

---

## TOXICOMANIE: AMBULANTE BEHANDELING ONDER DWANG

D. Stan Ansoms<sup>1</sup>

### Inleiding

Het samenvoegen van de begrippen *behandeling* en *dwang* ontlokt aan velen een reactie van weerstand en afkeuring. Men vreest dat door het gebruik van dwangmaatregelen de meest elementaire menselijke waarden en rechten in het gedrang komen. Velen menen dat een gedwongen behandeling zinloos is, gedoemd tot mislukken, want 'therapie moet berusten op vertrouwen, vrije keuze en motivatie'. Deze elementen zijn uiteraard erg belangrijk, maar de redenering zelf en zeker de conclusies berusten op vooroordelen en onwetendheid.

Het is juist dat men een verslaafde moeilijk kan genezen tegen zijn wil in. Een doorgedreven verslavingstherapie leidt op een bepaald moment tot een persoonlijke keuze en dit veronderstelt een persoonlijke vrijheid. Maar hier raken wij meteen de kern van een verslavingsprobleem. Het begrip verslaving impliceert een duidelijke vermindering of verlies van innerlijke vrijheid. De fundamentele betrachting in een therapeutisch proces is het herstel van deze geschonden vrijheid, het terug verwerven van integriteit en autonomie.

De stelling dat een verslaafde slechts geholpen kan worden wanneer hij echt gemotiveerd is, staat dwars op de werkelijkheid. Een zwaar verslaafde kan moeilijk 100% gemotiveerd zijn. Een verslaafde is gemotiveerd in twee richtingen: hij voelt zich gedreven naar zijn drugervaring en hij wil ten dele ook wel dat er een oplossing wordt gevonden voor de secundaire miserie. Er is dus een begin van motivatie en voor de gespecialiseerde hulpverlener is het een belangrijke opgave deze beginnende motivatie te doen groeien.

De bezorgdheid over vertrouwen, vrijheid en motivatie blijft erg belangrijk en verklaart enigszins de spontaan verdedigende reflex, maar deze waarden staan niet paradoxaal tegenover gedoseerde dwangmaatregelen. Wat ons verder bezighoudt in deze uiteenzetting is juist de vraag of en op welke wijze men met bepaalde verplichtingen motivatie en herstel van autonomie in positieve zin kan beïnvloeden.

### A. Wat is eigenlijk een verslavingsprobleem?

Men kan het fenomeen van verslaving benaderen vanuit verschillende invalshoeken, in functie van het denkmodel dat men wil hanteren, b.v. moraliserend, medisch, psychologisch of sociaal. Elk model heeft zwakke en sterke kanten. Men kiest best voor een meer integrerend en flexibel biopsychosociaal model, waarbinnen de meeste elementen van ontstaan, verloop en gevolgen kunnen gesitueerd worden.

---

1. Psychiater, hoofdgeneesheer Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Voorzitter V.A.D. (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen).

---

Het leerproces van een verslaving loopt over verschillende stadia: verkennend experimenteren, meer systematisch gebruik, en ten slotte een geleidelijk doorschuiven naar afhankelijkheid, al of niet met fysieke dependentie. Deze verschillende wijzen van druggebruik vragen niet dezelfde hulpverlening. In de aanloopfase volstaat wellicht een meer pedagogische tussenkomst. Voor een werkelijke afhankelijkheidstoestand moet men echter een gespecialiseerde ontwenningbehandeling overwegen, met opties op korte en lange termijn, met aandacht voor zowel lichamelijke als sociale en psychologische deelaspecten. Dergelijke aanpak wordt best multidisciplinair gedragen.

Zelfs indien het druggebruik bij de aanvang geen bijzondere psychologische betekenis heeft, dan nog worden op termijn de psychodynamische mechanismen erg belangrijk. Drugs ondergraven de regulerende mogelijkheden van de ik-functies en de gebruiker geraakt geleidelijk aan gefixeerd in een narcistische vervreemding. Kan ik dit heel kort toelichten? Mensen leven voortdurend in relatie met de omgeving (objectrelaties) en komen vanuit deze zelfverving tot de constructie van een soort zelfbeeld. Dit zelfbeeld is niet bij iedereen zo sereen of gelukkig; velen dragen de littekens van belangrijke traumata of frusterende ervaringen. Nochtans wil iedereen zich spiegelen aan een positief bevestigend zelfbeeld. Indien deze bevrediging niet (meer) mogelijk is, indien men integendeel voortdurend geconfronteerd wordt met spanning, gemis en pijn, dan kan men deze negatieve gevoelens neutraliseren met drugs. Druggebruik is dus in zekere zin een zelfgekozen therapie die het tekort in het zelfbeeld aanvult, het substitueert voor het gemis. Het is jammer genoeg een slechte keuze omdat men, onder andere door mechanismen van tolerantieverandering en afhankelijkheid, geen blijvende bevrediging vindt. Integendeel, men komt in een vicieuze cirkel terecht, waardoor men voortdurend moet vechten tegen een steeds weerkerend gevoel van pijn en gemis. Een zware druggebruiker zoekt in feite een soort nirvana; initieel was dit gericht op een intens genot, maar vrij vlug is het druggebruik gericht op het neutraliseren van negatieve affecten (fysiologisch en psychologisch), het onderdrukken van gevoelens en verlangens. Men raakt gevangen (verslaafd) in een inflatoire interactie tussen het falend ik en het toxicomane zelfbeeld. Alhoewel dit helemaal niet constructief is, geen positief perspectief biedt, voelt men zich toch gedwongen om dit met hand en tand te verdedigen.

## **B. Enkele elementen van hulpverlening?**

Grosso modo kunnen wij een hulpverleningsproces opsplitsen in twee bewegingen: het doorbreken van de verslavingsimpasse en het terugvinden van zichzelf. In grote mate valt dit samen met een desintoxicatie en het psychosociaal herstel.

In een addictieve toestand is er in feite een ontregeling van het normale psychofysiologische evenwicht. Regelmatig of continu druggebruik is nodig om het gebrek aan zelfregulatie te herstellen. Bij stoppen van gebruik krijgt men onthoudingsverschijnselen op psychisch en eventueel ook op fysisch vlak. Voor een aantal drugs kan men de desintoxicatie veiliger en meer comfortabel laten verlopen met behulp van tijdelijke vervangmedicatie. Soms kan het verantwoord zijn om in een eerste fase te kiezen voor een langdurig gecontroleerd gebruik van een substitutieproduct (b.v. methadon), onder andere met de bedoeling een onmiddel-

---

lijke oplossing te vinden voor een bepaald risicogedrag (criminaliteit, H.I.V.-infectie, ...).

Het grote probleem blijft echter steeds hetzelfde: hoe kunnen wij verslaafden terug volledige psychologische autonomie bijbrengen? Zij blijven immers langdurig geplaagd door craving en allerlei negatieve gevoelens en spanningen. Zij kunnen hierop zeer impulsief reageren, want zij missen nog de nodige zelfcontrole.

Men kan wel wat praktisch voordeel halen uit een aangepaste medicatie, maar de correctie van het zelfbeeld en het herstel van de ik-functies is een langzaam groeiproces waarvoor een langdurige positieve zelfervaring nodig is. Dit proces wordt vooral gedragen door de therapeutische relatie.

De theorie lijkt eenvoudig, maar de praktijk is moeilijk. Men botst voortdurend op tegenkrachten (gebrekkige motivatie, onthoudingslasten, gebrekkige impulscontrole, ...), waardoor een therapie moeilijk op gang komt of gemakkelijk onderbroken wordt (dropouts). Hulpverleners zijn als het ware gepreoccupeerd door het probleem van: hoe kan ik een motiverend, veilig en stabiel kader aanbieden, hoe kan ik de therapietrouw bevorderen?

### **C. Kunnen dwangmaatregelen hierbij helpen?**

#### *1. Dwang op zich is wel een confrontatie maar nog geen therapie.*

Het is mogelijk dat een verslaafde onder externe druk zijn gedrag verandert, maar meestal wordt in een eerste reflex alleen maar zijn weerstand gemobiliseerd. Men activeert zijn verdedigingssystemen (ontkenning, narcistische afkapseling, ...). Dit is niet zozeer de uitdrukking van onwil, maar veeleer een zich verkrampt afschermen voor de pijn van de confrontatie, de angst voor verandering, de schaamte voor het negatieve zelfbeeld. Men bijt zich vast in een narcistische trots en men stelt zich ongenaakbaar op. Om deze communicatiestop te doorbreken, zijn er andere strategieën nodig.

#### *2. Gedoseerde dwang, op het goede moment, kan stootkracht geven aan een beginnende motivatie.*

Men kan niemand helpen tegen zijn wil in. Nochtans komen de meeste verslaafden slechts in therapie onder een zekere dwang. Dikwijls is er een flinke druk van de familie, van vrienden of van de werkgever. Meestal wordt de persoonlijke lijdensdruk (de sociale miserie, het lichamelijk ziek zijn, ...) zo sterk dat hierdoor de ambivalente motivatie begint te kantelen in de goede richting.

#### *3. Dwang maakt soms de keuze voor therapie evident.*

Justitieel zijn er nogal wat verplichtende mogelijkheden.

Vroege-stadiagebruikers komen gemakkelijk in contact met politie wegens bezit of gebruik van drugs. In principe is dit een strafbaar feit maar meestal niet zwaar genoeg om een drastische vervolging of opsluiting te verantwoorden. In het kader van het onderzoek of verdere opvolging kan men een of andere vorm van therapeutisch advies inschakelen. Zo kan men het justitieel incident opportunistisch aangrijpen om een jonge druggebruiker vroegtijdig te oriënteren naar de hulpverleningssector.

---

Bij zwaardere druggebruikers wordt men vaak geconfronteerd met strafbare feiten die in principe wel aanleiding geven tot vervolging en voorhechtenis. Niettemin kan men op dat moment, via verschillende procedures (praetoriaanse probatie, bemiddeling in strafzaken, vrijheid onder voorwaarden, ...), een alternatief voor straf aanbieden. Natuurlijk is dergelijk aanbod niet helemaal vrijblijvend en gebonden aan verplichtende voorwaarden.

#### *4. Dwang verstrekt de therapietrouw.*

Ook in een verder stadium van vervolging of straf kan men, b.v. met de probatiemaatregel, een controlerende invloed uitoefenen op het al of niet nakomen van de voorgestelde therapeutische maatregelen. Dergelijke justitiële verplichtingen maken alleszins de formele therapeutische opvolging meer vanzelfsprekend.

### **D. Zijn dergelijke dwangmaatregelen ook effectief?**

De besproken maatregelen zijn op zich geen therapie, maar zij scheppen wel de voorwaarden tot of zij versterken het kader waarin een therapeutisch proces op gang kan komen. De efficiëntie ervan wordt door veel factoren bepaald. Het loont de moeite er enkele van te bespreken.

#### *1. De voorgestelde oriëntering moet zinvol zijn.*

Niet alle druggebruikers zijn dezelfde. Er bestaat geen pasklare formule van hulpverlening. In principe kan men beroep doen op een ganse waaier van therapeutische voorzieningen, ambulante centra, therapeutische gemeenschappen, ontweningsklinieken, ... Het is niet altijd gemakkelijk om te beslissen wie best waar terecht komt. Men moet zich baseren op een genuanceerde probleemanalyse om een juiste doorverwijzing te organiseren. De persoon die dergelijke therapeutisch advies mag formuleren, moet beschikken over een bijzondere competentie. Hij moet voldoende diagnostische ervaring hebben om zeer snel de juiste therapeutische behoefte en mogelijkheden in te schatten, maar bovendien moet hij voldoende klinische feeling en kennis hebben om binnen de uitgebreide scala van therapeutische mogelijkheden de juiste opvang voor te stellen.

Wie komt er zoal in aanraking met het gerecht? Vooreerst een legertje experimenterende druggebruikers, die best een pedagogische bijsturing kunnen krijgen. Daarnaast zijn er een aantal verslaafde gebruikers die men zonder twijfel moet beschouwen als zieke mensen. Zij zouden beter opgevangen en geholpen worden binnen het normale hulpverleningsnetwerk. Indien de feiten zo ernstig zijn dat opsluiting wenselijk blijft, zouden zij in de gevangenis zelf, eventueel in speciale units, moeten worden behandeld. Uiteraard zijn er momenteel ook heel wat delinquenten personen die o.a. ook drugs nemen, maar bij wie de antisociale attitude en gedragingen toch centraal staan. Het is niet omdat er drugs worden genomen dat men moet afwijken van de normale strafmaatregelen. De pamfletaire uitspraak 'druggebruikers horen niet thuis in de gevangenis' is veel te simplistisch en bovendien misleidend. Bij deze subgroep zijn de therapeutische verwachtingen en mogelijkheden trouwens uiterst gering.

---

*2. De besproken maatregelen, zeker deze van vrijheid onder voorwaarden, hebben meer therapeutische betekenis wanneer zij vroegtijdig worden voorgesteld, zo dicht mogelijk in aansluiting met het incident.*

Indien men ervan uitgaat dat de toxicomane context of achtergrond predomineert ten opzichte van het strafbare feit is het belangrijk om betrokkene onmiddellijk te confronteren met deze betekenisvolle relatie (druggebruik en afwijkend gedrag). Hulpverleners hebben duidelijk meer impact wanneer zij hun eerste confrontatie en interpretaties kunnen aanbieden tijdens het crisisbeleven zelf. In die fase zijn emoties en motivaties het best te mobiliseren. Weken of maanden nadien heeft de druggebruiker als beklagde of gedetineerde reeds opnieuw alle verdedigingsregisters van minimaliseren, rationaliseren en manipuleren opengetrokken. Hoe verder men verwijderd is van het acute probleem, hoe meer een vraag voor hulpverlening de betekenis krijgt van een opportunistisch alternatief voor straf. Nogal wat brieven die wij ontvangen van advocaten of rechtstreeks vanuit gevangenissen begrijpen wij als een zoeken naar een beperking van straf of het vinden van een meer comfortabel verblijf, eerder dan een vraag naar therapeutische hulp.

*3. De vorm en de inhoud van de therapie moet bepaald worden door de hulpverlener in samenspraak met de cliënt.*

Men mag geen misverstanden laten groeien over de therapeutische mogelijkheden en beperkingen. Daarom wordt er best gewerkt met een therapeutisch contract, waarvan – met inachtnaam van de wet op de privacy – desgewenst een kopie kan worden bezorgd aan de justitiële verantwoordelijken. Het scheidt meteen een kader waarbinnen positief kan worden gecommuniceerd. Bovendien kan men in dergelijke overeenkomst duidelijk definiëren wat de verschillende doelstellingen zijn (medisch, sociaal en psychologisch), wat men van elkaar kan verwachten, welke de spelregels zijn. Indien er vanuit justitie toch beperkende voorwaarden worden gesteld (b.v. voorlopig geen vrije weekends, regelmatige urinecontroles, ...), moet dit vooraf worden aangegeven. Bij niet-naleven van de spelregels of wanneer de therapeutische poging werkelijk niet meer zinvol is, moet de hulpverlener kunnen ontslagen worden van zijn opdracht.

*4. Een doorverwijzing voor therapie mag niet vrijblijvend gebeuren.*

Vermits het veelal gaat om 'een vrijheid onder voorwaarden' of een 'probatie-maatregel' moet er een systeem zijn van opvolging. Een aanstelling van een probatie-assistent op papier is niet voldoende; er moet een verbindingspersoon zijn (probatie-assistent, justitieel welzijnswerker, ...) die het vormelijk aspect van de hulpverlening controlerend begeleidt. Een soort case-manager met de mogelijkheid van onderhandelaar en rapporteerder. Deze mag niet interfereren met de inhoudelijke vertrouwensrelatie van de therapeut, maar wel kan hij het vormelijk verloop en de therapietrouw flink ondersteunen.

*5. Er moet een wederzijds vertrouwen zijn tussen gerecht en hulpverlening.*

Nogal wat gerechtsdienaars vinden de hulpverleners te naïef, te soft en daardoor niet echt betrouwbaar. Het is juist dat hulpverleners wel eens slachtoffer worden van manipulaties en dat de resultaten niet altijd schitterend zijn. Toch moet men beseffen dat dit voor een groot deel ook te wijten is aan de aard van de toxicomane problematiek. Indien men geen mislukkingen accepteert, moet men liefst geen the-

---

therapeutische interventies riskeren. Een therapeutisch proces impliceert het schenken van vertrouwen en het verlenen van vrijheid, ook de vrijheid om te mislukken. Anderzijds moeten hulpverleners realistisch blijven. Natuurlijk moeten zij opkomen voor de individuele belangen van hun patiënt, maar zij mogen geen onredelijke risico's nemen en evenmin de maatschappelijke repercussie van een toxicomaan gedrag negeren. Het beroepsgeheim moet ten volle gerespecteerd worden maar in geen geval mogen zij zich in een therapeutische impasse laten gijzelen of chanten onder de paraplu van het persoonlijke vertrouwen of het beroepsgeheim. Wanneer dit gebeurt, moet men de therapie durven stoppen en misschien een alternatief voorstellen.

*6. Een therapeut is geen sociale overlastbestrijder.*

Adequate hulpverlening zal op korte en lange termijn belangrijke maatschappelijke winstpunten opleveren, onder meer op het vlak van misdaadpreventie. In die zin sluit therapie mooi aan bij andere justitiële randvoorzieningen, maar de inspanningen van de hulpverlener blijven in de eerste plaats geïnspireerd door het referentiekader van welzijn en gezondheid en niet door het concept van maatschappelijke orde en controle.

**E. Nog een tweetal bijzondere situaties**

*1. DE WET TER BESCHERMING VAN DE PERSOON*

Een verslavingsprobleem heeft vaak een tergend verloop. De directe omgeving, vooral de familieleden, krijgt te maken met gevoelens van onmacht en kwaadheid. Zij hebben schrik dat er fatale dingen zullen gebeuren – 'onze zoon is een gevaar voor zichzelf en misschien ook voor anderen' – maar zij lukken er niet in hem een behandeling te doen accepteren. Zij vragen 'dwingende maatregelen', toepassing van de wet ter bescherming van de persoon. Meestal wordt dit verzoek afgewezen. Nogal wat vrederechters poneren de stelling dat drug- of alcoholmisbruik op zich geen reden is tot collocatie. Dit is wellicht juist: een afhankelijkheidsprobleem – ook al zijn er duidelijk risico's – mag niet zomaar beschouwd worden als een geestesziekte waaraan deze wet van toepassing zou zijn.

Er zijn echter situaties waarbij dit wel verdedigbaar is. Een verslavingsprobleem kan immers gepaard gaan met een andere belangrijke psychopathologie (psychosen, mentale aftakeling, ernstige comorbiditeit, ...), waarvoor men deze wettelijke maatregel wel kan inroepen. Het element druggebruik staat bij de discussie niet centraal, wel het aspect van mentaal deficiënt functioneren en de risico's die hieruit voortvloeien, al of niet versterkt door het druggebruik.

Ten slotte wil ik opmerken dat deze wet, zeker in de fase van 'verlengd verblijf' een zeer flexibele hulpverlening toelaat, ook op ambulante wijze.

*2. DE MOGELIJKHEID VAN METHADON THERAPIE*

Wij mogen verwachten dat er eerstdaags een wetwijziging komt waardoor een eventuele onderhoudstherapie met methadon wettelijk toegelaten en hopelijk ook geregeld zal worden. Dit laatste betekent dat er in de lijn van de consensusmeeting

---

van 8 oktober 1994 een aantal beperkende en verplichtende randvoorwaarden (registratie, wijze van methadonverstrekking, het verplicht integreren van methadon in een ruimer hulpverleningsaanbod, ...) moeten worden gerespecteerd. Deze restrictieve voorwaarden worden door sommigen begrepen als een soort vrijheidsbeperking. Mijns inziens zijn het nochtans vooral deze beperkingen en verplichtingen die de kans op succes zullen bepalen, omdat zij de voorwaarden creëren tot correct gebruik, therapietrouw en verder perspectief.

### **Besluit**

Het gaat niet zo goed met de verslaafdenzorg. Er wordt langs alle kanten geklaagd over wachtlijsten, een onredelijke werkbelasting, ... Dit heeft te maken met de zwakke motivatie en de gebrekkige impulscontrole van verslaafden, maar ook met ons uitermate vrijblijvend hulpverleningssysteem. Elke hulpverlener weet hoe moeilijk het is om een drugverslaafde in een behandelingssysteem te krijgen en te houden. Druggebruikers vragen voortdurend depannerende tussenkomsten zonder verder therapeutisch engagement. Dit leidt tot het fenomeen van 'therapeutisch toerisme'. Het is weinig efficiënt, het kost veel en het leidt tot burnout en defaitisme bij de hulpverleners. In een aantal gevallen kunnen gedoseerde dwangmaatregelen de slagkracht van het hulpverleningssysteem versterken.

Het was niet mijn bedoeling een pleidooi te houden voor bijzondere dwangmaatregelen. Wel heb ik gewezen op het feit dat druggebruik frequent aanleiding geeft tot incidenten of klinische toestanden waarbij de wetgever moet optreden en vanuit therapeutisch oogpunt zijn dit vaak kansen tot het opstarten en verder opvolgen van een meer efficiënte hulpverlening. Binnen de huidige wetgeving zijn er heel wat mogelijkheden en gradaties van verplichting, die op zich geen therapie zijn, maar die wel de randvoorwaarden scheppen tot betere therapeutische kansen. De samenwerking tussen justitie en hulpverlening kan echter flink verbeterd worden.