

**Jaap van der Stel (2004), *Het ziektebegrip van verslaving*.  
Amsterdam: [CEDRO](#).**

**© Copyright 2004 Jaap van der Stel. All rights reserved.**

**Het ziektebegrip van verslaving  
Jaap van der Stel**

**Vooraf**

Dit is een stuk in ontwikkeling. Het is een reeks gedachtegangen die nog niet in een voldoende coherente samenhang staan. De argumentatie hapert hier en daar, soms vinden herhalingen plaats, en de verantwoording met literatuur is nog goeddeels afwezig. Het stuk is in de eerste plaats geschreven naar aanleiding van ontwikkelingen in de verslavingszorg, die erop wijzen dat het ziektebegrip van verslaving weer *en vogue* is, nadat het in de jaren zeventig sterk is verguisd. Een belangrijke impuls voor deze paradigmawisseling vormen de resultaten van neurobiologisch onderzoek naar verslaving. Een tweede reden voor dit stuk betreft deelname aan de discussies over het verslavingsbegrip die door het Studiecentrum Soeterbeeck van de Katholieke Universiteit Nijmegen zijn georganiseerd.

De auteur van dit stuk is zelf werkzaam geweest in de verslavingszorg en werkt thans in de psychiatrie. Hij heeft dus *belang* bij de uitkomst van het debat over verslaving – is als het ware ‘verdacht’. Aan de andere kant is hij wetenschapper genoeg om te weten dat het om argumenten gaat en hij het *bewijs* voor zijn stellingname moet aanleveren. Wat het laatste betreft: dit blijft in dit stuk nogal impliciet – het verantwoorden van de gedachtegangen met gegevens uit de literatuur is dus nog een belofte.

**Inhoudsopgave**

**I. Inleiding**

- Het debat over verslaving als ziekte
- Behoefte aan argumenten

**II. Achtergronden van het begrip verslaving**

- Definitie van verslaving
- Het Westerse beschavingsproces
- Historische achtergronden van het verslavingsbegrip
- De medici over verslaving
- Twee probleembenaderingen: moralisering versus medicalisering
- Is verslaving een ‘sociale constructie’?
- Zal de term verslaving blijven bestaan?

**III. Is verslaving een psychiatrische stoornis?**

- Risico’s van stigmatisering
- Een objectief criterium voor ‘stoornis’
- Toepassing van het criterium op verslaving
- Verslaving als psychiatrische stoornis c.q. hersenaandoening

- Genetische kwetsbaarheid voor verslaving
- De betrekkelijkheid van 'foute genen'

#### **IV. Zelfbeheersing en sociale controle**

- De Westerse fascinatie voor zelfbeheersing
- Mensen leven in sociale verbanden
- De dwang tot vrijwilligheid

#### **V. Verslaving als een medisch en moreel probleem**

- Mensen vertonen zowel reflexief als reflectief gedrag
- Emotionele en symbolische sturing van gedrag
- Individuele- en groepsadaptatie
- De motiverende functie van symbolen
- Moraal en dwang
- Het ziektemodel als ontsnappingsclausule
- Het dubbelkarakter van verslaving: medisch én moreel probleem
- Is 'immoraliteit' ook een psychiatrische stoornis?
- Nogmaals: de historische context van het verslavingsprobleem
- Tekorten in zelfbeheersing en/of op gebied van sociale integratie

#### **VI. De consequenties**

- Moet de verslavingszorg blijven bestaan?
- Ter afsluiting

Noten

### **I. Inleiding**

#### **Het debat over verslaving als ziekte**

Herhaaldelijk vlamt de discussie over het 'ziektebegrip' van verslaving op. Het verzet tegen de gedachte dat verslaving als een 'ziekte' of 'stoornis' zou kunnen worden gezien is groot, de overtuigingskracht van de argumenten van de voorstanders daarvan is blijkaar nog niet sterk genoeg. Ook stoornissen als schizofrenie of autisme hebben een geschiedenis waarin het ziekte-karakter ervan heftig werd ontkend. Deze stoornissen gezien in de jaren zeventig nog opgevat als 'normale' reacties van kinderen op 'abnormale' gezinssituaties (meestal een 'foute' moeder), waardoor de betrokkenen onterecht in de rol van patiënt werden geduwd. Moeders werd een schuldgevoel aangepaard. Inmiddels is het algemeen aanvaard om deze twee stoornissen als 'hersenziekten' op te vatten, met een sterke – zij het nog niet helemaal begrepen – genetische component. Omgevingsinvloeden zijn nog steeds van (groot) belang zijn, maar het is door uitvoerig onderzoek aangetoond dat de interacties in gezinnen niet als oorzaak van de ziekte kunnen worden aangemerkt.

Binnen de psychiatrie is de discussie over het medische model van verslaving gedeels een gepasseerd station. Zowel schizofrenie, autisme als verslaving worden opgevat als hersenziekten. Het zou 'wereldvreemd' overkomen, als een universiteit nu nog een discussie zou aanzwengelen of schizofrenie wel of niet als een ziekte mag worden opgevat óf dat het louter een 'sociale constructie' is. Natuurlijk is schizofrenie ook een *sociale constructie*, die er als zodanig (om precies te zijn: als 'constructie') niet altijd geweest is, maar dat geldt voor alle (wetenschappelijke) begrippen waarvan

we ons bedienen. De vraag is of zo'n constructie van theoretisch of praktisch nut is, - dát iets 'sociaal geconstrueerd' is een dooddoener.

Patiënten met schizofrenie beleven er overigens in veel opzichten voordeel aan dat er thans consensus over is dat hun stoornis een 'ziekte' is: ze hebben recht op goede zorg. Dit laat overigens onverlet dat de behandeling en de nazorg van deze groep patiënten in hoge mate met niet-medische middelen plaatsvindt.

De vraag is wat er dan zo 'anders' is aan verslaving – in vergelijking met andere neuropsychiatrische stoornissen – waardoor de acceptatie van het ziektemodel van verslaving nog zo omstreden is. Waarschijnlijk speelt bij de discussie over verslaving mee dat de stoornis niet zonder enig initiatief van de betrokkene zelf tot stand komt. De verslaving ontstaat in interactie met een psychoactieve stof. Verder is het aanbod van middelen in de omgeving van de gebruiker een noodzakelijke voorwaarde: je kunt alleen verslaafd raken aan een bepaald middel als het beschikbaar is. De invloed van de sociale omgeving en de eigen activiteit is dus zonneklaar. Maar kan 'verslaving' daarom niet toch ook een 'ziekte' of 'stoornis' zijn?

### **Behoeftte aan argumenten**

Het is verstandig te proberen deze discussie zoveel als mogelijk te ontdoen van ideologische vooringenomenheid. Morele overwegingen zijn bij de discussie over het gebruik (of de meer *geladen* term 'misbruik') vaak zó overheersend, dat we de kans lopen een schijngevecht op te voeren in plaats van een wetenschappelijk debat aan te gaan. Het belang van de wetenschappelijke discussie over begrippen is desalniettemin heel groot: de uitkomst van het debat over 'verslaving' is beslissend over de positie en de koers van de verslavingszorg. Hoort de verslavingszorg niet eigenlijk in het domein van het eeuwenoude beschavingsoffensief? Moet het juist een integraal deel vormen van de gezondheidszorg? Of moet het helemaal verdwijnen omdat deze vorm van zorg nergens toe dient?

Voor degenen die vinden dat verslaving kan worden gerekend tot het domein van de psychiatrie, omdat het een – heel complexe – gedragsstoornis is, waar mensen zelden 'uit zichzelf' van loskomen, is het de 'morele plicht' de argumenten daarvoor helder op tafel te leggen. Die helderheid is overigens een eis die aan alle definities van stoornissen, die vallen binnen het domein van de psychiatrie, gesteld mag worden. In de geschiedenis van de psychiatrie is machtsmisbruik geen ongewoon verschijnsel. Herhaaldelijk zijn in het verleden ongewenste gedragingen geëtiketteerd als een psychiatrische stoornis. Om dát te voorkomen is legitimatie van het handelen en het denken dat daaraan gerelateerd van groot belang. Het is de eerste stap naar de vorming van consensus – nu nog in het midden latend in welke richting die consensus uitgaat.

De discussie over 'het ziektebegrip' van verslaving heeft dus zowel een theoretische als een praktische dimensie: *theoretisch*, omdat het de essentie van het verschijnsel verslaving onder woorden brengt, en *praktisch*, omdat het een oriëntatie geeft op de strategische positie van de verslavingszorg. Maar als we ervan afzien om bij voorbaat een 'keuze' te maken tussen de verschillende denkmodellen die ons met betrekking tot verslaving ter beschikking staan, is er een lange weg te gaan. Het belangrijkste is dat we streven naar een begrip dat het toestaat om de empirie haar werk te laten doen. We hebben kortom een denkmodel nodig dat falsifieerbaar is, en we moeten een werkwijze hebben die op een navolgbare manier de benodigde gegevens aanlevert om tot een verstandig oordeel te komen. Dit hoeft nog niet te betekenen dat we daarmee alle subjectiviteit in onze beoordeling van verslavingsgedrag uitsluiten. De wetenschapsgeschiedenis laat zien dat dat bijna ondoenlijk is. We kunnen daarentegen wel onze 'waarden' expliciteren en verantwoorden – onze subjectiviteit is niet immuun voor objectivering.

Hieronder volgt een poging om het veld voor de fundering óf de weerlegging van het ziektebegrip van verslaving te verkennen.

## **II. Achtergronden van het begrip verslaving**

### **Definitie van verslaving**

Er zijn al verschillende pogingen ondernomen om de term verslaving (of addiction) uit het medisch-psychiatrische vocabulaire te bannen. De WHO heeft de term afhankelijkheid voorgesteld. In de DSM-IV, de catalogus van psychiatrische beelden, komt 'addiction' ook niet voor, - daar gaat het om 'afhankelijkheid' of 'misbruik' van middelen. Maar in de praktijk gebruiken artsen, psychiaters en anderen vrijmoedig de term verslaving. En de 'verslavingszorg' kan er wel helemaal niet zonder.

Het is verstandig om een woord, dat niet of nauwelijks is uit te bannen, te accepteren en te gebruiken. Maar dan is het laatste woord er nog niet over gezegd: de strijd over wat we onder verslaving verstaan is nog niet gestreden.

De term verslaving roept - in ieder geval bij Nederlanders - vrij krachtige connotaties op: verslaving wordt gemakkelijk als iets absoluuts, onontkoombars gezien: een algeheel verlies van de zelfbeheersing. De term verslaving roept een beeld op van een 'totale' verwisseling van subject (de gebruiker) en object (het middel). Als we dit vergelijken met de betekenis van de woorden 'schizofrenie' of 'autisme' dan doet zich iets merkwaardigs voor: bijna niemand vraagt zich af wat die woorden eigenlijk betekenen. Dat is ook verstandig, want het 'begrip' van deze aandoeningen is al vele malen gewijzigd. De discussie en de consensusvorming over schizofrenie of autisme wordt dan ook niet gehinderd door de 'letterlijke' betekenis van de woorden zelf. Weliswaar heeft de term schizofrenie in de volkstaal de betekenis van 'gespletenheid' gekregen, - de psychiatrie heeft van die uitleg lang niet zoveel last als de verslavingszorg van de term verslaving.

Wat verstaan we hier onder verslaving? Voorlopig definiëren we verslaving als volgt: verslaving is een duurzame gedragsstoornis waarin de betrokkene op een zodanige manier verlangt en op zoek gaat naar én gebruik maakt van psychoactieve stoffen (en streeft naar de realisatie van de aan het gebruik gerelateerde handelingen) dat deze niet meer *functioneel* is voor de individuele adaptatie aan de relevante levensomstandigheden en bovendien *schadelijk* is voor zowel de betrokkene alsook zijn of haar sociale omgeving. Het spreekt voor zich dat we bij het gebruik van psychoactieve stoffen hieraan moeten toevoegen dat we de 'roes' zelf, vanwege haar tijdelijke karakter, niet als een stoornis mogen typeren. Verderop in dit stuk zullen we deze omschrijving toelichten, aanvullen en nuanceren. Allereerst gaan we in op de historische achtergronden

### **Het Westerse beschavingsproces**

De richting van het West-Europese beschavingsproces wijst op een toename van de onderlinge afhankelijkheid tussen klassen en sociale categorieën én tussen de mensen binnen die klassen en categorieën. Om deze afhankelijkheidsrelaties mogelijk te maken was zelfbeheersing van driften én impulsen én de verinnerlijking van gedragsregels nodig, zodat naar verhouding steeds minder louter door externe controle het individuele gedrag gereguleerd hoefden te worden. Het manifeste gedrag werd steeds beter voorspelbaar. Ook al bevonden mensen zich op een grote afstand van elkaar en is er een flinke tijdsruimte tussen hun interactie, ze konden 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 én de burgerlijke maatschappij van economisch, politiek en geestelijk vrije individuen - kwam een grote nadruk te liggen op het onderzoek naar de rede, het verstand, de wil,

en ook de behéersing daarvan. Middelen die, voor anderen zintuiglijk waarneembaar, een toestand van redeloosheid en onbeheerst gedrag bevorderden, werden object van intensieve maatschappelijke interventie. Vanaf deze periode eisten vooral die middelen, welke het meest buiten de historisch gegroeide maatschappelijke praktijk stonden en het minst in rituele gebruiken en omgangsvormen waren geïntegreerd (gedistilleerde drank en in mindere mate andere, niet-alcoholische roesmiddelen van overwegend niet-westerse herkomst), de aandacht op. De mens werd opgevat als een verstandelijk wezen, - en de rede werd gezien als een wezenlijk onderdeel van zijn natuur. Waarom zou hij zich dan overgeven aan een middel dat de irrationaliteit juist bevorderde? Was het, zo ging 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?

Om te kunnen overleven, de concurrentie aan te kunnen gaan en een bijdrage te kunnen leveren aan maatschappelijke vooruitgang, werd een toenemende zelfcontrole van de burgers verlangd. Door de rationalisering van het maatschappelijk leven en de opkomst van de burgerlijke maatschappij vanaf de 18e eeuw werd 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 kwam duidelijker voor het voetlicht, - tijdens de arbeid was het niet meer geoorloofd alcohol te drinken, laat staan sterk onder invloed te zijn van drank. De dronkenschap kreeg ook een andere functie. In plaats van een begeleidend verschijnsel van collectieve drinkrituelen, werd dronkenschap veeleer een - al dan niet moreel verwerpelijk - aspect van de periodieke ontsnapping aan de druk zichzelf te disciplineren, zich 'te gedragen zoals het hoort'. De moderne roes creëerde en/of symboliseerde ontspanning en legitimeerde het tijdelijk ontsnappen aan de sociale conventies.

### **Historische achtergronden van het verslavingsbegrip**

Sinds het midden van de achttiende eeuw zijn we in Nederland gedragingen, waaruit bleek dat mensen zich aan iets 'verslingerden', als tekens van verslaving gaan aanduiden. Dat de Nederlanders nu juist dit woord gebruikten zegt iets over de sfeer van Verlichting die in ons land heerste. De culturele voorhoede waardeerde het individuele verlies van zelfbeheersing als één van de hoofdzonden van het menselijk bestaan.

Het Nederlandse woord 'verslaving' kreeg in deze periode een nieuwe betekenis. Naast het *tot slaaf maken* van iemand werd 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, was het woord verslaving de meest geschikte metafoor voor de verachte dronkenschap en het onmatige gebruik van gedistilleerd. Deze vrijwillige afhankelijkheid bedreigde het eigen bestaan. Was het niet angstaanjagend, zo vroeg men zich af, als vrije burgers zich *vrijwillig* tot slaaf maakten? Hoewel het verslavingsbegrip niet is ontstaan uit een kritische beweging tegen 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 [1]):

*'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 tyrannye, en meer dan beestagtige slavernye, te onderwerpen.'*

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

Verslaving werd kortom als 'irrationeel' geduid. Het zegt iets over de ambivalente gevoelens die de slavenhandel, waarin de Hollanders en de Zeeuwen in die tijd nog volop actief waren, oproep. Je *vrijwillig* tot slaaf maken van iets of iemand was moreel verwerpelijk, ook al *dwongen* we anderen wél zich naar onze wil te voegen. De handelaren susten hun geweten met de gedachte dat het geen 'christenen' waren – helemaal klaar waren ze er niet mee. Hoe het ook zij, wij gaven de term verslaving, die eeuwenlang was gebruikt als aanduiding voor het onderwerpen van andere mensen tot slaaf, een nieuwe, psychologische betekenis (zie verder: Van der Stel, 1995 [2]).

### **De medici over verslaving**

In de loop van de eeuwen hebben medici steeds een ambivalente houding ingenomen tegenover drankgebruik en -misbruik. Hun eigen gebruik was daar natuurlijk debet aan. Maar belangrijker was toch wel dat artsen nooit veel succes hadden met hun pogingen patiënten van de drank af te houden. Mismoedigheid was hun deel. Niettemin zijn er aansprekende artsen en psychiaters geweest die wél belangstelling hadden voor het onderwerp.

Een medisch model van verslaving houdt in dat voor verslaving een biomedische verklaring kan worden gegeven, en dat er ook een biomedische therapie beschikbaar is of gevonden moet worden. De ontwikkeling van zo'n model is – nog zonder de term 'verslaving' overigens – begon in de zeventiende eeuw, zoals valt aan te tonen met de geschriften van de Nederlandse geneesheren Van Beverwijck en Bontekoe. Het waren echter vooral Engelse en Duitse artsen die in de achttiende en begin twintigste eeuw op dronkzucht en verslaving gerichte monografieën publiceerden. Midden negentiende eeuw muntte (Magnus Huss) de term alcoholisme.

In de negentiende eeuw was het de vermaarde J.N. Ramaer (1817-1887) – bekend als hervormer van de Nederlandse geneeskunde en de psychiatrie – die in 1852 de verhandeling *Dronkenschap en Krankzinnigheid* schreef.[3] Hij stelde vast dat in de Nederlandse krankzinnigenhuizen één op de zestien patiënten (in)direct vanwege dronkenschap was opgenomen. Daarnaast was er volgens hem nog een veel grotere groep waarbij de krankzinnigheid door dronkenschap werd veroorzaakt. Opmerkelijk was dat, in tegenstelling tot auteurs vóór hem, hij zich distantieerde van de idee dat de dronkenschap het gevolg was van een beschavingscrisis. Hij richtte zijn aandacht slechts op individuele ziektegevallen. Ramaer vatte alle onmatigheid in het gebruik van sterke drank op als een ziekteverschijnsel. Afzondering was het beste geneesmiddel, zo mogelijk in een speciale inrichting voor de verbetering van dronkaards. Verder noemde hij de mogelijkheid een verbintenis aan te gaan met een afschaffingsgenootschap. Maar dat lukte volgens hem slechts in die gevallen waar de dronkenschap niet de oorzaak van ziekte was. Dronkenschap die voortkwam uit 'drinklust' kon niet via opsluiting genezen worden. Ze vielen na behandeling weer snel terug in hun oude gedrag. Alleen als ze 'uit eigene beweging' zich tot de geneesheer zouden wenden, had behandeling enige zin. Het werkzame bestanddeel daarvan was toch vooral 'de kracht

des wils', een 'gevoel van schaamte' of de 'invloed der godsdienst'. Zie hier het programma waaraan in de anderhalve eeuw hierna uitvoering is gegeven.

Artsen wezen al heel vroeg op de rol van de 'erfelijkheid' zonder dat ze dit goed konden aantonen. Eind negentiende eeuw en in de eerste decennia van de twintigste eeuw leidden eenzijdige opvattingen over de rol van erfelijkheid bij alcoholisme tot eugenetische concepten, gedwongen sterilisatie, pleidooien voor een huwelijksverbod voor alcoholisten. Bij gebrek aan een goed biomedisch verklaringmodel van verslaving was er tot zeer recent ook een groot gebrek aan effectieve farmacologische interventiemethoden. Na de Tweede Wereldoorlog waren alleen Refusal of Antabus beschikbaar als middelen die behulpzaam konden zijn bij de ontwenning van drank.

De ontplooiing van het medische model werd in fasen gehinderd door de dominantie van een moralistische zienswijze op verslaving of, zoals in de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw het geval is geweest, een eenzijdige sociaal-psychologische zienswijze.

Recent is er meer inzicht in neuronale mechanismen van verslaving en de aangrijpingspunten van psychoactieve stoffen in het centraal zenuwstelsel. Verder zijn er sterke aanwijzingen uit de moleculaire biologie dat de kans op verslaving inderdaad gerelateerd is aan genetische factoren. Overigens was de rol van de erfelijkheid al eerder bekend geworden uit tweeling- en adoptiestudies. Belangrijk is verder dat er veel meer dan in de tijd van Ramaer inzicht is in de overlap c.q. samenhang met andere psychiatrische stoornissen. Al met al is de medische zienswijze op verslaving – in ieder geval binnen de gezondheidszorg en de geneeskunde – thans veel minder omstreken dan zij de afgelopen 150 jaar is geweest.

### **Twee probleembenaderingen: moralisering versus medicalisering**

Het debat over verslaving in de periode na 1800 leverde grofweg twee modellen op voor de wijze waarop men zich tegenover verslaving kan opstellen: (a) het probleem werd gezien als een kwalijk maatschappelijk verschijnsel dat uiteindelijk slechts door een preventieve (waaronder: politionele) benadering viel uit te bannen, of (b) het probleem werd gezien als een niet-verwijtbare individuele stoornis (ziekte) die slechts door een curatieve benadering kon worden verholpen.

Het eerste model was een vorm van moralisering, het tweede model een vorm van medicalisering. In de praktijk kon het ene model moeilijk zonder het andere. Er kon hoogstens gesproken worden van mengvormen, met als uitersten perioden waarin het ene model uitdrukkelijk de boventoon voerde over het andere. De verklaring voor de actualiteit van een model lag in de specifieke historische omstandigheden. Geen van de modellen kon aanspraak maken op absolute geldigheid. Verslaving was met even veel recht te duiden als een ziekte of als een vorm van immoreel gedrag. Het lag er maar aan vanuit welk referentiekader positie werd ingenomen. Aan het verschijnsel werd wellicht het meeste recht gedaan als het werd opgevat als een *beschavingsstoornis*, een individueel of collectief probleem om zich aan te passen aan de actuele fysieke en sociaal-culturele levensomstandigheden.[4]

Ook de manier waarop de samenleving - historisch gezien - met drank (en in de afgelopen decennia ook met drugs) omging en reageerde op degenen die er misbruik van maken, verliep in golfbewegingen. Strakke regelgevingen, gepaard gaande met morele veroordelingen, werden afgewisseld door periodes waarin de burgers meer ruimte werd gegeven zelf uit te zoeken waar hun grenzen liggen. Ook de houding tegenover drankmisbruikers en drankzuchtigen wisselde, al naar gelang de algemene houding in de samenleving tegenover drank. Dit gaf richting aan de heersende strategieën en tactieken van maatschappelijke en medische zorg.

Wat de huidige periode betreft kunnen we stellen dat er weinig belangstelling bestaat voor begripsvolle alcohol- en drugshulpverlening 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.

### **Is verslaving een 'sociale constructie'?**

In geen enkele taal wordt de afhankelijkheid van psychoactieve stoffen zo duidelijk uitgedrukt in een voor iedereen begrijpelijk woord. De Duitsers waren niet zo actief in de slavenhandel en hielden het bij het Middelduitse woord *Sucht*. De Fransen gebruikten de term *intoxication*, wat we het beste met het woord 'roes' kunnen vertalen. Alleen de Engelsen, ook zeer actief in de slavernij, gebruikten een woord - addiction - dat van oorsprong met de Nederlandse betekenis nauw verwant was, alhoewel ze daarvoor toch een Latijns woord gebruikten. Het werkwoord *addicere* betekent letterlijk iemand aan een ander toewijzen als slaaf. In het Romeinse recht krijgt *addicere* echter al een algemenere betekenis, namelijk als aanduiding van de binding tussen mensen, of binding tussen mensen en dingen. In de zestiende eeuw krijgt het woord in Engeland een nóg algemenere betekenis als de habituele toewijding tot iets of iemand. De verbinding met de slavenhandel was dus lang niet zo duidelijk als dat in Nederland het geval was.

In de negentiende eeuw wordt verslaving aan alcohol en andere middelen, in vele talen, geassocieerd met de term *manie*. Ook nu nog gebruiken de Fransen de term *toxicomanie*, - het Nederlandse woord drankzucht (een slechte vertaling van het oorspronkelijke woord *Trinksucht*) is begin negentiende eeuw 'bedacht' als benaming voor het manisch drinken van alcoholische dranken.

Al onze begrippen en ideeën zijn sociaal geconstrueerd. De belangrijkste vraag hierbij is of begrippen en ideeën wel of niet een referentie hebben met de werkelijkheid, en of ze wel of niet zijn ingegeven door belangen van andere aard dan het onderwerp in kwestie.<sup>[5]</sup> Is 'verslaving' een sociale constructie die geen recht doet aan reële psychologische of fysiologische processen? Was de kritiek op verslaving een uitdrukking van de belangen van de bourgeoisie in de achttiende en negentiende eeuw gericht op gedisciplineerde arbeidskrachten? En wat zijn tegenwoordig de argumenten om verslaving als een 'ziekte' te kunnen classificeren?

Bij een *ziekte* als kanker is er sprake van een schadelijke disfunctie van het evolutionair gevormde 'programma' voor de ontwikkeling van cellen (wildgroei). Daar is thans, op hoofdlijnen, geen discussie meer over. Bij dementie (ziekte van Alzheimer) of schizofrenie is het 'ziektebegrip' thans ook onomstreden. Dat we kanker, dementie en schizofrenie een ziekte of stoornis noemen, heeft uiteraard voor de betrokkenen grote gevolgen: zij hebben recht op zorg en bescherming - wij hebben de humane plicht tot zorgverlening.

### **Zal de term verslaving blijven bestaan?**

Het idee van verslaving als een psychische, en ook 'ziekelijke' gedragsvorm van afhankelijkheid is in hoge mate een achttiende-eeuwse vinding. Voordien zijn er wel geneesheren geweest die een verklaring zochten voor overmatig drankgebruik, maar daarin waren concepten als het verlies van de controle op het gebruik, of een onbedwingbare hunkering naar drank, nog ver te zoeken.

De opkomst van het verslavingsbegrip moeten we duiden tegen de achtergrond van de sociaal-culturele en sociaal-economische veranderingen in de achttiende eeuw. Daarnaast is het belangrijk rekening te houden met de introductie van sterke drank als 'volksdrank' en daarmee de marginalisering van bier.

Het is overigens aannemelijk dat tot het midden van de achttiende eeuw de 'ruimte' voor individueel verslavingsgedrag voor het merendeel van de burgers nog niet zo groot was. De toenmalige rituelen en sociale sancties met betrekking tot het gebruik



van bier en wijn, en de schaarste aan 'krachtige' middelen voor 'recreatief gebruik' verhinderden dat. Pas in de loop van de achttiende eeuw werd sterke drank betaalbaar en kwam het beschikbaar voor het volk.

Als verslaving inderdaad als een 'ziekte' of 'stoornis' mag worden aangeduid, is het natuurlijk aannemelijk dat ook vóór de achttiende eeuw verslaving voorkwam. Maar vanwege de drinkrituelen, de schaarste én de kenmerken van de beschikbare middelen is het niet aannemelijk is dat verslaving in vroeger tijden in dezelfde omvang voorkwam als dat thans het geval is. Voor de ontwikkeling van verslavingsgedrag is ten slotte niet alleen genetische kwetsbaarheid vereist, maar moet ook het aanbod van middelen en moeten de gebruikspatronen het toelaten om zich 'te buiten' te gaan aan 'drank en drugs'.

Als metafoor heeft het begrip het begrip verslaving zijn langste tijd gehad, - het is echter vooralsnog niet mogelijk gebleken het uit het vocabulaire te schrappen. Het woord 'verslaving' (althans in het Nederlands) is weliswaar te 'absoluut' omdat het in de letterlijke betekenis van het woord geen ruimte laat voor nuances. Uit de moderne verslavingszorg weten we dat ook 'verslaafden' kunnen leren gecontroleerd met hun begeerde middelen om te gaan. Toch achten wij de kans dat we over 50 jaar ons nog van deze term bedienen vrij groot. Het lijkt daarom verstandig niet zozeer het woord te bestrijden maar de betekenis ervan zodanig aan te passen aan wetenschappelijke inzichten dat we er mee kunnen leven. Gezien de omvang van het aanbod van - 'verslavende' - psychoactieve stoffen én de interesse daarin bij grote groepen mensen in onze cultuur, is het ook niet aannemelijk dat het gebruik van middelen, toch de voorwaarde voor verslaving zal afnemen.

Het is voorstelbaar dat onze cultuur in de toekomst in staat is op een effectieve wijze invloed te nemen om de gebruikspatronen, waardoor het gebruik van 'krachtige' middelen beperkt blijft, en de gebruikers snel leren hoe ze 'beheerst' met de middelen kunnen omgaan. Vanwege de veel 'abstractere' vormen waarop in onze cultuur sociale controle plaatsvindt, blijft er echter veel ruimte voor 'afwijkend' gedrag. Mede daardoor blijft de kans op de aanwezigheid van verslaving (in de betekenis van dwangmatig zoeken naar en gebruiken van middelen) of het misbruik van middelen groot.

### **III. Is verslaving een psychiatrische stoornis?**

#### **Risico's van stigmatisering**

Om de vraag te kunnen beantwoorden of verslaving een ziekte of een stoornis is, is het belangrijk allereerst het met elkaar eens te zijn of er inderdaad tussen (groepen) mensen waarneembare en objectief meetbare *verschillen* bestaan in de wijze waarop ze psychoactieve stoffen gebruiken en daarop reageren. Als iedereen zich op de keper beschouwd op dezelfde wijze gedraagt, heeft het weinig zin ons gedrag met een ziektebegrip te lijf te gaan. Het gaat hier uiteraard niet om de normale fluctuaties, die altijd en in alles kunnen worden vastgesteld, maar om heel opmerkelijke verschillen die niet van tijdelijke aard zijn maar een duurzaam karakter dragen. Zijn er mensen die opvallend veel gebruik maken van psychoactieve stoffen? Verschillen zij van anderen die dat niet doen in de mate waarin ze naar deze stoffen hunkeren, of in de mate waarin ze actief op zoek gaan naar deze middelen en de gretigheid waarmee ze die gebruiken? Valt het op dat ze er veel moeite mee hebben om het gebruik achterwege te laten - zelfs als ze zélf aangeven dat ze dat graag zouden willen?

Er is genoeg materiaal beschikbaar om deze vragen met 'ja' te beantwoorden. Maar het is beslist wat anders om daaruit te concluderen dat we daarmee het 'onomstotelijke' bewijs hebben geleverd van het bestaan van een stoornis of ziekte die we 'verslaving' noemen. Daar komt meer bij kijken, waaronder meer inzicht in het ontstaan van deze stoornis, of - als daarover nog onvoldoende kennis over beschikbaar is - in ieder

geval een adequate *redenering* dat we, in analogie van andere stoornissen of ziekten, 'verslavingsgedrag' mogen typeren als een ziekte.

De vraag naar de *ziekelijkheid* of het *gestoorde* karakter van menselijk gedrag is heel tricky. In de loop van de geschiedenis zijn talloze onhebbelijkheden of minder frequent voorkomende gedragingen of levenswijzen van mensen (meestal ging het dan om mensen wier gedrag afweek van dat van de 'normale' populatie volwassen mannen of vrouwen) binnen het medische denksysteem gebracht en is er navenant naar gehandeld. De medische geschiedenis geeft echter niet alleen veel voorbeelden over wat er mis ging, maar laat ook zien dat er 'hersteloperaties' mogelijk zijn. De typering van homoseksualiteit of masturbatie als een uiting van een ernstig zieke geest, zoals dat in de negentiende en nog ver in de twintigste eeuw gebruikelijk was, wordt thans opgevat als volstrekt achterhaald - tenminste in de westerse geneeskunde. Nu is het in sommige landen nog gebruikelijk om politieke incorrectheid psychiatrisch te duiden en mensen hiervoor gedwongen op te nemen. Natuurlijk zit het er dik bovenop dat dit een manier is om politieke tegenstanders monddood te maken, maar in de betrokken landen werken artsen en verpleegkundigen er wel aan mee.

### **Een objectief criterium voor 'stoornis'**

Om het risico te vermijden 'moreel verwerpelijk' gedrag te medicaliseren - en bij 'verslaving' is dit risico beslist ook aanwezig - is het van groot belang een *objectief criterium* te hebben waarmee we, op een voor iedereen navolgbare wijze, kunnen bepalen of we te maken hebben met een stoornis of ziekte. Ter zijde: we gebruiken deze woorden hier door elkaar, alhoewel we bij verslaving de voorkeur geven aan het in de psychiatrie meer gebruikelijke begrip stoornis. In de psychiatrie is een omvangrijke literatuur over het begrip stoornis. We vatten deze hier niet samen, maar beperken ons tot de definitie van Wakekefield (1999; zie ook Van der Stel, 2001[6]), die ook goed de lading dekt van het stoornisbegrip zoals dat ten grondslag ligt aan de DSM-IV-classificatie: een 'stoornis' is een *schadelijke disfunctie van evolutionair 'ontworpen' potenties*. Een stoornis is dus een disfunctie in de wijze waarop een systeem, zoals het is ontworpen, opereert om een bepaald doel te bereiken. In de toevoeging 'schadelijk' zit een evaluatief, waardegebonden moment - het objectieve criterium kan het niet zonder subjectieve besluitvorming stellen. Schade laat zich echter wel goed uitdrukken in kwantificeerbare dimensies. Om van een stoornis te mogen spreken moeten er dus drie voorwaarden vervuld zijn:

- het verschijnsel is niet functioneel;
- het verschijnsel is schadelijk (voor de betrokkene en/of anderen);
- het verschijnsel is bovendien een schadelijke disfunctie van evolutionair gevormde menselijke potenties.[7]

Achter de toewijzing van verschijnselen tot de categorie stoornis (of eventueel een categorie 'niet-gestoorde tekortkomingen') gaat een wereld van meningsverschillen en misleiding schuil. Maar op dit vlak zijn we tegenwoordig toch een stuk minder onzeker dan 100 jaar geleden. Over wat (dis)functioneel is, bieden bijvoorbeeld de biologische (en sociale) wetenschappen uitkomst. Hetzelfde geldt voor wat (on)schadelijk is. Verder zijn de vorderingen van de evolutionaire biologie en evolutionaire psychologie van dien aard dat we met steeds meer 'stelligheid' uitspraken kunnen doen over wat wel of niet 'menselijk' is.[8]

Op grond van deze definitie van een stoornis kunnen we de in de DSM IV opgenomen aandoeningen, gezien wat we daar thans over weten, inderdaad als een *stoornis* typeren. Het is juist voor de grensgevallen - vaak betreft het gedragsuitingen die moeilijk van 'normale' gedragingen zijn te onderscheiden (voorbeelden liggen op het gebied van seks, grensoverschrijdend gedrag of gebruik van psychoactieve stoffen) - van belang dat we de beschikking hebben over een universeel criterium. Zo'n criterium kan

bijdragen aan de preventie van stigmatisering en willekeur. De verantwoording van zo'n criterium moet uiteraard transparant zijn, geoperationaliseerd zijn en empirisch op bruikbaarheid getoetst kunnen worden.

Toch betekent dit alles niet na de aanvaarding van een criterium het laatste woord gesproken is. De definitie van een stoornis impliceert echter wel dat homoseksualiteit daar niet onder valt, - politiek 'incorrect' gedrag valt er ook buiten. Verkeersongelukken veroorzaken is ook geen stoornis, al is het gedrag schadelijk en niet functioneel. Het kan overigens wél zo zijn dat er bij de desbetreffende chauffeur sprake is van een handicap of een neuropsychiatrische stoornis die aan het ongeluk ten grondslag lag. Niet kunnen lezen is ook geen stoornis, maar er kan wel sprake zijn van een afwijking in de informatieverwerking die de persoon verhindert zich de cultureel gevormde potentie tot het lezen van letters toe te eigenen. Men kan zo redeneren dat dyslexie nooit als een stoornis mag worden geduid, ervan uitgaande dat toen ons genoom zich vormde er nog geen letters waren. Er is echter bij dyslexie meer aan de hand dan leesproblemen omdat er (a) niet alleen duidelijke afwijkingen in enkele neuronale circuits kunnen worden aangetoond, maar (b) deze afwijkingen sterk overlappen met andere 'stoornissen', zoals ADHD of antisociale persoonlijkheidsstoornis.

### **Toepassing van het criterium op verslaving**

Is, gezien de voorgaande gedachtegang verslaving te duiden als een stoornis? Er is hier in ieder geval geen sprake van een ziekte die mensen overkomt als gevolg van een infectie, een organische aandoening of genetische fouten. Beter is het te spreken van een syndroom waarbij het eigen gedrag, dus eigen keuzen een belangrijke schakel vormen, zowel in het ontstaan van het syndroom alsook de continuering ervan. Men kan verslavingsgedrag etiketteren als een 'ondeugd' zoals men eeuwenlang heeft gedaan. Toch biedt juist hier het criterium van een stoornis zoals hierboven is voorgesteld een belangrijke bijdrage aan de oplossing van de vraag wat we met deze 'ondeugd' aan moeten:

- Is het syndroom *disfunctioneel*? Ja. Bij verslavingsgedrag is het moeilijk zo niet ondoenlijk aan te tonen hoe mensen door dit gedrag hun 'adaptatie' verhogen. Er is iets anders aan de hand dan alleen maar de 'afhankelijkheid' van iets. Iedereen is van duizenden dingen afhankelijk in de zin dat ze niet zonder kunnen of willen, maar die afhankelijkheid is zelden disfunctioneel in de zin van 'gestoord' – van het omgekeerde is eerder sprake.
- Is het syndroom *schadelijk*? Ja. Bij verslaving leidt de aandoening na verloop van tijd tot (ernstige) complicaties en neemt de levensverwachting af.
- Hoe zit het met het *evolutionaire* gezichtspunt? We kunnen stellen dat ons cognitieve, affectieve en motivationele 'apparaat' erop gericht is behoeften te bevredigen, pijn te vermijden en als het even kan plezier te hebben. Alhoewel er op dit vlak (grote) genetische verschillen bestaan tussen mensen, kunnen we stellen dat mensen (en dieren) gretig gebruik zullen maken van stoffen als vet, suiker, zout en diverse psychoactieve stoffen in het geval deze beschikbaar zijn. Echter, mensen – effectiever dan hogere dieren – kunnen ook controle uitoefenen op hun gedrag (en op dat van anderen). In zoverre is ons evolutionair gevormde 'apparaat' niet op voorhand geneigd tot verslavingsgedrag. Ook niet als zo begeerde stoffen in overvloed aanwezig zijn. Sommige mensen (een kleine minderheid) wijken evenwel in dit opzicht opmerkelijk af: de kans dat ze verslaafd worden na een experimentele periode is groot. Hun kansen om daar zelf, of met behulp van anderen, iets aan te veranderen zijn geringer. Het omgekeerde bestaat ook - er zijn mensen (bijvoorbeeld Aziaten voor wat betreft alcohol) die een verlaagde kans hebben op verslaving.

Verslavingsgedrag betreft een schadelijke disfunctie van evolutionair gevormde potenties, wanneer de blootstelling aan psychoactieve stoffen ertoe leidt dat er zich functionele en structurele veranderingen hebben voorgedaan in de werking van alsook de connecties tussen enkele centrale neuronale systemen. Deze systemen kunnen door de toegediende stoffen zodanig worden gemoduleerd dat dit leidt tot schadelijk en niet-functioneel gedrag. Maar het hoeft niet, want er zijn allerlei barrières die verhinderen dat blootstelling overgaat in verslaving.

### **Verslaving als psychiatrische stoornis c.q. hersenaandoening**

Als we een psychiatrische stoornis mogen aanduiden als een schadelijke disfunctie van evolutionair ontworpen menselijke potenties, dan kunnen we verslavingsgedrag typeren als een psychiatrische stoornis. Tot het ontstaan van verslaving kan een verhoogde individueel genetische (neurobiologische) of een sociaal-culturele kwetsbaarheid bijdragen. Echter, ook zonder zulke kwetsbaarheidsfactoren is verslavingsgedrag mogelijk, zoals bij veel nicotineverslaafden het geval is. Bij hen kan de ervaring met nicotine (of een andere stoffen in de rook van tabak met een verslavende potentie) volstaan om in korte tijd een nicotineverslaving te ontwikkelen. In zo'n geval geldt dat de farmacologische werking van de stof in kwestie een belangrijke risicofactor vormt.

We zijn thans in staat in ons neuronale 'apparaat' het circuit (het *rewardsysteem*) aan te duiden en te onderzoeken dat nauw betrokken is bij verslavingsgedrag (steekwoorden: craving, afname zelfcontrole, reinforcement, tolerantie, sensitatie, stereotypering van gedrag e.d.). Maar hoewel er verschillen zijn tussen mensen in de wijze waarop dat apparaat functioneert – 'bij voorbaat' kun je die verschillen nog geen stoornissen of ziekten noemen. Daar is echter wél sprake van indien het betrokken circuit 'voor de gek gehouden wordt' of wordt 'gekaapt'. In plaats van dat het behulpzaam is bij de verhoging van de adaptatie, kan het onder omstandigheden objectief gezien op een averechtse wijze functioneren. Bijvoorbeeld wanneer mensen in contact zijn gekomen met middelen, die in prehistorische tijden in de huidige concentratie en toedieningsvorm niet bestonden. De aanpassing aan de omgeving verloopt dan niet functioneel en op de koop toe ook nog eens (voor zichzelf en voor anderen) op een schadelijke wijze.[10]

Verslaving kunnen we typeren als een afwijkende, duurzame configuratie van de neuronale circuits met betrekking tot leren, motivatieontwikkeling, reward en operant gedrag in relatie tot prikkels in de omgeving. In de hiërarchie van voorkeuren voor gedragsalternatieven en behoeftebevrediging doet zich bij verslaving een opmerkelijke verschuiving voor die, gezien vanuit een objectief beoordelingskader, niet functioneel en schadelijk is. Zo beschouwd kunnen we spreken van een hersenziekte met een chronisch recidiverend verloop. Inmiddels is er op grond van dierexperimentele en humane studies veel bekend over de 'common pathway' van verslaving met een hoofdrol voor het VTA (ventral tegmental area), de nucleus accumbens, de thalamus, de amygdala en de prefrontale cortex. In deze gebieden alsook in de connecties daartussen doen zich bij verslaving functionele en structurele veranderingen voor. De term 'verslaving' is uiteraard veel te absoluut, want ook al spreken we van een chronische aandoening, het is mogelijk dat de betrokkenen zich met veel mentale inspanning, eventueel met hulp van medicatie, ervan kunnen 'bevrijden'.

### **Genetische kwetsbaarheid voor verslaving**

Het is aannemelijk dat er naast omgevingsinvloeden ook genetische factoren een rol spelen bij verslavingsgedrag. In de wetenschappelijke literatuur wordt gewezen op de rol van genetische verschillen in het geheel van factoren dat al dan van invloed is op verslavingsgedrag. Verslaving is echter geen proces dat de onherroepelijke uitkomst is van experimenteel gebruik of 'foute' genen. Hier komt bij dat we nog betrekkelijk weinig afweten van de genetische grondslag van de mechanismen in ons brein met betrekking tot verslaving. Ook weten we nog weinig van de interacties tussen de ge-

netische uitgangspositie en de natuurlijke en sociaal-culturele omgeving. Dus we kunnen nog niet goed voorspellen waarom de ene groep mensen moeiteloos middelen kan laten staan (ook al hebben ze er ervaring mee opgedaan) en een andere groep gebruikers – een kleine minderheid – inderdaad een route bewandelt waarvan we de voorlopige uitkomst aanduiden als verslaving.

Psychoactieve stoffen zijn niet alleen aangenaam voor de gebruiker ervan als de een gewenste roeservaring opwekken, maar manipuleren ook de 'menselijke potenties' tot de vorming van verwachtingen, het leren van gewoonten en de bevrediging van behoeften. Deze potenties zijn evolutionair gevormd als het resultaat van een interactie met de objectieve levensomstandigheden. Hierbij verstaan we onder 'objectieve' levensomstandigheden overigens niet alleen de natuurlijke omstandigheden, maar ook de cultureel gevormde sociale levensvoorwaarden. Het menselijk gedrag dat binnen de context van die interactie ontstaat noemen we *adaptief* als het de overleving van het individu of het voortbestaan van de groep bevordert. Dat de vaststelling of bepaald gedrag wel of niet adaptief is vaak heel lastig te beantwoorden is, is evident. Ongewenst of onwenselijk gedrag kan vanuit een evolutionair gezichtspunt soms beredeneerd worden als 'functioneel', - zo kunnen we depressie of suicidaliteit zien als 'adaptief' gedrag, als dat de fitness van de sociale groep waarvan de betrokken deel uitmaakte ten goede komt.

De evolutie is geen rechtlijnig en 'rationeel' proces, mede waardoor het 'resultaat' van het evolutionaire proces tegenstrijdigheden bevat die een ingenieur zou kunnen opvatten als 'ontwerpfouten'. Hier komt bij dat er – vooral wanneer er zich vrij recente veranderingen in de objectieve omgeving hebben voorgedaan – zelden een harmonieuze één-op-één overeenstemming bestaat tussen de vereisten van de omgeving en de in de evolutie geselecteerde potenties van het biologische systeem in kwestie.<sup>[10]</sup> Omdat mensen evolutionair niet voorbereid zijn op krachtige middelen als heroïne of cocaïne kan men zo redeneren dat – gezien de voorafgaande beschouwing – het discutabel is om te spreken van een stoornis. Maar dat is slechts één kant van de zaak. De andere is dat ons 'apparaat' wel degelijk mogelijkheden heeft om met de gevolgen van deze stoffen om te gaan, en dat de overgrote meerderheid van de mensheid niet zomaar verslaafd raakt aan dit soort (in de prehistorie onbekende of althans veel minder 'krachtige') middelen.

Een belangrijk, doorslaggevend onderdeel van de potentie tot zelfbeheersing die mensen ter beschikking staat, is dat ze zich ook kunnen reguleren met behulp van taal en symbolen. Effectiever dan enig ander dier kunnen ze hierdoor *cognitieve controle* uitoefenen vanuit hogere neuronale circuits (in het bijzonder de prefrontale cortex) op lagere, evolutionair gezien oudere circuits.

### **De betrekkelijkheid van 'foute genen'**

Genetische verschillen vormen een onlosmakelijk onderdeel van het leven. Waar het echter op aankomt is dat we (a) moeten nagaan onder welke voorwaarden die verschillen tot uitdrukking komen in het manifeste gedrag, én (b) helder moeten zien te krijgen op grond waarvan we dat gedrag (de uitkomst van de gen-omgeving-interactie) in termen van 'disfunctioneel en schadelijk' als een *afwijking* van normale interactiepatronen mogen typeren. In een sterk veranderde omgeving - afwijkend in die zin dat ons genoom er geenszins op is 'vorbereid' – kan een bepaalde reactie volstrekt 'normaal' zijn, ook al is het overduidelijk dat het netto-effect daarvan op termijn funest is. We zijn niet voorbereid op een overvloedig aanbod van voedings- en genotsmiddelen met een hoge concentratie suikers, vetten en zout. Instinctief zijn we er wellicht op uit om deze stoffen in grote hoeveelheden tot ons te nemen omdat ze ons bevredigen. Vanuit evolutionair perspectief was dat in prehistorische tijden heel functioneel, - suikers, vetten en zout waren meestal zo schaars dat het risico er teveel van binnen te krijgen bovendien heel klein was.

We kunnen het reward-systeem, het hersencircuit dat neurobiologen aanwijzen als het centrum van het verslavingsproces en dat het substraat vormt voor de gretigheid waarmee mensen op jacht gaan naar bepaalde genoegens, onder bepaalde (in dit geval door het gebruik van krachtige psychoactieve stoffen veranderde) omstandigheden als 'gestoord' typeren. Daar valt evenwel tegenin te brengen dat evolutionair gezien de groep mensen, die met deze 'afwijking' behept was, wellicht een grotere kans had te overleven. Kortom, aan een genetische predispositie valt niet bij voorbaat af te lezen of er sprake is van een stoornis of van een bijzonder gunstige kwaliteit. Een ander voorbeeld is het fenomeen 'novelty seeking' dat vaak met verslaving in verband wordt gebracht. Evolutionair kan deze eigenschap van onschatbare waarde geweest zijn ook al vormt het tegelijkertijd een risicofactor in een moderne samenleving, met gevaren die niet bestonden toen ons genoom zich vormde.

Het is dus tricky om in verband met verslaving te spreken van 'foute' genen als we niet heel zeker weten dat er van een overerfbare *beschadiging* en/of een schadelijke en disfunctionele *mutatie* sprake is. Wél kunnen we stellen dat, gezien de huidige omstandigheden, er mensen zijn waarvan de genetische gesteldheid zodanig is, dat ze een groter risico lopen op, c.q. een grotere kwetsbaarheid hebben voor, verslaving en verslavingsgedrag. Of, nog algemener uitgedrukt: een grotere kans lopen om meer dan gemiddeld gebruik te maken van psychoactieve stoffen – met alle gevolgen van dien.

#### **IV. Zelfbeheersing en sociale controle**

##### **De Westerse fascinatie voor zelfbeheersing**

De 'passie' die onze samenleving heeft voor het thema verslaving zit hem waarschijnlijk in de fascinatie voor zelfbeheersing. Deze fascinatie is sterk toegenomen sinds de periode van de Verlichting. Mensen werden gezien als 'rationele' wezens, die geacht werden in staat te zijn – zonder de steun van kerk of staat – hun eigen gedrag te sturen, en die niet aan hun zinnelijke behoeften of impulsen overgeleverd waren. In samenhang met dit mensbeeld nam de angst voor het verlies van zelfbeheersing toe. Degenen die niet tot zelfbeheersing in staat waren, stonden bloot aan morele kritiek tot en met dwangmaatregelen. Ook in andere, oudere culturen heeft de organisatie van zelfbeheersing en sociale controle altijd veel aandacht gehad. Maar de maatschappelijke veranderingen en de voortschrijdende individualisering van de samenleving, alsook de gevolgen daarvan voor de sociale integratie c.q. sociale controle, leidden ertoe dat het thema zelfbeheersing sinds de achttiende eeuw een op zichzelf staand thema werd.

In de aan de Verlichting voorafgaande perioden was de (soms obsessieve) aandacht voor zelfbeheersing nog niet zo dwingend. Religie in combinatie met (als het nodig was brutaal) geweld waren nog voldoende effectief om afwijkend gedrag op tijd en in zeker opzicht ook 'effectief' de kop in te drukken. In een geseclariseerde samenleving van 'vrije' en economisch op zichzelf teruggeworpen burgers – zoals de onze – ligt het echter voor de hand, dat 'zelfbeheersing' een crux wordt voor het bereiken en behouden van maatschappelijke samenhang. Zelfbeheersing is daarin een centraal probleem voor de socialisatie. Ondanks hun vrijheid, maar ook juist vanwege hun vrijheid, zijn zij in toenemende mate afhankelijk van anderen. Dit geldt eens te meer als de samenleving differentieert, en iedereen van steeds meer mensen, via steeds langere ketens afhankelijk is. De individuen moeten zich zien te integreren in netwerken, én moeten bereid en in staat zijn zelf bij te dragen aan de stabiliteit daarvan. Maar tegelijkertijd moeten ze dat doen in een situatie waarin de directe – met name fysieke – sociale controle minder vanzelfsprekend is geworden. Moralisten, en alle andere 'agenten' van de beschaving, wezen op de zelfbeheersing die nodig was voor het geordende verloop van het maatschappelijk verkeer of de arbeid. Maar – ten behoeve daarvan – ging hun aandacht in het bijzonder ook uit naar opvallende 'tekenen van

zwakte'. Seks en drank waren en zijn zó lekker dat de kans op, en de angst voor, controleverlies heel groot was. Aldus richtte het beschavingsoffensief – in zekere zin tot op de dag van vandaag – zich op de preventie van 'seksuele aberraties' en de preventie van het gebruik respectievelijk het misbruik van al dan niet verboden middelen als sterke drank, opium, et cetera. De zelfbeheersing op dit vlak werd het 'pièce de résistance' van het beschavingsoffensief.

Nu moeten we de verlichtingsfilosofen en andere ideologen in hun kielzog natuurlijk niet letterlijk nemen – we moeten hen bekritisieren en proberen de 'echte' waarheid boven tafel te krijgen. 'Controle', 'zelfbeheersing' of het 'verlies' daarvan zijn bovendien geen uitvindingen van de Verlichting. Specifiek is hoogstens de manier waarop de thema's werden geformuleerd en er naar werd gehandeld. Zelfbeheersing is ook geen culturele 'uitvinding'. Door het natuurlijke evolutionaire proces is het menselijk brein bij uitstek toegerust geworden voor allerlei vormen van zelfcontrole – het is de voorwaarde voor onze 'vrijheid'. Het is echter wel aannemelijk dat in de laatste fasen van de menswording er een co-evolutie heeft plaatsgevonden van onze hersenen en de eerste vormen van cultuur.[\[11\]](#)

We zijn niet *overgeleverd* aan onze impulsen, aan instinctmatig vastgelegde stimulus-response-reeksen, of aan onze emoties: we kunnen er *cognitieve* controle op uitoefenen, en we doen dat normaliter de ganse dag. Overigens vloeit hier ook uit voort dat de werking van ons brein niet de neiging vertoont tot verslaving of tot verlies van zelfbeheersing, - het zou ook verre van 'adaptief' zijn in de evolutionaire betekenis van het woord.

### **Mensen leven in sociale verbanden**

Er is méér dan **zelf**-beheersing, voor zover we dit opvatten als een individueel verschijnsel. Mensen leven in sociale verbanden, niet als een toevallige verzameling losse individuen, maar als eenheden die in hoge mate controle op elkaars gedrag uitoefenen. Mieren doen dat natuurlijk ook, maar bij hen is de 'sociale controle' louter genetisch geprogrammeerd. Wij hebben het vermogen om die controle te verbeteren, ter discussie te stellen, zo gewenst in een religieuze vorm te gieten of het daar juist weer uit te halen. We kunnen stellen dat zelfbeheersing en sociale controle weliswaar geen unieke menselijke eigenschappen zijn, maar dat ze wel de voorwaarden vormen van menselijk samenleven en culturele ontwikkeling. Dit is een empirisch te weerleggen c.q. te verifiëren stelling.

Uit deze algemene stellingname kan uiteraard nog niet de vanzelfsprekendheid van de drankbestrijding of de drugsbestrijding worden afgeleid. Er zijn verschillende routes mogelijk om globaal hetzelfde te bereiken, vaak tegen lagere kosten. Wat anders is of er samenlevingen zijn waarin er geen structuren bestaan en/of telkens weer opnieuw worden uitgevonden, die erop gericht zijn zelfbeheersing en sociale controle te effectueren. En specifiek, waarin er geen regels bestaan met betrekking tot drank en drugs. Een en ander impliceert, dat we de kritiek op en de discussie over het begrip 'verslaving', moeten voeren op grond van kennis over de algemene kenmerken en de ontwikkeling van de wijze waarop wij tot zelfbeheersing en sociale controle in staat zijn, en de sociale voorwaarden daarvoor tot stand brengen.

In de literatuur over verslaving is aandacht voor het (directe en indirecte) effect van psychoactieve stoffen op centrale functies van ons gedrag (voelen, waarnemen en denken, willen en handelen) alsook voor de neuronale aanpassingen die daarvan in bepaalde hersencircuits het gevolg zijn. De literatuur geeft ook aandacht aan de werking van een bij verslaving duurzaam veranderd reward-systeem, gekenmerkt door craving, tolerantie, reinforcement, sensitatisatie, onthoudingsverschijnselen, drug seeking én drug taking behavior. Het gaat daarbij om processen die, in de beleving van de betrokkenen, grotendeels buiten de eigen cognitieve controle liggen. Dit 'ge-

brek aan zelfbeheersing' heeft, zoals dat bij al ons gedrag en bij alle neuropsychiatrische stoornissen het geval is, zowel een individuele alsook een sociale dimensie.

Het menselijk 'apparaat' is ertoe uitgerust om zich te (kunnen) integreren in sociale verbanden – aan deze integratie liggen ook duidelijke behoeften ten grondslag, en het (zich ontwikkelende) individu heeft goed beschouwd geen echt alternatief. De integratie is een levensvoorwaarde.[12] Sociale integratie, te beginnen in een klein gezinsverband, maakt culturele overdracht mogelijk waaronder de in taal gevatte sociale en culturele kennis en ervaring. De integratie lukt echter alleen als het individu bereid én in staat is om zichzelf in voldoende mate te 'conformereren' aan de 'logica' van het sociale verband, en bij voorkeur ook in staat is daaraan een (leeftijdsspecifieke en/of geslachtsspecifieke) bijdrage te leveren.

Een definitie van verslaving die slechts het accent legt op de ingrijpende veranderingen die optreden in het reward-systeem (met als resultaat hunkering naar middelen), is dan ook te eenzijdig op het individu gefocust. Om de sociale dimensie voldoende tot zijn recht te laten komen moet naast het concept van de craving ook het verlies van de zelfbeheersing als centraal kenmerk van verslaving worden geduid. Daarmee kan ook beter verklaard worden waarom groepen mensen 'disciplinerend' of in ieder geval 'regulerend' optreden tegen het individuele misbruik van middelen (zoals alcohol) die de zelfbeheersing ondermijnen.

Mensen zijn veel effectiever dan hogere dieren in staat hun gedrag op een flexibele, creatieve wijze 'zelf' te controleren. Ze kunnen daarbij gebruik maken van een declaratief geheugen aan feiten en gebeurtenissen. Hun plannende vermogen houdt in dat ze zelfs herinneringen aan de toekomst kunnen vormen. Zelfcontrole realiseren mensen niet alleen individueel: ze doen dat in groepsverband. Risico's die met de grote variëteit aan gedrag gemoeid zijn, kunnen daarmee beheerst worden. Groepsgewijs kunnen mensen ook het risico van de (excessieve) blootstelling aan een potentieel 'verslavende' stof op verschillende manieren beperken. In alle samenlevingen hebben bijvoorbeeld ook rituelen bestaan voor drankgebruik. Ook het gebruik van andere soorten roesmiddelen had plaats binnen het kader van (vaak godsdienstige) rituelen.

Deze sociaal georganiseerde beheersing van risico's vertoont in sommige perioden (zoals in de periode na de popularisering van sterke drank, in de loop van de achttiende eeuw) echter opmerkelijke tekorten.[13] En daarbij komt dat naast sociaal-culturele factoren, die de zelfbeheersing moduleren, er ook farmacologische factoren zijn die de kans op verslaving kunnen doen toenemen.

Maar of louter blootstelling aan bijvoorbeeld nicotine inderdaad de belangrijkste risicofactor vormt voor nicotineverslaving is twijfelachtig, ook al wordt nicotine aangemerkt als een stof met een zeer hoge verslavende potentie. Feit is wel dat alle psychoactieve stoffen die in staat zijn het 'reward-systeem' duurzaam te beïnvloeden. De wijze waarop dat gebeurt is veel sterker dan waartoe niet-farmacologische rewards in staat zijn. Daardoor is de kans op de inductie van een toestand van *craving*, waar de betrokkene weinig directe invloed op heeft, bij psychoactieve stoffen gemiddeld genomen ook zo groot.

Samenlevingen ontlenen hun 'effectiviteit' aan de specifieke wijze waarop ze in staat zijn individuele en groepsgewijze aanpassing aan de heersende, normatieve standaarden te combineren met de bevordering van individuele en groepsgewijze variaties in hun gedrag. Effectieve samenlevingen zijn in staat universele, voor iedereen geldende normeringen te combineren met sociale differentiatie en zelfs met *afwijkingen* van de algemene norm. Samenlevingen die uitblinken in slechts één kant (collectieve aanpassing versus individuele verscheidenheid) hebben een probleem. In onze westerse cultuur leggen we een accent op 'individuele verscheidenheid', juist omdat wij daar juist zoveel voordelen aan ontleend hebben. We zijn ons goed bewust van de nadelen van een sterk 'collectieve' aanpassing, omdat die naar onze smaak tot verstarring leidt.



Maar de westerse cultuur is niettemin – misschien wel bij uitstek – door de eeuwen heen (ondanks allerlei, periodieke aberraties) goed in staat is geweest een balans te vinden tussen conformisme en individuele (en groepsgewijze) differentiatie. Het lukte haar een effectieve 'regeling' te treffen om ongewenste afwijkingen te sanctioneren en sociale aanpassing te organiseren.[14] Let wel, zulke regelingen zijn zelden of nooit een rationeel ontwerp of het resultaat van weloverwogen 'besluiten'.

### **De dwang tot vrijwilligheid**

De evolutie heeft zich op *meerdere niveaus* voltrokken, niet alleen op individueel niveau (elk individu tegen alle andere) maar ook op groepsniveau. In zekere zin kunnen ook groepen opgevat worden als 'organismen' die met elkaar concurreren. Uitgaande van het gegeven dat de evolutie zich op meerdere niveaus afspeelt, lijkt het aannemelijk dat (of we dit nu leuk vinden of niet doet hier niet ter zake)[15] 'mechanismen' of 'strategieën' gericht op de totstandkoming van aanpassing (zelfbeheersing en sociaal conformisme) op meerdere niveaus tot ontwikkeling zijn gekomen, dus niet alleen op individueel maar ook op groepsniveau. We kunnen hieruit de hypothese afleiden dat die mechanismen of strategieën tot stand kwamen (of uit een reeks alternatieven geselecteerd werden) *omdat* dit de adaptatie (de overleving of het reproductiesurplus) ten goede kwam. En - kunnen we hieraan toevoegen -, dat hield waarschijnlijk ook in, dat het gebruik van stoffen die een fors risico op 'afwijkend' gedrag hadden of erger nog, een 'ondermijnend' effect hadden op een succesvolle adaptatie, krachtig gereguleerd moesten worden.

Effectieve aanpassing kenmerkt zich door een vorm van 'vrijwilligheid'. Vrijwilligheid is natuurlijk een rekbaar begrip: veel gedragingen, die we thans volstrekt normaal vinden (of vonden) en door mensen 'vrijwillig' worden uitgevoerd, zijn er in het verleden soms letterlijk 'ingeramd'. Zelfbeheersing ontwikkelt zich in een context van externe controle. De ontwikkeling ervan kost echter de minste energie als deze vrijwillig plaatsvindt, - vrijwillig, in die zin dat het individu het gedrag na verloop van tijd als vanzelfsprekend ervaart. Cultuurhistorisch (en ook biografisch) is die vrijwilligheid echter zelden zonder drang en dwang tot stand gekomen.[16]

Groepen mensen en samenlevingen hebben in hun morele systemen, zo veronderstellen we hier, impliciet of expliciet regelingen getroffen of uitspraken opgenomen die wijzen op een afkeuring van het misbruik van psychoactieve middelen (in eerste instantie alcohol), en regelingen getroffen die het gebruik binnen acceptabele (rituele) kaders kon houden. Verder hebben ze - al heel lang geleden - sancties gesteld op regeloverschrijdend gedrag.

### **V. Verslaving als een medisch en moreel probleem**

Wat in de vorige paragrafen nog wat impliciet bleef, wordt in deze paragraaf nu uitdrukkelijker naar voren gebracht: verslaving is niet alleen een medisch maar ook een moreel probleem. In de hierna volgende paragraaf gaan we daar verder op in. Het streven er niet op gericht tussen deze twee probleembenaderingen een keuze te maken. En, in tegenstelling tot wat zo vaak het geval is, staat zo iets als 'moraal' hier niet bij voorbaat in een kwaad daglicht.

### **Mensen vertonen zowel reflexief als reflectief gedrag**

Normaliter zijn individuen in staat - ook na initieel gebruik van psychoactieve stoffen - zichzelf, al dan niet bewust, zodanig 'te organiseren' dat ze in staat zijn zichzelf te behoeden voor gewoontevorming of verslaving. Mensen hebben bij uitstek het vermogen zelf invloed uit te oefenen op de mate waarin en de wijze waarop zij 'toegeven' aan hun impulsen, of deze juist bedwingen. Ze hebben de mogelijkheid gedragsalternatieven tegen elkaar af te wegen en in verband te brengen met doelen op korte en/of lange termijn. Daarbij komt dat mensen op een heel effectieve manier gebruik kunnen maken van een declaratief, bewust oproepbaar geheugen, dat hen in staat

stelt episodische en semantische informatie in hun bewustzijn te brengen en waarvan ze gebruik kunnen maken bij de afweging van gedragalternatieven. Hierdoor zijn ze niet, zoals dat bij dieren het geval is, gebonden aan de impliciete stimulus-responsreeksen die in het brein zijn opgeslagen, en die in hoge mate gerelateerd zijn aan eventueel verslavingsgedrag. Ze zijn in staat hier op 'in te grijpen' ook al is dit vaak een moeilijke opgave. Dit neemt niet weg dat de 'kracht' van die impliciet vastgelegde handelingsreeksen onder omstandigheden heel groot kan zijn, vooral omdat ze vaak 'omgeven' zijn door sterke emoties en verlangens.

Mensen kunnen van vroegere ervaringen met psychoactieve stoffen leren of, op grond van de hun socialisatie, zich bij voorbaat van gebruik onthouden. Verslavingsgedrag of gewoontevorming is, zelfs na de blootstelling aan heel krachtige psychoactieve stoffen, niet vanzelfsprekend. Niet alleen omdat het resultaat van verslavingsgedrag zelden adaptief is, maar ook omdat mensen in staat zijn zich relatief autonoom op te stellen tegenover (variabelen) in hun omgeving. In plaats van alleen maar *reflexief* zijn ze ook in staat *reflectief* hun omgeving tegemoet te treden. Ze kunnen gedachten vormen over hun gedrag, plannen maken, ingewikkelde redeneringen opbouwen en onderling afspraken maken hoe ze in de toekomst op hun 'reflexen' zullen reageren.

### **Emotionele en symbolische sturing van gedrag**

Alle gedrag wordt in hoge mate gestuurd door de *emotionele* betekenissen die in ons brein aan de zintuiglijke informatie, alsook aan de innerlijke impulsen, worden toegekend. Emoties zijn hele krachtige versterkers of remmers van gedrag, - ze kunnen quasi automatisch en in heel korte tijd genetisch vastgelegde en/of door ervaring gevormde stimulus-respons-reeksen uitlokken. Aldus dragen ze bij aan de overleving van het individu en de soort. Mensen onderscheiden zich in dit opzicht niet van dieren. Het verschil met dieren is dat mensen naast een systeem voor *emotionele* betekenisverlening ook de mogelijkheid hebben tot *symbolische* betekenisverlening.

We zijn 'symbolische dieren', die naast de evolutionaire ontwikkeling van hun hersenen (waarvan het prefrontale cortexgebied een opmerkelijk deel uitmaakt) ook de genetische potentie tot het flexibele gebruik van taal én het denken in en met symbolen hebben ontwikkeld. De mogelijkheid tot symbolisch denken en symbolische betekenisverlening stelt ons in staat tot reflectie. Het biedt de mens de unieke mogelijkheid om terug te blikken, en ervaringen een symbolische betekenis te geven, maar ook om vooruit te zien. Het kunnen-denken-in-symbolen bevrijdt mensen van de overwegend geautomatiseerde stimulus-respons-reeksen en de emotionele aansturing daarvan, zoals dat bij dieren het geval is, en waarschijnlijk ook bij alle uitgestorven mensachtigen (hominiden) het geval was.

Symbolen zijn essentieel voor de opslag van informatie en het oproepen van semantische en episodische geheugens. Daarmee kunnen mensen – wederom in vergelijking met dieren – op een veel effectievere manier hun tijdshorizon alsmede hun blikveld verruimen: ze kunnen veel beter rekening houden met datgene wat er *niet* meer is en/of wat er *nog* niet is. Ze kunnen denken aan en in het verleden én denken aan en in de toekomst. Ze hebben de mogelijkheid tot het vormen van 'herinneringen aan toekomstige gebeurtenissen'. Dit laatste is van groot belang voor de potentie tot het maken van plannen en de mogelijkheid het eigen gedrag – binnen het kader van een plan – zodanig te 'monitoren' en 'aan te sturen', dat het resultaat daarvan in hoge mate voldoet aan de symbolische representatie die daarvan vooraf was gemaakt.

Overigens betekent het bestaan van dit symbolische systeem niet dat het (evolutionair heel oude) meer door emoties gestuurd systeem daarmee overbodig werd, - in tegendeel: de systemen werken nauw met elkaar samen én op elkaar in, het ene zou niet goed functioneren zonder het andere. Symbolen ontlenen hun motiverende werking aan de emoties die ze oproepen. Verder kunnen we stellen dat mensen in staat zijn – onder omstandigheden, en lang niet in de regel – om hun emoties met symboli-

sche middelen te bedwingen als hun dat uitkomt. Ze kunnen dat zelfs als dat, vanuit een objectief perspectief beoordeeld, niet functioneel en/of schadelijk is.

### **Individuele- en groepsadaptatie**

In de evolutionaire biologie bestaat het inzicht dat selectie en adaptatie zich op meerdere niveaus afspelen, dus niet alleen op individueel maar ook op groepsniveau. Mensen zijn bij uitstek toegerust om zich te integreren in sociale verbanden en 'in vereniging' bij te dragen aan de realisatie van (latent of manifest tot uitdrukking gebrachte) doelen op groepsniveau. Integratie in groepen, zeker als die groepen de 'natuurlijke' omvang overstijgen, veronderstelt evenwel een effectief systeem van sociale controle (regels en sancties) opdat de individuen zich nauwgezet aan de hun toegewezen taakopdracht houden. Daar staat echter tegenover dat integratie het individu enorm veel voordelen biedt: een grotere kans op overleving (veiligheid) en bevrediging van zinnelijke en vitale behoeften. Het spreekt voor zich dat – evolutionair gezien – de integratie in sociale verbanden geen culturele constructie is.

Ook hogere dieren kennen complexe sociale verbanden, al hebben bij mensen culturele ontwikkelingen de groepsvorming duidelijk beïnvloed. Het is verder aannemelijk dat de behoefte aan emotionele steun (troost) en het bij een groep horen in ons genetisch apparaat zijn vastgelegd. En dat geldt waarschijnlijk ook voor de behoefte aan respect die via deelname aan sociale verbanden kan worden gerealiseerd. Het is ook aannemelijk dat al bij hogere dieren elementen van deze psychische mechanismen aanwezig zijn.

Onze analyse van het verslavingsprobleem moeten we dus zowel het individuele als op het groepsniveau richten. Mensen zijn *sociale* dieren, 'van nature maatschappelijk'. De expressie van de 'kritiek' op het individuele gebruik en vooral op het misbruik van psychoactieve stoffen speelt zich daarom ook, wellicht kunnen we stellen *juist*, op het groepsniveau af.

### **De motiverende functie van symbolen**

Mensen onderscheiden zich in genetisch opzicht nauwelijks van hogere dieren, maar er is wel een essentieel verschil: het genetisch vastgelegde vermogen tot het denken in symbolen en het vermogen een gemeenschappelijke, symbolische taal te ontwikkelen en toe te passen is uniek. De ontwikkeling van een effectieve adaptatie van mensen op groepsniveau ging samen met de ontwikkeling van symbolische systemen.

Een groep individuen is in staat de eigen levensomstandigheden te verbeteren wanneer zij zich weten te 'verenigen' rondom centrale doelen, die de onmiddellijkheid van de actuele situatie overstijgen, en in zoverre zowel historische als prospectieve ervaringen en kennis kunnen presenteren. Om groepen mensen te motiveren tot bepaald gedrag, gedrag dat niet meer 'automatisch' voortvloeit uit genetisch vastgelegde handlingspatronen, zijn symbolen bij uitstek geschikt. Ze zijn in staat om gedragsreeksen te triggeren die, in tegenstelling tot de reflectieve gedragsreeksen, cultureel gevormd zijn, en in zoverre ook een van het genetische apparaat *onafhankelijke* vorm van geheugen nodig hebben. Taal, beelden of rituelen zijn daarvoor geschikt. De effectiviteit van dit soort symbolische 'motivatorsystemen' – die we ook kunnen scharen onder de noemer van de 'moraal' – kunnen we afmeten aan twee dingen: de mate waarin ze in staat zijn mensen te verenigen, én de mate waarin ze in staat zijn hen ertoe te bewegen de deelname aan de groepsactiviteit te laten prevaleren boven de actuele bevrediging van de eigen behoeften.

We mogen ervan uitgaan dat mensen zelden op grond van een 'rationele overweging' zich bij groepen aansluiten en hun 'eigen' belangen aan het groepsbelang ondergeschikt maken. De groepsdeelname moet daarom niet alleen 'nuttig' zijn, maar vooral – in letterlijke zin – ook heel aantrekkelijk zijn. Historisch gezien heeft de beeldende

kunst op dit vlak een buitengewoon belangrijke rol gespeeld – de rooms-katholieke kerken puilden in de Middeleeuwen niet voor niets uit van pracht en praal.

Duizenden jaren lang hadden de symbolische systemen, die functioneel waren voor de organisatie van groepsgedrag, een religieuze uitdrukkingsvorm. In zekere zin zijn mondiaal gezien religies ook nu nog de belangrijkste vorm waarbinnen moraal wordt gevormd en wordt uitgedragen. Religies waren ook in onze cultuur de belangrijkste systemen waarbinnen mensen zich verenigden en waarin ze de emotionele, maar ook de praktische (profane) middelen vonden die ze nodig hadden voor hun maatschappelijke integratie. In de westerse maatschappijen zijn vooral sinds de achttiende eeuw echter ook alternatieve, niet-religieuze morele systemen tot ontwikkeling gebracht. Het bestaan daarvan duidt erop dat mensen niet alleen niet zonder symbolen, maar ook niet zonder moraal kunnen functioneren.

### **Moraal en dwang**

Wat heeft de voorgaande beschouwing nog van doen met ons onderwerp – het misbruik van psychoactieve stoffen en verslaving? Heel veel. De deelname aan sociale groepen is in evolutionair biologische zin een noodzakelijke voorwaarde voor overleving. Maar het is ook aannemelijk dat om als groep effectief te kunnen functioneren sociale controle op de groepsleden van groot belang is. Afwijkend gedrag kan slechts binnen een bepaalde bandbreedte worden getolereerd; individuele zelfbeheersing is in hoge mate een sine qua non van het voortbestaan van een groep. In zoverre is het dan ook niet zo vreemd dat in alle (historische en thans bestaande) culturen er niet alleen regels zijn opgesteld en nageleefd met betrekking tot afwijkend gedrag in het algemeen, maar in het bijzonder ook met betrekking tot het gebruik van psychoactieve stoffen.

In historische culturen kwam het niet of nauwelijks voor dat mensen *alleen* gebruik (mochten) maakten van dit soort middelen. Het gebruik vond uitsluitend plaats tijdens rituelen, of – als het ging om bier of wijn – tijdens gezamenlijke maaltijden en feesten. Het gebruik ter wille van het psychoactieve effect was heel sterk beperkt, of er moest een duidelijke medische of rituele functie mee gediend zijn. Alle culturen hebben hun voortbestaan mede te danken aan hun vermogen om misbruik van middelen en vooral verslavingsgedrag effectief te beteugelen. Of we dit nu leuk vinden of niet, ze traden hard op tegen groepsleden die niet bereid (of in staat) waren zich voldoende aan te passen.

De werking van de moraal op de individuele aanpassing heeft zijn grenzen. Naast, of zo men wil 'onder' of 'achter' de morele systemen, hebben altijd sanctionerende, op fysieke dwang en discipline gerichte voorzieningen en praktijken bestaan om de moraal er desnoods in te stampen. De moraal kunnen we opvatten als de kern van elke preventieve – op vrijwilligheid gebaseerde – voorziening. Maar de vrijwilligheid is schone schijn, omdat elke niet toegestane regeloverschrijding vroeg of laat tot fysieke dwang leidt.

### **Het ziektemodel als ontsnappingsclausule**

Binnen de logica van een moreel systeem kan heus wel ruimte bestaan voor afwijkend gedrag. Meestal is die ruimte gebonden aan de voorwaarde dat 'heraanpassing' in het verschiet ligt en/of dat er een rationalisatie voor de afwijking bestaat, die het morele systeem zelf niet ter discussie stelt of ondermijnt. Het *ziektemodel* heeft in dat opzicht al heel vroeg gefungeerd als ontsnappingsclausule voor mensen die – om wat voor reden dan ook – niet in staat waren zich aan te passen aan de groepsnormen. De ruimte voor zo'n ontsnapping werd groter naarmate de cultuur zich differentieerde en de samenleving zodanig in omvang toenam, dat de externe bedreigingen niet meer van dien aard waren dat alle leden van de groep c.q. alle subgroepen zich geheel en al moesten richten op én moesten bijdragen aan de gemeenschappelijke praktijk. De

(beschermende) ruimte voor zieken en in het bijzonder voor psychisch zieken is een belangrijke verworvenheid van onze culturele ontwikkeling.

Het is in dit verband opmerkelijk dat de geneeskunde, al in de eerste fasen van haar bestaan, heeft getracht een empirische werkwijze en rationele manier van denken in praktijk te brengen. Zelfs in late Middeleeuwen, toen het morele systeem van de katholieke kerk alomtegenwoordig was en tot in bijna alle facetten van het leven wist door te dringen, lukte het de geneeskunde zich redelijk onafhankelijk ten opzichte van deze morele denkkaders op te stellen. De geneeskundigen organiseerden voor zichzelf de ruimte om kennis te nemen van Griekse, Romeinse en Arabische geneesheren, en ze waren naar verhouding redelijk in staat de invloed van de 'de moraal' in te perken.

Het is belangrijk om onder ogen te zien dat het voor groepen mensen en samenlevingen heel functioneel is dat zij misbruik van middelen en verslaving bekritisieren, en desnoods onder dwang proberen terug te dringen. We schieten we er niet zoveel mee op zulk gedrag als 'irrationeel' te beschouwen. Religies of andersoortige morele systemen (waaronder we ook de politiek mogen scharen) zijn vanuit een wetenschappelijk denkkader 'irrationeel', maar hun bestaan en voortbestaan, en daarmee waarschijnlijk óók hun functionaliteit, is alomtegenwoordig.

### **Het dubbelkarakter van verslaving: medisch én moraal probleem**

Tegen de achtergrond van de voorgaande gedachtegang is het verdedigbaar om twee typen verslavingsbegrip van elkaar te onderscheiden: een *moreel* en een *medisch* verslavingsbegrip. Deze begrippen vatten we hier niet op concurrenten van elkaar: ze verwijzen naar elkaar, ze hebben elkaar nodig én ze komen in de verslavingszorg bij elkaar.

Het medische verslavingsbegrip heeft betrekking op de vraag of er sprake is van een stoornis in somatische of psychiatrische zin. Hierboven zijn we daar al op ingegaan. Het morele verslavingsbegrip heeft betrekking op de vraag of bepaald gedrag – in dit geval met betrekking tot het misbruik van psychoactieve stoffen – wel of niet functioneel is voor het morele systeem of dat het dat ondermijnt. Hierbij moeten we ons wel realiseren dat morele systemen geen doel in zichzelf bergen, maar in laatste instantie zelf hun bestaan ontleen aan de mate waarin ze praktische, seculiere resultaten boeken. Binnen het kader van morele systemen wordt verslaving of ernstig misbruik van middelen opgevat als een vorm van *immoreel*, afkeurenswaardig gedrag. Ook al wordt dat zelden voldoende als zodanig geëxpliciteerd, vanuit het perspectief van de adaptatie van de groep (en uiteraard ook van dat van het individu), gaat het om disfunctioneel gedrag. Dat geldt in beginsel voor alle gedragsvormen die afwijken van het morele systeem.

Dat al heel vroeg in de menselijke geschiedenis de kritiek op het misbruik van middelen in de religieuze systemen is uitgesproken, kunnen we aantonen aan de hand van de oudste bewaard gebleven teksten over morele geboden en verboden. Deze geboden en verboden waren er natuurlijk niet zomaar: psychoactieve stoffen zijn heel verleidelijk en het gebruik kan in potentie grote invloed hebben op de prioriteitenstelling van het individu of de groep.

Dat de middelen als in potentie 'levensbedreigend' werden ervaren is niet zo verwonderlijk. De mensen ervoeren dit niet zozeer vanwege de werking op langere termijn – daar hebben mensen pas veel later kennis van genomen. En waarschijnlijk lag de bedreiging ook niet in het risico van verslaving – daar kwamen mensen duizenden jaren geleden waarschijnlijk niet eens aan toe. De bedreiging lag hem in de verstoring van een heel precair evenwicht van de gedragsalternatieven op korte termijn. De moraal is er niet voor niets – hoe 'irrationeel' deze ook wordt onder woorden wordt gebracht, of in beeld wordt gebracht. De moraal vervult uiteindelijk heel *seculiere* functies.

Binnen een wetenschappelijk, medisch-psychiatrisch denkkader, kunnen we verslavingsgedrag beoordelen naar de mate waarin en de wijze waarop we hier te maken hebben met een stoornis of ziekte. Het is, zo stelden we eerder, verdedigbaar om verslavingsgedrag te typeren als een psychiatrische stoornis. Niet *omdat* dit ook al gebeurt in enig classificatiesysteem – die systemen hebben vooral een pragmatische betekenis –, maar omdat er sprake is van een *schadelijke disfunctie* van het gedragssysteem, wat in het bijzonder tot uitdrukking komt in ernstige beperkingen om voldoende invloed uit te oefenen op de eigen impulsen.

Zoals we hebben gezien, is zelfbeheersing niet alleen functioneel voor het individu, maar is dit een belangrijke voorwaarde voor de integratie in groepsverband. Deze integratie is echter geen culturele 'toevoeging', maar een evolutionair gevormde potentie, die noodzakelijk is voor de overleving van de soort.

Dat cultureel gevormde, morele systemen de realisatie van zelfbeheersing centraal hebben geplaatst in hun waarden- en normenstelsels *ligt in het verlengde* van wat evolutionair is voortgebracht. Het verlies van zelfbeheersing heeft dus niet alleen betrekking op schadelijke disfuncties op individueel niveau maar ook op schadelijke disfuncties in het functioneren in het sociale verband.

### **Is 'immoraliteit' ook een psychiatrische stoornis?**

De voor de hand liggende vraag, een vraag die omgeven is door allerlei taboes, is of immoraliteit (het zich niet of niet goed genoeg houden aan de morele codes) een stoornis is, of tenminste een aspect is van een psychische stoornis. Deze vraag roept om een genuanceerd antwoord.

Mensen zijn evolutionair gezien groepswezens die voor hun groepsbinding gebruik maken van morele systemen. Ze zijn te beschouwen als 'morele wezens'. Een schadelijke disfunctie op dit vlak zou dus kunnen duiden op een stoornis of ziekte wanneer er een verband ligt met aantoonbare verworven of aangeboren tekorten.

We leven thans in een bij uitstek individualistische, gesecculariseerde en wellicht in zekere zin ook (althans oppervlakkig beschouwd) een 'anti-morele' cultuur, waar het een doodzonde is om 'gebrek aan moraal' te duiden als een ziekte. Maar dat doen we dan ook niet. We wijzen slechts op de mogelijkheid van een individuele stoornis in het zich kunnen integreren in sociale systemen en in dat opzicht zichzelf wel of niet kunnen te beheersen. Let wel: het zich niet houden aan morele voorschriften is op zichzelf beschouwd geen stoornis. Er is in dit opzicht pas sprake van een stoornis als mensen niet in staat zijn tot moreel gedrag en/of zich niet kunnen inleven in de mentale gesteldheid van anderen (theory of mind) en niet in staat zijn met de belangen van anderen rekening te houden (en eventueel een niet goed ontwikkelde gewetensfunctie hebben). Echter, gegeven de biologische opvatting dat 'moraal' een evolutionaire verworvenheid is, die al bij hogere dieren in rudimentaire – zij het in een niet-symbolische – vorm aanwezig is, is het van belang ook de keerzijde daarvan te belichten.

Bij degenen die zich niet kunnen voegen in morele systemen en/of zich slechts suboptimaal kunnen integreren in sociale verbanden, bijvoorbeeld vanwege cognitieve of affectieve tekorten, is sprake van een psychiatrische stoornis. In het classificatiesysteem van de psychiatrie, de DSM-IV staat dit niet met zoveel woorden, omdat 'morele' overwegingen zo risicovol zijn, maar de goede lezer weet beter. Dit onderwerp is zo lastig omdat in het verleden zo snel de volstrekt verkeerde denklijn werd gevolgd om critici van morele systemen als gestoord te typeren. In de Sovjet-Unie werd de psychiatrie hiervoor herhaaldelijk misbruikt. Critici zijn vaak zeer hecht geïntegreerd in een moreel systeem, alleen staat dat in concurrentie met een ander – meestal dominant – systeem.

Ondanks deze waarschuwing durven we de stelling aan dat verslaving te maken kan hebben met (a) tekorten op het vlak van de impulsbeheersing, alsook (b) met tekor-

ten op het vlak van het zich kunnen integreren in- en aanpassen aan sociale en morele systemen. Of dat zo is, is een empirische vraag, en de hier gesuggereerde samenhang geldt zeker slechts voor een minderheid van de totale categorie 'verslaafden'. Deze twee facetten gaan waarschijnlijk niet geheel en al in elkaar op, - wellicht zijn ze (relatief) onafhankelijk van elkaar, en biedt juist die onafhankelijkheid een verklaring voor verschillen in het klinisch beeld en het gedrag van groepen cliënten in de verslavingszorg of de psychiatrie.

Immoraliteit is in onze ogen dus zeker *geen* psychiatrische stoornis. Maar het gemis aan de psychische vermogens om zich moreel op te stellen, duidt wel op de mogelijke aanwezigheid van psychiatrische stoornissen.

### **Nogmaals: De historische context van het verslavingsprobleem**

De manifestatie van verslaving heeft veel van doen met de sociale context waarin mensen leven. Ook de beschikbaarheid van de middelen (de schaarste) heeft duizenden jaren lang mensen van verslaving afgehouden. De sanctionering was meestal zó dwingend, en de sociale controle op het gebruik vaak zó effectief, dat manifest verslavingsgedrag (ook al waren de neuronale voorwaarden daarvoor aanwezig) duizenden jaren slechts bij hoge uitzondering voorkwam. Daarin kwam in de loop van de achttiende eeuw verandering door twee belangrijke ontwikkelingen. In de eerste plaats betrof dit de introductie en de algemene beschikbaarheid van sterke drank voor de meerderheid van de bevolking. Bier verloor haar positie als volksdrank aan de jenever en het brandewijn. In de tweede plaats kwam er door de lossere sociale verbanden objectief gezien meer 'ruimte' voor individueel verslavingsgedrag. Het gildenwezen werd afgeschaft, de industriële arbeid kreeg haar beslag, mensen verlieten het platteland en vestigden zich massaler dan ooit in steden. De scheiding van kerk en staat of samenleving werd, althans in onze regio, geformaliseerd. Ook trad een nieuwe fase van het proces van 'individualisering' in. Dit 'ruikt' naar fragmentatie, maar dat levert een eenzijdig beeld op: sinds het einde van de achttiende eeuw, en zeker in de daarna volgende perioden was ook het begin van de bloei van verenigingen van burgers. Zo ontstonden nieuwe vormen voor de organisatie van moraliteit: genootschappen met wetenschappelijke missies, verenigingen voor drankbestrijding, vakverenigingen en niet te vergeten de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen. Vanaf het einde van de negentiende eeuw nam, in samenhang met processen van verzuiling en emancipatie, het aantal verenigingen explosieve vormen aan.

Het was niet toevallig dat juist in de achttiende eeuw in de westerse landen – en eigenlijk pas voor het eerst in de geschiedenis – het verslavingsbegrip opkwam. In de hiervoor aangeduide context werd zelfbeheersing tegenover psychoactieve stoffen (het accent lag overigens op sterke drank) steeds sterker sociaal geconstrueerd als het *pièce de résistance* van een meer omvattende aanpassing aan de morele voorschriften en praktijken.

Eerst vormde zich een nieuwe, *morele* categorie – 'verslaving' –, waarmee men tot uitdrukking bracht dat het immoreel was om je *vrijwillig* te verslaven en daardoor je zelfbeheersing te verliezen.[17] Kort daarna kwam ook een *medisch* verslavingsbegrip tot wasdom, dat zich overigens slechts met moeite wist te ontworstelen van de morele kaders, waarbinnen het concept 'verslaving' oorspronkelijk was gevormd. Medici dachten overigens al vóór de achttiende eeuw dat de 'zucht' naar drank of andere middelen geen (of tenminste niet alléén een) expressie was van vrijwillige immoraliteit, maar dat er ook echt een 'organische' basis aan ten grondslag lag. Hun 'handicap' was evenwel dat ze nog geen benul hadden van de wijze waarop verslavingsgedrag in de hersenen tot stand komt. Neurobiologie en neurowetenschappen zijn heel jonge wetenschappen, en de neurobiologie van verslaving heeft pas de laatste tien jaar een relevant theoretisch kader voor verslaving voortgebracht.

### **Tekorten in zelfbeheersing en/of op gebied van sociale integratie**

Een groot voordeel van het medisch denkkader is haar oriëntatie op de uniciteit van het individu. Daarmee weet ze een effectieve scheidsmuur op te werpen tegenover invloeden vanuit morele systemen die – men kan bijna stellen ‘per definitie’ – op groepen mensen zijn georiënteerd en mede daardoor ook minder ruimte laten voor nuances. De moraal geldt voor iedereen die bij de groep hoort. Iedereen moet zich aan deze *gouden regel* houden, dat je je gedrag tegenover anderen moet laten leiden door wat je verwacht wat anderen bij jou zullen doen. Dat er desondanks voor afwijkingen nog een zekere ruimte bestaat en/of dat ‘vergeving van zonden’ mogelijk is, doet aan dat algemene beginsel niets af – in tegendeel: het versterkt dat alleen maar.

De sterk *individuele* oriëntatie van het medisch denkkader kan een nadeel vormen waar het de sociale dimensie van de mens betreft. Zoals hierboven is aangegeven is het echter acceptabel om schadelijke en disfunctionele beperkingen in het zich kunnen integreren in groepsverband, en daartoe een hoge mate van zelfbeheersing te realiseren, óók als psychiatrische stoornis te duiden. De moraal hebben we daar niet voor nodig. In de psychiatrie is de aandacht voor sociale dimensie van het menselijk gedrag uitdrukkelijk aanwezig. In de DSM IV is bijvoorbeeld in de beschrijving van kenmerken van psychische stoornissen de sociale dimensie veelvuldig aan de orde.

De hier geponeerde stelling is dat verslavingsgedrag bij mensen (dierstudies geven in dit opzicht een eenzijdig beeld van verslavingsgedrag) betrekking heeft op twee aspecten, die mogelijk relatief los van elkaar staan. In de *eerste* plaats is er mogelijk sprake van een tekort in het individuele vermogen tot zelfbeheersing. In de *tweede* plaats is er mogelijk sprake van een tekort in het vermogen tot integratie in sociale en morele systemen als gevolg van co-morbide psychische stoornissen. In beide gevallen is er sprake van een stoornis op biologisch niveau. Als de veronderstelling klopt dat beide aspecten relatief onafhankelijk van elkaar zijn, kan dat inhouden dat we de volgende groepen kunnen onderscheiden:

1. de groep die goed in staat is tot zelfbeheersing tegenover psychoactieve stoffen en voldoende in staat is tot sociale integratie, - dit is waarschijnlijk de overgrote meerderheid van de bevolking;
2. de groep die goed in staat is tot zelfbeheersing tegenover psychoactieve stoffen maar problemen heeft met de integratie in sociale verbanden;
3. de groep die goed in staat is tot de integratie in sociale verbanden maar problemen heeft met zelfbeheersing tegenover psychoactieve stoffen;
4. de groep die zowel tekorten vertoont op het vlak van de zelfbeheersing tegenover psychoactieve stoffen alsook de sociale integratie, - deze groep waarschijnlijk vrij klein, maar heeft wel de meest ernstige problemen.

Wanneer we spreken over mensen met verslavingsproblemen gaat het uiteraard om de laatste twee groepen. Groep *a* vervult in deze discussie de normale ‘controlegroep’. Groep *b* vormt een deelpopulatie van de groep mensen die met psychische problemen een beroep doet op de psychiatrie. Groep *c* bestaat waarschijnlijk voor het merendeel uit de mensen die overmatig gebruik maken van drank, en het betreft tevens het grootste deel van de groep actieve rokers. Bij de meeste van hen is er geen sprake van problemen op het vlak van de sociale en morele integratie. Een deel van hen doet al dan niet op grond van externe druk een beroep op de verslavingszorg. Groep *d* omvat de groep ernstige verslaafden waarbij een hoge mate van psychiatrische co-morbiditeit aanwezig is. Het vormt in het bijzonder de doelgroep van de huidige verslavingszorg en psychiatrie. Naast verslavingsproblemen hebben ze andere neuropsychiatrische problemen, die in ernstige mate hun vermogens tot sociale integratie inperken. Het is vaak van toevallige, biografische factoren afhankelijk of men als cliënt of patiënt terechtkomt in de verslavingszorg, de psychiatrie of geen van beide.

## **VI. De consequenties**



De voorgaande beschouwingen hebben in het bijzonder consequenties voor de verslavingszorg en de psychiatrie.

### **Moet de verslavingszorg blijven bestaan?**

De verslavingszorg bestaat als aparte werksoort zo'n 100 jaar. De sector is ontstaan uit de schoot van de organisaties voor drankbestrijding. Voordien werden drankzuchtigen wel opgenomen in een van de inrichtingen voor krankzinnigenzorg, maar in deze sector bestonden niet of nauwelijks behandelwijzen die specifiek op verslaving waren gericht.

Het is volgens ons terecht dat de verslavingszorg opnieuw de aandacht richt op het ziektebegrip van verslaving. We schrijven 'opnieuw' omdat de ambulante verslavingszorg in 1909 in Amsterdam begon als een *medisch* consultatiebureau. K.H. Bouman, de latere hoogleraar psychiatrie, werkte samen met Th.W. van der Woude aan een nieuw concept waarin een medische benadering gekoppeld werd aan een 'moreel-didactische' aanpak. De medische zorg stond aldus niet los van de morele heropvoeding die de eerste werkers in de verslavingszorg als noodzakelijk achtten. Later voegden de reclassering en allerlei vormen van wettelijke dwang zich bij het repertoire. Dat waren uiteraard geen 'medische' behandelstrategieën. Ze schiepen hoogstens de voorwaarden om daar überhaupt aan toe te komen.

Na de Tweede Wereldoorlog bloeide het medisch model van verslaving, vooral door toedoen van Jellinek, als nooit tevoren weer op. Maar in de jaren zeventig, kwam allengs het medisch verslavingsbegrip in diskrediet. Werden de verslaafden daar echt mee geholpen? Dat is nog maar de vraag. Mensen die ziek zijn hebben recht op medische zorg. Als verslaving terecht als een psychiatrische stoornis, of zo men wil als een hersenziekte, mag worden geduid, geldt dat recht uiteraard ook voor verslaafden. Maar dan is het wel curieus dat voor verslaving een apart circuit van voorzieningen bestaat, goeddeels los van de psychiatrie of de algemene gezondheidszorg. Weliswaar worden er thans op tal van plaatsen initiatieven genomen om beide sectoren intensiever met elkaar te laten samenwerken, maar veel vaart en inhoudelijke diepgang zit er nog niet in.

Op dit moment staat de geschiedenis de ontwikkeling van de verslavingszorg en daarmee een effectieve behandeling van verslavingsproblemen in de weg. Verslavingsstoornissen onderscheiden zich volgens de huidige inzichten niet noemenswaardig van de andere (neuro)psychiatrische stoornissen, - dit maakt het voortbestaan van een apart verslavingscircuit, dat bovendien in een aantal opzichten minder goed gefaciliteerd wordt, tot een overblijfsel uit het verleden dat als zodanig geen toekomst meer heeft.

Door de geavanceerde onderzoekstechnieken die ons ter beschikking staan kan het complexe verslavingsproces thans tot op moleculair niveau ontrafeld worden. Weliswaar zijn de psychofarmacologische interventiemogelijkheden nu nog vrij beperkt, c.q. van wisselende kwaliteit, doch de vooruitzichten zijn zeker niet ongunstig. De ontwikkeling van nieuwe biomedische interventiemethoden, in het bijzonder medicijnen, heeft een sterke impuls gekregen door de decodering van het humaan genoom, waardoor nieuwe 'drug targets' kunnen worden geïdentificeerd. Verder zal op met behulp van opkomende wetenschappen zoals de psychofarmacogenomica en de biotechnologie een steeds effectievere diagnostiek en geïndividualiseerde therapie mogelijk worden. De verwachting is verder dat de doorloopsnelheid van medicijnontwikkeling zal toenemen, al zal het gemiddeld toch nog zo'n 10 jaar duren alvorens nieuwe medicijnen alle vereiste trials achter de rug hebben en als geregistreerd medicijn beschikbaar zijn.

Opmerkelijk is dat nieuwe aangrijpingspunten voor farmacotherapie mede ontleend worden aan het neurobiologische onderzoek dat zich richt op andere psychiatrische

stoornissen, zoals bijvoorbeeld schizofrenie. De achtergrond hiervoor is in de eerste plaats dat op moleculair niveau en wat betreft de betrokken neuronale circuits verslaving diverse overeenkomsten vertoont met andere stoornissen.

De klinisch epidemiologische verstrengeling van verslavingsproblemen met psychiatrische problematiek – die toeneemt al naar gelang de *ernst* en de *duur* van beide probleemgebieden bij een individu – alsmede de in neurobiologische zin sterke overlap in de bij deze beide problemen betrokken neurotransmittersystemen en hersengebieden moet consequenties hebben. Het pleit ervoor beide probleemgebieden zowel wat betreft de klinische en rehabilitatieve zorg alsook wat betreft het wetenschappelijk onderzoek en de beleidsvorming binnen een en hetzelfde regiem te plaatsen. Men kan de stelling verdedigen dat thans de verslavingszorg, vanwege het feit dat ze slechts gedeeltelijk wordt erkend als een psychiatrisch deelgebied, onvoldoende is toegerust en dat de cliënten navenant onderbehandeld worden. Vanuit het verleden geredeneerd kunnen we evenwel stellen dat de verslavingszorg – ook al etiketteerde zij zichzelf als ‘medisch’ – in het verleden nog geen of nauwelijks *medische* gereedschappen tot haar beschikking had.

Thans vertoont dit beeld echter kleurverschillen en gaan de ontwikkelingen in een tempo die een veel optimistischer beoordeling toelaten. Hier komt bij dat, geredeneerd vanuit het gezichtspunt van de psychiatrie, het op zijn zachtst gezegd merkwaardig is dat de daarin opgenomen cliënten – die in hoge mate ook verslavingsproblemen hebben – niet of nauwelijks de aandacht daarvoor krijgen die ze objectief gezien nodig hebben. De kennis van de psychiaters over verslaving en middelengebruik, en in het bijzonder de diagnostiek, schiet tekort. Het perspectief is dus gericht op de integratie van verslavingszorg in de psychiatrie, liefst gebaseerd op een stevig wetenschappelijk fundament en een helder organisatieconcept.

Dit alles laat onverlet dat een *eenzijdig* op het medische aspect gerichte behandeling de betrokkenen onvoldoende op de *maatschappelijke* kaart zet. Er functioneert geen samenleving zonder morele systemen en zonder voorzieningen, die erop gericht zijn mensen actief ‘binnen de perken’ te houden. Zo beschouwd is het noodzakelijk om een medisch verslavingsbegrip en een medische behandelpraktijk van verslaafden te combineren met een moreel verslavingsbegrip en aanverwante activiteiten, die erop gericht zijn hen in staat te stellen zich weer te integreren in maatschappelijke verbanden.

### **Ter afsluiting**

De discussie over het ziektebegrip van verslaving heeft niet alleen een louter academische betekenis. Zeker wanneer bestuurders er weer zo duidelijk op uit zijn verslaafden op te jagen (zoals vorig jaar in Rotterdam het geval was) zijn er ook ‘politieke’ redenen om verslaving de gezondheidszorg in te schrijven, ook al staat de wetenschappelijke legitimatie daarvan voorop.[18] Een ‘politiek’ argument vóór het ziektemodel betreft het beschermen van junks tegen al te geestdriftige gemeentebestuurders en andere autoriteiten, die met nóg meer dwang en drang de betrokkenen te lijf willen gaan. Dit politieke statement moet echter een wetenschappelijke onderbouw hebben.

Volgens ons moet de discussie over het begrip van verslaving ontgaan worden van allerlei ideologische connotaties of deze nu medisch of moralistisch van aard zijn. Het begrip moet de *uitkomst* zijn van diepgaand empirisch en theoretisch onderzoek. De kwestie is hoe je op een objectieve en navolgbare wijze een onderscheid kunt aanbrengen tussen normaal versus abnormaal gedrag, gesteld dat het mogelijk is een voldoende scherp criterium te vinden waarover consensus kan worden gevormd. Het is overigens aannemelijk dat er tussen ‘normaal’ en ‘abnormaal’ een glijdende overgang bestaat, mede waardoor een subjectieve (en historisch relatieve) beoordeling

van de opgetreden disfuncties, alsook van de waardering van de ontstane schade, nooit geheel uitgesloten kan worden.

In dit stuk is, in navolging van Wakefield, betoogd dat de meest elementaire dimensies van het stoornisbegrip die van functionaliteit en schadelijkheid zijn – tegen het decor van de evolutionair gevormde mogelijkheden en beperkingen van de mens. Deze omschrijving is ook relevant voor de beantwoording van de vraag of er bij verslaving sprake is van een ziekte of stoornis. We hebben verder benadrukt dat we zowel individuele als sociale aspecten van het menselijk bestaan onder ogen moeten zien. Verslaving is daarom ook niet alleen een medisch, maar ook een moreel probleem.

Jaap van der Stel  
Haarlem, maart 2003  
[v.d.stel@planet.nl](mailto:v.d.stel@planet.nl)

## Noten

1. Alkemade, K. van & Schelling, P. van der (1735). *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 oorzaken dezer misbruiken; de wetten, en middelen daar tegen; en derzelve overeenkomst met die der andere volken ... (derde deel)*. Rotterdam.
2. Stel, J.C. van der (1995). *Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Hilversum: Verloren.
3. Ramaer, J.N. (1852). *Dronkenschap en krankzinnigheid*. Tiel.
4. Ook de grondlegger van het moderne '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.
5. Het is goed mogelijk dat een 'constructie' het verschijnsel waarop het betrekking heeft eenzijdig of (zeker achteraf beschouwd) onjuist voorstelt. Maar dan nog is het interessanter om te verklaren *waarom* een sociale constructie tot stand kwam en cultureel werd verspreid, dan om alleen maar vast te stellen *dat* het een sociale constructie is. Het risico is namelijk dat de analyse blijft hangen in 'ideologiekritiek' en geen sociaal-historische (en andere) kennis voortbrengt.
6. Wakefield, J.C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 108, 374-399; Wakefield, J.C. (1999). Mental disorder as a black box essentialist concept. *J Abnorm Psychol* 108, 465-472; Stel, J.C. van der (2001). Het debat dat niet doorging. Over de toe- en afname van psychische problemen. *Psychologie en Maatschappij*, 25, 210-219.
7. Dat we zonder hulpmiddelen niet kunnen overleven in bijvoorbeeld buitenaardse sferen is dus geen stoornis, want ons genetisch apparaat is er niet op voorbereid. Wel 'leidt' het moeten leven in buitenaardse sferen zonder beschermende middelen binnen zeer korte tijd tot zulke stoornissen dat we zullen sterven.
8. Er kunnen zelfs uitspraken worden gefundeerd over de vraag of 'moraal' of de 'behoefte aan respect' natuurlijke verschijnselen zijn, die al bij hogere dieren voorkomen, óf dat we het hier hebben over sociaal-culturele toevoegingen. De wetenschap tendeert steeds meer naar het eerste standpunt, ook al zorgt de culturele ontwikkeling uiteraard wel voor de ontwikkeling van (in dit voorbeeld) de moraal of de wijze waarop de behoefte aan respect gerealiseerd kan worden.
9. Op een vergelijkbare manier van redeneren kunnen we bepaalde vormen van sociaal gedrag als een stoornis typeren, bijvoorbeeld als de potentie tot de

vorming van een geweten niet kan worden benut c.q. mensen niet in staat zijn zich in (de gevoelens van) andere mensen in te leven.

10. We kunnen de levensomstandigheden beoordelen als 'relevant' als deze de overleving van het individu en/of de groep mogelijk maken, en 'irrelevant' als de overleving onmogelijk wordt gemaakt.
11. De evolutie van onze genen heeft zich de afgelopen honderdduizenden jaren voorgedaan in een niet alleen natuurlijke, maar ook een culturele omgeving, waarbij de culturele 'evolutie' meer en meer een relatief zelfstandige ontwikkeling heeft doorgemaakt die van invloed is geweest op de genetische selectie ('gene-culture co-evolution'). Binnen deze zienswijze kan bijvoorbeeld een verklaring worden gezocht voor de vraag waarom slechts een deel van de mensheid een genvariant heeft dat zorgt voor een voldoende expressie van het lactose-enzym, dat nodig is voor een adequate vertering van melkproducten. De meerderheid van de volwassen wereldbevolking maakt dit enzym onvoldoende aan. De verklaring voor deze differentiatie kan worden gezocht in de historische interactie tussen veeteelt (cultuur) en genetische selectie. We kunnen erop speculeren dat een gen-cultuur co-evolutie ook ten grondslag ligt aan de differentiatie onder de wereldbevolking in de wijze waarop het metabolisme van alcohol plaatsvond (vergelijk de negatieve reacties op alcohol bij Aziaten in vergelijking met de blanke, westerse bevolkingsgroepen). Of dit zo is, is een vraag voor nader onderzoek.
12. Natuurlijk moet dit niet opgevat worden dat mensen zich (op volwassen leeftijd) niet welbewust kunnen onttrekken aan bepaalde sociale systemen en zelfs in afzondering kunnen leven. Doch, ook de meest fanatieke kluizenaar is eerst hecht geïntegreerd geweest, en leeft nog steeds – zij het vooral in morele of ideële zin – in een sociaal verband, en zijn of haar gedrag heeft zeker ook een sociale betekenis.
13. Ons zijn geen culturen bekend die 'uitgestorven' zijn als gevolg van middelengebruik, wel (historische en hedendaagse) culturen die er zwaar onder gebukt gaan. Het is aannemelijk (en ook te bewijzen) dat bepaalde (sub)culturen ernstig te leiden hebben gehad aan hun eventueel onvermogen tot het effectief beheersen van het gebruik van psychoactieve stoffen bij hun leden. In ieder geval – zo is onze hypothese – is een voldoende effectieve beheersing of regulering van het gebruik of het misbruik waarschijnlijk wel een noodzakelijke voorwaarde voor de overleving van een bepaalde cultuur.
14. We begeven ons hier bewust op (door taboes afgezet) glad ijs. We stellen dat mensen het vermogen hebben zich sociaal (en ook 'moreel') te integreren, en dat een bepaalde mate (wat die 'mate' is, is historisch specifiek) van conformisme functioneel is. Daarmee is 'non-conformisme' nog geen stoornis: er is pas sprake van een stoornis in psychiatrische zin als de betrokkenen gestoord zijn in hun *vermogen* om zich aan te passen. Er zijn talloze situaties denkbaar waarin non-conformisme heel functioneel is, maar in de meeste gevallen zullen de non-conformisten zich heel goed weten te integreren in de voor hen wél relevante (sub)groepen, die zich afzetten tegenover de dominante cultuur.
15. Voor de goede orde, we proberen te begrijpen waarom zelfbeheersing of sociale aanpassing plaatsvindt en waarom middelengebruik in het discours over 'hoe het hoort' vaak zo'n belangrijke plaats inneemt. We streven verder geen 'missie' na.
16. We verwijzen hier naar onder andere het werk van de historisch sociologen Elias en Muchembled, die zo goed de dialectiek tussen zelfbeheersing én de dwang tot sociale aanpassing hebben geanalyseerd.

17. In de negentiende eeuw werden zelfs de 'nationale' belangen in stelling gebracht om de kritiek op drankmisbruik en verslavingsgedrag te schragen.
18. Ook Jellinek beoogde in de jaren vijftig met zijn ziektemodel van alcoholisme de alcoholisten uit de handen van de moralistische drankbestrijders te halen.