpen, ontstaat begin negentiende eeuw de eerste sociale beweging van de moderne tijd. Minder tegen de drankmisbruikers dan tegen de drank zelf richt zich de strijd. De sterke drank, het symbool van maatschappelijke ellende en verlies van de goede zeden, moet het ontgelden. Het streven is erop gericht de sterke drank af te schaffen en het volk op te voeden tot beschaafd gedrag, spaarzaamheid en arbeidszin. Een direct resultaat is lang niet waarneembaar: tot ver in de negentiende eeuw blijft de hoogte van het jenever- en biergebruik een directe functie van economische ontwikkelingen en fiscale maatregelen. Niettemin

¹Ook de grondlegger van het 'ziektemodel' van alcoholisme, E.M. Jellinek, heeft zich genuanceerd uitgelaten over het ziektebegrip. Hij was zich goed bewust van het feit dat (door hem) alcoholisme slechts om strategische redenen als een ziekte kon worden benoemd. Zie hierover: Van der Stel, 1995.

worden de fundamenten gelegd waarop in de laatste twee decennia van de negentiende eeuw een meer radicale vorm van drankbestrijding, de *geheelonthouding*, kan ontstaan. De geheelonthouders proberen het volk ervan bewust te maken dat niet zozeer de drank alswel de drinker zèlf verantwoordelijk is voor de heersende drinkgewoonten.

De drankbestrijders, die in hun hoogtijdagen gerekruteerd worden uit brede lagen van de bevolking, kunnen bogen op succes. Het drankgebruik kent tussen 1900 en 1920 een enorme daling. Voor het eerst in de geschiedenis daalt de consumptie hoewel de welvaart stijgt, - terwijl in de tijd van de grote economische crisis de gevreesde stijging van het gebruik het laat afweten. Hoewel de drankbestrijding een effectieve strategie voerde gericht op zèlfbeheersing was de (justitiële) dwang nimmer afwezig. Voor de onverbeterlijke dronkaards openden de *rijkswerkinrichtingen* gretig hun poorten; voor de potentieel te genezen dronkzuchtigen werden eind negentiende en begin twintigste eeuw door drankbestrijders, die daartoe werden ondersteund door medici, de eerste sanatoria en vooral ook consultatiebureaus opgericht. Deze maakten deel uit van een arrangement van *reddingswerk*, dat nauw gelieerd was aan de reclassering, de opvoeding en het maatschappelijk herstel van wetsovertreders. Toen de hooggestemde resultaten van vrijwillige hulpverlening echter uitbleven, nam - ook bij medici - de bereidheid toe voor de hopeloze gevallen dwangmaatregelen (dwangverpleging) toe te passen.

De naoorlogs ontzuiling, de verbrokkeling van de grote maatschappelijke complexen van katholieke, protestants-christelijke, sociaal-democratische en vrijzinnige signatuur, verliezen langzamerhand de overheersende greep op hun volksdeel. Ontzuiling gaat hand in hand met individualisering en accentuering van het zèlf willen bepalen hoe men zich gedraagt en wat men denkt. De afbraak van de zuilen gaat samen met een zeer sterke toename van de consumptie van alcohol. De winst van de drankbestrijding wordt in enkele decennia weer teniet gedaan, ook al is het een cruciaal verschil dat de sterke drank blijvend uit de gratie is. De georganiseerde drankbestrijding raakt na de Tweede Wereldoorlog het spoor bijster en verliest haar greep op het drinkgedrag van de bevolking. De curatieve voorzieningen, nog zwak in hun organisatorisch vermogen, putten kracht uit nieuwe opvattingen over alcoholisme als een ziekte die vraagt om een sociaal-medische behandelingsvorm. De bioloog Jellinek werkt een theoretisch kader uit waarmee de hulpverleners zich van de (moraliserende) drankbestrijders kunnen onderscheiden. Losmaking is een voorwaarde voor professionalisering, maar ook om serieus genomen te worden in de andere (medische) sectoren van zorgverlening. In relatief korte tijd lukt het de consultatiebureaus vervolgens een landelijk netwerk te ontwikkelen, dat zich blijvend weet te onderscheiden van aanpalende voorzieningen, zoals de reclassering, het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. Ambulante voorzieningen zetten de toon.

Pas in de jaren tachtig van de twintigste eeuw, op het moment dat de consumptiestijging al is gestopt, ontstaat opnieuw enige maatschappelijke onrust over het drankgebruik en de daarmee verbonden problemen. Nu zijn het de deskundigen, preventiewerkers, onderzoekers en beleidsmakers die de toon zetten en de techniek van het beheersen van alcohol weer op de agenda plaatsen. Preventie raakt in zwang en wordt een integraal deel van het werk van de consultatiebureaus.

Afname angst voor drank

Na de Tweede Wereldoorlog is de angst voor drank geleidelijk verdwenen. Dit heeft ook zijn weerslag op de behandelingsdoelen bij alcoholisten. Eerst ging men er vanuit dat alleen volledige abstinentie iemand zou kunnen redden van zijn verslaving. Pas wanneer de angst voor alcohol is verdwenen - in de jaren zestig van de twintigste eeuw - wordt niet alleen het sociaal en geïntegreerd drinken voor de bevolking als mogelijk gehouden, maar wordt zelfs het *gecontroleerd drinken* als behandelingsdoel voor alcoholisten en probleemdrinkers realistisch. Het (tijdelijk) resultaat van de drankbestrijding was een sterke daling van de consumptie van alcohol geweest. Toen de innerlijke dwang tot beheersing redelijk sterk was, ontstond de

mogelijkheid de externe regels minder strak te laten zijn - ook bij stijgend drankgebruik - maar zonder de verwoestende gevolgen die het vroeger zou hebben gehad. Dit verschijnsel is zowel voor de samenleving in zijn geheel en ook voor de categorie zware drinkers van belang. Het beschavingsproces duidt op een algemene toename van de zelfbeheersing. Niemand kan zich hieraan onttrekken, dus ook de alcoholist niet. Deze volgt - vertraagd - het reeds gelegde spoor, hoewel voor de betrokkene 'ongedwongen' zelfbeheersing nog een welhaast onoverkomelijk probleem is. Van alcoholisten werd in het verleden iets verwacht dat gewone drinkers al niet konden opbrengen: volledige abstinentie. Het is daarom niet verwonderlijk dat op abstinentie gerichte behandelingen een geringe kans hadden op succes. Het lange tijd alom verspreide idee 'verslaafden zijn wilswakken' heeft vooral geleid tot een bevestiging van die wilswakke en de drinker teruggeworpen op zijn eigen problematiek. Het werk van Jellinek signaleert desondanks daarin een kentering. In tegenstelling tot wat lange tijd vóór hem - in het bijzonder in de sfeer van de drankbestrijders en zeker de geheelonthouders daaronder - is gedacht, zijn er volgens hem slechts specifieke vormen van excessief drinken waarbij sprake is van alcoholisme en 'controleverlies'. Bovendien zijn deze, meent hij, nog behandelbaar ook, al blijft de betrokkene wellicht de rest van zijn leven uiterst kwetsbaar bij een hernieuwde kennismaking met drank. Belangrijker is dat hij diverse vormen van sociaal, geïntegreerd drinken waarneemt, waarbinnen blijkbaar sprake is van voldoende zelfbeheersing.

Na de Tweede Wereldoorlog wordt - in de westerse landen - het beheerst alcoholdrinken als mogelijkheid al gerealiseerd door de overgrote meerderheid van de bevolking, zelfs wanneer de beschikbaarheid toeneemt, de relatieve prijs van alcohol daalt en de morele beperkingen hun tijd hebben gehad. Het duurt dan ook niet zo lang totdat de theorie van Jellinek door het gedrag van nieuwe generaties ex-verslaafden zelf wordt weerlegd. Zij blijken, al dan niet via een programma dat daarop gericht is, te kunnen leren *gecontroleerd* te drinken. Het controleverlies waar Jellinek de vinger op legde, blijkt achteraf gezien geïnterpreteerd te kunnen worden als een fase in de historische ontwikkeling van het verschijnsel 'de alcoholist'. De in een bepaalde periode heersende theorie over alcoholisme reflecteert aldus niets anders dan de stand van zaken in het verlies van controle- en de vorming van herstelmechanismen bij een generatie alcoholisten. Het is aannemelijk dat de veranderde, minder afwijzende opvattingen in de omgeving van alcoholisten over het gebruik van drank, een gunstige en misschien doorslaggevende bijdragen hebben geleverd aan hun (in potentie) toegenomen zelfbeheersing.

Relatieve vooruitgang

De manier waarop de samenleving - historisch gezien - met drank omgaat en reageert op drankmisbruikers verloopt in golfbewegingen. Strakke regelgevingen, gepaard gaande met morele veroordelingen, worden afgewisseld door periodes waarin de burgers meer ruimte wordt gegeven zelf uit te zoeken waar hun grenzen liggen. Ook de houding tegenover drankmisbruikers en drankzuchtigen wisselt, al naar gelang de algemene houding in de samenleving tegenover drank. Dit geeft richting aan de heersende strategieën en tactieken van maatschappelijke en medische zorg. Wat de huidige periode betreft kan worden gesteld dat er weinig belangstelling bestaat voor begripsvolle alcoholhulpverlening in tegenstelling tot dwang- en drangbenaderingen. Maar ook deze zullen over enige tijd sleet vertonen, - in de kiem dient zich overigens alweer een hernieuwde, op het individu gerichte, biomedische benaderingswijze aan.

Vooruitgang is in de verslavingszorg een relatief begrip. De behandelingen worden niet effectiever. De verslavingszorg kent ook geen duurzame programma's - wel eeuwig terugkerende discussies en veranderingen in de structuur en werking van de zorgverlening. De verslavingszorg wordt telkens opnieuw uitgevonden en aangepast aan de geest van de tijd. Dat is eigenlijk maar goed ook, want 'de alcoholist' bestaat, zoals we hiervoor hebben gezien, eigenlijk niet. Het is een 'historisch' individu wiens problemen en psychische mechanismen

sterk afhankelijk zijn van de periode waarin hij (of zij) leeft.

Uit mijn onderzoek leid ik af dat in de komende periode de overgrote meerderheid van de bevolking, althans in Nederland, steeds 'beschaafder' met drank zal omgaan. En ik verwacht ook dat het aantal mensen dat daarbij hulp nodig heeft zal afnemen. Nu al is het aantal cliënten met drugsproblemen in de verslavingszorg groter dan het aantal alcoholisten of problematische drinkers. Deze positieve ontwikkeling heeft weinig te maken met de effecten van professionele verslavingszorg of preventie - autonome maatschappelijke ontwikkelingen, die aan de burgers steeds hogere eisen stellen, zijn daarbij van meer doorslaggevend belang. Het is, in de woorden van Gerard Reve, 'nu minder deftig om alcoholist te zijn'.²

Lessen uit het verleden - een blik vooruit

In de discussie over het alcohol- maar vooral het drugsbeleid wordt de vraag naar de autonome trends van het gebruik van deze middelen weinig gesteld. Tegen beter weten in doet men het voorkomen alsof door 'beleid', 'goede voorlichting' en een 'krachtige aanpak' de werkelijkheid naar de hand kan worden gezet. Wensvoorstelling zijn troef - onbevooroordeelde scenariostudies, waarin een poging wordt gedaan de ontwikkelingen van het alcohol- en drugsgebruik te voorspellen zijn uiterst zeldzaam.

De vraag naar de toekomst van het alcohol en drugsgebruik in Nederland is lastig te beantwoorden. Tenminste, als we af willen stappen van een eenvoudige extrapolatie van recente ontwikkelingen. Toch is er geen ontkomen aan dat een blik in de toekomst alleen mogelijk is op basis van ervaringen uit het verleden - meer weten we nu eenmaal niet. Met enige slagen om de arm probeer ik hieronder enkele algemene ervaringsfeiten over verslavingen aan roesmiddelen op een rij te zetten. Daarna doe ik voorzichtig enkele voorspellingen.

Welke algemene ervaringen zijn er?

- **Weinig oorzakelijke verbanden**

Er bestaan weinig algemene wetmatigheden die een onomstotelijk, oorzakelijk verband leggen tussen een maatschappelijk verschijnsel of gebeurtenis en het gebruik van enig verslavend middel. Verbanden die in een empirisch onderzoek worden gevonden zijn uiteraard van belang voor de actualiteit (en voor historici) maar hebben weinig voorspellende kracht voor de toekomst. Uit het wetenschappelijk onderzoek komt slechts als een krachtige voorspeller voor de aard, de omvang en het effect van het gebruik van verslavende middelen naar voren: de *verwachtingen* die mensen hebben over het middel en de *waardering* van de effecten van het gebruik ervan (waaronder een afweging van kosten en baten). Als mensen denken dat ze van alcohol agressief worden, dan is de kans dat ze zulk gedrag vertonen na gebruik inderdaad groot. Hetzelfde geldt voor de verwachte 'versuffende' werking van cannabis. Terwijl mensen die verwachten dat een joint bij hen geen enkel effect heeft, zullen inderdaad weinig merken - hoogstens een onaangenaam, misselijk makend gevoel door het inhaleren van de rook.

Verwachtingen en waarderingen zijn weerbarstig en moeilijk te beïnvloeden door enige interventie van buitenaf, tenzij die interventie naadloos aansluit op de (latente) motieven en aspiraties van de betrokkenen.

- **Verstoorde relaties**

Elk gebruik (van roesmiddelen) is omgeven door een ingewikkeld stelsel van (informele) gebruiken, regels, sancties, wetten en strategieën van mensen en instellingen die erop

²NRC Handelsblad 22 november 1991, Gerard Reve over 'Brieven aan mijn lijfarts', door Tom Rooduijn.

gericht zijn het gebruik aan te wakkeren (commercie) of juist tegen te gaan. Ook illegaal gebruik is in hoge mate gereguleerd door rituelen en sancties. Of het gebruik door anderen en/of de direct betrokkenen als problematisch wordt gezien, is afhankelijk van drie factoren:

- 1 de mate waarin tussen de gebruiker en het middel een 'verstoorde' relatie is ontstaan, die zich onder andere uit in lichamelijke schade, psychische afhankelijkheid, gedragsstoornissen, materiële schade en negatieve juridische consequenties;
- 2 de mate waarin door de omgeving het desbetreffende middel in een kwaad daglicht wordt gesteld, en er als het ware een verstoorde relatie tussen omgeving en middel bestaat;
- 3 de mate waarin de omgeving een verstoorde relatie is aangegaan met de gebruiker. De gebruiker c.q de gebruikersgroep lopen het risico daardoor in een maatschappelijk isolement te geraken en/of daar niet meer uit te komen. Dit laatste kan de binding met het middel doen versterken.

Deze factoren hangen met elkaar samen, maar de wijze waarop is sociaal-historisch specifiek. Het kan zijn dat in het verlengde van een reeds bestaande 'verstoorde relatie' tussen omgeving en gebruiker bovendien een verstoorde relatie tussen omgeving en het middel ontstaat - iets wat daarvoor niet functioneel zou zijn geweest.

Een voorbeeld ter toelichting: in het midden van de negentiende eeuw bestond in veel Europese landen bij de toenmalige heersers en de gegoede maatschappelijke groeperingen angst voor het ontstaan van revolutionaire bewegingen. De 'onbeschaafde' lagere klassen en standen vormden een gevaar: ze zouden hun zelfbeheersing kunnen verliezen en over kunnen gaan tot ordeverstoringen en opstanden. Niet toevallig werd in deze tijd het sterke drankgebruik (brandewijn e.d.) van het volk stelselmatig bekritiseerd en waar mogelijk aan banden gelegd. Deze drankbestrijding richtte zich dus niet zozeer op de preventie van negatieve effecten van alcoholgebruik als zodanig. Ze ontstond in het verlengde van een 'verstoorde relatie' die de heersende groeperingen hadden met de potentieel opstandige bevolkingsgroepen.

- **Morele overwegingen overheersen**

In het algemeen zijn de politieke en ideologische verhoudingen cruciaal voor de mate waarin en de wijze waarop door de dominante groeperingen wordt gereageerd op en geageerd tegen het gebruik van roesverwekkende middelen. Economische belangen kunnen daarbij een belangrijk, achterliggend motief vormen, maar kunnen evengoed volstrekt genegeerd worden: droogleggingen en 'wars on drugs' vormen een grote aanslag op nationale economieën. Morele overwegingen zijn over het algemeen van grote invloed op de beoordeling van en de reactie op een bepaalde vorm van gebruik. Rationele overwegingen, bijvoorbeeld wat betreft objectieve gezondheidsschade, zijn doorgaans secundair. In onze samenleving bestaat geen direct verband tussen de heftige of gematigde wijze waarop op een bepaalde verslaving wordt gereageerd en de schade daarvan voor de volksgezondheid. Zo wordt er over het algemeen heftiger gereageerd op heroïne- of cocaïnegebruik dan op het roken van tabak, ofschoon het roken veel ernstiger lichamelijke schade berokkent, en dat bovendien bij een aanzienlijk groter deel van de bevolking.

- **Maatschappelijke integratie**

Er bestaat een verband tussen de wijze waarop door de omgeving van een gebruiker op het gebruik (en het middel) wordt gereageerd en de mate waarin de gebruiker genoodzaakt

wordt, of zich genoodzaakt voelt, om hulp te vragen en een poging te doen te ontwennen. Gebruikers van harddrugs hebben veel vaker, en ook veel eerder een relatie met een hulpverleningsinstelling dan alcoholisten, terwijl rokers van tabak zelden - vanwege hun verslaving - een hulpvraag stellen. Het aantal alcoholisten dat een hulpvraag stelt heeft na 1950 nauwelijks de stijging in de consumptie gevolgd. Inmiddels staan meer drugsgebruikers ingeschreven als cliënt in de verslavingszorg dan alcoholgebruikers. De maatschappelijke integratie van een bepaalde vorm van gebruik gaat hand in hand met de maatschappelijke integratie van de desbetreffende gebruikers. Eveneens is er een positief verband tussen de maatschappelijke integratie van het gebruik en het aantal gebruikers: een verstoorde relatie tussen omgeving en middel c.q. gebruiker voorspelt een relatief groot aantal geheelonthouders.

- **Toename zelfbeheersing**

Bekeken op (zeer) lange termijn is er sprake van een overwegende toename van beheerst gedrag tegenover roesmiddelen, op basis van zelfbeheersing en een afnemende externe controle. Deze beheersing heeft betrekking op de wijze waarop de gebruikers er zelf voor kunnen zorgen dat hun gebruik geen of minder negatieve gevolgen heeft voor hun gezondheid en minder botst met de belangen van hun omgeving. Dit betekent niet dat tegelijkertijd het aantal gebruikers daalt of dat de hoogte van de consumptie per hoofd van de bevolking vermindert - het omgekeerde is eerder het geval.

Op het eerste gezicht is hier sprake van een grote tegenstrijdigheid, maar dat hoeft niet zo te zijn: wanneer in de samenleving een bepaald middel is geaccepteerd en men er beheerst mee kan omgaan, zal de angst die rondom het gebruik van dat middel heeft bestaan, afnemen. Dat kan ertoe leiden dat het gebruik zich verspreid onder een grotere groep gebruikers. Beheerst gebruik is niet hetzelfde als geheelonthouding, ook al heeft dat bij bepaalde middelen absoluut de voorkeur.

Welke voorspellingen kunnen worden gedaan?

Ook al is het wetenschappelijk fundament daarvoor niet zo stevig, het is mogelijk - uitgaande van de voorafgaande stellingen - een blik te werpen in de toekomst:

- **Gevolgen tolerant beleid**

We kunnen voorspellen dat een tolerant of liberaal alcohol- en drugsbeleid (onbedoeld) het volgende teweegbrengt:

- a) het aantal consumenten neemt toe;
- b) de consumptie per hoofd van de bevolking heeft de neiging te stijgen (bij cannabis is dit bijvoorbeeld het geval geweest) hoewel het gemiddelde gebruik per gebruiker de neiging heeft te dalen: de hardnekkige verslaafden worden binnen de gebruikersgebruik een minderheid;
- c) op termijn leren de meeste gebruikers *beheerst* gebruik te maken van het middel;
- d) de relatie tussen gebruik en maatschappelijke desintegratie wordt minder vanzelfsprekend;
- e) de noodzaak tot het stellen van hulpvragen (aan de verslavingszorg) neemt af.

- **Vraag naar roesmiddelen**

De vraag naar roesmiddelen zal ook in de nabije toekomst onverminderd groot zijn. Meer in het algemeen is er een groeiende vraag naar psychotrope stoffen die een snel effect teweegbrengen, maar geen nadelige werking (zoals de kans op verslaving) hebben op langere termijn. De eisen die aan de bevolking in de westerse wereld worden gesteld zijn zodanig dat voor het merendeel van de bevolking excessief gebruik van 'zware' middelen al te nadelig is. De consumptie van alcohol en tabak zal op termijn eerder dalen dan stijgen,

ongeacht ontwikkelingen in de welvaart. De consumptie van 'harddrugs' (heroïne, cocaïne, amfetamine) kan over een (iets) grotere groep verspreid raken, maar het gemiddelde gebruik zal per gebruiker eerder dalen dan toenemen. Het gebruik van 'lichtere' middelen, die *ontworpen* zijn of worden voor specifieke doeleinden zal in een toenemende belangstelling staan - het gaat hier om varianten op XTC en andere New Age-drugs, van synthetische of biologische herkomst.

Het postmoderne, westers-georiënteerde leven verlangt van de burgers een hoge mate van zelfbeheersing en 'stressmanagement'. Daarvoor verliezen de 'traditionele' middelen (in het bijzonder tabak, alcohol en ook cannabis) in toenemende mate hun eerder bewezen functionaliteit. Er ontstaat een vraag naar pillen die precies en liefst onmiddellijk 'doen' wat de gebruiker ervan verlangt. Drugsgebruik zal door een steeds grotere groep worden ingebed in een op maat gesneden consumptiepatroon van alle mogelijke (voedings)supplementen: van vitamines en mineralen via het hormoon melatonine en anti-stress-kruidentmixages tot op zijn tijd een paddestoel, een XTC-pil en alleen bij zeer bijzondere gelegenheden een snuifje coke. Alcohol en tabak zullen in dit patroon een minder opvallende plaats toebedeeld krijgen.

Met de komst van nieuwe, lichtere middelen - substanties waarop het juridische apparaat geen pasklaar antwoord heeft - vervaagt op termijn de grens tussen drugs en psychofarmaca.

- **Bereidheid tot harde aanpak groeit**

Gezien de nationale en internationale verhoudingen ligt het overigens niet voor de hand te verwachten dat harddrugs binnen afzienbare tijd zullen worden gelegaliseerd, nog afgezien van de wenselijkheid daarvan. In dit tijdsgewricht is de bereidheid onder de bevolking tot het nemen van forse maatregelen tegenover de drugshandel en het kiezen voor een harde aanpak van druggebruikers groeiende.

De integratie en desintegratie van roesmiddelen gebeurt in golfbewegingen. Hetzelfde geldt voor de bereidheid van de samenleving voor de problematische gebruikers al dan niet aparte voorzieningen te treffen die uitgaan van een begripvolle benadering. De Nederlandse regering - al dan niet van Paarse snit - gedraagt zich vooralsnog als een trouwhartige schatbewaarder van de adviezen uit de rapporten van de commissies Hulsman en Baan uit het begin van de jaren zeventig die de toon zetten voor het meest liberale drugbeleid ter wereld.

Verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg

Permanente identiteitscrisis

Vanouds worstelt de verslavingszorg, in het bijzonder het ambulante gedeelte ervan, met haar identiteit. Het is een gevecht waarin ideologische discussies over de kenmerken van verslaving en over behandeldoelen telkens doorvlochten zijn met meer profane strategieën om meer subsidie binnen te halen, of - vaker nog - de werksoort überhaupt overeind te houden. Daar is geen ontkomen aan. Bezien van een afstand is het duidelijk wat het object is van de alcohol- en drugshulpverlening: het behandelen van verslaafden met als doel controle te krijgen over hun alcohol- of drugsgebruik en het bevorderen van maatschappelijke integratie. En dit alles op basis van een gedegen diagnostiek en met veel aandacht voor achterliggende factoren van persoonlijke en maatschappelijke aard. Van dichtbij bekeken is het een komen en gaan van nieuwe ideeën over vernieuwing van het werk en herstructurering van de voorzieningen die leiden tot verwarring over het antwoord op de vraag naar de identiteit van het werk. Is het reclassering? En zo ja, met of zonder dwang? Is het maatschappelijk werk? Zo ja, waarin ligt het specialisme? Is het geestelijke gezondheidszorg? Zo ja, waarom dan een

categorale benadering in plaats van opgaan in een groter verband, zoals de RIAGG? En als het van alles wat is, kan het dan samengaan in één voorziening? Zo zijn, en worden, nog tal van vragen gesteld waarop geen definitief antwoord mogelijk is. Zolang deze vorm van zorg bestaat, pendelt ze heen en weer tussen moeilijk te verenigen belangen en sectoren. Dat maakt deze sector ook zo boeiend als object van studie, als graadmeter van de geest van de tijd.

De ambulante verslavingszorg wordt hoofdzakelijk bevolkt door medewerkers met een maatschappelijk werkachtergrond - verslavingszorg is een vorm van *gespecialiseerd maatschappelijk werk*. Dat maakt het altijd lastig om zich een geprononceerd *medisch* cachet aan te meten. Subsidiegevers zijn er ook nooit volledig van overtuigd geweest dat de verslavingszorg eenduidig tot de medische sector behoorde of tot de geestelijke volksgezondheid. Niet voor niets is een groot gedeelte van de ambulante verslavingszorg altijd - als reclasseringswerk - door Justitie gefinancierd.

Sinds de financiering van de CAD's begin jaren negentig is 'overgeheveld' van het Rijk naar de gemeenten, zijn geen duurzame verdedigingslinies meer op te werpen tegen bezuinigingen. In ieder geval zal de alcoholhulpverlening de komende jaren harde slagen toegebracht worden - de gemeenten geven nu eenmaal meer prioriteit aan drugs'bestrijding'. De verslavingszorginstellingen proberen als reactie hierop zich te profileren als poliklinische voorzieningen en hopen via AWBZ-financiering zo een deel van de bezuinigingen van de kant van de gemeenten op te vangen. Onherroepelijk heeft zo'n strategie gevolgen voor de doelgroepbepaling.

Hoe zit het met de RIAGG?

Ligt er in de behandeling van verslaafden geen taak voor de RIAGG's? Dit is een ogenschijnlijk achterhaalde vraag voor degenen die de discussies over de RIAGG-vorming en de positie van de CAD's in dat verband nog levendig voor de geest staan. Sinds de RIAGG's zonder de ambulante verslavingszorg in zich op te nemen hun eigen weg zijn ingeslagen, is er vanuit de verslavingszorg nog maar weinig aandacht geweest voor het leggen van een relatie met de geestelijke gezondheidszorg. Hoogstens door beroeps'netwerkers' van koepelinstellingen zijn intersectorale verbindingen onderhouden. In zekere zin vat de verslavingszorg (ambulant en klinisch) zichzelf op als een totaalprogramma waarin, op een *categoriale* wijze, alle mogelijke voorzieningen voor verslaafden zijn geïntegreerd. Er zijn de laatste 10 jaar geen serieuze studies verricht waarin op een systematische wijze de relatie tussen bijvoorbeeld CAD en RIAGG onder de loep is genomen. Het cliché beeld is dat verslaafden *uit* de RIAGG worden gezet, en dat ze pas kunnen worden aangemeld en als 'behandelbaar' kunnen worden beschouwd als de verslaving is weggenomen. Niettemin is er - tegen wil en dank - sprake van een overlap in cliëntengroepen, namelijk daar waar het de ernstige, psychisch gestoorde verslaafden betreft. Bovendien kunnen de RIAGG's - door het enkele bestaan van verslavingszorg - niet stellen dat zij niets *hoeven* te doen. Zeker niet wanneer men zich sceptisch uitlaat over de capaciteit en kwaliteit van de (ambulante) verslavingszorg om ernstige psychische problemen te behandelen.

De RIAGG zou aan verslavingszorg moeten doen als je strikt kijkt naar de aard van de problematiek van de ernstige, gestoorde verslaafden. In de vorm van 'dual diagnosis'-projecten wordt daar inmiddels ook wel aandacht aan besteed. Bij nadere beschouwing zijn er veel haken en ogen. Zoals hiervoor al is opgemerkt wordt verslavingsproblematiek gekenmerkt door a) individuele stoornissen in de omgang met het middel, b) stoornissen in de relatie tussen omgeving en het middel en c) stoornissen in de relatie tussen de gebruiker en de sociale omgeving. De twee laatstgenoemde categorie stoornissen verwijzen naar de wijze waarop de samenleving denkt over de desbetreffende vorm van verslaving en daarnaar handelt. Medicijnverslaafden en verslaafde rokers ondervinden nauwelijks botsingen met hun sociale omgeving, althans niet zodanig dat ze in

een ernstig maatschappelijk conflict geraken. Ze komen niet in aanraking met justitie en lopen niet het gevaar hun werk te verliezen. Bij alcoholverslaving, overmatig gokken en zeker bij harddruggebruik ligt dat uiteraard anders. In feite is de hulpvraag aan de verslavingszorg in hoge mate bepaald door de wijze waarop de samenleving met het middel en het eventuele verslavingsgedrag omgaat. Opmerkelijk is dan ook dat op dit moment van de alcoholverslaafden slechts ongeveer 5 procent zich bij de hulpverlening aanmeldt (vrijwillig of onder dwang, en pas na geruime tijd), terwijl bij harddrugsverslaafden het om de overgrote meerderheid gaat (en al binnen twee jaar!). In de jaren vijftig was nog ruim 30 procent van de alcoholverslaafden in Nederland op enige wijze als zodanig bij een instelling geregistreerd. Het verslavingsprobleem is kortom een *functie* van maatschappelijke opvattingen, normen, wetten e.d. Legalisering van harddrugs zou de hulpvraag spectaculair doen dalen. Een en ander laat natuurlijk onverlet dat ook al is de stoornis van maatschappelijke aard weggenomen, er dan nog sprake kan zijn van stoornissen op de andere gebieden. Als een middel grotendeels is gelegaliseerd, kan het bijvoorbeeld de functie krijgen van zelfmedicatie. In zekere zin hebben bijna alle volwassen drinkende en rokende Nederlanders daar enige ervaring mee.

Het is niet zinvol dat de RIAGG's zich bezighouden met het - vaak uitzichtloze - maatschappelijk werk voor verslaafden, - de capaciteit en de juiste attitude is daarvoor ook niet aanwezig. De aandacht moet zich alleen richten op die groepen - psychisch gestoorde - verslaafden waarbij geen sprake is van een ernstige maatschappelijk ontwrichting als gevolg van het gebruik en de wijze waarop de samenleving zich opstelt. Dit geldt in beginsel voor de meeste harddrugverslaafden. Alleen wanneer deze maatschappelijke stoornis bij een verslaafd individu, of vanuit het perspectief van de samenleving, geen grote rol meer speelt, kan de aandacht zich richten op de achterliggende of manifeste psychopathologie. In het algemeen houdt dit in dat alleen mensen met *lichte* verslavingsproblemen die geen maatschappelijke ontwrichting tot gevolg hebben, of (anders gezegd) mensen met *ernstige* psychische problemen die ook lichte verslavingsproblemen hebben, in de RIAGG aangemeld kunnen worden, en daar ook met enig succes behandeld kunnen worden. Voor medicijnverslaving, eetverslaving, lichte alcoholproblematiek, jonge beginnende druggebruikers zou de RIAGG haar poorten niet hoeven te sluiten, mits er uiteraard nog aanvullende redenen zijn om een RIAGG-indicatie te rechtvaardigen. Deze 'formules' geven echter geen antwoord op de vraag hoe men moet omgaan met ernstig verslaafde mensen die vanwege hun psychische of psychiatrische stoornis *eenduidig* behoren tot het (potentiële) cliëntenbestand van de RIAGG. Moet hen de deur worden gewezen? Dat lijkt mij niet. Voor mensen met (zeer) ernstige psychische problemen, die - hoe dan ook - gerelateerd zijn aan verslavingsgedrag, is een programma nodig waarin duidelijk wordt omschreven hoe de reguliere GGZ samenwerkt met de verslavingszorg. Of zo'n programma er komt is echter niet afhankelijk van een wetenschappelijke beschouwing, maar van instellingspolitiek, financiering, de bereidheid om samen te willen werken met politie en justitie, de ontwikkeling van bemoeizorg bij de RIAGG's en de kansen op de versterking van de sociale psychiatrie bij de RIAGG's. Wat dit laatste punt betreft zijn de vooruitzichten niet ongunstig. Ik pleit echter niet voor een verregaande samenwerking tussen beide werksoorten, die misschien zou kunnen leiden tot een fusie. Daarvoor zijn de verschillen in uitgangspunten, werkmethoden en doelgroepen te groot. En de kans dat na een fusie er toch weer aparte werkeenheden worden gevormd is levensgroot.

Literatuur

Achtergronden en risico's van druggebruik - Rapport van de Werkgroep Verdovende Middelen, Staatsuitgeverij ('s-Gravenhage, 1972), ook wel rapport van de *Commissie Baan*

genoemd.

Alkemade, K. van en P. van der Schelling, *Nederlands displegtigheden, vertoonende het gebruik, en misbruik aan den dis, in het houden van maaltyden, en het drinken der gezondheden, enz. onder de oude Batavieren, Vorsten, Graaven, Edelen, en andere Nederlanderen; nevens de oorzaaken dezer misbruiken; de wetten, en middelen daar tegen; en derzelver overeenkomst met die der andere volken ...* (derde deel) (Rotterdam 1735).

Buisman, W.R. e.a. ed., *Handboek Verslaving - hulpverlening, preventie en beleid* (Houten/Zavemtem 1993).

Buisman, W.R. en J.C. van der Stel ed., *Drugspreventie; achtergronden, praktijk en toekomst* (Houten 1992).

Elias, Norbert, *Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken* 2 delen (Bazel 1939; 2de herziene druk Utrecht 1990).

Ministerie VWS, *Het Nederlandse Drugbeleid: Continuïteit en verandering*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24077, nrs. 2-3.

Schnabel, Paul, *De weerbarstige geestesziekte; Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg* (Nijmegen, 1995).

Ruimte in het drugbeleid - Rapport van een werkgroep van de stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid (Meppel, 1971), ook wel rapport van de Commissie Hulsman genoemd.

Stel, J.C. van der, *Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland - een historisch-sociologische studie* (Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht 1995; tevens verschenen als handelseditie: Verloren, Hilversum 1995).

Stel, J.C. van der en W.R. Buisman ed., *Alcoholpreventie; Achtergronden, praktijk en beleid* (Alphen aan den Rijn 1988).