

Alcoholverslaving: verwerpelijke gewoonte, zwakke wil of hersenziekte en de consequenties voor verantwoordelijkheid

Judith Godschalx-Dekker¹

Abstract – Nowadays alcohol addiction is regarded as a brain disease. Originally alcohol addiction was considered as a moral weakness, an objectionable habit or as a flawed will. What are the foundations of these different points of view? Alcohol addiction as a moral weakness is based on virtue ethics, and the flawed will is recognized by the new compatibilism. Alcohol addiction as brain disease is based on recent developed techniques to research brain function. What is the implication for moral responsibility if acts are performed out of alcohol addiction? Arguments from all three views are suited to substantiate responsibility as well as lack of responsibility in a specific case. It is about causation between alcohol addiction and action with attention to qualitative reduction of decision-making capacity.



Verslaving wordt tegenwoordig steeds meer gezien als een ‘hersenziekte’. Eenmaal verslaafd, vertoont de verslaafde geestelijke en lichamelijke ziekteverschijnselen: concentratieproblemen, angst, somberheid, misselijkheid etc. Deze verschijnselen treden op tijdens het gebruik en/of bij een poging om het middel te staken. Als gevolg blijkt de verslaafde niet meer in staat om normaal te functioneren. Dopamine banen in de hersenen zijn veranderd en het brein is ziek. Dit recente perspectief (verslaving als hersenziekte) is echter niet het enige perspectief op verslaving. Vroeger werd verslaving gezien als een morele zwakte, een verwerpelijke gewoonte of een zwakke wil. Het is interessant om eens na te gaan wat de funderingen van deze perspectieven zijn. Verslaving als morele zwakte lijkt te zijn geworteld in de deugdenethiek. Verslaving door een zwakke wil wordt genoemd in het nieuwe compatibilisme. Verschillende perspectieven op verslaving zouden aanleiding kunnen geven tot tegenstrijdige oordelen over in hoeverre de verslaafde verantwoordelijk is. In essays over morele verantwoordelijkheid en vrije wil wordt verslaving geregeld als voorbeeld genoemd. Vaak is dit om te illustreren hoe versla-

1. Mr. drs. J.A. Godschalx-Dekker is jurist en arts-assistent in opleiding tot psychiater aan het UMC Utrecht. Ze heeft aan de Erasmus Universiteit Rotterdam een bachelor filosofie van de geneeskunde behaald.

ving de vrije wil negatief beïnvloedt. De relatie tussen verslaving en verantwoordelijkheid is echter zo gecompliceerd, dat een zelfstandig essay over dit onderwerp de moeite waard is. Vanuit diverse disciplines wordt hierover gedebatteerd: het strafrecht, de politiek, de neurowetenschappen en zo voorts (Buchman e.a. 2010, 36). We kiezen er hier voor om verslaving en verantwoordelijkheid vanuit verschillende ethische perspectieven te belichten. Daarbij kiezen we ervoor om niet de vrije wil, maar morele verantwoordelijkheid te bespreken. Het bestaan van de 'vrije wil' wordt ter discussie gesteld. Consensus is er daarentegen over het maatschappelijk belang om mensen voor hun handelen verantwoordelijk te achten. Het nieuw compatibilisme stelt, dat zelfs al zou de vrije wil niet bestaan, dan is er nog steeds plaats voor verantwoordelijkheid. Het 'compatibilisme' verwijst naar de verenigbaarheid van het determinisme en de vrije wil. Verantwoordelijkheid vloeit dan voort uit het bestaan van de vrije wil. Het 'nieuwe' compatibilisme verwijst enkel naar de verenigbaarheid van het determinisme en verantwoordelijkheid (zie verder Dekker & Van Marle 2009). Het onderwerp van dit essay is alcoholverslaving. Alcohol is immers een vrij toegankelijk middel in België en Nederland, waarvan het gebruik in de algemene bevolking sociaal is geaccepteerd, enkele religieuze subgroepen daargelaten.

Alcoholverslaving wordt door het psychiatrisch handboek DSM-IV (APA 2000) gedefinieerd als het optreden van drie of meer van de volgende symptomen: tolerantie (steeds meer nodig om hetzelfde effect te bereiken), onttrekkingsverschijnselen, meer van het middel nemen dan de bedoeling was, drang om het middel te staken zonder daar langdurig in te slagen, sociaal disfunctioneren en continueren van gebruik ondanks negatieve effecten.

Drie visies op alcoholverslaving

We beginnen met drie verschillende visies op verslaving (verwerpelijke gewoonte, zwakke wil en hersenziekte). Het exploreren van deze visies is zinnig omdat het inzicht geeft in mogelijke vooroordelen over verslaving. Iedere visie komt neer op een andere inschatting van de *agency* van de verslaafde. We bedoelen met *agency* het vermogen van de verslaafde om een keuze te maken en conform die keuze te handelen. Verslaving als 'verwerpelijke gewoonte' keurt de uitkomst van de keuze af. Verslaving als 'zwakke wil' verwijst naar het onvermogen om een gemaakte keuze om te zetten in daden. Verslaving als 'hersenziekte' verwijst naar een 'niet zelfgekozen beperking van keuzemogelijkheid'. Vervolgens bespreken we de mogelijke consequenties van deze visies voor verantwoordelijkheid, en vervolgens komen we tot een afweging waarin we de veranderende visie op verslaving zien terugkeren in de Nederlandse rechtspraak. Alcoholverslaving is op zichzelf onvoldoende reden om van verminderde verantwoordelijkheid te kunnen spreken.

Toch kan een ernstige mate van alcoholverslaving de oorzaak zijn van een kwalitatieve verstoring van breinfuncties die nodig zijn om verantwoord keuzes te maken.

Een verwerpelijke gewoonte

Vaak wordt alcoholverslaving beschouwd als een (verwerpelijke) *gewoonte*. Alcohol is een toegestaan en sociaal geaccepteerd middel. Het regelmatig drinken van alcohol is een gewoonte. Het drinken van speciaal bier wordt zowel in Nederland als in België gezien als een teken van goede smaak. Een goed glas wijn doet het eten beter smaken. Het dagelijks drinken van enige glazen rode wijn is goed voor de bloedvaten. Voor velen is het drinken van alcohol een aangename gewoonte die geen problemen veroorzaakt, maar bij sommigen loopt het mis. Alcoholverslaving wordt dan beschouwd als een uit de hand gelopen gewoonte. Vandaar is het niet verwonderlijk dat de alcoholverslaving als *verwerpelijk* wordt gezien.

Vanuit een deugd ethisch perspectief kan alcoholverslaving worden gezien als ondeugdelijk. Alcoholverslaving leidt ertoe dat de (kardinale) deugden van matigheid, rechtvaardigheid, moed en wijsheid worden weggedrukt door ondeugden. Zo kan de alcoholverslaafde in het beloop van zijn verslaving voldoen aan maar liefst vijf van de zeven hoofdzonden (in het Latijn genaamd: *gula, ira, superbia, luxuria* en *acedia*) die worden erkend in het katholicisme. Een primair kenmerk van verslaving is dat de gebruiker niet in staat is zijn gebruik te matigen. De zonde *gula* wil zeggen onmatigheid of gulzigheid. Maar er is meer. Er is namelijk bij overmatige inname een aanzienlijk verhoogde kans op woede en agressie (*ira*) (Bergman 1997, 1183; Paglia & Room 1997, 216), op zelfoverschatting (*superbia*, hoogmoed) en op (seksuele) ontremming (*luxuria*, onkuisheid). Voorts komt de verslaafde wellicht niet meer toe aan: werken, zelfzorg, huishouding of gezinsleven, wat door anderen als gemakzuchtigheid (*acedia*) wordt beschouwd.

Wanneer alcoholverslaving als een slechte *gewoonte* wordt beschouwd, dan focust men op de handelende mens en zijn karakter. De verslaafde *kiest* voor onmatigheid van alcohol en de consequenties daarvan in plaats van te voldoen aan de verplichtingen die het leven aan hem stelt.

Het is ten minste voor sommige alcoholverslaafden mogelijk om zelfstandig de gewoonte te beëindigen. Het succes van de Anonieme Alcoholisten (AA) is mogelijk zelfs gelegen in de nadruk die wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid en de controle over het gebruik (Boyarsky e.a. 2002, 707). Maar het overgrote deel van de alcoholverslaafden zoekt geen hulp om ermee te stoppen. Hierdoor kan de indruk ontstaan dat de verslaving een bewuste, maar over het algemeen verwerpelijke keuze is, voor de gewoonte om alcohol te gebruiken.

De zwakke wil

Een andere visie is dat verslaving in het algemeen, en dus ook alcoholverslaving in het bijzonder, ontstaat vanwege een ‘zwakke wil’. Waar komt die gedachte eigenlijk vandaan? Het nieuwe compatibilisme lijkt de grondslag te hebben gelegd voor het concept van de ‘zwakke wil’. Zo ontwierp Frankfurt (2007, 322-336) een hiërarchisch zelfreflectief systeem met eerste en tweede orde verlangens (Kane 2005, 94). Een alcoholverslaafde kan een eerste orde verlangen hebben naar drank, maar een tweede orde verlangen om zijn baan te behouden en zijn verslaving te overwinnen. Als het tweede orde verlangen te zwak is om de drank te weerstaan, is er sprake van compulsief (dwangmatig) handelen. Het gaat daarbij niet om een zelfgekozen gebrek aan volharding, maar om een insufficiëntie van de wil: de verslaafde wil bewust of onbewust weldegelijk stoppen met drinken, maar krijgt het niet voor elkaar om die wens te effectueren. De verslaafde wil wel stoppen met drinken, maar de zucht naar drank niet of niet langdurig weerstaan. Watson (2007, 349) meent dat het begrijpelijker is om een onderscheid te maken tussen verlangens en waarden zoals Plato dat reeds deed. In het geval van een zwakke wil winnen de verlangens het van de waarden.

Maar eigenlijk is het begrip ‘zwakke wil’ onjuist (Schlimme 2010, 59). Want wat wordt hiermee bedoeld? Het openslaan van een willekeurig woordenboek leert dat ‘wil’ zowel synoniem is aan ‘eis’ of ‘verlangen’ (wanneer ‘wil’ als enkelvoud van ‘willen’ als werkwoord wordt gebruikt) als aan ‘bedoeling’ (wanneer ‘wil’ als zelfstandig naamwoord wordt gebruikt). Wellicht wordt met ‘zwakke wil’ als tegenstelling van de ‘sterke wil’ verwezen naar een gradatie van ‘wilskracht’. Het synoniem van wilskracht is doorzettingsvermogen of volharding. Daarmee verschuift de discussie van de vrijheid van de wil (‘uit vrije wil’ met andere woorden ‘ongedwongen’) naar doorzettingsvermogen als karaktereigenschap en in dat geval zijn we weer terug bij de deugdenanalyse. Wellicht is dat wat er wordt bedoeld met de zwakke wil van de verslaafde?

Een ziek brein

In de neurobiologische visie gaat het niet langer om een ‘zwakke’ wil maar zelfs om een ‘ziek brein’. Hierop zijn verschillende etiologische varianten mogelijk. Hersenziekte kan bijdragen aan de totstandkoming van de verslaving, maar ook ontstaan door de verslaving. Hersenziekte kan zowel oorzaak van de verslaving zijn (door voorafgaande kwetsbaarheid), synoniem aan het concept van verslaving zijn (door neurotransmitter her-regulering) of het gevolg van de verslaving zijn (door beschadiging van hersenweefsel). Velen drinken regelmatig alcohol, weinigen van hen worden eraan verslaafd. Verslaafd zijn is een conditie die duidelijk van ‘normaal’ te onderscheiden is. Bovendien is de kans erop niet voor

iedereen gelijk: de gevoeligheid voor verslaving blijkt erfelijk bepaald (Merikangas e.a. 1998, 973) en de oorspronkelijke tolerantie voor het middel speelt daarbij een belangrijke rol. Mensen die zonder negatieve effecten veel alcohol kunnen drinken worden immers vaker van het middel afhankelijk, dan mensen die bij kleine hoeveelheden al negatieve effecten ervaren. Verslaving komt vaker voor bij kwetsbare mensen zoals mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen (Mueser e.a. 2000, 179-192). Daarbij kan alcoholgebruik bijna iedere psychiatrische aandoening verbloemen en alcoholgebruik kan worden gebruikt als zelfmedicatie (Hoppener e.a. 2013, 269-277).

Alcoholafhankelijkheid wordt beschouwd als een chronische (hersens)ziekte met een hoge mate van terugval waarbij schadelijke effecten ontstaan voor de gebruiker (Single e.a. 1999, 385) en diens omgeving (Lucieer 2005, 852). Hierbij spelen zucht en controleverlies een belangrijke rol. Door herhaald gebruik van middelen kunnen blijvende veranderingen in neuronale circuits ontstaan. Deze leiden tot disfunctie in emotie, cognitie en motivatie zo blijkt uit onderzoek (o.a. Van de Brink & Schippers 2008, 91; Kalivas & Volkow 2005, 1403; Volkow e.a. 2004, 3). Hoewel incidenteel experimenteren met middelen vrijwillig gedrag is, veroorzaakt langdurig gebruik een patroon van controleverlies en compulsief gedrag (Volkow e.a. 2010, 748). Voldoende lange nuchterheid herstelt de neurocognitieve disfuncties, waardoor zelfbesef en ziekte-inzicht kan ontstaan (Verdejo-García & Pérez-García 2008, 172).

Consequenties voor verantwoordelijkheid

Is alcoholverslaving een verwerpelijke gewoonte, een wilszwakte of een hersenziekte? Waarschijnlijk kunnen deze visies naast elkaar bestaan en is er vanuit iedere visie niet één goed antwoord op de vraag of iemand met een verslaving voor zijn handelen verantwoordelijk is. We bespreken per visie manieren waarop tegen verantwoordelijkheid kan worden aangekeken.

Gewoonte en verantwoordelijkheid

Als alcoholverslaving een verwerpelijke gewoonte is, impliceert dat dan verantwoordelijkheid voor handelen vanuit die gewoonte? Verwerpelijkheid is een subjectief begrip en de meningen over wat verwerpelijk is kunnen onderling verschillen. Alcoholgebruik is aangevangen met het eerste gebruik en daarna als gewoonte aangewend. Drugsgebruik kan een verwerpelijke gewoonte worden genoemd omdat de gebruiker ervoor koos om te beginnen met een illegaal middel en zich vervolgens een illegale gewoonte heeft aangewend. Voor alcohol ligt dat anders omdat het gebruik legaal en alom geaccepteerd is. Wanneer alcoholversla-

ving ten minste bestaat uit de gewoonte om alcohol te gebruiken dan is die constatering weinig informatief voor het aannemen of uitsluiten van verantwoordelijkheid. Een gewoonte kan bewust worden doorbroken en soms is dat ook noodzakelijk. We geven een voorbeeld: een man met een psychose hoort dagelijks een stem die hij toeschrijft aan God. De stem geeft hem opdrachten en hij maakt er gewoonte van om die op te volgen, omdat hij denkt dat God hem wil behoeden voor naderend onheil. Vele jaren gaat dit zonder problemen: de stem vraagt om onschuldige zaken zoals het klappen in zijn handen, het overslaan van een trede op de trap, het kopen van zout, enz. Hij lijkt er baat bij te hebben, want hij weet net op tijd weg te stappen voor een van het balkon vallende bloempot en niet zijn auto wordt opengebroken maar juist de ernaast geparkeerde auto van de buurman. Maar op een dag vraagt de stem hem om iemand te slaan en hij geeft er gehoor aan. Hij handelt vanuit de gewoonte de stem op te volgen: hij heeft immers geleerd dat hij daar baat bij heeft. Hoe verwerpelijk we de gewoonte om opdrachten van stemmen uit te voeren mogen vinden, de kans is groot dat hij verminderd verantwoordelijk wordt geacht (Rechtbank Zwolle 10 juli 2008, *LJN:BD7184*) en dat terwijl de gewoonte om opdrachten van de stem uit te voeren in feite los staat van de ziekte die maakt dat hij stemmen hoort. Het gaat bij verantwoordelijkheid dus niet om de gewoonte alleen, maar om de dwangmatigheid ervan: in dit geval de dwang van dreigend onheil als gevolg van het niet opvolgen van de gewoonte. In het geval van alcoholverslaving is alcohol de gewoonte die blijft bestaan onder de dreiging van ontweningsverschijnselen en de dreiging van het gemis van de plezierige dronk. Het valt nog te bezien of die dreiging voldoende reden is als excuus om niet te hoeven stoppen met overmatig alcoholgebruik.

Verantwoordelijk voor wilswakte?

Wanneer de zwakke wil als karaktertrek verwijst naar gebrekkige wilskracht, dan ligt verminderde verantwoordelijkheid niet voor de hand. Doorgaans worden mensen verantwoordelijk gehouden voor hun karaktereigenschappen. ‘Zo ben ik nu eenmaal’ is zelden een excuus voor verantwoordelijkheid. Het is juist de tegenovergestelde bewering: ‘ik was mezelf niet’ die volgens Strawson (2007, 72-93) verwijst naar verminderde verantwoordelijkheid. Toch wordt verminderde verantwoordelijkheid voor alcoholverslaving wel verdedigd door Strawson (2007) en andere nieuw compatibilisten. Er wordt dan bijvoorbeeld verminderde verantwoordelijkheid aangenomen door de dwangmatigheid van het alcoholgebruik of vanwege handelen onder invloed van drank waardoor iemand zichzelf niet meer is. Sommige alcoholverslaafden ervaren de dwang om te blijven drinken, maar anderen hebben zelfs niet de heimelijke wil om ermee te stoppen. Volgens

Schlimme (2010) is de alcoholverslaafde ongedwongen als hij kiest voor drank en verslaving maar is de alcoholverslaafde niet meer ongedwongen wanneer hij een andere keuze zou willen maken: waardoor de illusie van controle ontstaat (Schlimme 2010, 57). Wolf (2007) maakt daarom onderscheid tussen de het oppervlakkige en ware zelf. Een alcoholverslaafde handelt tijdens het drinken in overeenstemming met zijn oppervlakkige zelf. Deze persoon heeft controle over zijn handelen, maar dit handelen, hoeft echter niet in overeenstemming te zijn met wanneer hij geen alcoholverslaving zou hebben. Wanneer iemand onder invloed van een ziekte dingen zou doen die hij niet zou doen als hij niet onder invloed van die ziekte was dan handelt hij niet in overeenstemming met zijn ware zelf en is hij daarom verminderd verantwoordelijk (Wolf, 2007, 372-387).

Ziek dus niet verantwoordelijk?

Het benoemen van verslaving als ziekte is niet noodzakelijkerwijs moreel onverenigbaar met de bewering dat verslaafden weldegelijk verantwoordelijk zijn voor het toegeven aan hun verslaving (Bonnie 2002, 413). Laten we deze stelling illustreren met een voorbeeld. Vrijwel iedereen is het ermee eens dat suikerziekte een ziekte is en dat geldt ook voor de variant waarbij de lichaamseigen insuline minder gevoelig voor suiker is geworden. Weinig bewegen in combinatie met veel en ongezond eten en drinken draagt eraan bij dat insuline de bloedsuikers minder goed reguleert. Keuzes voor bepaald gedrag kunnen tot deze vorm van suikerziekte leiden en daardoor hebben mensen een bepaalde verantwoordelijkheid voor het ontstaan van de ziekte. De kans op het ontwikkelen van deze vorm van suikerziekte is echter niet voor iedereen gelijk, zelfs niet voor mensen met een vergelijkbare levensstijl. Hindoestanen hebben bijvoorbeeld een vijf tot zeven maal hogere kans op het ontwikkelen van de ziekte (Allawi 1988, 1642) in vergelijking met Europeanen. Net als bij het ontstaan van suikerziekte ligt er ook in het ontstaan van de verslaving wel een bepaalde verantwoordelijkheid bij de zieke (Mooij 1998; 117). Een verslaving is er niet van de ene op de andere dag, maar duurt vele jaren waarin het gebruik toeneemt. Deze relatief lange termijn biedt relatief veel momenten om anders te kiezen. Tegelijkertijd ligt in dit langdurige, maar geleidelijke beloop (net als bij suikerziekte) juist het gevaar: mensen gaan van normaal gebruik in periodes van maanden of zelfs jaren sluipend naar meer. Wanneer iemand van drie glazen drank naar dertig glazen gaat in één week is de progressie duidelijk merkbaar, maar als iemand geleidelijk meer gaat drinken terwijl hij fysiek geen verschil in effect merkt, dan lijkt de keuze om het gebruik te vermeerderen veel minder bewust. Ook is de kans op alcoholverslaving, net zoals bij suikerziekte, niet voor iedereen gelijk: het familiale voorkomen van alcoholverslaving zorgt voor een vier tot achtmaal verhoogde kans (Merkangas 1998, 975).

Hoe zit dat met verantwoordelijkheid? Het hangt er maar net vanaf voor welke handeling iemand verantwoordelijk wordt geacht. Iemand met suikerziekte is nog steeds verantwoordelijk voor het niet betalen van zijn boodschappen in de supermarkt. Iemand met suikerziekte is zelfs in bepaalde mate verantwoordelijk voor de hoogte van zijn bloedsuikers: namelijk wanneer deze zich niet aan zijn dieet of aan de voorgeschreven medicatie houdt. Of wanneer de suikers ondanks dieet, beweging en voorgeschreven medicatie hoog blijven en de persoon in kwestie geen contact met de dokter opneemt. Hetzelfde geldt voor alcoholverslaafden: zelfs als alcoholverslaving een hersenziekte is, dan kunnen verslaafden verantwoordelijk worden gehouden. Het ligt er maar net aan voor welke handelingen. Een alcoholverslaafde die onder invloed achter het stuur zit, is verantwoordelijk voor het rijden onder invloed van alcohol en voor de daaruit voortkomende schade. Zelfs als het drinken van alcohol binnen de verslaving geen keuze zou zijn, dan is het autorijden nog steeds een onafhankelijke keuze met zelfstandige verantwoordelijkheid. Het wordt pas anders als het alcoholgebruik (als onbewust nevenverschijnsel) zodanige verstoringen in de hersenen veroorzaakt dat keuzes niet meer verantwoord kunnen worden gemaakt. Het kan dan zo zijn dat de alcoholverslaafde handelingen verricht waarvoor de verantwoordelijkheid verminderd is of ontbreekt. Hetzelfde geldt voor suikerziekte: een zeer hoge of zeer lage suiker kan zorgen voor agitatie en agressie (DeWall, 2011, 73). De suikerziekte patiënt kan voor deze agressie verantwoordelijk zijn wanneer hij van te voren bewust een lage suiker veroorzaakt om daardoor agressief te worden, of wanneer deze patiënt zijn suikerziekte verwaarloost en zodoende agressief wordt. De suikerziekte patiënt zal niet verantwoordelijk zijn voor de agressie veroorzaakt door de ontregeling van de suiker door een toevallig opgelopen griepvirus.

Afweging

De consequenties voor verantwoordelijkheid vanuit drie verschillende visies op alcoholverslaving zijn besproken. Als alcoholverslaving als verwerpelijke gewoonte wordt gezien, dan is het overmatig regelmatig drinken van alcohol ondeugdelijk, maar de gewoonte om regelmatig alcohol te drinken is dat niet. De gewoonte vangt aan met het eerste handelen. Het eerste glas is net als de gewoonte om regelmatig te drinken veelal een bewuste keuze. Op termijn kan een gewoonte dwangmatig worden, wat blijkt uit onvruchtbare pogingen tot staken. Verminderde verantwoordelijkheid kan worden aangenomen bij dwangmatigheid bij aanvang van of in het continueren van de gewoonte. Dwangmatigheid is ook voor het nieuw compatibilisme een belangrijke reden om verantwoordelijkheid te verminderen. Het ligt anders als de 'zwakke wil' verwijst naar het gebrek aan wilskracht als karaktertrek. Het is dan niet de dwangmatigheid van de gewoonte of

van het middel, maar het gebrek aan wilskracht van de gebruiker om de dwang te overwinnen en in dat geval ligt verminderde verantwoordelijkheid niet voor de hand. Als alcoholverslaving als ziekte wordt beschouwd, dan sluit ook die visie verantwoordelijkheid voor verslaving niet uit. Toch kan alcoholverslaving in specifieke gevallen wel reden zijn voor verminderde verantwoordelijkheid. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als het alcoholgebruik (als onbewust nevenverschijnsel) zodanige verstoringen in de hersenen veroorzaakt dat (allerlei) keuzeprocessen worden verstoord. Dergelijke verstoringen moeten zodanig zijn dat de verslaafde bijvoorbeeld niet meer in staat is om ofwel, de relevantie informatie begrijpen, de situatie te waarderen of over de verschillende opties te redeneren (Godschalx-Dekker e.a. 2012, 54; Dekker & Van Marle 2012, 3; Dekker e.a. 2011, 249). Zowel de keuze voor het volgende glas als de keuze voor de verslaving, is dan niet meer te verantwoorden omdat het keuzeproces dat leidde tot die keuzes te zeer was verstoord.

Als alcoholverslaving, in specifieke gevallen, in enige mate kan zorgen voor verminderde verantwoordelijkheid dan heeft dat gevolgen voor in hoeverre de maatschappij alcoholverslaafden thans ter verantwoording roept. Wanneer een ernstige alcoholverslaving het keuzeproces van de alcoholverslaafde aantast, dan kan behandeling nodig zijn. Er kan ernstige schade (dreigen) te ontstaan terwijl de alcoholverslaafde dit juist vanwege de verstoringen in het keuzeproces niet eens merkt. In een dergelijk geval zal een ander de beslissing tot afkicken in zijn plaats moeten nemen. Vanzelfsprekend moet hier uiterst terughoudend mee worden omgegaan en is dat alleen mogelijk in zeer ernstige gevallen en pas nadat minder ingrijpende alternatieven zonder effect zijn geprobeerd. Alcoholverslaving werd lange tijd in België en Nederland gezien als een uitsluitingscriterium voor gedwongen opname om behandeling mogelijk te maken (Dom 2013, 278). Inmiddels heeft de opvatting dat alcoholverslaving een ziekte is, die onvoldoende wordt verklaard door een gebrekkige wilskracht of onhebbelijke gewoontes, terrein gewonnen. In het licht van die ontwikkeling is in Nederland sinds 2005 dwangopname voor verslaving toegestaan in het uitzonderlijke geval dat de verslaving het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen zodanig beïnvloedt dat veroorzaakt gevaar niet kan worden toegerekend omdat de verslaving de verslaafde overwegend beheerst (Hoge Raad 23 september 2005). Paternalisme naar een potentieel 'verwerpelijke gewoonte' is onwenselijk en het benadrukken van verantwoordelijkheid kan afkicken bevorderen (Boyarsky e.a. 2002, 707). Maar gedwongen opname kan in een (zeer) ernstig geval van alcoholverslaving de 'dwangmatigheid' doorbreken. Daarmee kan de verslaafde 'het ware zelf' terugvinden en de 'hersenziekte' worden behandeld.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (APA). 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (dsm-iv-tr)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Allawi, J., P.V. Rao, R. Gilbert, G. Scott, R.J. Jarrett, H. Keen, G.C. Viberti & H.M. Mather. 1988. "Microalbuminuria in Non-insulin-dependent Diabetes: its Prevalence in Indian Compared with European patients." *British Medical Journal* 296: 462-464.
- Bergman, B. 1997. "Responsibility for Crime and Injury when Drunk." *Addiction* 92,9: 1183-1188.
- Bonnie, R.J. 2002. "Responsibility for addiction." *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 30,3: 405-413.
- Boyarsky, B.K, S. Dilts, R.J. Frances, W.A. Frosch, M. Galanter, F. Levin, C. Lewis, E. Loomis, J.A. Menninger, E.P. Nace, R. Suchinsky, M. Sullivan, J. Tamerin, J. Westermeyer, D. Wolkoff & D. Ziedonis. 2002. "Responsibility and Choice in Addiction." *Psychiatric Services* 53,6: 707-713.
- Brink, W. van den, en G.M. Schippers. 2008. "Verslaving en verslavingszorg." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50: 91-97.
- Buchman, D.Z., W. Skinner & J. Illes. 2010. "Negotiating the Relationship Between Addiction, Ethics, and Brain Science." *AJOB Neuroscience* 1,1: 36-45.
- Dekker, J.A. & H.J.C. van Marle. 2009. "Ziekte en verminderde verantwoordelijkheid." *Ethiek & Maatschappij* 12,4: 3-16.
- Dekker, J.A., R.H. Zuijderhoudt & H.J.C. van Marle. 2011. "Wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid vergeleken." *Delikt & Delinkwent. Tijdschrift voor Strafrecht* 41,3: 247-260.
- Dekker, J.A. & H.J.C. van Marle. 2012. "Amnesie als excuus voor verantwoordelijkheid." *Ethiek & Maatschappij* 14,3: 39-50.
- DeWall, C.N., T. Deckman, T.M. Gailliot & B.J. Bushman. 2011. "Sweetened Blood Cools Hot Tempers: Physiological Self-control and Aggression." *Aggressive Behavior* 37,1: 73-80.
- Dom, G. 2013. "Gedwongen opname bij verslaving: weerklank uit Vlaanderen." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55: 278-280.
- Frankfurt, H.G. 2007. "Freedom of the Will and the Concept of a Person." In *Free will*, red. G. Watson. Oxford/New York: Oxford University.
- Godschalx-Dekker, J.A., M. Janssen van Raay, A.M. van Hulst & B.J.M. van de Wetering. 2012. "Dwangbehandeling bij alcoholafhankelijke verslaafde met korsakov en suikerziekte." *Verslaving* 8: 54-58.
- Höppener, P.E., J.A. Godschalx-Dekker & B.J.M. van de Wetering. 2013. "De zin en onzin van gedwongen opname bij stoornissen in of door gebruik van middelen." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55: 269-277.
- Kalivas, P. & N. Volkow. 2005. "The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice." *American Journal of Psychiatry* 162: 1403-1413.

- Kane, R. 2005. *A Contemporary Introduction to Free Will*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Lucieer, J. 2005. "Een andere kijk op verslaving." *Medisch Contact* 60: 852-854.
- Mooij, A.W.M. 1998. *Psychiatrie, recht en de menselijke maat*. Amsterdam: Boom.
- Mueser, K.T., P.R. Yarnold, S.D. Rosenberg, C. Swett, K.M. Miles & D. Hill. 2000. "Substance Use Disorder in Hospitalized Severely Mentally Ill Psychiatric Patients: Prevalence, Correlates, and Subgroups." *Schizophrenia Bulletin* 26,1: 179-192.
- Merikangas, K.R., M. Stolar, D.E. Stevens, J. Goulet, M.A. Preisig, B. Fenton, H. Zhang, S.S. O'Malley & B.J. Rounsaville. 1998. "Familial Transmission of Substance Use Disorders." *Archives of General Psychiatry* 55: 973-979.
- Paglia, A. & R. Room. 1998. "Alcohol and Aggression: General Population Views about Causation and Responsibility." *Journal of Substance Abuse* 10: 199-216.
- Schlimme, J.E. 2010. "Addiction and Self-determination: A Phenomenological Approach." *Theoretical Medicine and Bioethics* 31: 49-62.
- Single, E., L. Robson, J. Rehm & X. Xie. 1999. "Morbidity and Mortality Attributable to Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use in Canada." *American Journal of Public Health* 89: 385-390.
- Strawson, P. 2007. "Freedom and Resentment" In: *Free Will*, red. G. Watson. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Verdejo-García, A. & M. Pérez-García. 2008. "Substance Abusers' Self-awareness of the Neurobehavioral Consequences of Addiction." *Psychiatry Research* 158: 172-180.
- Volkow, N.D., J.S. Fowler & G.J. Wang. 2004. "The Addicted Human Brain Viewed in the Light of Imaging Studies: Brain Circuits and Treatment Strategies." *Neuropharmacology* 47: 3-13.
- Volkow, N.D., G.J. Wang, J.S. Fowler, D. Tomasi, F. Telang & R. Baler. 2010. "Addiction: Decreased Reward Sensitivity and Increased Expectation Sensitivity Conspire to Overwhelm the Brain's Control Circuit." *Bioessays* 32: 748-755.
- Watson, G. 2007. "Free Agency." In: *Free Will*, red. G. Watson. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Wolf, S. 2007. "Sanity and the Metaphysics of Responsibility." In *Free Will*. red. G. Watson. Oxford/New York: Oxford University Press.