

Verlaving als een medisch en moreel probleem

Jaap van der Stel

Verlaving: medisch én moreel probleem

In deze bijdrage doe ik een poging naast het goeddeels geaccepteerde medische verlavingsbegrip een moreel verlavingsbegrip te introduceren. Het *medische* verlavingsbegrip heeft betrekking op de vraag of er sprake is van een stoornis in somatische of psychiatrische zin. Het *morele* verlavingsbegrip heeft betrekking op de vraag of bepaald gedrag – zoals het gebruik of misbruik van psychoactieve stoffen – wel of niet acceptabel is binnen een vigerend moreel systeem. We moeten ons wel realiseren dat morele systemen geen doel in zichzelf zijn. In laatste instantie ontleen ze hun bestaansrecht aan de mate waarin ze praktische, *maatschappelijke* resultaten boeken. In de meeste morele systemen wordt verlaving of ernstig misbruik van middelen opgevat als een vorm van *immoreel*, afkeurenswaardig gedrag. Vanuit het perspectief van de adaptatie van de groep (en uiteraard ook van dat van het individu) gaat het immers om disfunctioneel gedrag.

Al heel vroeg in de menselijke geschiedenis werd in religieuze en morele systemen kritiek geuit op het misbruik van middelen. Aan die kritiek werden geboden en verboden verbonden. Dat psychoactieve stoffen als bedreigend werden ervaren, is niet zo verwonderlijk: dergelijke stoffen zijn heel verleidelijk en het gebruik kan grote invloed hebben op het individu of op de groep. Het was niet de werking op langere termijn die als het meest bedreigend werd beschouwd maar de mogelijke directe verstoring van het gedrag van de groepsleden. Langdurige verlaving kwam in tijdperken die door schaarste werden gekenmerkt waarschijnlijk niet of nauwelijks voor.

Binnen het huidige wetenschappelijke, medisch-psychiatrisch denken kunnen we verlaving beschouwen als een psychiatrische stoornis omdat er sprake is van een *schadelijke disfunctie* van het gedragssysteem, namelijk het onvermogen om de eigen impulsen te beheersen.

Zelfbeheersing is niet alleen functioneel voor het individu; het is een belangrijke voorwaarde voor de integratie van individuen in *groepsverband*, die noodzakelijk is voor de overleving van de soort. Verlies van zelfbeheersing veroorzaakt niet alleen disfuncties op individueel niveau maar ook groepsniveau. Dat cultureel gevormde, morele systemen zelfbeheersing centraal plaatsen in hun waarden- en normenstelsels ligt dan ook in het verlengde van wat evolutionair is

voortgebracht.

Is 'immoraliteit' een psychiatrische stoornis?

De voor de hand liggende vraag 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. Mensen zijn 'morele wezens'. Een schadelijke disfunctie op het terrein van deze morele groepsbinding zou dus kunnen duiden op een stoornis of ziekte indien een verband kan worden aangetoond met aantoonbare verworven of aangeboren tekorten.

In onze individualistische, geseclariseerde en in zekere zin ook een 'anti-morele' cultuur lijkt het een doodzonde om 'gebrek aan moraal' te duiden als een ziekte. Maar dat doe ik hier ook niet. Ik wijs slechts op de mogelijkheid van een individuele stoornis in het vermogen om zich in sociale systemen te *kunnen* integreren en met name: de *beheersing* op te brengen die voor die integratie nodig is. Het zich niet houden aan morele voorschriften is op zichzelf beschouwd geen stoornis. Er is volgens mij pas sprake van een stoornis als mensen (a) zich niet kunnen inleven in de mentale gesteldheid van anderen (*theory of mind*) en/of (b) niet in staat zijn met de belangen van anderen rekening te houden. Mensen met een dergelijke stoornis zijn niet in staat zijn tot moreel gedrag.

Indien we accepteren dat 'moraal' een evolutionaire verworvenheid is, die al bij hogere dieren – in rudimentaire, niet-symbolische vorm – aanwezig is, moet ook de keerzijde onder ogen gezien worden: het ontbreken van moraal. Bij degenen die zich vanwege cognitieve of affectieve tekorten niet *kunnen* voegen in morele systemen en/of slecht kunnen integreren in sociale verbanden, is sprake van een psychiatrische stoornis. In het classificatiesysteem van de psychiatrie, de DSM-IV, staat dit overigens niet met zoveel woorden, omdat 'morele' psychische defecten een historisch beladen onderwerp zijn. In het verleden zijn critici van morele systemen door machthebbers maar al te vaak als gestoord gestoord getypeerd. Met name in de Sovjet-Unie is de psychiatrie hiervoor herhaaldelijk misbruikt. In feite zijn critici echter zeer hecht geïntegreerd in een moreel systeem, maar dan in een systeem dat in concurrentie staat met een ander – dominant – systeem.

Na deze waarschuwing te hebben gedaan, durf ik de stelling aan dat verslaving te maken kan hebben met (a) tekorten op het vlak van het vermogen zich te integreren in of aan te passen aan sociale en morele

systemen en (b) tekorten op het vlak van de impulsbeheersing. Of dat écht zo is, is een vraag waarop de empirie antwoord kan geven. Ik neem overigens aan dat deze tekorten slechts bij een minderheid van de totale categorie 'verslaafden' een rol spelen. Verder vermoed ik dat deze twee facetten van verslaving – tekort aan integratievermogen en tekort aan impulsbeheersing – relatief onafhankelijk van elkaar bestaan. Dat zou een verklaring bieden voor verschillen in het klinisch beeld en het gedrag van groepen cliënten in de verslavingszorg.

Samenvattend: immoraliteit is *geen* psychiatrische stoornis, maar een onvermogen om zich moreel te gedragen kan wel duiden op het bestaan van psychiatrische stoornissen.

De historische context van het verslavingsprobleem

De manifestatie van verslaving heeft veel van doen met de sociale en economische context waarin mensen leven. Duizenden jaren lang heeft de beschikbaarheid van middelen (of beter: de schaarste daaraan) mensen van verslaving afgehouden. Soms was de sanctionering van gebruik zó dwingend, en de sociale controle op het gebruik zó effectief, dat manifest verslavingsgedrag slechts bij hoge uitzondering voorkwam. In West-Europa kwam daarin in de loop van de achttiende eeuw verandering onder invloed van 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 zijn 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 werd, althans in ons land, geformaliseerd. De individualisering die daarvan het gevolg was, 'ruikt' naar maatschappelijke fragmentatie maar dat is een te eenzijdige voorstelling van zaken. Sinds het einde van de achttiende eeuw was er een toenemende 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*. Vooral aan het einde van de negentiende eeuw vond, in samenhang met processen van verzuiling en emancipatie, een explosieve groei plaats van het aantal verenigingen dat ernaar streefde de bevolking te bewegen tot aanpassing aan de heersende (of voor het desbetreffende volksdeel geldende) morele voorschriften.

Het is niet toevallig dat juist in de achttiende eeuw in de westerse landen – voor het eerst in de geschiedenis – het verslavingsbegrip opdook. In de hierboven geschetste context werd *zelfbeheersing* tegenover psychoactieve stoffen (het accent lag overigens op sterke drank) steeds sterker sociaal geconstrueerd als het *pièce de résistance* van de meer omvattende campagne om mensen te bewegen tot moreel gedrag. De nieuwe *morele* categorie ‘verslaving’, waarmee men tot uitdrukking bracht dat het immoreel was om je *vrijwillig* te verslaven en daardoor je zelfbeheersing te verliezen, ging vooraf aan het *medisch* verslavingsbegrip. Het medische verslavingsbegrip wist zich slechts met moeite te ontworstelen aan de morele kaders waarbinnen het concept ‘verslaving’ oorspronkelijk was gevormd. Medici vermoedden niettemin al vóór de achttiende eeuw dat de ‘zucht’ naar drank of andere middelen geen (of tenminste niet alléén een) expressie was van vrijwillige immoraliteit (bandeloosheid, onmatigheid), 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: de neurobiologie heeft pas de laatste tien jaar een relevant theoretisch kader voor verslaving voortgebracht.

Tekorten in integratievermogen en zelfbeheersing

Een groot voordeel van het medisch denkkader is zijn oriëntatie op de uniciteit van het individu. Daarmee heeft het medisch denken eeuwenlang een effectieve scheidsmuur weten op te werpen tegenover invloeden vanuit morele systemen die – men kan bijna stellen: ‘per definitie’ – op *groepen* mensen zijn georiënteerd en mede daardoor minder ruimte laten voor nuances. De moraal geldt immers 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 dat anderen tegenover jou zullen doen. Dat er desondanks in de moraal nog een zekere ruimte bestaat voor afwijkingen en/of voor ‘vergeving van zonden’, doet aan dat algemene beginsel niets af. Integendeel: het versterkt dat alleen maar.

De sterk *individuele* oriëntatie van het medisch denkkader vormt echter een nadeel waar het de sociale dimensie van de mens betreft. Zoals hierboven is gesteld, is het verdedigbaar om schadelijke en disfunctionele beperkingen in het vermogen zich te integreren in een groepsverband, en een gebrek aan de zelfbeheersing die nodig is om dat te realiseren, óók als psychiatrische stoornis te duiden.

We merkten reeds op dat verslavingsgedrag bij mensen twee, relatief los van elkaar staande aspecten vertoont: een tekort aan zelfbeheersing (men is niet meer in staat zich autonoom te gedragen tegenover hunkeringen en stimuli in de omgeving) en een tekort in het vermogen tot integratie in sociale en morele systemen. Het laatste is mogelijk het gevolg van co-morbide psychische stoornissen. In beide gevallen is er sprake van een stoornis op biologisch niveau. Als deze gedachtegang klopt kunnen we de volgende groepen onderscheiden:

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

Wanneer ik spreek over mensen met verslavingsproblemen gaat het uiteraard om de laatste twee groepen. Groep *a* vervult in deze discussie de normale 'controlegroep'. Groep *b* representeert een deel van de mensen die wegens psychische problemen een beroep doen op de psychiatrie. Groep *c* bestaat voor het merendeel uit de mensen die overmatig gebruik maken van drank, en het betreft tevens een deel van de groep actieve rokers. Bij de meesten van hen is er geen sprake van problemen op het vlak van de sociale en morele integratie. Slechts een klein deel van de overmatige drinkers en een verwaarloosbaar aantal rokers doet, al dan niet onder externe druk, een beroep op de verslavingszorg.

Groep *d* omvat de groep ernstig verslaafden waarbij een hoge mate van psychiatrische co-morbiditeit aanwezig is. Zij vormen bij uitstek de doelgroep van de huidige verslavingszorg en psychiatrie. Naast verslavingsproblemen kampen zij met andere neuropsychiatrische problemen, die in ernstige mate hun vermogens tot sociale integratie inperken. Het is vaak van toevallige, persoonlijke of institutionele factoren afhankelijk of zij als cliënt of patiënt terechtkomen in de verslavingszorg, de psychiatrie, óf in geen van beide.

Tot slot

Verslaving is een fenomeen dat zowel een medische als een morele dimensie heeft. In deze bijdrage heb ik de morele dimensie in verband gebracht met sociale integratie. Sociale groepen kunnen verslavingsgedrag van hun leden ervaren als ondermijnd voor het sociale verband. Ze gebruiken bij hun beoordeling *morele* categorieën, en daarmee legitimeren ze eventuele (justitiële) sancties.

In de discussie over verwijtbaar en niet verwijtbaar gedrag kunnen we onderscheid maken tussen *immoreel* gedrag van geestelijk gezonde mensen, én *amoreel* gedrag van mensen die onvoldoende geestelijke vermogens hebben om zich te voegen in sociale verbanden. De eerste categorie staat al sinds mensenheugenis bloot aan de interventies van machthebbers, geestelijken en anderen die zich bewegen op het sociaal-morele vlak. De tweede categorie behoort tot het domein van de psychiatrie en aanverwante disciplines.

In de praktijk is het helaas heel lastig deze twee dimensies van elkaar te onderscheiden. Dat kan sterk ten nadele zijn van mensen met een psychiatrische stoornis. Dit is een reden temeer om alle betrokkenen hiertoe op te roepen: onderbouw de criteria die je hanteert bij het aanbrengen van een onderscheid tussen 'normaal' en 'abnormaal' zo goed mogelijk, en pas ze op een transparante en navolgbare wijze toe.

Literatuur

Stel, J.C. van der (1995). *Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland. Een historisch-sociologische studie*. Hilversum: Verloren.