

# Inhoudstafel

## Inhoudstafel 1

## TER GELEIDE 3

## WOORD VOORAF 6

## INLEIDING 6

## 1 DEFINITIES EN DE GRONDSLAG VAN DE ZIEKTECONCEPTIE VAN HET ALCOHOLISME 9

### 1.1 Definities en commentaar 9

#### 1.1.1 Tolerantie 9

#### 1.1.2 De onthoudingsverschijnselen 12

#### 1.1.3 Craving 14

#### 1.1.4 Controleverlies 16

#### 1.1.5 Andere definities 18

#### 1.1.6 Afbakening van de begrippen fysieke en psychologische afhankelijkheid ('gewenning' en 'verslaving') 19

### 1.2 Grondslagen van de ziekteconceptie van het alcoholisme 21

### 1.3 Definitie van het begrip alcoholisme 24

## 2 TYPES VAN ALCOHOLISME EN VAN EXCESSIEF DRINKEN 25

### 2.1 Drinkpatronen 25

#### 2.1.1 Het 'Franse' drinkpatroon en alcoholisme 27

#### 2.1.2 Het 'Angelsaksische' drinkpatroon en alcoholisme 28

#### 2.1.3 De 'Regel van Jellinek' en verdere bespreking der drinkpatronen 28

### 2.2 Jellineks types van alcoholisme 30

#### 2.2.1 Het alfa-alcoholisme 30

#### 2.2.2 Het bèta-alcoholisme 31

#### 2.2.3 Het gamma-alcoholisme 31

#### 2.2.4 Het delta-alcoholisme 32

### 2.3 Commentaar 33

## 3 SYMPTOMATOLOGIE VAN HET ALCOHOLISME EN VAN JELLINEKS DELTATYPE 35

### 3.1 De symptomatologie van het alcoholisme, d.i. de 'fazen van JELLINEK'. 36

#### 3.1.1 de prealcoholische fase 37

#### 3.1.2 de prodromale fase 38

#### 3.1.3 de kritieke fase. 41

#### 3.1.4 De chronische fase 47

[3.1.5 Commentaar](#) 49

[3.2 Andere symptomen ,en verwickelingen](#) 51

## **[4 OORZAKEN VAN HET ALCOHOLISME](#) 53**

[4.1 Voorafgaande beschouwingen](#) 53

[4.2 De morele theorieën](#) 57

[4.3 Sociaal-economisch theorieën](#) 61

[4.3.1 De ‘sociale druk’](#) 62

[4.3.2 Behuizing en pauperisme](#) 63

[4.3.3 Gezinsverhoudingen](#) 64

[4.3.4 Het economische aanbod](#) 64

[4.3.5 De gevestigde belangen](#) 65

[4.3.6 De moderne sociale structuur](#) 66

[4.3.7 Commentaar bij de sociaal-economische theorieën](#) 67

[4.4 Psychologische theorieën](#) 67

[4.4.1 Voorafgaande beschouwingen](#) 67

[4.4.2 De psychologische theorieën in verband met bet inluiden van bet drinken](#) 69

[4.4.2.1 DE ANGST](#) 69

[4.4.2.2 FRUSTRATIES EN SPANNINGEN](#) 73

[4.4.2.3 NEUROSEN](#) 76

[4.4.2.4 DE PSYCHOPATHIE](#) 80

[4.4.2.5 LATENTE HOMOSEKSUALITEIT](#) 82

[4.4.2.6 PSYCHOANALYTISCHE THEORIEËN](#) 84

[4.4.2.7 REGULATIESTOORNISSEN](#) 85

[4.4.2.8 DE PSYCHOSOMATISCHE CONCEPTIE](#) 87

[4.4.3 De bestendinging van bet initiale drinken](#) 90

[4.4.3.1 HET GENOT](#) 90

[4.4.3.2 DE REGRESSIEDRIFT](#) 91

[4.4.3.3 HET LEERPROCES VOLGENS CONGER OF DE BEKRACHTIGINGSTHEORIE](#)

92

[4.4 Commentaar op de psychologische theorieën](#) 95

[4.5 Fysiopathologische theorieën](#) 96

[4.5.1 De allergische theorie](#) 96

[4.5.2 Hersenpathologie als etiologie van het alcoholisme](#) 99

[4.5.3 Nutritieve theorieën](#) 99

[4.5.4 Endocrinologische theorieën](#) 101

[4.5.5 Commentaar op de fysiopathologische theorieën](#) 102

[4.6 Farmacologische theorieën](#) 103

[4.7 Slotcommentaar omtrent de etiologische theorieën](#) 105

4.7.1	<a href="#">Het alcoholisme</a>	105
4.7.2	<a href="#">JELLINEKS delta-alcoholisme</a>	106
4.7.3	<a href="#">JELLINEKS alfa-alcoholisme</a>	106
<b>5</b>	<b><a href="#">VOORKOMEN VAN HET ALCOHOLISME</a></b>	<b>109</b>
<b>6</b>	<b><a href="#">DIAGNOSE EN PROGNOSE</a></b>	<b>111</b>
6.1	<a href="#">Diagnose</a>	112
6.2	<a href="#">Prognose</a>	114
<b>7</b>	<b><a href="#">DE VROUW EN HET ALCOHOLISME</a></b>	<b>118</b>
7.1	<a href="#">De vrouw van de alcoholist</a>	118
7.2	<a href="#">De vrouwelijke alcoholist</a>	120
<b>8</b>	<b><a href="#">ALCOHOLISME EN CRIMINALITEIT</a></b>	<b>126</b>
<b>9</b>	<b><a href="#">THERAPIE VAN HET ALCOHOLISME</a></b>	<b>129</b>
9.1	<a href="#">Algemene beschouwingen</a>	129
9.2	<a href="#">De preventieve therapie</a>	131
9.2.1	<a href="#">Theoretische oplossingen om een sociale controle over de intoxicatie in te stellen.</a>	132
9.2.1.1	<a href="#">DE PROHIBITIE</a>	132
9.2.1.2	<a href="#">BEPERKENDE MAATREGELEN ANDERE DAN DE PROHIBITIE</a>	134
9.2.1.3	<a href="#">SUBSTITUTIEMETHODODES</a>	139
9.2.1.4	<a href="#">VOORLICHTING EN OPVOEDING</a>	140
9.2.2	<a href="#">Commentaar op de besproken methodes ter preventie</a>	143
9.3	<a href="#">De curatieve therapie van het alcoholisme</a>	145
9.3.1	<a href="#">Definities</a>	145
9.3.2	<a href="#">Voorafgaande opmerkingen</a>	146
9.3.3	<a href="#">Eigenlijke therapie</a>	152
9.3.3.1	<a href="#">ONTGIFTIGINGSFAZE EN BEHANDELING DER LICHAAMELIJKE VERWIKKELINGEN</a>	154
9.3.3.1.1	<a href="#">De klinische ontgiftiging</a>	155
9.3.3.1.2	<a href="#">De ambulante ontgiftiging</a>	159
9.3.3.2	<a href="#">FASE VAN ONTWERPING, CONTROLE EN NAZORG</a>	162
<b>10</b>	<b><a href="#">DE GROEPS (PSYCHO)-THERAPIE EN DE AA-WERK GROEPEN</a></b>	<b>172</b>
10.1	<a href="#">Algemene beschouwingen over groepstherapie</a>	174
10.2	<a href="#">De Anonieme Alcoholisten of de AA</a>	179
10.2.1	<a href="#">Wat is de AA ?</a>	180
10.2.2	<a href="#">Historisch overzicht</a>	181
10.2.3	<a href="#">Het herstelprogramma van de AA of de zogenaamde ‘twaalf stappen’</a>	182
	<b><a href="#">De twaalf stappen</a></b>	<b>182</b>
10.2.4	<a href="#">De twaalf tradities</a>	190

<b><u>De Twaalf tradities</u></b>	<b>191</b>
<u>10.2.5 Wat kan de AA voor de alcoholist doen ?</u>	199
<u>10.3 Disfuncties van de AA</u>	200
<b><u>11 COMMENTAAR EN EEN POGING TOT EVALUATIE VAN DE AA-THERAPIE.</u></b>	<b>207</b>
<b><u>12 DIVERSE ANDERE THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN</u></b>	<b>214</b>
<u>ESSERS 12 stappen</u>	215
<b><u>13 DE BEHANDELING VAN JELLINEKS DELTA-ALCOHOLISME</u></b>	<b>216</b>
<b><u>14 SLOTCOMMENTAAR</u></b>	<b>217</b>
<b><u>APPENDIX A</u></b>	<b>222</b>
<b><u>1. DE AA EN HET OPPERWEZEN</u></b>	<b>222</b>
<b><u>2. God geef ons :</u></b>	<b>223</b>
<u>Sanskritisch spreekwoord</u>	224

## ***TER GELEIDE***

bij: “Dr. P. Philips: Alcoholisme, een vergeten ziekte” .

Het is wel zeker, dat problemen in verband met het gebruik van alcohol in onze maatschappij een steeds belangrijker rol spelen. Vele deskundigen verwachten, dat zij binnenkort een van de grootste, zo niet het grootste psychohygiënische en somatischmedische probleem zullen vormen. In schril contrast hiermee staat het feit, dat dit door nog steeds te weinig beleidsvormers, juristen en hulpverleners onderkend wordt. Om slechts een enkel voorbeeld te noemen: huisartsen herkennen in hun praktijk slechts een fractie van de zich daarin bevindende alcoholisten, waarschijnlijk een tiende ! Alcoholisme is inderdaad een miskend probleem.

Het vragen van aandacht hiervoor en een goede voorlichting daarover is en blijft dringend noodzakelijk. Het blijkt echter, dat het niet eenvoudig is zich te leren oriënteren in het verwarrende veld van problemen dat wij alcoholisme noemen. Er zijn emotionele weerstanden zich in te laten met dit verschijnsel: alcoholisten zijn willoze slappelingen, ze hebben hun ellende aan zichzelf te wijten j waarom dan aandacht aan deze lummels geschonken? Door hun gedrag doen ze zichzelf en hun genoten veel schade aan; moeten wij die herstellen? Veel beter is straf, dat zal ze leren. Maar toch, in een karikaturale vorm laten ze zwakheden zien, die we zelf ook bezitten, of weet de zogenaamde “normale” mens soms overal de juiste soberheid en



zelfbeheersing te tonen? (bijvoorbeeld overmatig tabaksgebruik, teveel eten, ongelimiteerd nemen van slaap- en kalmeringsmiddelen, verslaafd naar de TV. kijken, enz.). Dat horen we liever niet, daarom, weg er mee. Ook professionele helpers denken te vaak: je kunt beter je aandacht wijden aan “echte” slachtoffers, in plaats van aan hen die de narigheid aan zichzelf te wijten hebben en hun wangedrag niet willen nalaten. Proberen ze al eens hulp te bieden, dan merken ze alras, dat dit inspannend en vaak teleurstellend is, dus laat maar!

Naast deze emotionele weerstanden zijn er cognitieve moeilijkheden. Alcoholisme (zowel in de ruime betekenis van: problemen hebben in de relatie tot alcohol, als in de engere zin van: alcoholverslaving) is een buitengewoon complex verschijnsel. Onze kennis en vooral ons begrip van de verschijnselen toont grote lacunes. Soms zijn wetenschappelijke Waarheit en fantaserende Dichtung op een wonderlijke wijze met elkaar vervlochten. Het aantal hypothesen en theorieën is bijna niet meer te tellen. Zelfs omschrijvingen en definities kunnen soms nauwelijks op zulk een wijze gegeven worden dat alle deskundigen het er over eens zijn. De conclusie lijkt voor de hand te liggen: de geleerden zijn het ook al niet eens, dus waarom zou ik me er dan in verdiepen? Dus ook op cognitief gebied zijn er barrières en teleurstellingen voor degene die zich in deze fenomenen wil verdiepen. En daarmee is de vicieuze cirkel van het voorbijlopen en verwaarlozen van het alcoholisme gesloten: emotionele weerstanden bemoeilijken een nuchtere kennisneming van het fenomeen, en gebrek aan kennis versterkt op z'n beurt de emotionele weerstand. Alcoholisme blijft zo een miskend probleem.

Wil men de cirkel doorbreken, dan is een gids nodig, die op de klippen en valkuilen attent maakt, en die de juiste weg tot oriëntatie aangeeft.

Dr. Paul Philips is zulk een gids. Hij weet op een buitengewoon heldere en boeiende wijze aandacht en begrip te wekken voor het fenomeen alcoholisme, en vingerwijzingen te geven voor verdere studie. Hij hangt zich niet op aan een theorie, maar bespreekt het alcoholprobleem als een polymorf, d.w.z. meer-dimensioneel verschijnsel. Men hoeft het niet in alles met de auteur eens te zijn om toch zijn uiteenzettingen hogelijk te waarderen. Uit zijn betoog spreekt een grote praktische ervaring en theoretische belezenheid. Men vindt in zijn boek belangrijke gegevens vermeld, die de lezer zelf niet zo gauw zou kunnen vinden omdat ze verspreid liggen in de overstelpende hoeveelheid literatuur. Een greep: vormen van alcoholisme, de oorzaken, begeleiding en behandeling, de AA., juridische aspecten, preventie.

In zijn boek spitst dr. Philips de term alcoholisme en zijn uiteenzettingen daarover welbewust toe op het gamma-alcoholisme van Jellinek, d.i. de alcoholverslaving.

Men zou, gestimuleerd door zijn boek, wensen, dat de te vroeg overleden auteur de gelegenheid gevonden had om ook andere vormen van alcoholproblematiek even grondig te bespreken.

Ik wens dit boek, ook in de tweede druk, een ruime lezerskring.

Dr. WK. van Dijk, Hoogleraar in de Psychiatrie,

Groningen, 9 januari 1979. Rijksuniversiteit, Groningen.

### ***WOORD VOORAF***

Gaarne voldoe ik aan het verzoek een woord ter inleiding te schrijven bij het boek van dr. Philips. Het is deze huisarts gelukt in betrekkelijk kort bestek een moderne pocket te schrijven over het zo omstreden terrein van het alcoholisme.

Philips is dieper dan menig deskundige doorgedrongen in de geheimen van het verslaafd zijn aan alcohol. Hij heeft de belangrijkste theorieën vermengd met aan de praktijk ontleende vragen, die opkomen bij iedere arts, die patiënten met alcoholmoeilijkheden te behandelen krijgt.

Daar waar sociologen en antropologen waardevolle suggesties hebben gegeven heeft hij hun recht doen wedervaren, ook daar waar hij hun zienswijze niet deelt.

Daarnaast is zijn kritisch denken echter niet teruggedeïnsd tekorten in deze vaak maar al te lichtvaardig overgenomen hypothesen aan te wijzen.

Zijn praktisch werken met alcoholproblematici heeft hem ertoe gebracht ook praktische beschouwingen, die in de wereldliteratuur vaak minder aandacht krijgen, aandacht te schenken. Hierdoor is een in het Nederlands gesteld up to date boek ontstaan, dat ook buiten België verdient gelezen te worden door een ieder die in zijn dagelijks werk met alcoholisten te maken heeft.

Dr. P.H. Esser consulent in alcoholzaken

### ***INLEIDING***

De bedoeling van dit boek is een boodschap uit te dragen in ons taalgebied, te weten dat het alcoholisme een ziekte is. En dat bijgevolg de alcoholist een zieke is, die evenveel recht heeft op ons begrip en onze belangstelling als welke andere zieke ook, zoals lijders aan kanker, tuberculose, diabetes, hartkwalen en zo meer. Deze zienswijze kan velen vreemd in de oren klinken, ja zelfs een tegen de borst stuitende bewering zijn, omdat in hun ogen de alcoholist een weerzinwekkend individu is, behorende tot het uitschot van de maatschappij, een willoze slappeling, die het drinken wel zou kunnen laten als hij maar wilde. Het vellen van een dergelijk doemvonniss is het gevolg van een eeuwenlang wanbegrip van het concept

alcoholisme. Dit wanbegrip heerst nog in hoge mate in ons taalgebied en in Europa; in de USA daarentegen heeft de ziekteopvatting van het alcoholisme bekendheid verworven in veel bredere lagen van de bevolking. Aan de basis van deze onwetendheid ligt een zeer gebrekkige voorlichting en juist daarom wil ik mijn steentje bijdragen dit te verhelpen. Ik wil u aantonen dat het alcoholisme helemaal niets te maken heeft met wilszwakte en immoraliteit en dat alcoholisten geen underdogs zijn. Het zal mijn grootste beloning zijn te beseffen dat ik misschien enige mensen bereikt heb die de boodschap van dit boek begrepen hebben en ze verder kunnen verspreiden.

Misschien leest ook een of andere alcoholist deze woorden; dan zal hij zien dat er ook voor hem hulp mogelijk is om uit de vreselijke hel van de drankzucht te ontsnappen.

Ik wil er nog aan toevoegen dat het niet in mijn bedoeling ligt hier een lans te breken voor de geheelonthouding. Ik ben geen drankbestrijder en ben de mening toegedaan dat alcohol een gewaardeerd middel kan zijn om de sociale omgang te vergemakkelijken. Mijn enig oogmerk is u aan te tonen dat er mensen zijn die niet kunnen drinken zoals de normale, 'sociale' drinkers en dat deze personen, de alcoholisten, zieken zijn.

De alcoholist immers kan met het drinken niet ophouden als hij eenmaal het eerste glas alcohol aan de lippen heeft gezet, althans op sommige dagen; het is alsof er in zijn organisme een kettingreactie op gang gebracht wordt die hem noodzaakt verder te drinken tot hij zodanig bedwelmd is dat hij niet meer bij machte is om nog meer alcohol te gebruiken of tot zijn geld op is of tot de kroegen sluiten en hij de deur uit wordt gezet. De alcoholist wordt als het ware tegen zijn wil in dronken en juist daarom is hij een zieke. STEWART formuleerde dit fenomeen zeer gevat als 'vrijheidsverlies'; de alcoholist heeft om zo te zeggen zijn vrijheid verloren na het drinken van zijn eerste glas alcohol. Hij kan m.a.w. niet gecontroleerd drinken - de Duitsers noemen dit 'das Nichtaufhorenkonnen' - en dit moet op rekening gezet worden van een toxicomanie : de alcoholist is de horige van de alcohol, zijn lichaam is als het ware op alcohol 'ingesteld'. Een 'sociale' drinker daarentegen kan wel eens een enkele keer te diep in het glas kijken, maar hij kan naar zijn believen uitscheiden. Als hij na het vijfde of zesde glas bier geen trek meer heeft, drinkt hij koffie of limonade of gaat naar huis.

Er bestaat dus een hemelsbreed verschil tussen de acute alcoholintoxicatie (=dronkenschap) van de verslaafde en de niet-verslaafde drinker : men moet zich er wel voor hoeden deze over een kam te scheren ! Jammer genoeg maakt tot nu toe geen enkele wetgever ter wereld onderscheid tussen de dronkenschap van deze twee

totaal verschillende mensen. De rechters zijn gebonden door een verouderde strafwetgeving, die feiten straft maar helemaal geen rekening houdt met de persoon van de dader. Om vrucht af te werpen en een opvoedende taak te vervullen zou de strafwet profylactisch en curatief moeten geconcipteerd worden, niet uitsluitend repressief of beteugelend zoals men ze thans opvat. Ik herhaal het : de dronkenschap van de alcoholist en die van iemand, die twee of drie maal per jaar de bloemetjes buiten zet, vertegenwoordigen twee begrippen die elkaar niet dekken. Een verslaafd alcoholist kan niet wat een niet-verslaafde drinker wel kan, met name zich willens en wetens een stuk in de kraag drinken.

Het al dan niet aanvaarden van de ziekteopvatting van het alcoholisme is dus geen kwestie van louter didactische of academische aard; de praktische gevolgen van een aanvaarden resp. verwerpen ervan zijn immers gelegen in de oriëntatie van onze hulp aan de alcoholist. Als we aanvaarden dat het om een ziekte gaat, dan moet deze vanzelfsprekend medisch behandeld worden. Als wij daarentegen de ziekteopvatting van de hand wijzen en de alcoholist als een willoze slappeling doodverven, die het drinken wel zou kunnen laten als hij maar wilde, moeten we juridische maatregelen overwegen. Voor een alcoholist kan het heel wat uitmaken of hij, bijvoorbeeld, door een begrijpende rechter geoordeeld wordt; deze kan de alcoholist helpen door hem, als een zieke, naar bevoegde personen te verwijzen waar hij zijn kwaal kan laten verzorgen. Als de rechter integendeel niet inziet dat de alcoholist een zieke is, zal hij hem een straf opleggen die anderen tot een afschrikwekkend voorbeeld moet dienen, wat alleen maar boter aan de galg gesmeerd is: immers na zijn straf te hebben uitgezeten, recidiveert hij toch.

Zulks betekent helemaal niet dat de rechter de alcoholist niet mag straffen; wie fouten begaat moet gestraft worden. Maar een begrijpende rechter is in staat de alcoholist de helpende hand te reiken, door hem erop te wijzen dat hij een zieke is - iets wat de alcoholist overigens doorgaans niet eens weet - en dat er ook voor hem redding mogelijk is. De straf kan bijvoorbeeld bestaan in een probatie of voorwaardelijke veroordeling.

Bij het aanbieden van dit boek wil ik nadrukkelijk zeggen dat het niet een verslag is van werk dat ikzelf heb verricht, maar een poging om het werk van vele anderen samen te vatten en te interpreteren. Overal waar ik mijn persoonlijke visie naar voren heb gebracht, heb ik gepoogd dit zo te doen dat mijn eigen verantwoordelijkheid daarvoor duidelijk uitkomt. Het materiaal werd uit vele bronnen bijeengegaard, veel te veel om ze alle apart te vermelden. Daarom heb ik alleen die bronnen, die ik als de meest belangrijke beschouw, in dit werk genoemd. In de bibliografie werden echter ook boeken vermeld waarnaar in dit boek niet verwezen werd, maar die niettemin van belang geweest zijn bij de samenstelling

ervan. De literatuurlijst werd afgesloten op 31 december 1970.

Aan het eind van dit boek vindt men ook diverse aanhangsels. Om verwarring te voorkomen tijdens de lectuur, dunkt mij dat het groeperen van de in de appendices verwerkte gegevens het beste op deze manier plaatsvond.

Ik betuig ook graag mijn beste dank aan alle personen die hun welwillende hulp betoond hebben bij het verstrekken van allerlei nuttige inlichtingen en die op deze wijze bijgedragen hebben tot dit boek. Op gevaar af sommigen te vergeten en daardoor voor het hoofd te stoten, denk ik hier vooral aan de heer BOERSMA (Verbond van het Veilig Verkeer in Nederland);j aan wijlen de heer SCHUITEVOERDER, in leven voorzitter van de « Nationale Commissie tegen het Alcoholisme» in Nederland, aan de heer Andre DE BOE, de zeer actieve directeur van het Belgische 'Nationaal Comité voor Studie en Preventie van het Alcoholisme en andere Toxicomanieën' (vzw.), aan de heer C.S. VERSELE, rechter aan de rechtbank van eerste aanleg te Brussel; aan mijn vriend dr. jur. 'Ferre' DE WINTER; aan de heer apotheker STRICK, die mij als vertegenwoordiger van de farmaceutische firma 'Roche-Belgie', in staat stelde kennis te nemen van het uitstekende werkje 'Aspects of Alcoholism'. En last but not least mag ik vergeten dr. P.H. ESSER voor de medewerking die hij, niettegenstaande zijn zeer drukke praktijk, heeft verleend bij het ontstaan van dit boek, en dit geldt zeer zeker niet alleen voor het treffende voorwoord dat hij heeft willen schrijven.

## ***1 DEFINITIES EN DE GRONDSLAG VAN DE ZIEKTECONCEPTIE VAN HET ALCOHOLISME***

In mijn inleiding heb ik erop gewezen dat het mijn bedoeling is u aan te tonen dat het alcoholisme een ziekte is; beter gezegd dat bepaalde vormen van drinken beschouwd moeten worden als verslavingsziektes, i.e. toxicomanieën. De alcoholist vertoont namelijk bepaalde kentekenen, die we niet zullen aantreffen bij niet-alcoholisten. Deze kentekenen zijn :

- a. tolerantieverhoging;
- b. 'craving';
- c. onthoudingsverschijnselen en
- d. controleverlies over het drinken. Deze verschijnselen nu leveren m.i. het bewijs dat de ziekteopvatting gefundeerd is. Om het verdere betoog omtrent de ziekteconceptie van het alcoholisme te verduidelijken, is het nodig vooraf deze verschijnselen onder de loep te nemen. Daarom is de eerste paragraaf van dit hoofdstuk (I.1) gewijd aan de definities en commentaar hierop; in de tweede paragraaf (I.2) zullen we de grondslag van de ziekteopvatting uiteenzetten, terwijl we in de laatste paragraaf (I.3) zullen pogen het begrip 'alcoholisme' te

definiëren.

## 1.1 Definities en commentaar

### 1.1.1 Tolerantie

De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie betreffende de tolerantie luidt (1954): ‘Tolerantie tegenover alcohol moet worden beschouwd als de capaciteit waarover het organisme beschikt om te kunnen functioneren met alcohol in het bloed zonder dat daardoor meetbare veranderingen ontstaan in de nerveuze functies’. M.a.w. verstaan wij onder tolerantie: die dosis alcohol waarbij nog net geen storingen teweeggebracht worden in een bepaalde nerveuze (of psychologische) functie.

In dit boek onderscheiden wij twee soorten tolerantie t.a.v. alcohol:

- a. de initiale tolerantie t.a.v. alcohol (synoniemen: inherente of essentiële tolerantie).
- b. de verworven verhoogde (of verlaagde) tolerantie t.a.v. alcohol.

Ad 1. Het is een vaststaand feit dat er vanaf het allereerste begin van het gebruik van alcoholica een zeer groot individueel verschil bestaat tegenover dezelfde hoeveelheden alcohol per kg lichaamsgewicht; sommige personen hebben een lage initiale tolerantie, andere een hoge. Bepaalde personen ‘verdragen’ de alcohol beter, in die zin dat hun nerveuze of psychologische functies minder snel zullen lijden onder een bepaalde hoeveelheid alcohol; nog anders uitgedrukt: zij zullen meer alcohol moeten drinken alvorens gestoord te raken dan andere personen. Sommige auteurs beweren dat personen met een lage initiale tolerantie in hoge mate blootgesteld zijn aan het gevaar alcoholist te worden, terwijl anderen daarentegen menen dat het voornamelijk de individuen zijn met een hoge initiale tolerantie die gevaar lopen. Deze beweringen zijn niet met elkaar in tegenstrijd, overtuigende argumenten kunnen voor de twee hypothesen naar voren worden gebracht. Een persoon met een lage initiale tolerantie t.a.v. alcohol zal uiteraard zijn spanningen zien verminderen met vrij kleine kwantiteiten alcohol en zo worden gemakkelijk voorwaarden geschapen voor een utilitair alcoholgebruik. Aan de andere kant loopt ook de drinker met een hoge initiale tolerantie gevaar alcoholist te worden, doordat de graduele ontwikkeling van zijn verhoogde tolerantie gedurende een lange tijd onopgemerkt kan verlopen; de verworven verhoogde tolerantie t.a.v. alcohol ontwikkelt zich inderdaad over een lange periode.

Ad 2. Zowel leken als alcoholonderzoekers hebben waargenomen dat de alcoholgebruiker minder sterke reacties vertoont tegenover dezelfde hoeveelheden alcohol, als die drinker het gebruik van alcoholica dikwijls herhaalt; deze

verminderde uitwerking van alcohol noemt men de verworven verhoogde tolerantie. Men kan het ook anders uitdrukken en zeggen dat de drinker meer alcohol dient te drinken om hetzelfde effect te bereiken. Deze tolerantie wordt meer uitgesproken naarmate de herhalingen zich vaker voordoen en naarmate de gebruikte hoeveelheden stijgen.

In verband met de studie van de verworven verhoogde tolerantie verrichtte GOLDBERG waar pionierswerk; immers heeft hij het verschijnsel wetenschappelijk geobjectiveerd door middel van metingen. De gevoeligheid voor alcohol kan bepaald worden door na te gaan bij welke kleinste alcoholconcentratie in het bloed een merkbare verandering in een bepaalde nerveuze of psychologische functie plaatsvindt. Bij het onderzoek van het tolerantieprobleem maakt GOLDBERG o.a. gebruik van de volgende objectieve tests :

- a. De flikkertest : deze bestaat in de bepaling van de fusiefrequentie (het samenvallen van gescheiden beelden van hetzelfde voorwerp in de beide ogen tot een.) van het oog tegenover een intermitterend licht met behulp van een apparaat dat flikkerlicht produceert.
- b. De knippertest: deze bestaat in het vaststellen van de prikkelrempel voor de knipperreflex door het gegradeerd aanblazen van het hoornvlies met lucht.
- c. De kwantitatieve Romberg: bestaat in het opnemen van de rechtstaande wankelbaarheid door middel van fotografische en planometrische metingen van de reflecties van een lichtbron, die vastgemaakt werd aan hoofd en schouders van de proefpersoon.

GOLDBERG stelde dit onderzoek in bij occasionele drinkers, matige drinkers en zware drinkers. Hieruit bleek dat er een bepaalde alcoholconcentratie in het bloed vereist is willen de kentekenen van een intoxicatie zich voordoen. Deze concentratie varieert van de ene test tot de andere en, tot op zekere hoogte, ook van het ene individu tot het andere. De vereiste concentratie voor occasionele en matige drinkers schommelt rond een cijfer van 0,2‰ tot 0,4‰ in de flikker- en knippertests; om en nabij deze alcoholemie (alcoholemie = bloedalcoholgehalte. Het kwalitatieve voorkomen van alcohol in het bloed, kan ook kwantitatief bepaald worden. De alcoholemie wordt in Europa meestal aangeduid in promille d.w.z. het aantal mg alcohol dat bevat is in 1 cc. bloed. 50% der mensen zouden dronken zijn bij een alcoholemie van 1,5‰ (d.w.z. als 1 cc. bloed 1,5 mg. alcohol bevat).

zijn echter zeer weinig zware drinkers geintoxiceerd. Als nu de alcoholemie stijgt (e.g. 0,51‰ - 1‰) dan 'verdragen' de zware drinkers blijkbaar nog steeds beter alcohol dan de matige respectievelijk de occasionele; maar van 1‰ af, wordt de tolerantie van minder belang en schijnt ze een steeds kleiner wordende rol te spelen

(cfr. tabel 1).

Met andere woorden kunnen er bij een alcoholemie van minder dan 1‰ (de zgn. lichtere intoxicaties), individuele verschillen bestaan in de reactie t.a.v. alcohol; maar bij een hogere alcoholconcentratie in het bloed wordt deze factor vrijwel geheel uitgeschakeld. GOLDBERG heeft met behulp van zijn objectieve tests bewezen dat, om hetzelfde intoxicatie-effect te bereiken, er een veel hogere alcoholconcentratie in het bloed vereist is bij zware drinkers dan bij matige of occasionele. Het gaat hier om een verhoogde tolerantie. Deze tolerantie is tevens verworven, wat blijkt uit het verdwijnen ervan na een periode van onthouding,

Er zijn auteurs die menen dat het verschijnsel van de verworven verhoogde tolerantie verklaard moet worden uit psychologische factoren; zij beweren dat een individu de intoxicatie-effecten kan compenseren door het zgn. ‘leerproces’ (d,L de psychologische tolerantie). Het lijkt geen twijfel dat een gebruiker van alcoholica de uitwerking van de alcohol op sommige psychologische en nerveuze functies kan leren voor te zijn, dat wil zeggen dat een individu in staat is de effecten van de alcohol te compenseren als hij met deze effecten een langdurige ervaring achter de rug heeft. Bij PERRIN lezen we daarover een rake beschrijving van de hand van NEWMAN: Ongetwijfeld is een individu dat bekend is met de uitwerking van alcohol (e.g. een gewoontedrinker), bij machte tot op een zekere hoogte het bedwelmende gevolg van de alcohol te compenseren, als hem dit gewenst lijkt; bijvoorbeeld als hij weet dat men scherp acht slaat op hem. Praktisch wordt een dergelijke compensatie verwezenlijkt door het besteden van meer aandacht aan de uitvoering van gebaren en bewegingen. Alle activiteiten, die een dronkenschap zouden kunnen verraden, worden zoveel mogelijk beperkt; een geroutineerd drinker vermijdt moeilijke zinnen uit te spreken; hij gaat conversaties uit de weg waarbij een geheugenmanco in het oog zou vallen; hij stelt geen daden, die een zekere vaardigheid vereisen, doordat op die wijze een incoördinatie aan het licht zou treden...: Een psychologische compensatie kent echter grenzen; wij kunnen het fenomeen der verworven verhoogde tolerantie niet verklaren alleen door een compensatie gebaseerd op het leerproces. Er is voor de verklaring van de verworven verhoogde tolerantie een veranderde fysiologische reactie van het organisme t.a.v. alcohol vereist, hoewel wij tot hertoe het biologische mechanisme van die verandering niet begrijpen. Toch moeten wij de verworven verhoogde tolerantie beschouwen als een weefsel tolerantie en dit om twee redenen :

- a. GOLDBERGS proefnemingen, zoals we die hiervoor bespraken, schakelen de psychologische tolerantie, d.i. het leerproces en de compensatie, volkomen uit.
- b. Het bestaan der zgn. ‘kruisresistentie’, (Onder « kruisresistentie» verstaat men het



verschijnsel waarbij het geregelde gebruik van een (genees)middel tevens een verworven tolerantie met zich brengt voor een of meer verwante stoffen en omgekeerd.). Dit is het meest doorslaande gegeven om te bewijzen dat het om een verhoogde weefsel tolerantie gaat. Het is een alledaagse heelkundige ervaring dat alcoholisten grotere doseringen ether en chloroform behoeven dan niet-alcoholisten om een anesthesie te bereiken; de chirurgische ervaring hieromtrent is zo algemeen dat de experimentele bevestiging van dit feit nauwelijks nodig is. Deze kruisresistentie is enkel te verklaren als men aanvaardt dat de verworven verhoogde tolerantie t.a.v. alcohol een weefsel tolerantie is. Dit verschijnsel kan inderdaad niet uitgelegd worden door het leerproces of een psychologisch compensatiemechanisme.

Wij moeten onvermijdelijk tot de slotsom komen dat er een verworven verhoogde weefsel tolerantie bestaat; dit betekent niet dat wij de rol ontkennen die het leerproces en de psychologische compensatie spelen bij het tot stand brengen van deze verhoogde tolerantie; in sommige gevallen is het aanleren trouwens niet alleen mogelijk maar zelfs onmiskenbaar.

Om deze paragraaf te besluiten, wijzen wij er nog op dat de tolerantie t.a.v. alcohol ook kan verminderd zijn; dit is o.m. het geval bij ziektes zoals levercirrhose, chronische hepatitis (leverontsteking); vergiftiging door benzol, trichloorethyleen, tetrachloorkoolstof e.d. en in de latere stadia van het alcoholisme.

GROSS-BOCK en BICHEL vestigen de aandacht op de zgn.

‘Schmerzempfindlichkeit’ na het consumeren van alcohol bij patiënten met lymfogranuloma (ziekte van Hodgkin); het gebruik van alcohol kan pijn veroorzaken in de betrokken klieren.

### **1.1.2 De onthoudingsverschijnselen**

Onthoudingsverschijnselen (synoniemen: abstinentie- of uitvalsverschijnselen) kunnen gedefinieerd worden als de verschijnselen die optreden na het ophouden met drinken of zelfs na een abrupte vermindering in de geconsumeerde hoeveelheid alcoholica. Daaruit volgt dat dergelijke verschijnselen niet optreden zolang er een voldoende intoxicatiegraad voorhanden is. De onthoudingsverschijnselen kunnen tot verdwijnen gebracht worden door hernieuwd alcoholgebruik of door het aanwenden van drugs met een gelijksoortige uitwerking zoals paraldehyde, barbituurzuurderivaten en chloraalhydraat.

Deze definitie werd in 1955 opgesteld door een commissie van deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie. De commissie wees erop dat zowel abrupte onthouding van alcohol als plotselinge vermindering in het gebruik ervan onthoudingsverschijnselen kunnen teweegbrengen.

De onthoudingsverschijnselen vormen een waar syndroom (Onder een syndroom verstaan wij een reeks van met elkaar samenhangende verschijnselen (= een symptomencomplex), die vaak kenmerkend zijn voor een bepaalde ziekte. Onthoudingsverschijnselen kunnen ook ontstaan bij het onthouden van andere vergiften, zoals morfine, heroïne e.d.) en kunnen soms ernstige, zelfs levensgevaarlijke proporties aannemen; er zijn inderdaad verscheidene gevallen met fatale afloop bekend. Over het algemeen treffen wij de volgende symptomen aan:

1. Digito-linguale tremoren. Dit zijn onwillekeurige bevingen en trillingen, voornamelijk aan de tong en aan de vingers.
2. Angst- en/of depressietoestanden.
3. Psychomotorische onrust, d.w.z. bewegingsdrang.
4. Hallucinaties en illusies.
5. Het optreden van myoclonieën, d.w.z. spierkrampen.
6. Het voorkomen van verwardheidstoestanden, d.w.z. een toestand van ongeordend denken, gepaard gaande met desoriëntatie.
7. Convulsies.
8. Slapeloosheid.

De meest waargenomen symptomen zijn tremoren en convulsies. Het is niet noodzakelijk dat wij al deze symptomen bij een bepaald individu tegelijkertijd tegenkomen. Onder de 'kleinere' onthoudingsverschijnselen kunnen wij de tremoren en de angsten van de ochtenddrinker-alcoholist begrijpen (cfr. III. 1.4).

De symptomen van een fikse 'kater' na een toevallige acute dronkenschap mogen niet gelijkgesteld worden met onthoudingsverschijnselen. Een kater is eerder te beschouwen als een reactie op de fysiologische uitwerking van alcohol, terwijl onthoudingsverschijnselen berusten op de plotselinge onttrekking van alcohol aan een cel. De symptomen van de kater werden reeds 2500 jaar geleden te boek gesteld in Hindoe-geschriften; deze klassieke beschrijving brengt de - nog altijd geldende - symptomen onder de volgende bewoordingen: '... braken, verminderde eetlust, zure oprispingen, matheid, nadorst, bevingen aan het hoofd en de ledematen, hartkloppingen, ademhalingsbezwaren, slapeloosheid, duizeligheid. ...'.

Bepaalde auteurs (ISBELL, FRAZER en anderen, 1955) houden het delirium tremens ook voor een onthoudingsverschijnsel : ze riepen een delirium tremens en epileptiforme toevallen proefondervindelijk in het leven na de abrupte onthouding van extreem hoge doses alcohol; andere schrijvers wijzen op het voorkomen van delirium tremens onder andere omstandigheden.

De onthoudingsverschijnselen kunnen psychologisch niet verklaard worden, maar vormen het bewijs ervoor dat er zich een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol heeft

ingesteld. Het celmetabolisme heeft zich namelijk aan het continue, excessieve alcoholgebruik geadapteerd en wordt door het abrupte onthouden of verminderen van de alcoholtoevoer gestoord. Deze stoornissen uitend zich in de onthoudingsverschijnselen.

### **1.1.3 Craving**

MARDONES definieert 'craving voor alcohol' als een dringend en overweldigend verlangen naar alcoholhoudende dranken. In buitenlandse publicaties treft men ook termen aan als 'besoin obsedant', 'deseo impetuoso' en 'unwiderstehliches Verlangen'; in psychiatrische milieus wordt het woord 'craving' ook wel eens vervangen door 'compulsie'.

In MARDONES' definitie vormt de term 'verlangen' het voornaamste woord; de adjectieven 'dringend' en 'overweldigend' zijn woorden van ondergeschikte betekenis. Het dringende karakter van het verlangen is een passieve toestand, die door het individu gevoeld wordt en 'overweldigend' betekent dat er een actieve houding geïnduceerd wordt, die erop gericht is de hinderpalen te overwinnen die het verlangen in de weg staan. Het overweldigende karakter van het verlangen wordt slechts waargenomen op het ogenblik dat er hinderpalen zijn die de voldoening van dit verlangen belemmeren. In de sociale samenleving vindt men doorgaans heel wat dergelijke hinderpalen en daardoor zijn wij in staat het overweldigende van het verlangen bij de mens te herkennen. Als iemand het ervoor over heeft de strenge sociale normen, waaraan het alcoholgebruik gebonden is, te overschrijden, herkennen wij inderdaad het overweldigende karakter van het verlangen om, niettegenstaande alles, toch te drinken.

Sommige auteurs (WEXBERG, CIMBAL) wijzen erop dat craving niet zozeer gericht is op de alcohol dan wel op de intoxicatie; dit wil zeggen dat de alcoholist niet de alcohol maar wel de roes zoekt. Als hij deze met andere middelen kan bewerkstelligen, bijvoorbeeld met slaapmiddelen, dan doet hij het ook. Het is een feit dat vele chemisch nuchter geworden alcoholisten (Wat de definitie van «chemisch nuchter» betreft zij verwezen naar par. IX.3.1.) van alcohol overgaan op slaapmiddelen, wat voor hen even gevaarlijk is als een alcoholintoxicatie. Inderdaad kan zich een geheel nieuwe toxicomanie ontwikkelen.

De reeds genoemde commissie van deskundigen heeft in 1955 een symposium gehouden; volgens deze bestaan er twee soorten craving : men moet onderscheid maken tussen het mechanisme dat van het einde van een drinkgelag naar het begin van een ander leidt en het mechanisme van de voortzetting van het drinken gedurende hetzelfde drinkgelag. Met andere woorden ten eerste waarom begint de alcoholist steeds weer te drinken en ten tweede waarom kan hij niet ophouden na het

eerste glas. Het eerste mechanisme zou te wijten zijn aan psychologische factoren, het tweede aan fysieke.

Het mechanisme van het voortzetten van het drinken gedurende hetzelfde drinkgelag schijnt inderdaad op fysieke gronden te berusten. Er is een verschil als van dag en nacht tussen de dronkenschap van een alcoholist en die van iemand, die zich wil bedrinken omdat hij er lust in heeft. In het laatste geval legt het individu een zekere vrolijkheid aan den dag, hij is pseudo-filosofisch, vertoont bepaalde sentimentele gevoelens en naar het einde toe wordt hij misschien min of meer gedeprimeerd. Bij de alcoholist integendeel ontstaat een zeer kortstondig of helemaal geen euforisch effect. Korte tijd na het eerste glas alcohol, vertoont de alcoholist lichte onthoudingsverschijnselen zoals motorische onrust, angst en beven; deze verschijnselen verdwijnen vlot, maar slechts tijdelijk, door meer alcohol te drinken, waarna ze weer snel de kop opsteken. Als gedurende dat drinkgelag de alcoholconsumptie ook maar enigszins vermindert of uitgesteld moet worden, verkeert de alcoholist blijkbaar in fysieke nood; de Fransen noemen deze toestand 'etat de besoin'.

De onthoudingsverschijnselen wijzen in deze toestand op een ware fysieke vraag naar alcohol; de alcoholist wil aan deze benauwende symptomen een einde gemaakt zien en kent geen andere remedie dan de alcohol. Hier ontbreken elementen van gefilosoferen en jovialiteit; alleen de angst, ja soms een zekere paniekstemming, de eb en de vloed der onthoudingsverschijnselen en de vraag naar meer alcohol blijven hier over. De fysieke vraag naar alcohol kan in deze fase verdwijnen door het toedienen van diverse geneesmiddelen die ofwel een sedatieve werking uitoefenen ofwel de lichamelijke ongemakken kunnen verminderen ofwel het vegetatieve evenwicht kunnen herstellen; een dergelijke therapie voorkomt echter geen latere drinkgelagen, zelfs niet bij het voortgezette gebruik ervan.

Het mechanisme dat verantwoordelijk is voor de telkens weer beginnende drinkgelagen schijnt daarentegen van geheel andere aard te zijn; het zou met name berusten op een psychologische origine. ESSER is van mening dat hier ook een zwakke aanleg van de regulatieve mechanismen (gelegen in de hersenen) een rol speelt. In de eerste stadia van het alcoholisme, bereikt de drinker een intoxicatiegraad die voldoende is om hem gedurende enige uren een euforie te verschaffen; er zijn op dat ogenblik nog geen grove manifestaties van dronkenschap of veel naverschijselen. In een later stadium, volgens JELLINEK gewoonlijk na 10-12 jaar zwaar en continu drinken, verandert dit gedragspatroon echter: de alcoholist maakt nu drinkgelagen door die met dergelijke ernstige intoxicaties gepaard gaan dat hij het drinken niet meer kan voortzetten; hij herstelt enkel na verscheidene dagen, thuis of in het ziekenhuis. Na het herstel van dit drinkgelag

blijft hij gewoonlijk 2-3 weken nuchter alvorens hij een nieuw drinkgelag begint en dit eindigt zoals het voorgaande. Dit toneel herhaalt zich steeds maar weer.

Hier ligt de toestand volkomen anders: we vinden immers niet dezelfde kenmerken terug die we bij de fysieke craving aantreffen; in de periode tussen twee drinkgelagen in vertoont de alcoholist blijkbaar geen enkel teken- dat op een 'etat de besoin' wijst, d.w.z. dat hij geen enkel teken van een fysieke vraag naar alcohol aan den dag legt. Als hij tussen twee drinkgelagen in, in een toestand verkeert waarin hij niet kan drinken, dan zal bij hem geen enkel onthoudingsverschijnsel vast te stellen zijn, in tegenstelling met wat wij zagen bij een acute intoxicatietoestand. Stel dat hij bijvoorbeeld verplicht is gedurende enige maanden te vertoeven in een of andere instelling (gevangenis, ziekenhuis enzovoort), waar geen mogelijkheid tot drinken bestaat, dan zal hij daarvan geen enkel ongemak hebben, zelfs indien er helemaal geen behandeling wordt toegepast.

Hier kan men dus zeker niet spreken van een fysieke behoefte aan alcohol, hoewel de alcoholist misschien onmiddellijk naar de fles zal grijpen zodra hij de instelling verlaten heeft. Het gaat hier meer om psychologische momenten: als de alcoholist 2-3 weken nuchter is, wil hij zich eens ander voelen ('he wants to feel different', zegt ESSER), hij 'wil er eens uit' en hiervoor kent hij geen andere methode dan de alcohol. De voorgaande rampzalige ervaringen met alcohol schrikken hem niet af, omdat hij ervan overtuigd is dat hij ditmaal in staat zal zijn na een of twee glaasjes op te houden - juist genoeg om de verlangde euforie te bereiken.

Er zijn dus twee soorten craving. De eerste is een fysieke craving, die aan het licht treedt bij personen die langdurig excessieve hoeveelheden alcoholica gebruikt hebben; dit type craving is verantwoordelijk voor het niet kunnen ophouden met drinken gedurende een en hetzelfde drinkgelag en het vindt waarschijnlijk zijn oorsprong in fysiologische veranderingen, waarvan het juiste mechanisme niet opgehelderd is. De tweede soort craving, de psychologische craving, de drankzucht in engere zin, zou verantwoordelijk zijn voor het op gang brengen van een nieuw drinkgelag na een drankvrije periode. Dit type craving zou hoofdzakelijk te wijten zijn aan groeiende psychologische spanningen, waarvoor de alcoholist geen andere remedie bekend is dan de alcohol. Wij willen er echter op wijzen dat deze spanningen niet de enige oorzaak zijn van het hernieuwde drinken: dit kan inderdaad ook teweeggebracht worden door de 'sociale druk' om te drinken, of soms zelfs door een accidentele alcoholconsumptie (e.g. het bekende glaasje cognac om iemand op te kikkeren na een syncope).

#### **1.1.4 Controleverlies**

Onder controleverlies - de Duitsers noemen het gevat 'das Nichtaufhorenkonnen' -

verstaan wij dat bepaalde verschijnsel waarbij het de drinker onmogelijk is met het drinken op te houden van het ogenblik af dat hij een glas alcohol geconsumeerd heeft. ROTTER meent dat het controleverlies zich slechts kan voordoen bij een bepaalde hoeveelheid alcohol, die wij de 'drempelwaarde' zouden kunnen noemen. Wanneer deze drempelwaarde niet overschreden wordt, ontstaat er geen controleverlies; de drempelwaarde verschilt van individu tot individu : een dosis alcohol, die het controleverlies uitlokt bij een bepaald persoon, zal zulks bijvoorbeeld niet doen bij een ander. Te noteren valt dat de drempelwaarde soms infinitesimaal laag kan zijn, hoewel wij praktisch gesproken, wel mogen aannemen dat de drempelwaarde doorgaans ruim overschreden wordt na het drinken van slechts een glas alcoholhoudende drank. Wij maakten u reeds attent erop dat het is alsof dit eerste glas een soort kettingreactie in het organisme van de alcoholist op gang brengt, zodat hij onmogelijk zijn bedoeling 'maar een, op zijn hoogst twee glaasjes te drinken' kan verwezenlijken. Hij moet als het ware meer en meer drinken, dwars tegen zijn wil in, vaak zelfs met walging en hij houdt slechts op als hij volkomen bedwelmd is. We citeren KELLER: when ever an alcoholic starts to drink, it is not certain that he will be able to stop at will... STEWART (1956) noemde het controleverlies: 'vrijheidsverlies'; deze uitdrukking is ad rem, doordat wij inderdaad niet te doen hebben met een vrij handelend individu, maar met iemand die de vrijheid te doen wat hij verkiest, verloren heeft. In dit gezegde is tevens de wanhoop van de alcoholist vervat, die als het ware gevangen zit in de greep van de alcohol en toch maar steeds poogt te drinken zoals een ander. Het optreden van het controleverlies wijst met zekerheid op alcoholverslaving.

Volgens JELLINEK zou het symptoom 'controleverlies' pas voorkomen 3-20 jaar na het initiale drinken; er zijn evenwel vele gevallen bekend waar men reeds van het allereerste drinken af het controleverlies aantrof. Volgens PERRIN vindt dit laatste vooral bij neurotici plaats, volgens ESSER bij mensen met zeer zwakke regulatoren.

De term 'controleverlies' impliceert niet dat de alcoholist, desgewenst, eens enige tijd niet kan drinken: dat kan iedere alcoholist, ook de meest verslaafde. Gewoonlijk houdt de alcoholist zulks 2-3 weken uit, in de USA gebruikt men daarvoor het gezegde 'to go on the waterwagon'. Het controleverlies strekt zich slechts uit over de loop van een bepaald drinkgelag, daarna kan de alcoholist zich enige tijd onthouden zonder hinderlijke onthoudingsverschijnselen te vertonen. Maar zodra hij ook maar een glas alcohol consumeert - om het juister te formuleren : zijn drempelwaarde overschrijdt - doet zich het hinderlijke controleverlies weer voor.

Sommige auteurs verstaan onder 'controleverlies' niet die gedragingen, die wij hiervoor beschreven hebben, maar eerder een opzettelijk overtreden van de sociale normen en regels die in een bepaalde maatschappij gelden; het is inderdaad een

ongeschreven wet waar, wanneer en hoeveel er gedronken mag worden. Wij prefereren echter in dit geval de term ‘ongedisciplineerd drinken’ te gebruiken, ten einde een mogelijke verwarring met het begrip ‘controleverlies’ te vermijden. Bij het ongedisciplineerde drinken is de vrije keuze niet aangetast; bij het controleverlies daarentegen wel : die twee begrippen dekken elkaar dus helemaal niet. Het ongedisciplineerde drinken is een der kenmerken van JELLINEKS alfa-alcoholisme.

Volgens JELLINEK is het controleverlies te wijten aan de onthoudingsverschijnselen die optreden zodra de alcoholist zijn eerste glas alcohol geconsumeerd heeft. We wezen er reeds op dat de drinker deze onbehaaglijke onthoudingsverschijnselen de kop tracht in te drukken door het drinken van meer alcohol, iets waarin hij tijdelijk slaagt. Wij beschreven het mechanisme waardoor de alcoholist ertoe genoopt wordt uiteindelijk, volkomen bedwelmd, het drinkgelag te beëindigen en wij spraken in dit verband van een ‘vraag naar alcohol’ (etat de besoin), meer bepaald van een fysieke vraag naar alcohol. Deze behoefte schijnt echter van tweevoudige aard te zijn. Enerzijds wordt de noodzaak gevoeld om de benauwende onthoudingsverschijnselen te bestrijden, d.i. de fysieke vraag, maar anderzijds vinden wij er een obsederende gedachte in terug, met name dat een voldoende hoeveelheid alcohol tenslotte toch die spanningsvermindering zal teweegbrengen die in de stadia voor het controleverlies zo gemakkelijk te bereiken was. Deze twee factoren zouden ervoor aansprakelijk zijn dat de drinker zijn controle over het drinken verloren heeft zodat hij verplicht is het drinken voort te zetten tot hij smoordronken is.

Merkwaardig genoeg kan het een drinker met controleverlies toch een enkele keer lukken met drinken op te houden voor het hek van de dam is. Dit impliceert uiteraard dat het controleverlies niet uitsluitend uit een fysieke, maar ook uit een psychologische origine voortspuit. Indien inderdaad het controleverlies alleen op fysieke gronden berustte, zou de alcoholist dit fenomeen altijd aan den dag leggen. Om die reden moeten we, in het mechanisme van het controleverlies, aan de psychologische factoren een min of meer relevante rol toeschrijven. Dat hij af en toe erin slaagt te drinken zonder controleverlies heeft vanzelfsprekend een repercussie op de houding van de drinker; het stijft hem in zijn overtuiging dat hij toch kan drinken zoals een andere (‘immers gisteren kon ik ophouden’ !). En daarin schuilt juist het verraderlijke van dit opmerkelijke fenomeen, omdat hij het daardoor maar weer eens probeert. De psychologische spanningen, die een nieuw drinkgelag voorafgaan, vinden in dit verschijnsel een dankbare bondgenoot; het valt de alcoholist gemakkelijker de laatste hinderpalen uit de weg te ruimen omdat hij er niet aan twijfelt dat het nu wel bij een paar glaasjes zal blijven. Natuurlijk wordt hij

ook ditmaal stomdronken, wat hem niet belet de volgende maal met dezelfde doodoener op de proppen te komen.

### **1.1.5 Andere definities**

In de verdere uiteenzetting zullen we termen gebruiken die wellicht, zonder nadere toelichting, tot misverstand aanleiding kunnen geven. Een duidelijke omschrijving lijkt me dus aan te bevelen.

a. ‘Sociaal drinken’. Onder ‘sociaal drinken’ verstaan we dat drinkpatroon dat binnen de grenzen valt van de door de maatschappij aanvaarde normen omtrent het hoe, het waar, het wanneer en het hoeveel er gedronken mag worden. Deze normen kunnen variëren van de ene maatschappij tot de andere, en van de ene leefgemeenschap of groep tot de andere.

b. ‘Excessief drinken’ (synoniemen : immoderaat drinken, buitensporig drinken). Onder deze term verstaan wij dat drinkpatroon, dat buiten het sociaal aanvaarde maximum valt, doch dat geen aanleiding geeft tot verslaving in de farmacologische betekenis van het woord. Er is hier dus geen sprake van onthoudingsverschijnselen, geadapteerd celmetabolisme, craving, controleverlies e.d. Wel kan het excessieve drinken soms bepaalde lichamelijke stoornissen veroorzaken (gastritis, leverkwalen e.d.).

c. ‘Initiaal drinken’. Deze term wordt alleen gebruikt in verband met het drinken van alcoholici. Met dit drinken wordt bedoeld het eerste drinken van de alcoholist, d.w.z. zijn drinken in de premorbide fase, dus nog voor hij excessieve kwantiteiten alcoholica consumeert.

Ik meen dat het nuttig is, op deze plaats, uw aandacht erop te vestigen dat een alcoholist meestal diverse stadia doorlopen heeft alvorens een allround alcoholist te zijn; zijn drinkpatroon kunnen we dikwijls - niet altijd - eerst sociaal noemen, vervolgens excessief en tot slot verslaafd. Sommige excessieve drinkers echter zullen nooit verslaafd worden, anderen daarentegen wel : waarom dit zo is weten wij niet. M.a.w. sommige drinkers zullen een ‘gewenning’ t.a.v. alcohol aan den dag leggen (‘excessieve drinkers’), terwijl anderen verslaafd worden (‘addicts’), deze laatste categorie noemen wij ‘alcoholisten’. Wij moeten goed voor ogen houden dat alle alcoholisten excessieve drinkers zijn, maar dat alle excessieve drinkers daarom nog geen alcoholist zijn !

De term ‘alcoholisme’ goed omschrijven kunnen we pas als we er een betere visie op hebben ! Daarom lijkt het mij nodig eerst de begrippen ‘gewenning’ en ‘verslaving’ te bespreken, en daarna de grondslag van de ziekteconceptie van het alcoholisme. Dan kunnen we het erop wagen de term ‘alcoholisme’ nader te



omschrijven.

### **1.1.6 Afbakening van de begrippen fysieke en psychologische afhankelijkheid ('gewenning' en 'verslaving')**

Volgens de vroegere begrippen bestond er een distingo tussen 'gewenning', ('drug habituation') en 'verslaving', ('drug addiction'). Aan 'Het Groot Woordenboek der Geneeskunde' ontleen wij de volgende omschrijving : (Groot Woordenboek der Geneeskunde' van De Haan en Dekker (cumulatief 3<sup>o</sup> supplement) uitgave Stafleu en zoon, Leiden (1964).

Verslaving:

Een toestand 'van periodieke of chronische vergiftiging, veroorzaakt door het herhaaldelijk gebruik van een natuurlijk of synthetisch geneesmiddel, gekenmerkt door:

1. Een overweldigend verlangen of drang om voort te gaan met het gebruik daarvan en het ten koste van alles te verkrijgen.
2. een neiging de dosering te verhogen.
3. een psychische en fysieke afhankelijkheid van het gebruik.
4. een vernietigend effect t.a.v. het individu en de gemeenschap.

Gewenning:

Een toestand van periodieke of chronische vergiftiging, veroorzaakt door het herhaaldelijk gebruik van een natuurlijk of synthetisch geneesmiddel, gekenmerkt door :

1. de wens (geen drang) om het gebruik voort te zetten wegens het gevoel van verhoogd welzijn dat hieruit voortvloeit.
2. de neiging om de dosering te verhogen is niet opvallend.
3. enige psychische afhankelijkheid van het resultaat is aanwezig, maar de fysieke afhankelijkheid met onthoudingsverschijnselen ontbreekt.
4. de enige die nadeel ondervindt door het gebruik, is het individu zelf.

In 1964 nu adviseerde de Wereldgezondheidsorganisatie het gebruik van het begrip afhankelijkheid ('drug dependency'). Dit nieuwe begrip dekt de twee vroegere, t.w. 'drug addiction' en 'drug habituation', De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt :

- a. Psychologische afhankelijkheid. Hierdoor wordt verstaan een min of meer intense neiging om een bepaald product telkens opnieuw te gebruiken, doordat zijn farmacologische werking bij bepaalde individuen aangename reacties

oproept, die dergelijke personen als begeerlijk ervaren. Bij deze categorie drugs is de psychologische make-up van de gebruiker van doorslaand gewicht, het farmacologische effect is van ondergeschikt belang. Het type van een dergelijk middel is de nicotine.

Drugs die tot zulke soort afhankelijkheid leiden worden ook wel ‘soft drugs’ genoemd.

- b. Fysieke afhankelijkheid. Andere drugs verwekken altijd, bij vrijwel ieder individu craving, alsook een fysieke en psychologische afhankelijkheid door hun specifiek farmacologische werking: er bestaat een toxicomanie. Fysieke afhankelijkheid t.a.v. een drug uit zich door het optreden van onthoudingsverschijnselen zodra het toedienen van de drug onderbroken wordt (men noemt deze drugs ook ‘hard drugs’ of nog ‘body drugs’). Het farmacologische effect van deze middelen is hier de relevante factor; de persoonlijkheidsstructuur, d.i. de psychologische make-up van de consument is bijzaak. Morfine, opium, heroïne maken van deze categorie deel uit. Er zijn ook drugs die zowel fysieke als psychologische afhankelijkheid kunnen teweegbrengen: we kunnen hier onthoudingsverschijnselen aantreffen, maar dit hoeft niet. De psychologische make-up van het individu is de determinerende factor, maar we moeten ook rekening houden met de rol, die de farmacologische werking kan uitoefenen. Tot deze categorie behoort o.a. alcohol: inderdaad kan alcohol zowel een psychologische (‘gewenning’) als een fysieke afhankelijkheid (‘verslaving’) teweegbrengen of zelfs beide tegelijk. Alcohol moet niet altijd leiden tot een fysieke afhankelijkheid, maar kan deze tot stand brengen. JELLINEK noemde deze vormen onderscheidenlijk: alfa- en gamma-alcoholisme. De alfa-alcoholist is niet fysiek maar wel psychologisch afhankelijk t.a.v. alcohol (hij is een excessief drinker, die gewenning vertoont), de gamma-alcoholist integendeel is zowel fysiek als psychologisch afhankelijk t.a.v. alcohol. Hoe het ook moge zijn, we mogen alcohol als een hard drug beschouwen, aangezien hij tot een fysieke afhankelijkheid, i.e. een toxicomanie kan leiden. In feite is alcohol qua effect even gevaarlijk als opiaten en slaapmiddelen. In tabel 2 vindt u de kenmerken van diverse drugs.

Tabel 2. Gedeeltelijk overgenomen uit .Wat heet drugs?’, Uitgave L.C.G. Malmberg;

‘s Hertogenbos (1970).

Kans op  
Psychische  
afhankelijkheid

Kans op fysische  
afhankelijkheid

Kans op misbruik  
in het algemeen

Alcohol	Hoog	Ja	Hoog
Coffeïne	Matig	Nee	Nihil
Tabak	Hoog	Nee	Matig
Slaapmiddelen	Hoog	Ja	Hoog
Barbituraten			
Stimulantia	Hoog	Nee	Hoog
Dexedrine- metedrine			
Cocaïne			
Indische hennep	Matig	Nee	Matig
Marihuana hasjiesj			
Opium-opiaten	Hoog	Ja	Hoog
Opium			
Heroïne			
Morphine			
Hallucinogenen	Minimaal	Nee	Matig
LSD			
Psylocibine			
Mescaline			
Diversen	Minimaal tot	Nee	Matig
Lijm, Benzine, Ether, Triamilnitraat	Matig		

## 1.2 Grondslagen van de ziekteconceptie van het alcoholisme

In zijn voortreffelijk boek ‘The disease concept of alcoholism’ wijst JELLINEK erop dat een ziekte een ziekte is als het medisch korps, in zijn geheel, die als zodanig erkent. Het is geen geldig bewijs, zo zegt JELLINEK, te beweren dat het niet om een ziekte gaat omdat de geneesheren niet in staat zijn de ware aard van een bepaalde toestand te verklaren. Er zijn ettelijke voorbeelden bekend in de geschiedenis der geneeskunde waar het hoe en waarom van een ziekte gedurende jaren duister gebleven is. En van sommige blijft zulks nog steeds een vraagteken, hoewel het onbetwistbaar medische problemen zijn, bijvoorbeeld kanker.

JELLINEK vervolgt: ‘... uit onze analyse blijkt dat het medisch korps de officiële status van het ziektebegrip van het alcoholisme erkend heeft (De ‘American Medical Association’ heeft expliciet het alcoholisme als een ziekte erkend.) en door dit feit alleen is het alcoholisme een ziekte, of het publiek dit nu al dan niet aangenaam

vindt, en zelfs als een minoriteit van het medische beroep deze zienswijze van de hand slaat..

Wij nemen hiervan graag akte, maar wensen, evenmin als JELLINEK het deed, een uitspraak ex cathedra te aanvaarden zonder verdere argumenten. Ik opper dat het alcoholisme een ziekte-toestand is doordat de aandoening berust op veranderingen in het celmetabolisme. Wij stellen het feit voorop dat een normaal celmetabolisme moet kunnen functioneren zonder alcohol; hiervoor zijn bewijzen te over. Bij bepaalde vormen van excessief drinken, met name bij JELLINEKS gamma- en delta-alcoholisme (zie par. II.2), is dit celmetabolisme, wegens het excessieve voortgezette drankgebruik, 'gewend' geraakt aan alcohol; wetenschappelijk geformuleerd : het celmetabolisme is geadapteerd aan alcohol. Het bewijs van deze adaptatie wordt geleverd door:

1. de verworven verhoogde tolerantie, waarvan we aangetoond hebben dat het een weefsel-tolerantie is;
2. het zich voordoen van onthoudingsverschijnselen, wanneer het alcoholgebruik ex abrupto afgesneden wordt of zelfs maar verminderd wordt. De onthoudingsverschijnselen zijn op hun beurt verantwoordelijk voor het in het leven roepen van de fysieke craving en het controleverlies.

Kortom, de cel - het biologische centrum - kan zijn normale functie niet meer verrichten zonder alcohol. Alcohol is een noodzaak geworden voor de cel; er is een toestand ontstaan van farmacologische verslaving (toxicomanie, i.c. alcoholomanie). De cellulaire disfunctie is het gevolg van bepaalde, tot nu toe onbekende, fysiopathologische wijzigingen, die hun oorsprong vinden in het voorafgaande excessieve en continue drinken. ROTTER is van mening dat alcohol cytochemische, tot in de celkern reikende veranderingen teweegbrengt. Deze veranderingen berusten, volgens hem, deels op morfologische en deels op chemische basis.

Hoe het ook zij, het staat wel buiten kijf dat een dergelijke cellulaire disfunctie een ziekte-toestand vertegenwoordigt, ongeacht of het initiale drinken zelf al dan niet het gevolg van een ziekte was. Sommige personen, zoals epileptici, sommige psychotici e.d. kunnen wegens hun ziekte gemakkelijk de prooi van het alcoholisme worden. Hun alcoholisme is als het ware een direct gevolg van hun vooraf bestaande afwijking, men zou zelfs kunnen beweren dat het een symptoom van hun ziekte is; men noemde het alcoholische drinkpatroon van zulke zieken daardoor vroeger wel eens 'secundair alcoholisme'. Vele personen echter vertonen in hun voorgeschiedenis dergelijke kwalen niet en worden niettemin alcoholist ('primaair alcoholisme').

Ongeacht de origine van het alcoholisme moeten wij beide beschouwen als een

ziektetoestand, indien er tekenen voorhanden zijn van een farmacologische verslaving, d.w.z. : tekenen van een fysieke afhankelijkheid, zoals craving, onthoudingsverschijnselen of controleverlies.

Dat het alcoholisme perse een ziekte is, wordt tegenwoordig door vrijwel alle wetenschappelijk geschoolde vakmensen erkend; sommigen betwisten evenwel voornoemde argumenten en nemen andere bewijsgronden aan: deze te citeren zou ons te ver voeren.

De ziekteopvatting van het alcoholisme is nog vrij recent en dateert uit het einde der voorgaande eeuw, toen enige nieuwlichters uit de USA tot de bevinding kwamen dat drankzuchtigen geen slappelingen of willozen waren, geen immorelen, maar zieken. Zij betwisten niet dat alcoholisten immoreel waren, maar meenden dat die immoraliteit eerder het gevolg van het alcoholisme was dan er de oorzaak van te zijn. Deze theorieën werden aangehangen door enige 'rari nantes' en geraakten van lieverlede in het vergeetboek. Een onvoldoende belangstelling van het medisch korps en het verzet van de geheelonthoudersbewegingen en van bepaalde kerken tegen deze revolutionaire theorie waren in hoge mate aansprakelijk voor het op de achtergrond raken ervan. Pas in de jaren twintig werd ze weer opgedolven doordat het politieële en justitieële apparaat moest kunnen beschikken over objectieve tests om een acute intoxicatie (dronkenschap) te kunnen diagnosticeren. Men deed beroep op de medische wetenschap en de geneesheren staken de handen uit de mouwen, waarbij ze verwickeld raakten in het onderzoek van het tot dan vrijwel onbekende alcoholmetabolisme; zij betraden maagdelijke paden. Maar alras bemerkten ze dat ze zich op het hun vertrouwde terrein der biochemie bevonden en dit schiep een intense aansporing om verder researchwerk te verrichten betreffende alcohol en alcoholisme. Ook niet-medici legden veel interesse aan den dag, e.g. prof. dr. E.M. JELLINEK. Deze eminente socioloog heeft een grote brok van zijn leven gewijd aan de alcoholproblematiek, die hij van haver tot gort kende. Men moet het grotendeels tot zijn verdienste aanrekenen dat de ziekteconceptie van het alcoholisme zo'n grote vlucht genomen heeft; eerst in de USA, waar zich de bakermat van deze visie bevindt, en daarna in diverse andere landen. Met deze woorden wil ik volstrekt geen afbreuk doen aan de verdiensten van vele andere uitmuntende geleerden, die eveneens het hunne bijgedragen hebben tot de moderne opvatting van het alcoholisme, zoals TIEBOUT, WIKLUND, LOLLI, WEXBERG, VOGEL, QUERIDO, ESSER, CONGER, MASSERMAN, DENT, DIETHELM, DEROBERT, MARDONES, WILLIAMS, LOVELL, TINTERA, ISBELL, FRASER, LEDERMANN, de grote A.A.-vriend SILKWORTH ('Silky') en zovele anderen.

JELLINEK stichtte in de USA 'The National Council on Alcoholism', die

baanbrekend werk verrichtte op pedagogisch en preventief terrein. Hij was eveneens medestichter van een studiecentrum aan de Yale University, waar diepgaande experimenten plaatsvonden met betrekking tot alcohol en alcoholisme. Aan diezelfde universiteit werden jaarlijkse zomercursussen georganiseerd. Waar eminente geleerden en allerhande wetenschapsmensen uit alle windstreken, vertrouwd gemaakt werden met de ziekteconceptie van het alcoholisme ('Yale Summer School of Studies on Alcohol'). Deze toehoorders dragen de boodschap verder uit. Tegenwoordig is het 'Center of Alcohol Studies' verbonden aan de Rutgers University. Tevens is JELLINEKS naam verbonden aan 'The Quarterly Journal of Studies on Alcohol', een periodiek waarin relevante publicaties over alcohol en alcoholisme verschijnen. JELLINEK heeft de alcoholproblematiek, in al haar facetten, in de gehele wereld bestudeerd, en dank zij zijn pionierswerk is er op dit gebied heel wat vooruitgang geboekt. Hij maakte ook deel uit van diverse commissies van de Wereldgezondheidsorganisatie met betrekking tot het alcoholisme (van 1950 tot 1954). JELLINEK overleed op 22 oktober 1963.

Ingeval het alcoholisme een ziekte is, behoren wij het te bestuderen zoals dit elke 'respectabele' ziekte betaamt; daarom handelt onze verdere uiteenzetting over drinkpatronen, vormen van excessief drinken, types van alcoholisme, zijn etiologie, symptomen, verwikkelingen, prognose, behandeling enzovoort.

Vooraf lijkt het me echter nuttig het begrip 'alcoholisme' scherp af te bakenen. Een poging hiertoe vindt men in par. I.3.

### **1.3 Definitie van het begrip alcoholisme**

Het begrip 'alcoholisme' definiëren is een netelige kwestie; we mogen de excessieve drinker ('Le grand buveur') en de alcoholist niet op gelijke voet stellen; het gaat hier om twee volkomen verschillende begrippen. Er zijn inderdaad personen die jarenlang excessief alcoholica gebruiken zonder ook maar in de geringste mate schade daardoor te ondervinden t.a.v. hun gezondheid, hun gezinsbudget, hun werklust enzovoort, terwijl anderen verslaafde alcoholisten worden, hoewel hun consumptie misschien veel lager ligt (In de AA beweert men in verband hiermee: 'Het komt er niet op aan hoeveel men drinkt, maar hoe men drinkt.').

Het excessieve, zelfs jarenlang voortgezette alcoholgebruik is dus stellig niet het enige criterium van het alcoholisme. Evenmin mogen wij het alcoholisme insluiten in het enge kader van de Angelsaksische auteurs voor wie de zgn. probleemdrukker de alcoholist vertegenwoordigt; er bestaat namelijk een type van alcoholverslaving (JELLINEKS delta-alcoholisme), waarbij de drinker jarenlang excessief drinkt, zonder schijnbaar aan alcohol verslaafd te zijn en waarbij het zelfs kan gebeuren dat hij nooit apert geïntoxiceerd was ('alcoholisme sans ivresse'). Als dit type drinker

door de omstandigheden ertoe gedwongen wordt met het drinken op te houden kan hij echter onmiskenbare onthoudingsverschijnselen aan den dag leggen, wat uiteraard ondubbelzinnig wijst op het bestaan van een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol, en ergo op een farmacologische verslaving, d.w.z. een toxicomanie. Dit type drinker noemt men ‘Le buveur invétéré’; hij wordt hoofdzakelijk in Frankrijk aangetroffen, hoewel hij ook elders gevonden wordt. Volgens JELLINEK moet een dergelijk drinkpatroon eveneens onder de definitie ‘alcoholisme’ begrepen worden. JELLINEK definieert het alcoholisme als dat drinken dat schade berokkent aan het individu, aan de maatschappij of aan beide. Deze definitie is uiteraard zeer ruim en omvat dan ook alle drinkpatronen, die hij als volgt onderscheidde: het fiestadrinken, het Finse explosieve drinken, het alfa, bèta, gamma, delta, epsilon-alcoholisme enzovoort.

Toch betekent het begrip ‘alcoholisme’, zoals JELLINEK het verstaat, nog niet hetzelfde als ‘alcoholverslaving’; m.a.w. niet ieder type van JELLINEKS alcohol-classificatie is een ziekte in de zin van een toxicomanie. Verslaafd is inderdaad enkel die drinker die onthoudingsverschijnselen, craving, controleverlies e.d. aan de dag legt. Zoals we verder zullen zien, voldoen alleen JELLINEKS gamma- en delta-vormen aan deze criteria en dienen zij bijgevolg als ziektes beschouwd te worden. Alle andere vormen die hij onder het kapittel ‘alcoholisme’ rekent, moeten m.i. veeleer gehouden worden voor vormen van excessief drinken, dit is elk drinken dat de door de maatschappij gestelde normen te buiten gaat, doch dat geen aanleiding geeft tot toxicomanie.

De term ‘alcoholisme’ zou ik willen beperken tot dat soort drinken dat verslaving teweegbrengt, i.e. JELLINEKS gamma- en delta-alcoholisme.

De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie klopt het beste met deze visie. In deze definitie wordt de alcoholist als volgt omschreven: ‘Alcoholisten zijn die excessieve drinkers, wier afhankelijkheid van de alcohol zodanig is dat er geestelijke afwijkingen of aantastingen van hun lichamelijke en geestelijke gezondheid en evenwicht zijn op te merken en in wier intermenselijke reacties en sociale en economische functies stoornissen zijn ontstaan of voortekenen van een zodanige toestand te voorzien zijn’.

## ***2 TYPES VAN ALCOHOLISME EN VAN EXCESSIEF DRINKEN***

Buiten het alcoholisme, zoals wij het bij ons en in de Angelsaksische landen kennen (het ‘Angelsaksische type’ of JELLINEKS gamma-alcoholisme), bestaat er nog een andere vorm van verslaafd drinken, die voornamelijk verbreid is in Frankrijk (het ‘Franse type’ of ‘les buveurs invétérés’ of JELLINEKS delta-alcoholisme), Dit in Frankrijk in zwang zijnde type heeft daar verreweg de overhand boven het type dat

wij ten onzent kennen. Hoewel dit 'Franse type' afwijkt van 'ons' alcoholisme, is het onmiskenbaar een vorm van verslaafd drinken, d.w.z. van alcoholisme. Dat het 'Franse type' van alcoholisme verschilt van het bij ons gangbare 'Angelsaksische type', spruit voort uit een verschillend drinkpatroon, dat op zijn beurt bepaald wordt door sociaal-economische en culturele factoren. Daar dergelijke factoren van land tot land kunnen verschillen, is het zonder meer duidelijk dat er ook diverse drinkpatronen zullen bestaan. Zo kennen we in Finland het 'explosieve drinken', op het Iberische schiereiland het 'fiesta-drinken',

## 2.1 Drinkpatronen

Onder een drinkpatroon verstaan wij de wijze waarop en de mate waarin alcoholica geconsumeerd worden. Drinkpatronen zijn een functie van sociaal-economische en culturele factoren; ongelijke sociale zeden en gewoonten leiden tot verschillende drinkpatronen en tot diverse vormen van excessief drinken, die onderling niet vergelijkbaar zijn. Met andere woorden kan het alcoholgebruik zich in verschillende vormen voordoen, al naargelang de sociale normen, de zeden en gewoonten die in een bepaalde samenleving t.a.v. het drinken gangbaar zijn. In Frankrijk bijvoorbeeld valt een gebruik van 2 liter wijn per dag niet uit de toon, terwijl men in andere landen voor een dergelijk gebruik met de vinger nagewezen wordt. Het Franse drinkpatroon en wat ermee samenhangt verschilt dus van het bij ons gangbare.

Een ander drinkpatroon treffen wij bijvoorbeeld in Finland aan. De verkoop van alcoholhoudende dranken wordt daar wettelijk beperkt tot de agglomeraties. De arbeiders van het platteland komen slechts eens in de 3-4 weken naar de stad. Bij deze gelegenheden kan het gebeuren dat zij, na twee of drie glazen alcohol en zonder enig teken van dronkenschap, plotseling hun puukko's (= dolkmessen) trekken en hiermee ernstige letsels toebrengen, soms zelfs ongevallen met dodelijke afloop. Dit type noemt

Jellinek 'explosieve drinkers'. ( Dit type zou ook voorkomen in het hoge Noorden van Canada.)

In Spanje, aldus Jellinek, kent men het fiesta-drinken ( Dit type van fiesta-drinkers treft men ook aan in Argentinië, Brazilië en Portugal) ter gelegenheid van grote feestelijkheden wordt er excessief gedronken, waarbij het tot betreurenswaardig vandalisme en andere baldadigheden komt.

Volgens Jellineks definitie (par. 1.3) moet zowel het Finse als het Spaanse drinkpatroon gerekend worden tot het alcoholisme ; wij kunnen, zo zegt hij, de Finnen noch de Spanjaarden het recht ontzeggen hier van alcoholisme te spreken, en als we zijn definitie volgen, dienen we inderdaad dit explosieve en fiesta-drinken tot het 'alcoholisme' te rekenen. Nu geef ik toe dat deze drinkpatronen in feite ernstige



problemen vertegenwoordigen en dat daaruit grote schade kan voortvloeien, maar ik ben van oordeel dat het hier eerder om occasionele excessen gaat, dat wil zeggen om vormen van excessief drinken, die met de ware toxicomanieën niets te maken hebben.

Hoewel het onderzoek naar allerlei vormen van niet-verslaafd excessief drinken ongetwijfeld zijn nut kan hebben, wil ik toch de verdere uiteenzetting zoveel mogelijk wijden aan het verslaafde drinken, d.i. aan de farmacologische verslaving. Daarom moge ik me hoofdzakelijk oriënteren op de drinkpatronen, die tot verslaafd drinken aanleiding geven, met name het 'Franse' en het 'Angelsaksische' drinkpatroon. In par. II 2 komen we dan nog even terug op JELLINEKS classificatie, waarin ook diverse vormen van niet-verslaafd excessief drinken werden opgenomen.

We mogen het grotendeels tot JELLINEKS merite rekenen het 'Franse' en het 'Angelsaksische' drinkpatroon uitgebreid te hebben beschreven; de bespreking van deze drinktypes is dan ook bijna onvermijdelijk een vrijwel in extenso weergegeven vertaling geworden van JELLINEKS gedachten.

### **2.1.1. Het 'Franse' drinkpatroon en alcoholisme**

Zowel het hoofdtype van drinkpatroon als dat van alcoholisme in Frankrijk is zeer afwijkend van het 'Angelsaksische'. Het 'Franse' type van alcoholisme (JELLINEKS delta-alcoholisme) wordt als zodanig zelden erkend in de USA en in de Angelsaksische landen, hoewel het er ook aangetroffen wordt, maar dan als minderheidsverschijnsel. Aan de andere kant komt het in de USA en de Angelsaksische landen overheersende type (JELLINEKS gamma-alcoholisme) slechts zelden voor in Frankrijk.

Het 'Franse' drinkpatroon wordt gekenmerkt door het gestadige, over de gehele dag verdeelde alcoholgebruik, in hoofdzaak wijn. Vele Fransen drinken 2 liter wijn per dag, wat de meesten onder hen trouwens als normaal beschouwen; ze drinken van 's morgens vroeg tot 's avonds laat. Het organisme van zulke drinkers zal dus zelden geheel alcoholvrij zijn, hoewel de alcoholemie ups en downs vertoont. De bijna constante aanwezigheid van alcohol in het organisme brengt onvermijdelijk stoornissen in de normale lichaamsfuncties teweeg. Vele van deze drinkers zijn vrijwel nooit acuut geïntoxiceerd, wat uiteraard niet impliceert dat een Fransman nooit dronken is; dronkenschap is geen zeldzaam verschijnsel in Frankrijk, maar een verbazend groot aantal Fransen zal de onmiskenbare tekenen van het alcoholisme vertonen zonder ooit dronken te zijn geweest, behalve bij bepaalde feestelijkheden ('l'alcoolisme sans ivresse'). Het alcoholisme van deze 'buveurs invétérés' is vaak voor iedereen, de drinker inclusief, een donderslag bij

heldere hemel. Dat er symptomen van een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol bij dit type drinkers voorhanden zijn blijkt uit de onthoudingsverschijnselen. Dit type alcoholist vertoont inderdaad geen controleverlies - in tegenstelling met de 'Angelsaksische' - maar is niet in staat, zelfs maar gedurende 1-2 dagen zich van alcohol te onthouden zonder typische onthoudingsverschijnselen te vertonen; het is deze drinker onmogelijk 'to go on the waterwagon'. Het spreekt vanzelf dat het optreden van onthoudingsfenomenen met zekerheid wijst op een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol, d.w.z. op een farmacologische verslaving.

In het tot stand komen van het 'Franse' alcoholisme spelen de individuele psychologische factoren blijkbaar een kleine rol, hoewel ze wel voorhanden zijn, maar dan in mindere mate dan bij het 'Angelsaksische' type. In de etiologie van het 'Franse' drinkpatroon en alcoholisme spelen gewoontes, die berusten op de sociale houding t.a.v. het alcoholgebruik, de belangrijkste rol. Deze houding hangt tot op zekere hoogte af van economische factoren. Het Franse volk aanvaardt over het algemeen een hoog individueel alcoholgebruik. ( Volgens JELLINEK berust dit algemene aanvaarden op de volgende gronden: 1. De overvloed van alcoholica, die tevens overal te verkrijgen zijn. 2. De identificatie van de natie met de gevestigde belangen ('Le vin c'est la France'). De wijnbouw vormt in Frankrijk inderdaad een zeer belangrijk gedeelte van het nationale inkomen: 1/3 der stemgerechtigden hangen geheel of gedeeltelijk af van de productie, het bewerken of de distributie van alcoholica. 3. Fierheid op het nationale product. 4. Het populaire geloof in het nuttig effect van wijn.

Met uitzondering van de jongere generatie (e.g. FOUQUET), zijn de Franse psychiaters en alcoholvorsers van mening dat in de specifiek Franse sociaal-economische constellatie de enige oorzaak van het 'Franse' alcoholisme te vinden is. Niets kan de Franse geneesheer meer doen steigeren dan de bewering dat individuele psychologische momenten mede ten grondslag liggen aan het zware alcoholgebruik der Fransen. Suggesties van prealcoholistische afwijkingen stuiten op zeer groot verzet, hoewel m.i. toch ook deze psychologische factoren in tel zijn.

### **2.1.2 Het 'Angelsaksische' drinkpatroon en alcoholisme**

Het drinkpatroon der Angelsaksische landen, dat ook ten onzent het meest voorkomt, is afwijkend van het 'Franse' ; men vindt hier geen gestadig gebruik, de gehele dag door, maar eerder een 'stootdosis' van grote intoxicerende kwantiteiten gedurende de avonduren. Dit drinkpatroon kan controleverlies verwekken, d.w.z. het aanzijn geven aan een farmacologische verslaving, maar de mogelijkheid zich tijdens een min of meer lange periode te onthouden is intact

gebleven : de drinker kan 'go on the waterwagon'. In tegenstelling tot een permanente consumptie gaat het hier dus meer om een 'shocklike intoxication'.

De sociale houding t.a.v. het drinken ligt meestal anders dan in Frankrijk; in de USA, Zweden, Denemarken, Nederland, Engeland e.d. staat 1/3 der bevolking afwijzend t.a.v. elk alcoholgebruik, terwijl de andere 2/3 een gebruik van 45-70 cc alcohol (= 3-4 pilsjes) ruimschoots voldoende acht. Men kan zich het schrijnende vraagstuk van het 'alcoholisme infantile' in onze streken moeilijk indenken : in Frankrijk, waar een hoog gebruik sociaal aanvaard wordt, drinkt het doorsnee kind vanaf zijn prille kinderjaren gemiddeld ½ liter wijn per dag.

### **2.1.3 De 'Regel van Jellinek' en verdere bespreking der drinkpatronen**

Doordat de sociale normen ten onzent en in de Angelsaksische landen anders liggen dan in Frankrijk, spelen de psychologische vulnerabiliteiten een grote rol. JELLINEK beweert:

... Wij vinden in de USA en de andere Angelsaksische landen een duidelijk neurotisch overwicht bij de verslaafden, terwijl slechts een minderheid kleinere psychologische vulnerabiliteiten vertoont ...

Uitgaande van deze premisse poneert hij: ... In gemeenschappen, waar slechts een laag alcoholgebruik sociaal toelaatbaar geacht wordt, zullen hoofdzakelijk diegenen blootgesteld zijn aan het verslavingsrisico, die door hun grote psychologische vulnerabiliteit een beweegreden hebben om tegen de sociale maatstaven in te gaan. In gemeenschappen daarentegen waar een dagelijks hoog alcoholgebruik oorbaar is, zullen kleinere vulnerabiliteiten, psychologische en fysieke, voldoende zijn om blootgesteld te zijn aan het verslavingsrisico...'  
(REGEL VAN JELLINEK). ( Deze psychologische vulnerabiliteiten kunnen gaan van vaag omschreven zwakke persoonlijkheid ('weakness') tot uitgesproken neurosen.

Welk besluit kunnen wij uit de regel van Jellinek trekken ? Ik meen dat we het er op mogen houden dat ook bij de Franse alcoholist psychologische vulnerabiliteiten voorhanden zijn; 'gewoontes' en sociaal aanvaarden van een hoog gebruik zijn zeer zeker vergemakkelijkende factoren, maar zij kunnen niet het gehele fenomeen verklaren. Ik citeer JELLINEK : '... De Fransen aanvaarden inderdaad meestal een hoog alcoholgebruik, maar slechts 7 % van de mannelijke drinkers drinkt meer dan 3 liter wijn per dag en zelfs gebruikers van 2 liter vormen de minderheid... op grond daarvan kunnen we vermoeden dat er een differentiële factor bestaat tussen deze zware drinkers en de meerderheid der wijnconsumenten, die veel minder drinken...'

Dat wij het 'Franse' drinkpatroon en het daaruit voortvloeiende alcoholisme niet alleen mogen verklaren door de zogeheten 'economische origine', d.w.z. dat de etiologie van dit drinkpatroon resp. alcoholisme niet uitsluitend terug te brengen is tot de belangen van de wijnbouw en de daaraan gekoppelde industriële en commerciële baten, bewijst JELLINEK aan de hand van het Italiaanse voorbeeld. Italië bekleedt de tweede plaats wat het wijnverbruik in de wereld aangaat, maar het verbruik per hoofd is er slechts de helft van het Franse ; in Italië staat men minachtend t.a.v. dronkenschap en de sociale sancties ertegen zijn helemaal niet mals. Een reputatie als drinkebroer bijvoorbeeld is een voldoende reden voor de ouders om de hand van hun dochter te weigeren ; ook promotiekansen worden getorpedeerd. In het licht van die ernstige sociale straffen gezien is voor een alcoholist in Italië een veel grotere psychologische vulnerabiliteit vereist dan in Frankrijk (regel van Jellinek).

Het is mijns inziens dus wel buiten kijf dat niemand alcoholist wordt doordat de economische constellatie gunstig is of doordat de sociale maatstaven een hoge consumptie tolereren. Deze factoren vormen ten hoogste een goede voedingsbodem voor een kandidaat alcoholist, d.w.z. dat het vergemakkelijkende factoren zijn, die het ontluiken van het alcoholisme in de hand kunnen werken. Kort en krachtig uitgedrukt : 'Alcoholism is in the man, not in the bottle'. ( Hoewel 'the bottle' toch ook een invloed kan uitoefenen.) Mag ik eraan herinneren dat men het 'Franse' drinkpatroon niet uitsluitend in Frankrijk aantreft, maar dat men het tegenkomt als minderheidsfenomeen in vrijwel alle landen ter wereld; men vindt het in hogere mate in Chili, Italië, Spanje, Argentinië, Joegoslavië. Het 'Angelsaksische' drinkpatroon vindt men hoofdzakelijk in de USA, Nederland, Engeland, Ierland, Zweden, Denemarken, Polen, België en Duitsland, maar ook in de bovenaangehaalde 'Franse' landen.

Ik wil er terloops op wijzen dat het in België en Duitsland vooral om een 'bieralcoholisme' gaat. In Polen worden enorme kwantiteiten wodka gedronken, vooral 's avonds; het wodka-drinken berust op gewoontes uit de 18e eeuw en is vooral de laatste jaren meer in zwang gekomen doordat de Polen hun angsten en onzekerheden in slaap willen wiegen ; het is zonder meer duidelijk dat het Poolse drinkpatroon veel weg heeft van het Angelsaksische.

## **2.2 Jellineks types van alcoholisme**

Ik moge u erop attenderen dat wij, volgens afspraak, alleen JELLINEKS gamma- en delta-alcoholisme als waar alcoholisme beschouwen; al de andere hieronder beschreven types zijn mijns inziens vormen van excessief drinken. Ik wens echter

JELLINEKS visie naar voren te brengen omdat ze zeer leerrijk is ; nadien zal ik commentaar leveren.

JELLINEK heeft in het alcoholisme verschillende types onderscheiden, die hij aanduidde met de letters van het Griekse alfabet : alfa-alcoholisme ; bèta-alcoholisme; gamma-alcoholisme; delta-alcoholisme; epsilonalcoholisme. Hij poneert dat het alfabet eigenlijk te weinig letters telt om alle types alcoholisme te coderen, maar beperkt zelf zijn bespreking tot de voornoemde vijf.

### **2.2.1 Het alfa-alcoholisme**

Het alfa-alcoholisme, aldus JELLINEK, vertegenwoordigt een zuiver psychologische voortdurende afhankelijkheid van en een vertrouwen stellen in de uitwerking van alcohol om fysieke of emotionele pijn te verlichten. Het drinken is ongedisciplineerd, in die zin dat het indruist tegen de (ongeschreven) regels van de gemeenschap waar, wanneer en hoe(veel) er gedronken mag worden - maar het leidt niet tot controleverlies of de onmogelijkheid zich te onthouden. De letsels die door deze vorm van alcoholisme veroorzaakt worden kunnen beperkt blijven tot storingen in de intermenselijke relaties. Soms lijdt het gezinsbudget onder dit soort drinken ; een occasioneel absentisme op het werk kan voorvallen, gepaard gaande met een verminderde productiviteit en af en toe vinden we nutritieve deficiënties door het excessieve alcoholgebruik. Bij dit type alcoholisme ( M.i. 'excessief' drinken. Ik geef echter JELLINEKS gedachten weer) worden echter nooit onthoudingsverschijnselen waargenomen of zijn er tekenen die wijzen op een progressiviteit van het alcoholisme.

De leniging van fysieke of emotionele pijnen impliceert een onderliggende ziekte, vervolgt JELLINEK. Daardoor mag het ongedisciplineerd drinken beschouwd worden als de uiting van de pathologische toestand waarin het verlichting brengt. Deze vorm van alcoholisme, zegt JELLINEK, is echter geen ziekte 'per se'.

Toch is het volgens hem zeer goed mogelijk dat het alfa-alcoholisme zich verder ontwikkelt tot de gammavorm; in dit geval vertegenwoordigt het alfa-alcoholisme enkel een ontwikkelingsstadium. Anderzijds is het ons wel bekend dat het alfa-alcoholisme aangetroffen wordt bij individuen met een drinkcarrière van 30-40 jaar zonder dat er zich enig teken van progressiviteit heeft voorgedaan.

### **2.2.2 Het bèta-alcoholisme**

Onder bèta-alcoholisme verstaat JELLINEK die bepaalde vorm van alcoholisme waarin de verwikkelingen van het excessieve drinken, zoals polyneuritis, gastritis en levercirrhose, op de voorgrond treden, zonder dat er zich enige fysieke of psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol voorgedaan heeft. De motivering

voor een drinken dat tot dergelijke ernstige verwickelingen leidt, kan gelegen zijn in de zeden van een bepaalde sociale groep, gepaard met arme voedingsgewoontes.

Ik citeer JELLINEK : ...In sommige landen is de bevolking dermate arm of heerst er een zodanig voedseltekort dat de inwoners een groot gedeelte van hun calorieën betrekken uit de consumptie van goedkope wijnsoorten. In de Portugese provincie Minho bijvoorbeeld verdient een arbeider 23 escudo's per dag ; een pond vlees of een pond minderwaardige vis kosten 11 escudo's, maar een halve liter wijn koopt men er voor 4 escudo's ... de dagelijkse kost van de bevolking bestaat uit een dunne aardappelsoep, waarin wat brood en vis verwerkt worden; de gemiddelde dagelijkse toevoer van dierlijke proteïnen bedraagt 6 (ZES !! Noot van de schrijver) gram... het sterftecijfer der levercirrhose ligt er zo hoog dat het wel een vingerwijzing is voor de rol die het alcoholisme in de calorische huishouding speelt... wij kunnen hier spreken van een 'nutritief' alcoholisme ('M,i.'excessief' drinken.), dat onweerlegbaar verwoestingen aanricht in het metabolisme. De hier in het oog vallende letsels, zegt JELLINEK, zijn natuurlijk de nutritieve, maar soms treffen wij een deficit aan in het gezinsbudget, een verminderde productiviteit en een ingekorte levensduur. Er zijn geen onthoudingsverschijnselen. Het bèta-alcoholisme kan zich omzetten in de gamma- of deltavorm, maar zulks gebeurt minder vaak dan dit bij het alfa-alcoholisme ,het geval is.

### **2.2.3 Het gamma-alcoholisme**

Onder gamma-alcoholisme verstaat JELLINEK die vorm van alcoholisme die gekenmerkt is door :

1. een verworven verhoogde weefseltolerantie t.a.v. alcohol
2. een adaptatie van het celmetabolisme
3. onthoudingsverschijnselen en 'craving'
4. controleverlies.

In het gamma-alcoholisme vinden wij een duidelijk omschreven progressie van psychologische naar fysieke afhankelijkheid en er ontstaan uitgesproken gedragsveranderingen die JELLINEK beschreef als de 'fazen van het alcoholisme' (zie par. 3.1).

Het gamma-alcoholisme veroorzaakt zeer uitgebreide en ernstige schade ; als gevolg van het controleverlies ontstaan ernstige stoornissen in de intermenselijke relaties. De nadelige effecten op de gezondheidstoestand, zowel psychisch als fysiek, en de ongunstige weerslag op de financiële en sociale status, overvleugelen verreweg die van de andere vormen van alcoholisme (mijn terminologie: '(.'excessief drinken').

Naar de schijn, maar dit is geen vaststaand feit, vertegenwoordigt het gamma-alcoholisme de overheersende vorm van alcoholisme in de USA, in Canada, alsook in andere Angelsaksische landen (cf. het 'Angelsaksische' drinkpatroon). Het is deze vorm van alcoholisme die de AA. (Anonieme Alcoholisten) erkent als het alcoholisme, bij uitsluiting van alle andere vormen. Als criteria bij uitstek gebruiken zij het controleverlies en de 'craving'. JELLINEK wijst erop dat minstens 10-15% der AA'ers waarschijnlijk specimina zijn van het alfatype en hij baseert deze bewering op een steekproef van ongeveer 2.000 AA-leden, waarbij hij vaststelde dat 13 % der ondervraagde alcoholisten nooit controleverlies vertoond hadden. Deze AA-ers, alfa-alcoholisten hebben zich echter aan de AA-taal en de AA-zeden en gebruiken kunnen aanpassen en vallen daardoor als zodanig niet op.

#### **2.2.4 Het delta-alcoholisme**

Bij dit type vindt men de eerste drie karakteristieken van het gamma-alcoholisme terug ; als vierde kenmerk treft men echter niet het controleverlies aan, doch wel de onmogelijkheid zich te onthouden. Dit type alcoholist legt m.a.w. geen controleverlies aan den dag, doch het is hem onmogelijk zich van alcoholgebruik te onthouden zonder dat hij typische onthoudingsverschijnselen gaat vertonen. Deze drinker kan dus niet 'go on the waterwagon', in tegenstelling met het gammatype.

De prikkel tot het excessieve drinken van de delta-alcoholist spruit voort uit een algemeen verbreid sociaal aanvaarden van een hoog alcoholgebruik, terwijl een psychologische vulnerabiliteit gewoonlijk wel aanwezig is, maar in mindere mate dan bij de gamma-alcoholist (regel van Jellinek). Deze vorm van alcoholisme predomineert in Frankrijk en in andere wijnverbouwende landen. Bij de AA. zullen wij zeer zelden delta-alcoholisten aantreffen, doordat ze de gruwelijke sociale en psychologische belevenissen van de gamma-alcoholist niet aan den lijve ondervonden hebben en men bij hen slechts weinig terugvindt van de gedragsveranderingen van de gamma-alcoholist.

#### **2.2.5 Het epsilonalcoholisme**

Hieronder verstaat JELLINEK de 'dipsomanie' of het kwartaaldrinken; dit zijn alcoholische excessen, die op regelmatige tijdstippen terugkeren. Tussen de excessen in drinkt de kwartaaldrinker zeer weinig of helemaal niet.

De vraag die hier rijst, dacht ik, is echter of dipsomanie geen voorloper is van JELLINEKS gammatype; dikwijls toch zien we dat de 'drankvrije' periodes van lieverlede korter en korter worden, zodat op een bepaald ogenblik een drinkpatroon ontstaat, dat verdraaid veel weg heeft van het gamma-alcoholisme.

## 2.3 Commentaar

In par. 1.2 hebben we geleerd dat het alcoholisme geacht wordt een ziekte te zijn, van het ogenblik af dat men een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol constateert. Daarom houdt JELLINEK alleen zijn gamma- en deltatypes voor een ziekte, met uitsluiting van alle andere door hem beschreven types van alcoholisme. Alleen bij JELLINEKS gamma- en deltatypes immers is er: 1. een adaptatie van het celmetabolisme voorhanden ; 2. alsook verworven verhoogde weefseltolerantie ; 3. 'craving' en 4. controleverlies of de onmogelijkheid zich te onthouden.

Het alfa-alcoholisme schakelt JELLINEK als een ziekte uit, doordat het geen aanleiding geeft tot verslaafd drinken ; hij beschouwt het als een symptoom van een onderliggende ziekte. De alfa-alcoholist kan ten hoogste een gewenning t.a.v. alcohol ontwikkelen d.w.z. dat hij psychologisch afhankelijk kan zijn, maar hij wordt nooit farmacologisch verslaafd (behalve als hij in het gammatype metamorfoseert).

Ook het bèta-alcoholisme schrijft JELLINEK af als een ziekte 'per se', omdat er evenmin een afhankelijkheid t.a.v. alcohol ontstaat. Wat het epsilonalcoholisme betreft, meent JELLINEK dat de huidige stand van zaken het niet mogelijk maakt te weten of het al dan niet om een ziekte gaat.

Ik ben het gedeeltelijk met JELLINEKS zienswijze eens. Immers, als wij het geadapteerde celmetabolisme, de verworven verhoogde tolerantie, de 'craving' e.d. vooropstellen als uitingen van een verslavingsziekte, en we moeten het zo concipiëren, dan komen ontegenzeggelijk alleen die vormen in aanmerking waar wij de typische verslavingssymptomen aantreffen en zulks doen we alleen bij JELLINEKS gamma- en deltavormen. Het is dan ook zonneklaar dat de rechte Jozef niet gezocht dient te worden bij JELLINEKS alfa- bèta of epsilon type, noch bij het fiesta-drinken en dergelijke.

Wat de terminologie betreft moet ik me evenwel distantiëren van JELLINEKS visie. Het staat hem uiteraard vrij het alcoholisme te definiëren als 'dat drinken, dat schade berokkent aan het individu, aan de maatschappij of aan beide', maar om verwarring te voorkomen op dit toch al netelige terrein, moet het begrip 'alcoholisme' mijns inziens exclusief worden gereserveerd voor het 'verslaafde' drinkpatroon, met name voor JELLINEKS gamma- en deltatype. De andere door JELLINEK als alcoholisme aangeduide vormen zijn, volgens mij, slechts verschillende gedaantes van het excessieve drinken; voor deze vormen preferer ik dan ook de term 'excessief drinken'.

Door het drinkpatroon gradueel in te delen, kom ik dan tot de volgende classificatie :



1. Geheelonthouding
2. ‘Sociaal drinken’, d.i. het drinken dat valt binnen de grenzen van de door de maatschappij aanvaarde normen. Deze normen kunnen verschillen van maatschappij tot maatschappij.
3. Het excessieve drinken, d.i. het drinken dat buiten de grenzen van de door de maatschappij gestelde normen valt. Hieronder begrijp ik alle vormen van JELLINEKS classificatie, behalve het gamma en het deltatype. ( CAIN beschouwt alleen JELLINEKS gammatype als echt verslaafd drinken; het deltatype houdt hij eveneens voor excessief drinken).
4. Verslaafd drinken = alcoholisme. Hier onderscheid ik twee types :
  - a. JELLINEKS deltatype
  - b. JELLINEKS gamma-alcoholisme of kortweg ‘alcoholisme’.

Als ik mij in mijn verdere bespreking bedien van de termen ‘alcoholist’ of ‘alcoholisme’, bedoel ik daarmee JELLINEKS gammatype zonder meer. Als ik het over een andere vorm van excessief drinken of alcoholisme heb, zal deze gespecificeerd worden; zo zal bijvoorbeeld JELLINEKS term ‘delta-alcoholist’ als zodanig aangeduid worden.

Uit de bespreking van JELLINEKS types van alcoholisme constateren wij dat er drinkers bestaan die jarenlang en excessief alcoholhoudende dranken gebruiken kunnen, zonder er ooit farmacologisch aan verslaafd te worden, dat wil zeggen dat deze drinkers geen tekenen van ‘craving’, controleverlies, onthoudingsverschijnselen enzovoort aan den dag leggen. Zulke drinkers drinken excessief ten einde bepaalde symptomen, zoals psychische of fysieke pijnen, te lenigen. Voor JELLINEK dit type alfa-alcoholist doopte, noemde hij het ‘habitual symptomatic excessive drinker’. De alfa-alcoholist kan 30-40 jaar lang excessieve kwantiteiten alcoholica consumeren en ontwikkelt daarbij ten hoogste een gewenning t.a.v. alcohol; m.a.w. is hij wel psychologisch afhankelijk van alcohol, maar nooit verslaafd. Zoals JELLINEK echter uiteenzet kan het alfa-alcoholisme ook wel eens een voorafgaand stadium zijn van het gamma-alcoholisme; dat wil zeggen dat het alfa-alcoholisme bij sommigen kan uitgroeien tot de gammavorm, wat bij anderen nooit gebeuren zal. Het alfa-alcoholisme is het symptoom van een onderliggende ziekte. Hierbij moge ik opmerken dat ook JELLINEKS gammavorm het symptoom kan zijn van een onderliggende ziekte; het gamma-alcoholisme vertegenwoordigt echter tevens een ziekte per se (in tegenstelling met het alfatype), doordat het gepaard gaat met typische verslavingsymptomen. Het gamma-drinkpatroon uit zich, volgens JELLINEK, 3-10 jaar na het initiale drinken, hoewel dit door sommige auteurs betwist wordt (bijvoorbeeld ESSER). ESSER

beweert dat gamma-alcoholisten van in het begin af anders drinken. Als wij bij JELLINEKS alfa-alcoholist de aan het excessieve drinken ten grondslag liggende factoren cureren (psychische of/en fysieke oorzaken), kan het gebeuren dat hij het ‘ongedisciplineerde’ drinkpatroon in de steek laat, en een ‘sociale’ drinker wordt. De gamma-alcoholist daarentegen zal nooit sociaal kunnen drinken, zelfs al genezen wij de fysieke of psychologische factoren, die tot het drinken aangezet hebben. (Sommige auteurs, e.g. CAIN, verdedigen een andere thesis; ze beweren dat gamma-alcoholisten wel eens kunnen genezen en ‘sociaal’ leren drinken. De ervaring leert echter dat de huidige therapie beter doet nog geen rekening te houden met deze thesis. Om het met een slogan uit te drukken : ‘Eens een alcoholist, steeds een alcoholist’).

Hij zal steeds hetzelfde drinkpatroon vertonen, doordat niet alleen de psychologische momenten een rol spelen in de gammavorm ; we mogen inderdaad niet uit het oog verliezen dat hier tevens een verslavingsfactor voorhanden is.

Waarom er excessieve drinkers zijn, die jarenlang drinken zonder ook maar een verslavingsteken te vertonen, weet men niet. JELLINEK poneerde een ‘factor X’ ; deze zou verantwoordelijk zijn voor het al dan niet ontstaan van een verslaving t.a.v. alcohol. Deze factor kan zijn : psychologisch, fysiek of een combinatie van beide. De etiologie van het excessieve drinken en van het alcoholisme is nog te duister om hierover meer dan gissingen te maken.

Volgens JELLINEK ontwikkelen sommige drinkers van het alfatype later de gammavorm ; het is mij onbekend bij welk percentage een dergelijke omschakeling tot stand komt. Ik moge echter opmerken dat, volgens mij, vrijwel elke gamma-alcoholist eerst een alfa-alcoholist is geweest, gedurende een zekere tijd. Als men inderdaad JELLINEKS fazen bestudeert, waarin uitsluitend de symptomen van het gamma-alcoholisme opgesomd worden, bemerkt men dat ook deze drinker verlichting zoekt. Dit vindt plaats in de prealcoholische fase (zie aldaar) , en in deze fase drinkt de gamma-alcoholist weliswaar excessief, maar hij is nog niet verslaafd, dit gebeurt in feite op het einde van die fase (tolerantieverhoging). Toegegeven! Sommige gamma-alcoholisten leggen van meet af aan verslavingsverschijnselen aan den dag, e.g. controleverlies; maar er is geen regel zonder uitzondering.

Uit het in dit hoofdstuk gerefereerde materiaal, mogen we twee belangrijke conclusies trekken, waarop volgens mij niet genoeg gehamerd kan worden, te weten :

1. Alle alcoholisten zijn excessieve drinkers.
2. Niet alle excessieve drinkers zijn alcoholisten.

Met andere woorden: het snijdt geen hout iemand tot alcoholist te stempelen aan de

hand van zijn excessief drinken alleen.

Mag ik, tot slot van dit hoofdstuk, u eraan herinneren dat ik met de term 'alcoholist' of 'alcoholisme' JELLINEKS gammatype zonder meer bedoel.

### ***3 SYMPTOMATOLOGIE VAN HET ALCOHOLISME EN VAN JELLINEKS DELTATYPE***

In par. 3.1 zullen we uitsluitend de symptomen van het (gamma)alcoholisme bespreken, terwijl par. 3.2 voorbehouden blijft voor de symptomatologie en de verwickelingen, die we zowel bij JELLINEKS gamma- als deltatype kunnen aantreffen. En, hoewel het hier mijns inziens niet gaat om een alcoholistisch drinkpatroon, mogen we toch niet uit het oog verliezen dat ook sommige vormen van excessief drinken gepaard kunnen gaan met organische repercussies; ze worden eveneens besproken in par. 3.2.

#### **3.1 De symptomatologie van het alcoholisme, d.i. de 'fazen van JELLINEK'.**

Vooraf wil ik de lezer nogmaals erop attenderen dat ik hier de symptomen bij de (gamma) alcoholist behandel.

Met behulp van een vragenlijst, die hij liet circuleren onder 2.000 AA-ers, stelde JELLINEK in 1946 vast dat er een bepaald patroon terug te vinden was in de drinkcarrière van de ondervraagden, die - moet het gezegd worden ? - allen notoire alcoholisten waren.

We moeten het tot zijn grote merite aanrekenen dat JELLINEK de relevantie van deze ontdekking begrepen heeft.

Voor een beter begrip van wat volgt, wil ik nog op bepaalde punten wijzen :

1. wij behoeven niet elk opgegeven symptoom bij iedere alcoholist aan te treffen.
2. wij behoeven de symptomen niet tegen te komen in dezelfde volgorde als hier opgesomd wordt. De fazen en de volgorde der symptomen zijn echter wel karakteristiek voor de meerderheid der verslaafden.
3. bij de vrouwelijke alcoholist zijn de fazen niet zo scherp omschreven als bij haar mannelijke collega : de evolutie der fazen lijkt hier ook sneller te verlopen.
4. de fazen verschillen in duur van persoon tot persoon ; zulks is afhankelijk van individuele karaktertrekken en van milieufactoren. De fazen gaan ook niet scherp in elkaar over; dit overgaan is een vrij geleidelijk proces. Dat wil zeggen dat men niet altijd nauwkeurig kan beoordelen in welke fase een bepaalde persoon moet worden ondergebracht.
5. zoals wij reeds opmerkten, consumeert ook de (gamma)alcoholist alcoholica

om individuele spanningen te verlichten, net zoals de alfa-alcoholist zulks doet. De bedoeling van zijn drinken kan dus zijn een emotionele ontspanning te bereiken, ik zou durven zeggen een 'relaxtoestand' te scheppen. Hier merken wij op dat de hoeveelheid spanning die een persoon verdragen kan o.m. afhankelijk is van een individuele geaardheid: sommige mensen kunnen beter dan anderen het hoofd bieden aan spanningen. Zulks leidt ons tot het begrip 'spanningstolerantie'. Mogen wij er terloops op wijzen dat vele spanningen bij de alcoholist eerder het gevolg zijn dan de oorzaak van zijn drinken.

JELLINEK onderscheidt in het drinkpatroon van de gamma-alcoholist 4 fasen, die hij gedoopt heeft:

1. de prealcoholische fase (of het initiale drinken (noot van schrijver))
2. de prodromale fase
3. de kritische fase (synoniemen : acute fase, kritieke fase)
4. de chronische fase.

### **3.1.1 de prealcoholische fase**

Elke drinker, ook de latere verslaafde, begint zijn drinkcarrière volgens sociale normen, d.i. volgens de ongeschreven regels die de gemeenschap, waarin hij leeft, aanvaardt omtrent het waar, het wanneer en het hoe(veel) alcohol gedronken mag worden. Zijn drinken kan m.a.w. 'sociaal' gemotiveerd worden. Ik citeer ESSER:...'Vader dronk ook altijd een paar borrels voor het avondeten... het is gebruikelijk dat zakenmensen in een café onderhandelen... de makelaar die bemiddeld heeft bij een koop, drinkt een borrel of krijgt er een aangeboden... is iemand geslaagd in het leven, dan moet hierop gedronken worden... gewoonte en gebruik zijn hier vrijwel bepalend voor het drinken, de individuele behoeften komen in dit drinken niet of nauwelijks tot uitdrukking...'

In tegenstelling met de gemiddelde gezelschapsdrinker echter, ondervindt de alcoholist in de dop spoedig dat het drinken hem iets doet; hij voelt zich fitter, beter, 'il voit la vie en rose' : de verlichting (euforie), die hij waarneemt, leert hem een andere wereld kennen. De sociale drinker drinkt omdat de omgang zulks vereist ; hij drinkt omdat de anderen het doen, om mee te doen. Misschien vindt hij het boeket van wijn lekker of drinkt hij uit solidariteit, maar het glijdt langs zijn koude kleren af of hij nu bier, thee of koffie drinkt. Kan hij meedoen, hij hoeft niet mee te doen. Alcohol speelt geen rol in zijn leven. Dit impliceert niet dat hij nooit eens te diep in het glas zal kijken.

Het staat niet vast of het gevoel van ontspannen zijn bij de toekomstige verslaafde sterker is doordat zijn spanningen groter zijn dan die van zijn

medemensen dan wel doordat hij minder goed het hoofd eraan kan bieden. In den beginne wijt de toekomstige alcoholist het ontspannen gevoel eerder aan de omstandigheden, die met het drinken gepaard gaan en niet zozeer aan het drinken zelf; met andere woorden schrijft hij zijn euforie toe aan de sfeer van een bepaald café of aan het gezelschap. Daarom zoekt hij de gelegenheden op waarbij het gemakkelijk tot occasioneel drinken komt. Later evenwel wordt hij zich ervan bewust dat er een verband bestaat tussen het drinken en het gevoel van ontspannen zijn.

Aanvankelijk zoekt hij deze verlichting slechts nu en dan, maar na 6 maanden tot 2 jaar drinken, vermindert zijn resistentie t.a.v. psychische spanningen zozeer dat een dagelijkse consumptie zijn toevlucht wordt; met andere woorden zijn spanningstolerantie is verminderd en daardoor drinkt hij meer. Toch is hij nooit opvallend geïntoxiceerd, hoewel zijn drinken tamelijk zwaar mag heten vergeleken met dat van zijn medeburgers. Zijn drinkpatroon valt echter nog met uit de toon, noch in de ogen van zijn omgeving noch in zijn eigen ogen.

Na een zekere tijd verhoogt ook zijn tolerantie t.a.v. alcohol: de' drinker bemerkt meer alcohol nodig te hebben om het gewenste effect, i.e. de euforie, te bereiken. .

Als wij bij een ogenschijnlijk normale drinker een verminderde spanningstolerantie en een verhoogde tolerantie t.a.v. alcohol zien optreden, dienen wij op te passen: deze twee tekenen vertegenwoordigen een zeer vroeg, vuurrood alarmsignaal. Als wij voor deze symptomen op onze hoede zijn, kunnen wij het alcoholisme zeer vroeg diagnosticeren.

In de prealcoholische fase bemerken wij hoe het 'sociale' drinken van lieverlede overgaat in geregeld drankmisbruik ter 'ontspanning' .

### **3.1.2 de prodromale fase**

Het onverwachtse begin van de zogenaamde 'black-outs' (Black out betekent feitelijk 'verduistering' (onzalige oorlogsherinnering) luidt de tweede fase in. Het gebeurt soms dat de drinker niet meer dan 3-4 pilsjes consumeerde en dat hij geen teken van aperte intoxicatie vertoonde ; op dat ogenblik voert hij intelligente conversaties of kan hij ingewikkelde berekeningen maken, zonder dat hij zich 's anderendaags daarvan ook maar een jota herinnert, behalve misschien enige onbetekenende details. Deze amnesie (geheugenverlies) gaat niet gepaard met bewustzijnsverlies. Een dergelijke amnesie noemt men 'black-out'.

Een black-out is een zeer vervelend symptoom. Kan de niet-alcoholist zich

feitelijk wel voorstellen wat het is wakker te worden zonder zich te kunnen herinneren wat er precies gebeurd is of wat men verteld en gedaan heeft ? Kortom de duizend doden die de alcoholist sterft, als hij zich afvraagt of hij niemand vermoord heeft tijdens zijn dulle autoritten ?

Black-outs kunnen wel eens een enkele keer voorkomen bij de ‘sociale’ niet-verslaafde drinker, als die zich in een toestand van fysieke of emotionele uitputting bevindt en op dat ogenblik intoxicerende hoeveelheden alcoholica drinkt. Met andere woorden: ook de niet-verslaafde drinker kan black-outs vertonen, doch zulks gebeurt onstandvastig en enkel na een vrij overmatig alcoholgebruik. ESSER beweert: Het veelvuldig voorkomen van black-outs na een middelmatig alcoholgebruik is typisch voor de toekomstig verslaafde alcoholist...’

Men treft bij de toekomstige verslaafde ook andere gedragsveranderingen aan, die erop wijzen dat alcoholica voor de drinker geen dranken zijn, maar bedwelmingsmiddelen, waar hij niet meer buiten kan; hij heeft ze nodig. Sommige van deze gedragingen laten duidelijk zien dat de drinker er een vaag begrip van heeft dat hij niet meer drinkt zoals Jan, Piet en Klaas.

Enige typische gedragingen in deze fase zijn, volgens JELLINEK :

1. Het heimelijk drinken. Op sociale bijeenkomsten, feestjes, party’s e.d. drinkt de alcoholist in de dop meer dan de anderen, maar hij poogt dit te camoufleren omdat hij angst heeft verkeerd beoordeeld te worden als de anderen zijn gedragingen zouden bemerken. Zij zouden hem misschien als een dronkaard kunnen beschouwen, wat hij zeker weet niet te zijn. De anderen beseffen immers niet dat hij alcohol nodig heeft om zich prettig en vrolijk te voelen en om zich ‘losser’ te kunnen bewegen. Vaak drinkt hij enige glazen voor hij naar een samenzijn gaat. Ten eerste drinkt hij zich moed in en ten tweede: stel je eens voor dat er op het feestje niet genoeg zou zijn en dat hij daardoor tekort zou komen... je weet nooit! Hij zorgt ervoor aan zijn ‘trek’ te komen. Zelfs kan men in dit stadium reeds het aanleggen van een alcoholvoorraadje vaststellen (Een appeltje voor de dorst “), een verschijnsel dat zich meestal pas veel later, aan het einde der ‘kritieke fase’, voordoet.
2. Het ‘schielijk’ drinken. De alcoholica worden met een zekere gretigheid gedronken en vooral de eerste glazen worden als het ware naar binnen ‘gegooid’. Dit ‘schielijk’ drinken - het woord is van ESSER - moet op rekening gezet worden van de snelle verlichting die de drinker wenst te verkrijgen. Paradoxaal genoeg tonen vele drinkers een afkeer van de eerste

glazen, de Vlamingen noemen dat: 'zijn bier knabbelen' (ongeveer zoiets als 'met lange tanden eten'). Misschien worden de eerste glazen dan ook naar binnen gegooid, gedeeltelijk althans, om de zure appel, i.e. de slechte smaak van het bier, zo snel mogelijk door te bijten.

3. Het vervuld-zijn van de gedachte aan alcohol. De drinker begint aan alcohol te denken voor het werk, tijdens het werk en na het werk. In zijn gedachtengang is vrijwel geen plaats meer over voor andere ideeën. Als er sprake is van een 'uitje' - en daarvoor is hij steeds te vinden - denkt hij onmiddellijk aan de mogelijkheid te kunnen drinken. Zijn belangstelling centreert zich meer en meer rond de alcohol. Hij begint psychologisch af te hangen van de alcohol.
4. Schuldgevoelens. Hij krijgt spijt van zijn drinken ; zijn omgeving verwijt hem dat hij te veel drinkt en dat dit niet meer door de beugel kan. Door deze verwijten ontstaat bij de alcoholist het vage gevoel dat zijn drinken excessief is en daardoor worden deze schuldgevoelens in het leven geroepen. Ze worden echter niet naar buiten gericht en aan anderen medegedeeld, zoals in de chronische fase gebeurt, maar integendeel verzwegen en gedeeltelijk onderdrukt. ESSER meent dat het eerder om krokodillentranen gaat ; hij zou in deze fase weinig 'volmaakt berouw' vastgesteld hebben bij de drinker. Hoe het ook zij, dit voert ons tot:
5. Het vermijden van gesprekken over alcohol. Men zegt wel eens: 'Waar het hart van vol is, loopt de mond van over', maar daarvan is hier geen sprake. Zelfs toespelingen op alcoholgebruik worden angstvallig uit de weg gegaan.
6. Het toenemen der black-outs. Door de band spreekt de alcoholist in de dop niet over dit geheugenverlies ; hij tracht immers juist ieder gesprek over alcohol te vermijden en daarom houdt hij de black-outs voor iedereen verborgen, ook voor zijn gezin. Voor zover er iets van uitlekt, wordt dit in de schoenen geschoven van 'hard werken' of toegeschreven aan een ook voor hem onbekende oorzaak.

De prodromale fase kan 6 maanden tot 4-5 jaar duren, dit hangt af van de fysieke en psychologische make-up van de drinker: zijn gezinsconstellatie, beroepstrots, belangstellingssfeer enzovoort. In deze fase is het alcoholgebruik tamelijk hoog, maar het is toch niet zo excessief dat er onmiskenbare intoxicaties op volgen. ESSER vestigt de aandacht erop dat: De drinker een toestand van emotionele anesthesie bereikt rond de avond; het kan hem allemaal niet schelen, hij gelooft het wel... toch drinkt hij meer dan goed voor hem is ; het drinken bereikt een peil waar er reeds fysieke en psychologische verwickelingen merkbaar worden: de slaap wordt slecht, hij eet minder goed en hij krijgt de neiging zijn werk uit te stellen...'

Reeds nu mag geattendeerd worden op het feit dat in de tweede fase het zich bewust worden van ‘anders’ te drinken dan zijn omgeving (het ‘heimelijk’ drinken, het ‘schielijk’ drinken e.d.) leidt tot een begin van vervreemding van de maatschappij, vervreemding die in de volgende fasen pregnanter nog tot uiting komt. Met andere woorden: de wijze van drinken, die de alcoholist in deze fase aan den dag legt, is het eerste teken ervan dat hij zich van de gemeenschap aan het vervreemden is, hoewel het drinken hem misschien aanvankelijk behulpzaam was om over een gebrek aan sociale aanpassing heen te komen. (Noemde JELLINEK alcohol niet ‘a social lubricant’ ?)

Het resultaat van het alcoholgebruik is dus tegengesteld geworden aan het doel, waartoe het werd aangewend.

De gedragingen, die wij hiervoor hebben opgesomd, tezamen met de toenemende black-outs, vertegenwoordigen de voorbode van de alcoholverslaving: het zijn alarmtekens van de eerste rang. In de prodromale fase bestaat er nog geen sterke behoefte om het drinken te rationaliseren, de drinker beschikt nog over enig inzicht in zijn abnormale toestand en daarom kunnen wij de alcoholist in deze fase nog zeer goed helpen door hem psychotherapeutisch te benaderen.

Wij kunnen niet genoeg de nadruk leggen op de relevantie van voornoemde symptomen ; wie ervan op de hoogte is, miskent hun grote betekenis niet. Minstens iedere geneesheer zou ze moeten kunnen herkennen; dit zou de kandidaat-alcoholist veel later leed besparen. Maar nog te veel informeert de arts, als hij bij het opnemen van een anamnese naar het alcoholgebruik vraagt, naar de kwantiteit der geconsumeerde alcoholica. Is deze aan de hoge kant, dan wordt, in dit stadium, nogal eens de raad gegeven het wat kalmer aan te doen, Het gaat echter niet in de eerste plaats om de hoeveelheid alcohol, doch veel meer om het drinkpatroon en wat ermee samenhangt. Om het met een AA-slogan uit te drukken: ‘Het gaat er niet om hoeveel men drinkt, maar hoe men drinkt’. Een nauwkeurig navragen van het drinkpatroon, het nadrukkelijke informeren naar het heimelijk en schielijk drinken, de alcoholpreoccupatie, het koesteren van schuldgevoelens en vooral het voorkomen van herhaalde black-outs kan de medicus op het spoor brengen van een incipiërende alcoholverslaving.

### **3.1.3 de kritieke fase.**

Het allerbelangrijkste en pathognomische ( gezegd van verschijnselen die kenmerkend zijn voor een bepaalde ziekte-toestand, zowel in positieve zin bij aanwezigheid als in negatieve zin bij het ontbreken ervan.) symptoom van de



ware verslaving is :

7. Het controleverlies. Voor het optreden van dit verschijnsel was de drinker slechts een toekomstige alcoholist, maar dit symptoom stempelt hem tot een volwaardig verslaafde, d.w.z. tot een allround alcoholist. Dit hinderlijke fenomeen vertegenwoordigt m.i. het kernsymptoom van het alcoholisme ; inderdaad, een excessieve drinker, die beweert dat hij het bijvoorbeeld gedurende zes maanden bij 3 borrels per dag zal houden - en zulks werkelijk doet is geen alcoholist. Een ware verslaafde kan dat geen maand volhouden, laat staan zes. Wel kan de verslaafde zich enige tijd onthouden ('to go on the waterwagon'), maar als hij ook maar een glas alcohol drinkt, recidiveert hij meestal weer.

In verband met het controleverlies, attendeert ROTTER op enkele relevante punten :

1. Het controleverlies doet zich slechts voor vanaf het ogenblik dat een bepaalde, individueel verschillende kwantiteit alcohol geconsumeerd wordt ('drempelwaarde' ; cf. par. I.1.4).
2. Heeft er zich eenmaal controleverlies voorgedaan, dan blijft dit levenslang bestaan, eventueel in latente vorm (e.g. bij 'droge', 'gestabiliseerde' alcoholisten). Een ingesluimerd controleverlies steekt, ook na jarenlange geheelonthouding, weer de kop op als het bij een bepaald individu voorkwam.
3. Het controleverlies komt niet alleen op rekening van fysieke, maar ook van psychologische factoren.
4. Het controleverlies wordt door de drinker niet of slechts in geringe mate bewust 'aangevoeld', hoewel het uiteraard zijn stempel drukt op de persoonlijkheid, het drinkpatroon en de intermenselijke relaties van de drinker.

Men kan zich afvragen waarom de alcoholist, na een tijdje nuchter te zijn geweest, opnieuw wil beginnen te drinken, ondanks zijn telkens weer noodlottige ervaringen. Immers, zoals wij besproken hebben in par. I.1.3 is het controleverlies niet de aanleiding tot het drinken. De alcoholist voelt weliswaar het controleverlies niet of slechts in geringe mate aan, maar hij beseft wel dat het tussen hem en de alcohol niet boteren wil. Hij voelt als het ware onbewust dat er aan hem iets schort, maar waar precies de moeilijkheid zit, weet hij niet. Meestal denkt hij, maar dit geeft hij niet toe, dat zijn wil op een bepaald ogenblik te zwak was en hij gaat nu pogingen ondernemen om deze weer 'sterk' te maken. Hij zal wilskracht 'trainen' en om deze op de proef te stellen, zal hij zichzelf, na verloop van tijd, bewijzen dat hij wel 'sociaal' kan drinken, meestal met het funeste gevolg van een nieuwe intoxicatie.

Ook het gevoel niet anders te willen zijn dan de anderen speelt een niet te onderschatten rol ; waarom zou hij niet kunnen drinken zoals Jan, Piet en Klaas ?

De alcoholist ziet echter de ware reden over het hoofd. Het gaat hier helemaal niet om een 'wilszwakte', maar om een verslaving, m.a.w. hij is het slachtoffer geworden van een ziekteproces, waarbij het hem onmogelijk is enige controle over zijn alcoholgebruik uit te oefenen. Zoals ESSER formuleert: ... Hij kan niet inzien verslaafd te zijn, hij meent nu wel geleerd te hebben hoe gecontroleerd te drinken. Als hij zich weer gespannen voelt, is 'een glaasje' de natuurlijke remedie voor hem. En steeds maar weer is hij ervan overtuigd dat het dit keer bij een of twee borreltjes zal blijven..'

Zodra de drinker zijn drinken niet meer onder controle heeft, begint hij een ander storend verschijnsel te vertonen, met name:

8. De rationalisaties. Dit zijn verklaringen, die de alcoholist voor zijn gedrag geeft, en die op alles wijzen, behalve op een verslaving aan alcohol. In feite pooft de alcoholist iedereen, zichzelf inclusief, een rad voor de ogen te draaien. Door deze rationalisaties geeft de alcoholist impliciet een alcoholmisbruik toe, doch alle symptomen die zouden kunnen wijzen op een alcoholverslaving tracht hij te ontkennen door een bepaalde oorzaak van zijn alcoholmisbruik op te geven. Op grond van zijn rationalisaties heeft de alcoholist nu een reden om te gaan drinken. Ik citeer ESSER : '... Dat hij zo onmatig drinkt, komt niet door het controleverlies (denkt de alcoholist! ( noot van de schrijver) : natuurlijk kan hij maat houden, maar wie het zo moeilijk heeft als hij, zal meer drinken dan goed voor hem is...' SPEYER zegt: '... De drinker acht zich geenszins aan de alcohol verslaafd ; bestonden de oorzaken die hem tot drinken brengen niet, dan zou hij immers geen druppel tot zich nemen, maar de houding van zijn vrouw... enzovoort. ...' Er zijn duizend en een redenen om te drinken : men kan drinken als de geliefde voetbalploeg een denderende overwinning bijeengeschopt heeft, maar ook als hetzelfde elftal integendeel een smadelijke nederlaag geleden heeft ; men kan drinken als men cum laude geslaagd is voor het eindexamen, maar ook als men gesjeesd is. Dit rationaliseren heeft de alcoholist in de eerste plaats nodig voor zichzelf en daarnaast ook voor de gezinsleden en de kennissen. Zoals ESSER zegt: Hij moet door kunnen gaan met drinken. Hij heeft er een reden voor. En het is voor hem van het grootste belang met drinken door te kunnen gaan. Hij heeft geen andere mogelijkheid zijn problemen het hoofd te bieden...' Hier ligt de wortel van een volledig 'rationalisatiesysteem'. dat de drinker van lieverlede begint toe te passen op elk aspect van zijn dagelijks leven. Zo bijvoorbeeld in:

9. Het opvangen van de sociale druk. Doordat zijn gedragingen opvallend worden, beginnen zijn ouders, vrouw en vrienden de drinker te waarschuwen ; ze wijzen hem erop dat hij op het verkeerde pad terechtgekomen is en dat hij zal moeten veranderen. Door alles goed te praten tracht de alcoholist aan de sociale druk te ontkomen. Hoewel hij tracht alles goed te praten is er een in het oog vallend verlies van zijn gevoel van eigenwaarde; dit verlies vraagt eveneens compensaties, die in de grond weer rationalisaties zijn. Een van deze compensaties is :
10. Hel groot-doen. Buitensporige uitgaven en grootsprekerei overtuigen de drinker ervan dat het met hem wel botert en dat hij het helemaal niet zo slecht doet als hijzelf en de anderen wel dachten. Hij is toch een joviale knul, de door iedereen graag geziene gast, behalve dan thuis waar hij met de nek bekeken wordt, maar dat zal hij niet langer nemen, wat dacht je wel ? Uit zijn rationalisatiesysteem ontstaat dan ook een isolatiesysteem; de rationalisaties doen de gedachte ontkiemen dat de fout niet bij hem, maar bij de anderen ligt. Hieruit vloeit voort dat hij zich steeds meer uit zijn sociaal milieu retireert. Het eerste teken van dit isolatiesysteem is :
11. Een agressief gedrag. Zoals het nu met zijn reilen en zeilen gesteld is, komt het onvermijdelijk tot schuldgevoelens, waardoor teweeggebracht wordt :
12. Een voortdurend berouw. Deze spanningstoestand is een hernieuwde bron om verder te drinken. Om enerzijds aan de sociale druk te ontkomen en anderzijds zijn wilskracht te bewijzen, komt het tot :
13. Periodes van geheelonthouding. Hierdoor poogt hij zichzelf en zijn omgeving zand in de ogen te strooien. Aangezien hij kan ophouden met drinken, meent hij inderdaad niet verslaafd te zijn en hoeft er dus, volgens hem, geen behandeling plaats te vinden. Is hij er immers niet in geslaagd zichzelf te genezen ? Doch steeds volgt de terugval. Uit het rationalisatiesysteem spruit nog een andere wijze voort om zijn drinken onder controle te brengen ; de alcoholist gelooft dat zijn moeilijkheden wortelen in het feit dat hij niet de juiste dranken drinkt of dat hij ze niet op de juiste manier drinkt. Daarom :
14. Verandert de alcoholist zijn drinkgewoonten. Hij zal bijvoorbeeld alleen maar 's zaterdags en 's zondags meer drinken, ofwel pas na 5 uur ofwel geen zwaar bier meer, maar alleen licht. Hij probeert zich aan allerlei regels te binden - zonder deze te kunnen naleven - omdat hij wil bewijzen geen alcoholist te zijn. Een alcoholist drinkt, volgens hem, al voor het ontbijt, maar hijzelf kent dagen dat er geen druppel over zijn lippen komt. Ergo is hij geen alcoholist, althans in zijn eigen ogen. De herhaalde nederlagen in de strijd

zich te houden aan zijn voorgenomen drinkgewoontes en de psychische energie die hem dit kost, verscherpen zijn agressiviteit t.a.v. de buitenwereld. Hij begint:

15. Vrienden te verliezen.
16. Zijn werk te verliezen, doordat hij zijn baan opzegt. Misschien laten sommige mensen hem inderdaad in de steek, maar doorgaans ligt de fout bij hemzelf; hij laat zijn vrienden schieten en dezelfde vijandigheid doet hem ook zijn betrekking opzeggen.  
Hij vraagt zich niet meer af of het drinken zijn werk schaadt, maar hij komt tot de slotsom dat zijn job hem hindert te drinken zoals het hem convenieert. Hij vraagt zich af: 'Waarom leef ik eigenlijk ? Bestaat het leven alleen uit ezelen ? We leven maar eenmaal en 'après nous le déluge !' Met andere woorden :
17. Zijn leven wordt meer en meer rondom de alcohol gecentreerd. Dit brengt een duidelijk egocentrisme met zich, waaruit ontstaat :
18. Een verlies aan belangstelling voor de hobby's en voor het gebeuren in de buitenwereld. 'Wat kan het hem allemaal schelen, laat de hele boel maar waaien !' Ook KAHN beschrijft dit fenomeen en vindt bij alcoholisten: stereotypie ( het blijven herhalen van zinloze woorden, bewegingen of handelingen, typisch voor schizofrenie en idiotie; bij normale mensen 'ijsberen' e.d.), vermindering van de activiteit en van de zelfkritiek, het vastkleven aan details enzovoort. Hiermee gaat ook gepaard :
19. Een ongunstige verschuiving in de waardering van andere mensen. De alcoholist vindt zichzelf een stakker, die het altijd ergens slecht getroffen heeft; hij is een ware pechvogel, die altijd in het hoekje gezeten heeft waar de slagen vielen. Op deze wijze wordt zijn leven :
20. Een onophoudelijk zelfbeklag. De isolatie en de rationalisaties zijn op dit ogenblik nog toegenomen. Ten gevolge van het zelfbeklag wordt in het leven geroepen :
21. Een geografisch 'escapisme'. De alcoholist heeft het verlangen om alles aan het lot over te laten en de plaat te poetsen. Het blijft niet altijd bij een verlangen; weglopen van huis en wegblijven zijn aan de orde van de dag. Vaak verhuist de alcoholist omdat hij meent in een nieuwe omgeving, waar niemand hem kent, minder te zullen drinken ; moet het gezegd worden dat dit alles geen lor aan zijn drinkpatroon verandert ?
22. Het contact met mensen, die ver beneden het sociale niveau van de drinker liggen, wordt gezocht.
23. De gezinsconstellatie verandert doordat de huisgenoten onder de druk der

herhaalde dronkenschappen willen uitkomen. Zijn gezinsleden trekken zich van hem terug of zoeken bezigheden buitenshuis. Enkele woorden kunnen hier op hun plaats zijn over wat er zich in feite in het gezinsleven van de alcoholist kan afspelen. Ik haal SPEYER aan: Behalve dat de patiënt zich isoleert, kan ook het gezin zich isoleren van de maatschappij. Vrees voor praatjes, zorg voor de sociale status, leiden tot een zich terugtrekken van het gezin uit zijn sociale contacten. Dit kan aanleiding zijn voor verdere rationalisaties van de patiënt. Zo kan het voorkomen dat juist de patiënt de eerste is, die de arts opzoekt om hem raad te vragen voor zijn huwelijksconflicten, die hem, naar zijn zeggen, de deur uitjagen. De houding van zijn vrouw en kinderen jegens hem, zijn ongezellig tehuis (er komt niemand meer, mijn vrouw weert iedereen af) zouden de aanleiding vormen voor zijn alcoholmisbruik. Niet zelden staat de omgeving van de patiënt (werk en vrijetijds milieu) in zo'n geval aan zijn zijde, juist omdat men de alcoholverslaving niet als ziekte beschouwt, en oorzaak en gevolg verwisselt. In werkelijkheid zijn de verhoudingen vaak zeer gecompliceerd. Het gezin heeft immers o.a. de functie de persoonlijke behoefte van genegenheid en liefde van de partners te bevredigen, en daar de persoonlijkheidsstructuur van de alcoholist reeds een verwerkelijking van deze relaties tegenhoudt en een labiel evenwicht teweegbrengt, wordt door de afhankelijkheid van de alcohol dit evenwicht spoedig verbroken. Het alcoholisme verhoogt de zelfzucht, de zorgeloosheid en de agressie van de drankzuchtige. De huwelijks spanningen nemen toe. Door meer te drinken wordt gepoogd deze spanningen weer te verminderen. De veeleisende huwelijks situatie laat dikwijls naast het drinken vrijwel geen gelegenheid over aan de drinker om deze spanningen elders te uiten. Hierdoor is het mogelijk dat het werk- en vrijetijds milieu vrij lange tijd geheel onbekend blijven met het zich ontwikkelend alcoholisme, en pas veel later op de hoogte komen van de hevige conflictsituatie in het huwelijk.

Juist als de alcoholist zijn toestand toeschrijft aan het gedrag van zijn vrouw en kinderen, die tegen hem samenspannen, kan hij in zijn werkmilieu nog geruime tijd een grote vriendelijkheid aan den dag leggen, waardoor men zelfs medelijden met hem heeft en hem gelijk geeft.

Dit alles kan in het ziektepatroon van de alcoholverslaving een grote betekenis hebben, en aan de rationalisaties een zekere grond van waarheid geven, waardoor men de werkelijke ziekte, alcoholverslaving, niet ziet. Ook voor de therapie is het begrijpen van al deze intermenselijke relaties van groot belang...'

Hoe het ook zij, deze veranderde gezinsconstellatie :

24. Versterkt de wrokgevoelens van de drinker. Hij voelt zich verstoten.
25. De drankvoorraad wordt nu veilig gesteld. Zoals we gezien hebben wordt dit symptoom soms al vroeger aangetroffen. De drinker begint zijn voorraad te beschermen, dat wil zeggen een grote hoeveelheid alcoholica op te slaan en deze te verbergen op de onwaarschijnlijkste plaatsen. In dit gedrag is de angst van de alcoholist weerspiegeld dat hij niet meer aan zijn trek zou komen : hij kan immers niet meer bestaan zonder alcohol; deze is voor hem de *conditio sine qua non* geworden om verder te leven.
26. Verwaarlozing van de noodzakelijke afwisseling in het voedsel en kwalitatieve ondervoeding verergert de uitwerking van alcohol op het organisme; de alcoholist vertoont vaak lever-, hart- of maaglijden. Hiervoor wordt hij soms in een ziekenhuis opgenomen en, zo de geneesheren zijn alcoholisme kunnen diagnosticeren, kan hij voor deze onderliggende ziekte geholpen worden.
27. Vermindering der seksuele behoeften. Deze leidt vaak tot echtelijke ontrouwwaan. ESSER wijst erop dat: De echtelijke ontrouwwaan een situatieachterdocht is, die bij nadere analyse, echter niet steeds een waan blijkt te zijn. Het is begrijpelijk dat een vrouw die steeds een dronken man thuis krijgt, wel eens behoefte heeft haar hart uit te storten bij een andere man. Is deze aardig en begrijpend dan zal niet zelden in deze nieuwe relatie door de vrouw een compensatie worden gezocht voor hetgeen haar in haar huwelijk wordt onthouden...'
28. Soms treffen we alcoholparanoia aan. Dit is een pathologische echtelijke ontrouwwaan. ESSER noemt het een van ouds bekend ziektebeeld. In dit stadium wordt de alcoholist verteerd door gewetenswroeging en wrevel ; er is in zijn binnenste een strijd aan de gang tussen zijn behoefte aan alcohol ('craving') enerzijds en zijn plichten anderzijds. Hij heeft zijn gevoel van eigenwaarde verloren en hij wordt innerlijk verscheurd door twijfels en valse geruststellingen. Kortom: de verslaafde is dermate gedesintegreerd dat hij de dag niet meer durft te beginnen zonder zich vooraf moed te hebben ingedronken.( Volgens JELLINEK zouden, buiten deze psychologische factoren, ook de lichtere onthoudingsverschijnselen een rol spelen: de drinker is als het ware 'fysiek' verplicht reeds van 's morgens af alcoholica te consumeren. Het komt derhalve tot:
29. Regelmatig ochtenddrinken. Het ochtenddrinken vond vroeger een enkele keer plaats, maar nu is het schering en inslag. De alcoholist drinkt nu onmiddellijk na het opstaan en zelfs ervoor ; ja, soms neemt hij de kruik mee naar bed om zich eventueel 's nachts een 'slokje' te kunnen veroorloven. Met

andere woorden verkeert de alcoholist in dit stadium nagenoeg bestendig onder de invloed van alcoholica. In de kritische fase is de intoxicatie regel, maar meestal wordt deze pas 's avonds bereikt, terwijl het eigenlijke drinken in de namiddag begint. Soms dronk de Alcoholist wel eens een glaasje 's morgens - de uitzondering bevestigt de regel - maar dat was geen gewoonte. Tot voor het ochtenddrinken hield de drinker zijn decorum hoog, hij wenste nog steeds door de maatschappij te worden gerespecteerd; en kon hij 's morgens, wegens een kater, de prikklok op het werk wel eens een enkele keer een half uur te laat aanslaan, toch slaagde hij er doorgaans in zijn werk bevredigend te verrichten (hoewel hij daarentegen zijn gezin reeds geruime tijd verwaarloosde).

Het regelmatige ochtenddrinken is het begin van de volledige ondergang: het impliceert immers dat de drinker zich in het geheel niet meer bekommert om zijn uiterlijke waardigheid, met andere woorden: hij verbrandt alle schepen achter zich. Het kan hem allemaal niet meer schelen.

Het ochtenddrinken echter, en de langdurige dronkenschappen ('benders'), die er het gevolg van zijn, worden door de maatschappij zo sterk verworpen dat ze voor de drinker een zwaar risico vertegenwoordigen. Hij kan zijn betrekking verliezen als hij ze al zelf niet opgezegd heeft en de maatschappij veracht hem zodat hij wordt uitgestoten.

In feite is de kritieke fase een wanhopig - en bij voorbaat verloren - gevecht van de verslaafde mens tegen het afzakken op de maatschappelijke ladder. De drinker levert sterke inspanningen om gedurende de dag niet dronken te worden, maar, doordat het excessieve drinkpatroon zijn morele en fysieke weerstanden breekt, is het duidelijk dat hij met het hoofd tegen de muur loopt; ook deze laatste weerstanden worden gebroken en de drinker is rijp voor het regelmatige ochtenddrinken en wat ermee samenhangt. Uit het bovengenoemde blijkt dat het ochtenddrinken een zeer relevant symptoom is; het luidt trouwens de 'chronische fase' in, die SPEYER zeer raak typeerde als de 'fase van de sociale zelfmoord'.

### **3.1.4 De chronische fase**

Zoals gezegd kondigt het geregelde ochtenddrinken de chronische fase aan: de drinker verkeert nu de gehele dag onder invloed; hij glijdt verder af, om het met een Vlaamse uitdrukking te zeggen: 'hij schuift de zeeplank af'. Wij bemerken dat de alcoholist nu een paar dagen doordrinkt tot hij tot niets meer in staat is.

30. Langdurige dronkenschappen, wat de Amerikanen 'benders' noemen, zijn

typisch voor het chronische stadium; daarbij blijft de drinker een paar dagen onder water en bekommert zich om niets meer. ESSER noteert in dit verband: '... Het is voor de leek altijd weer een onbegrijpelijk iets dat iemand die vroeger toch de algemene achting genoot zich zo kan laten gaan...: Inderdaad, de alcoholist leeft in deze fase immoreel.

31. Moreel verval. In vroegere jaren, toen het alcoholisme uitsluitend moreel benaderd werd, legde men de klemtoon op deze immorele gedragingen: de alcoholist werd beschouwd als de baarlijke duivel, een door en door verdorven individu. Nu ziet men in dat deze gedragingen meer het gevolg dan de oorzaak zijn van het alcoholisme. Hoe dan ook, dit morele verval is zo groot, dat:
32. Drinken met mensen die ver beneden het sociale milieu van de drinker leven aan de orde van den dag is. De drinker frequenteert obscuur gezelschap in minder gunstig bekende kroegjes. Waarschijnlijk wordt dit gedaan omdat de drinker dan het gevoel heeft superieur te zijn aan lieden van dit allooi ; hier kan hij zich nog doen gelden.
33. Aftakeling op verstandelijk gebied. Het denkvermogen vermindert. De fijne puntjes gaan eraf.
34. Alcoholpsychosen, zoals delirium tremens, alcoholparanoia e.d. treden nu op, maar zulks bij niet meer dan 10 % der alcoholisten.
35. Als de alcoholist niets anders bij de hand heeft, stelt hij zich tevreden met alcohol van inferieure kwaliteit, bijvoorbeeld met gedenatureerde alcohol, zoals die aangetroffen wordt in haarwaters, eau de cologne e.d. In Nederland en België vindt men dit verschijnsel slechts zeldzaam terug doordat men vrijwel altijd en overal alcohol kan kopen. In de USA was het tijdens de drooglegging echter een klassiek symptoom.
36. De tolerantie t.a.v. alcohol vermindert in dit stadium. De alcoholist verdraagt weer minder goed alcohol. Hij wordt smoordronken met om en bij de helft van de vroegere hoeveelheid, die hij toen goed bleek te verdragen. Hij bereikt nagenoeg geen euforie meer ; deze is uiterst efemeer of komt helemaal niet meer aan bod.
37. Voortdurende angsten maken het leven van de alcoholist tot een ware hel.
38. Hinderlijke bevingen komen nu aan het licht. De symptomen 37 en 38 kunnen ook reeds in de kritieke fase voorkomen, maar in de chronische treden ze onveranderlijk op.
39. Ataxie (Onder 'ataxie' verstaat men een gebrekkige spiercoördinatie; d.i. een onregelmatigheid in de willekeurige spierbewegingen, terwijl de kracht der spieren behouden is) en psychomotorische remmingen maken het uitvoeren van eenvoudige handelingen, zoals het opwinden van een horloge,



onmogelijk zonder voorafgaand alcoholgebruik.

De symptomen 37, 38 en 39 worden door de alcoholist 'onder controle gehouden' door het drinken van meer alcohol. De behoefte om deze symptomen te beteugelen vereist dus meer alcohol en daardoor komt het tot:

40. Drinken met een dwangmatig karakter. Het drinken wordt als het ware een obsessie. Dit symptoom kan ook gedeeltelijk verklaard worden doordat de alcoholist de begeerde euforie zo goed als niet meer bereikt.
41. Bij ongeveer 60 % der alcoholisten worden de rationalisaties zwakker en er ontstaan vage religieuze verlangens. De alcoholist wil geholpen worden.
42. Uiteindelijk komt de drinker tot het inzicht dat zijn 'goedpraatsysteem' gefaald heeft en in duigen valt. Hij erkent m.a.w. zijn nederlaag t.a.v. de alcohol. Maar nu staat hij op een tweekop:
  - a. ofwel houdt hij met het drinken op en kan dan, mits een goede therapie, gestabiliseerd worden.
  - b. ofwel drinkt hij verder doordat hij geen uitweg meer ziet. In dit geval blijft hij vechten tegen de bierkaai, want aan het einde van deze weg staan hem 3 schrikbeelden te wachten : de gevangenis ; het gekkenhuis of een zerksteen. Op deze weg is van toepassing DANTE'S woord: 'Lasciate ogni speranza, voi ch'entrate' (laat alle hoop varen, gij die hier binnentreedt).

In de chronische fase bemerken we dat de alcoholist zich hoegenaamd niet meer bekommert om de maatschappelijke normen; SPEYERS uitdrukking: 'fase van de sociale zelfmoord' is inderdaad ad rem. De alcohol heeft de drinker volkomen in de greep ('the drink takes the man') en het is een onvoorwaardelijke overgave, een 'unconditional surrender'. De overgave is onvoorwaardelijk omdat de drinker alcohol heeft, zowel psychologisch als fysiek, om in leven te blijven.

### **3.1.5 Commentaar**

Tot nu toe leerden wij dat het alcoholisme (JELLINEKS gammatype) een ziekte is. Nu blijkt uit de symptomatologie dat het gaat om een progressieve, onverbiddelijk voortschrijdende ziekte, die begint van het initiale drinken af en die, wanneer ze niet tijdig onderkend en behandeld wordt, culmineert in een totaal fiasco, met name de volledige desintegratie van de drinker, zowel op psychologisch en geestelijk-moreel als op fysiek niveau.

Het rationalisatiesysteem van de drinker schept bijzonder moeilijke omstandigheden, waardoor hij niet beseft ziek te zijn : het ontbreekt de alcoholist aan ziekteinzicht. Dit is in lijnrechte tegenstelling met wat bij diabetici of andere zieken gebeurt. Als de geneesheer aan dergelijke personen

vertelt waar het op staat, dan begrijpen deze dat, omdat zij zich geen rad voor de ogen draaien. En meestal wordt het uitgebrachte advies opgevolgd.

Als dezelfde geneesheer aan een alcoholist zegt dat hij te veel drinkt, dat hij een zieke is, zal deze dit doorgaans ontkennen, hij vindt dit van de zijde van de dokter een ongehoorde brutaliteit, keert hem de rug toe en drinkt verder.

Akkoord ! Misschien drinkt hij wel wat meer dan een ander, maar hij is tenslotte een toffe jongen en geen zuiplap: liep het met zijn drinken ooit de spuigaten uit? Laat die gozer maar brommen; trouwens kent die knaap wel iets van zijn stiel ? Hij weet zeker dat hij de alcohol de baas blijft en dat hij zijn drinken kan controleren ergens op een onbepaald tijdstip in de toekomst. Want dat hij af en toe een glaasje te veel op had komt niet doordat hij niet gecontroleerd kan drinken. Wat dacht je wel ? Het komt omdat 'hij vandaag wat moe was', 'omdat hij zich vandaag niet lekker voelde en een glaasje hem opkikkert', 'omdat zijn vrouw weer eens onuitstaanbaar was', enzovoort: 'les excuses sont faites pour s'en servir' of: 'Wat baten kaars en bril als de uil niet zien en wil ?'. Het gehele web van leugens en rationalisaties valt pas uiteen aan het einde der chronische fase, op het ogenblik van de onvoorwaardelijke nederlaag, wat de Amerikanen zo pittoresk noemen : 'to hit the bottom'.

Vroeger meende men dat de alcoholist dit stadium van de onvoorwaardelijke nederlaag moest hebben bereikt alvorens men hem met enige kans op succes kon behandelen. De ervaring leert nochtans dat de alcoholist de kelk niet tot op de droesem dient uit te drinken, als men erin slaagt hem een nederlaag te 'induceren', dit wil zeggen hem een 'artificiële nederlaag' toe te brengen. Als een psychotherapeut, een leek, een geneesheer of wie dan ook erin slaagt de drinker te doen inzien dat hij op het verkeerde pad is, dat hij lijdt aan een onverbiddelijk voortschrijdende kwaal, die bij verder drinken onvermijdelijk tot het bittere einde leidt, kan hij veel vroeger geholpen worden en moet hij niet 'hit the bottom'. In feite kan zijn drinken op welk tijdstip dan ook van zijn drinkcarrière stopgezet worden. De conditio sine qua non hiervoor is dat de alcoholist in het diepste van zijn hart moet beseffen dat het inderdaad zo niet verder kan. Een en ander staat in verband met de motivering van de alcoholist.

In dit verband moge ik een gewichtige passage van TIEBOUT vermelden: De alcoholist moet bereid zijn de totale nederlaag te erkennen, alvorens men hem kan helpen op de weg naar een volledig herstel... en men dient zich steeds goed voor ogen te houden dat er een hemelsbreed verschil bestaat tussen de begrippen « zich in iets schikken » (to comply) en « zich overgeven » (to surrender). Men kan zich inderdaad in iets schikken zonder zich over te geven. Zich in iets schikken betekent dat het bewustzijn de werkelijkheid aanvaardt en

erkent, maar dat het onderbewustzijn daarentegen diezelfde werkelijkheid aanvaardt noch erkent. Als men zich in iets schikt neemt men het feit aan dat men het tegen de werkelijkheid niet kan bolwerken, maar dan sluimert in het diepste van het onderbewustzijn nog het gevoel: 'eens komt de dag', waaruit blijkt dat er hier überhaupt geen sprake is van echt aanvaarden... zich schikken in iets kan men op zijn hoogst een oppervlakkige meegaandheid noemen, maar de onbewuste spanningen blijven bestaan... zich overgeven betekent dat ook het onderbewustzijn de werkelijkheid aanvaardt en erkend heeft; op dat ogenblik is de strijd uitgevochten en de ontspanning volgt... als de drinker zich overgeeft, blijven er geen kwellende spanningen of conflicten over... de graad waarmee het onderbewustzijn de werkelijkheid aanvaardt en erkent, kan men aflezen van de graad van ontspanning die er het gevolg van is..:

Het staat wel buiten kijf dat de alcoholist niet echt moet 'hit the bottom' ; wij kunnen hem veel vroeger helpen. Door het herkennen der vroegste symptomen en het laten ondergaan van een tijdige behandeling zijn veel verslaafden in de eerste stadia te genezen en kan er bijgevolg veel leed worden voorkomen. Zulks impliceert uiteraard een degelijke bekendheid met de prille symptomen, ten einde de excessieve drinkers, bijvoorbeeld van JELLINEKS alfatype, te schiften van de toekomstig verslaafde alcoholist. Naargelang deze symptomen meer bekend worden bij het grote publiek, komen ook meer beginnende verslaafden uit vrije wil op het spreekuur van de dokter terecht om er zich voor hun alcoholisme te laten behandelen. Ook bij de AA treft men niet uitsluitend 'oude ratten' meer aan ; men vindt er tegenwoordig ook vele mensen die de chronische fase nog niet bereikt hebben. Een goed opgevatte voorlichting inzake alcoholisme is dus vanzelfsprekend van grote waarde, hier ligt een vrijwel maagdelijk terrein braak voor de moderne massacommunicatiemiddelen, zoals radio, TV, film en pers. Zulks wordt ten onzent niet steeds goed ingezien.

Er bestaat geen bepaalde prealcoholistische persoonlijkheid, dat wil zeggen dat er geen specifieke persoonlijkheid bestaat die predisponeert tot excessief alcoholgebruik. Men vindt de latere verslaafden zowel onder extraverte als onder introverte persoonlijkheden, onder de stille mensen als onder de drukke en levendige. Het is dus onmogelijk te voorspellen: die en die persoon heeft veel kans om alcoholist te worden omdat hij dit of dat karakter heeft ; in welke persoonlijkheid dan ook kan een toekomstig alcoholist schuilen. Doch naarmate de drinkers afglijden langs JELLINEKS fazen wordt hun persoonlijkheid weggevaagd en vervangen door een stereotiep patroon, waarvan men als voornaamste kenmerken vindt: egocentriciteit, paranoïsche gedachten,

humeurigheid, gemis aan inzicht, laatzinnige en uitdagende houding en depressieve stemmingen.

Om deze paragraaf te besluiten, wil ik uw aandacht vestigen op een symptoom, waarover in JELLINEKS fazen niet gerept wordt, namelijk de financiële impasse, waarin de alcoholist met zijn gezin meestal verzeild geraakt. Hij laat immers zijn geld niet beschimmelen, hij smijt ermee. Hij geeft rondjes aan Jan en alleman en bovendien nemen sommige kasteleins hem bij de afrekening bij de neus. Gesteld dat de alcoholist zonder baan is, wat niet zo zeldzaam voorkomt en een reden kan zijn om nog meer te drinken, dan zit hij snel op zwart zaad en kent het gezin bittere dagen.

### **3.2 Andere symptomen ,en verwikkelingen**

In de vorige paragraaf behandelden wij uitsluitend de symptomen van JELLINEKS gamma-alcoholisme. Deze paragraaf daarentegen handelt over de symptomen en verwikkelingen die zich kunnen voordoen bij iedere vorm van excessief drinken, zowel de verslaafde als de niet-verslaafde. Het is inderdaad zo dat zowel de niet-verslaafde excessieve drinker (e.g. JELLINEKS alfatype) als de verslaafde gamma- en delta-alcoholisten bijvoorbeeld een levercirrhose of een hartkwaal kunnen ontwikkelen.

De weefsels die vooral te lijden hebben onder het excessieve drinken, zijn het maag-darmstelsel en het zenuwstelsel. Men meent de funeste uitwerking van alcohol op twee manieren te kunnen verklaren :

1. door een rechtstreekse, caustische werking. Door de etsende eigenschappen van ethylalcohol op de weefsels, waarmee hij in aanraking komt, legt men bijvoorbeeld volgende symptomen uit: chronische bronchitis en laryngitis (strottenhoofdontsteking), mond en keelontstekingen, gastritis (maagontsteking) en chronische colitis (darmontsteking), die gepaard gaat met diarree, voornamelijk ochtenddiarree.
2. door een onrechtstreekse werking, met name door een in het leven roepen van een vitaminegebrek, vooral van de B-groep. Men denkt namelijk dat alcohol inwerkt op het metabolisme der vitamines B; de hierdoor in het leven geroepen deficiëntie zou, althans volgens vele auteurs, verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van bijvoorbeeld: levercirrhose, hartziektes en zenuwaandoeningen.

De door het alcoholisme of het excessieve drinken veroorzaakte letsels kunnen wij onderscheiden in :

1. lichamelijke, zoals: bronchitis, laryngitis, mond- en keelaandoeningen, gastritis, chronische colitis, vetlever resp. levercirrhose (hier gaat de lever verhard en verschrompelen), hartstoornissen (o.m. het beruchte 'Bierherz') en

oogaandoeningen.

2. neuropsychiatrische, zoals: de psychose resp. het syndroom van KORSAKOV, de pathologische roes, de alcoholparanoia en het delirium tremens.

De alcoholparanoia is de echtelijke ontrouwwaan van de chronische alcoholist; men vermoedt dat deze waan ontstaat door de minderwaardigheids- en schuldgevoelens van de drinker die hij op zijn vrouw projecteert. Tevens wordt dit wantrouwen gevoed, zowel doordat de vrouw uiteraard het seksuele contact met de dronken man vermijdt, als wellicht ook door de dikwijls afgenomen potentie, waarvan de oorzaak aan de partner wordt geweten. (hij wil wel, maar hij kan niet'). VAN LAERE meent (Toespraak gehouden tijdens de landdag der Vlaamse AA te Kortrijk dd. 31/5/64) dat bij klachten over al dan niet vermeende ontrouw bij echtgenoten van middelbare leeftijd de geneesheer moet denken aan een verborgen alcoholisme bij een der partners.

Het delirium tremens (D.T.) vertegenwoordigt een ernstige bedenkelijke ziekte-toestand, waarvan de mortaliteit een tiental jaar geleden nog om en nabij 20 % bedroeg; het sterftecijfer is inmiddels gedaald tot ongeveer 1-2 %, wat nog heel wat hoger ligt dan dat van bepaalde operatieve ingrepen, zoals appendectomie of keizersnede. De meeste deliranten succumberen aan hartzwakte of een intercurrente infectie. Het D.T. is vergezeld van relevante biochemische veranderingen, waarvan de belangrijkste onbetwifelbaar de dehydratie is, d.i. het onttrekken van water uit de lichaamsweefsels.

Volgens CUTSHALL dienen wij het D.T. te onderscheiden van diverse 'post-drinking-states', die in feite zeer verschillende onthoudingstoestanden kunnen vertegenwoordigen. Een individu lijdt pas aan D.T. als de volgende vier symptomen aanwezig zijn: 1. hallucinaties of geestelijke verwardheid; 2. hyperkinesie, d.w.z. een abnormale beweeglijkheid of nog een nerveus-motorische onrust; 3. slapeloosheid en 4. tremores.

Het D.T. komt meestal voor na een jarenlang excessief continu alcoholmisbruik en men denkt dat een noodzakelijke voorwaarde voor het in het leven roepen van een dergelijke crisistoestand bestaat in een voorafgaand dagenlang excessief drinken, iets dat in feite pas na jaren excessief drinken regel wordt.

ISBELL, FRASER en medewerkers beschouwen het D.T. als een onthoudingsverschijnsel ; het abrupte spenen, ja zelfs een loutere vermindering in de alcoholtoevoer zou, volgens deze schrijvers, een D.T.-accés kunnen ontketen.

De plotselinge onthouding kan het gevolg zijn van een bijkomstige oorzaak, die bijvoorbeeld kan gelegen zijn in een pneumonie, een fractuur of een operatie ; terwijl in gevallen, waarin het D.T. uitbreekt bij een in arrest gestelde alcoholist,

gevoeglijk kan worden gedacht aan een overbelasting door de emotionele spanningen die de arrestatie en de omstandigheden die daartoe leidden met zich mee bracht.

## **4 OORZAKEN VAN HET ALCOHOLISME**

### **4.1 Voorafgaande beschouwingen**

Tot nu toe hebben wij geleerd dat het alcoholisme een ziekte is en dat deze conceptie ook geldt voor JELLINEKS deltatype. De vraag echter waarom een bepaalde persoon alcoholist wordt, hebben wij nog niet te berde gebracht. Wij zullen in dit hoofdstuk diverse visies over de etiologie van het alcoholisme onder de loep nemen en trachten op deze netelige kwestie een antwoord te geven. Een volledige verklaring, van A tot Z, betreffende het ontstaan van het alcoholisme, mag u niet van mij verwachten, doordat de etiologie van deze ziekte inderdaad nog zeer duister is, zoals dit trouwens bij vele andere ziektes, e.g. kanker, eveneens het geval is. Wel zal ik pogen, aan het einde van dit hoofdstuk, mijn conceptie erover samen te vatten, zonder evenwel te beweren dat deze de enige juiste is.

Sommige personen, doorgaans AA-ers, vragen zich af of het enig nut heeft te weten waarin de oorzaak van het alcoholisme (lees: van hun alcoholisme) ligt; ze stellen zich tevreden met het aanvaarden van het feit dat ze alcoholist zijn en bekommeren zich hoegenaamd niet over het ontstaan ervan. Dit standpunt is begrijpelijk ; ook vele andere zieken, bijvoorbeeld diabetici, wensen niet van stukje tot beetje te weten hoe het komt dat ze diabetisch zijn, maar ze schikken zich in hun kwaal en verlangen slechts een zaak, te weten dat de nodige maatregelen getroffen worden om zich te kunnen verzorgen. Zij komen immers de dokter raadplegen, niet zozeer om te weten waaraan zij lijden en waardoor het komt dat ze ziek zijn, dan wel om door een geschikte behandeling genezen te worden, hoe sneller hoe liever. De oude klinisten hebben zulks herhaaldelijk op kernachtige wijze uitgedrukt ; zo zei de grote Franse internist TROUSSEAU (1801-1867) : ‘La medecine est rart de guerir, elle n’est que cela ; guerir est le but, et toutes nos methodes aboutissent a la therapeutique medico-chirurgicale’ (De geneeskunst is de kunst om te genezen, niets meer, niets minder; van belang is enkel het genezen en al onze akten moeten uitmonden in een medicochirurgicale therapie).

Deze principes gelden mijns inziens alleen in zoverre het de medische verzorging van de individuele persoon betreft; de geneeskunde als wetenschap heeft niet het recht er zo’n zienswijze op na te houden. Om het anders uit te drukken : de in een praxis toegepaste geneeskunde, die ik de geneeskunst noem, onderscheidt zich van de geneeskunde als wetenschap. Het enige doel van de geneeskunst moet inderdaad zijn de genezing van het individu te bewerkstelligen, zonder zich ook maar een

zietje te bekommeren om het juiste, wetenschappelijke mechanisme dat aan de grondslag ervan ligt. De geneeskunde als wetenschap echter, is het aan haar status verplicht te komen tot het beter begrip van het hoe en waarom van een ziekte, omdat dit voert tot een betere therapie, d.w.z. tot een betere verzorging, verpleging en genezing van de zieke.

De eerste vereiste om een doeltreffende behandeling te kunnen instellen is vanzelfsprekend het stellen van een correcte diagnose. Zoals reeds SYDENHAM (1624-1689) heeft gezegd : ‘Qui bene diagnosticat, bene sanat’ (een goede diagnose betekent een goede genezing). Een doeltreffende behandeling berust echter niet alleen op een juiste diagnose, maar ook op een nauwkeurige kennis van de oorzaak der pathologische stoornis (de etiologie), het mechanisme van het ontstaan ervan (de pathogenie) en de manier waarop het organisme er zich aan aanpast (fysiopathologie). Blijven al deze elementen onbekend, dan is het niet mogelijk een logische therapie toe te passen en kan slechts empirisch, dit is volgens de ervaring, te werk worden gegaan. Een logische, rationele therapie, steunend op de kennis van het wezen van de pathologische toestand, kon derhalve slechts ontstaan toen de fysiologie en de fysiopathologie tot voldoende ontwikkeling waren gekomen, wat in de loop van de vorige eeuw geschiedde. Vroeger berustte de therapie meestal op empirie, waarvan de toepassingen schommelden van de conclusies der ruwste ervaringen en der fabelachtige fantasie tot, in sommige gevallen, maatregelen, die op een meer verfijnde waarneming stoelden. Een beter inzicht in het wezen zelf van de pathologische toestand, een juistere kennis van de werking der geneesmiddelen op nauwkeurige proefondervindelijke en klinische observaties gesteund, vormen de logische grondslag van de wetenschappelijke therapie.

Om de verdere uiteenzetting voor u te vergemakkelijken, meen ik dat het interessant is op deze plaats enige woorden te wijden aan twee geheel verschillende behandelingsmethodes, die in de geneeskunde in zwang zijn, met name: de etiotrope (causale) therapie en de symptomatische therapie.

De etiotrope therapie bestaat erin de ziekteoorzaak rechtstreeks aan te grijpen en ze uit te schakelen. Het ligt voor de hand dat deze methode als de beste moet worden beschouwd en dat zij overal dient toegepast te worden waar zulks mogelijk blijkt: wordt de oorzaak van een pathologische toestand verwijderd, dan moeten immers alle uitingen van deze pathologische toestand, al zijn gevolgen, al zijn symptomen verdwijnen : ‘ablata causa, tollitur effectus’.

Talrijke toepassingen van de etiotrope therapie kunnen worden geciteerd. Wanneer bijvoorbeeld een abces wordt geopend, dan moeten geleidelijk de lokale verschijnselen, i.e. warmte, zwelling, pijn en roodheid, verdwijnen alsook de

algemene symptomen, die bij zo'n toestand voorkomen (koorts, hoofdpijn, gebrek aan eetlust e.d.). Staat men voor een geval van pneumonie, dan zullen de ziektekenen, zoals kortademigheid, koorts etc. progressief verbeteren door het toepassen van een doeltreffende etiotope therapie, i.e. chemotherapie (antibiotica).

Deze voorbeelden bewijzen duidelijk dat de etiotope therapie uitstekende resultaten oplevert. Overal waar het kan moet zij derhalve toegepast worden. Er zijn evenwel, ongelukkig genoeg, een aantal gevallen waar zulks niet mogelijk blijkt, hetzij doordat de ziekteoorzaak nog onbekend is (e.g. kanker), hetzij doordat men niet over de middelen beschikt om de ziekteoorzaak uit te schakelen.

De symptomatische therapie bestrijdt de symptomen die de ziekte vergezellen. Zo bijvoorbeeld kan men tegen hoest codeïne aanwenden, tegen slapeloosheid veronal, tegen koorts aspirine, tegen pijn morfine enzovoort. Bij deze methode steunt men op GALENOS' leer 'contraria contrariis curantur' (het tegengestelde wordt door het tegengestelde genezen). Wat de waarde van deze therapeutische methode betreft, is ze ongetwijfeld minderwaardig t.a.v. de etiotope, daar zij slechts op de uitingen van de ziekte invloed poogt uit te oefenen, zonder op de ziekteoorzaak in te werken en vaak zonder zich te bekommeren om het mechanisme van de pathologische stoornis. Al is de symptomatische methode, op zichzelf, minderwaardig, toch kan zij grote diensten bewijzen, wanneer zij tegelijkertijd met de etiotope therapie aangewend wordt. In zekere omstandigheden is zij volstrekt de aangewezen weg, dit is het geval wanneer de symptomen door hun hevigheid gevaar opleveren voor zekere functies, ja zelfs het leven van het organisme rechtstreeks bedreigen. Zo bijvoorbeeld, wanneer een patiënt een zeer sterke, levensgevaarlijke temperatuursverhoging vertoont, is een koortswerende behandeling dringend geboden. Steeds echter moet men, wanneer het mogelijk is, de etiotope therapie toepassen, zo niet dan gaat men bittere teleurstellingen tegemoet. Staat men bijvoorbeeld voor een geval van vergiftiging door een peroraal ingenomen slaapmiddel, dan baat het maar weinig opwekkende middelen toe te dienen, indien men daarbij de etiotope behandeling niet toepast, i.e. als men geen maagspoeling verricht ten einde het nog in de maag aanwezige gif te verwijderen. Bij een met koorts gepaard gaande infectie zou het helemaal verkeerd zijn als therapie enkel een koortswerend middel toe te dienen; de etiotope therapie, die de infectie door een geschikt chemotherapeutisch middel, bijv. penicilline bestrijdt, is in de eerste plaats aan te bevelen en de koorts moet slechts dan worden tegengewerkt, wanneer zij ernstige nadelen voor de patiënt oplevert.

Op het ogenblik steunt elke therapie van het alcoholisme louter op de symptomatische methode; de enige behandeling bestaat inderdaad in de geheelonthouding. Wij kunnen, mits de medewerking van de alcoholist, de ziekte op



welk moment dan ook van haar beloop 'bevrozen' en de drinker chemisch respectievelijk gelukkig nuchter (Wat de termen 'chemisch nuchter' en 'gelukkig nuchter' betreft, verwijs ik de lezer naar par. IX.3.1. waar gepoogd wordt een definitie van deze begrippen te formuleren.) maken, zodat hij in staat wordt gesteld zich fysiek, psychisch en sociaal te rehabiliteren. Wij kunnen een alcoholist echter niet etiotoop cureren; de ware etiotope behandeling immers zou bestaan in het wegnemen van de oorzaak van het alcoholisme, zodat de drinker na behandeling bij machte is sociaal te drinken. Wij mogen gevoeglijk aannemen dat een dergelijke behandelingsmethode voor het alcoholisme heden ten dage een utopie is. 'Eens een alcoholist, steeds een alcoholist'. Alcoholisten, die dertig jaar nuchter bleven, kunnen recidiveren en hun vroegere drinkpatroon terugvinden bij hun eerste glas alcohol. Ik ken geen alcoholisten die ooit sociaal leerden drinken, zelfs niet na een goed georiënteerde therapie.

Toch beschreven enige 'rari nantes', zoals DAVIES, KENDELL en CAIN, gevallen van 'genezen' alcoholisten, dit wil zeggen alcoholisten, die na bepaalde therapeutische maatregelen sociaal kunnen drinken. DAVIES zou op een serie van 93 alcoholisten 7 van zulke gevallen geobserveerd hebben en KENDELL 4 op 62. Op DAVIES' studie is van diverse zijden kritiek uitgeoefend (ESSER, LOLLI, ZWERLING, LINCOLN, WILLIAMS, TIEBOUT en anderen). Geen enkele auteur, behalve KENDELL en CAIN heeft ooit zulke gevallen geciteerd, allen zijn het erover eens dat het hier op zijn minst om zeer grote uitzonderingen gaat. KENDELL zegt trouwens zelf dat zijn bevindingen geen wijziging mogen teweegbrengen in de huidige therapie, dat wil zeggen dat de geheelonthouding - ook volgens KENDELL - nog steeds geldt als het advies par excellence voor nuchter geworden alcoholisten. Het is de vraag of de gevallen van DAVIES, KENDELL en CAIN geen excessieve drinkers waren (JELLINEKS alfatype), dit is : drinkers, die niet verslaafd zijn in de farmacologische betekenis van het woord. Hoe het ook zij, wij mogen gevoeglijk aannemen dat een alcoholist steeds een alcoholist blijft.

Elaine KEPNER merkt hierbij op : '... Het behandelen van alcoholisten stemt volkomen overeen met de behandeling van personen, waarbij psychische problemen en momenten de boventoon voeren ; er is echter een belangrijke uitzondering, met name dat de symptomatische klacht, i.e. het drinken, vooraf dient uitgeschakeld te worden... pas dan kan men de handen uit de mouwen steken om de emotionele problematiek te behandelen, met enige kans op slagen...' , VAN DIJK drukt deze gedachte zeer plastisch uit : '... You cannot expect a man to be dry if he keeps standing under a shower'. Maar zelfs als de alcoholist erin slaagt zijn emotionele en psychische problemen tot een bevredigende oplossing te brengen, kunnen we bezwaarlijk van een etiotope behandeling van het alcoholisme gewagen: in feite is

ook deze behandeling louter symptomatisch ; we wezen er reeds op dat bepaalde excessieve drinkers (e.g. JELLINEKS alfatype) ‘ sociaal’ kunnen leren drinken, als men de fysieke of psychische oorzaken van hun drinken cureert. De verslaafde alcoholist daarentegen zal nooit een ‘ sociaal’ drinker kunnen worden, zelfs al genezen wij de momenten die tot zijn alcoholisme geleid hebben.

Wellicht zal het ooit mogelijk zijn een alcoholist sociaal te leren drinken, als wij de etiologie en de pathogenie van het alcoholisme zullen begrijpen, doordat wij hem dan zouden kunnen genezen van zijn drankzucht. Voorlopig blijft dit echter een gesloten boek. Misschien is een etiotope behandeling inderdaad toekomstmuziek of alleen maar een droombeeld. Maar voor de tweede Wereldoorlog kon men een longontsteking ook slechts symptomatisch behandelen; toen brak de era der chemotherapeutica aan en meteen moest de symptomatische therapie het veld ruimen voor de etiotope, met het gevolg dat het vooroorlogse sterftcijfer, dat om en nabij 20-30 % bedroeg na de oorlog werd teruggebracht op 3-4 %.

Uit de bovengenoemde uiteenzetting mogen wij besluiten dat het de plicht van de geneeskundige wetenschap is onverdroten te speuren naar de oorzaak van het alcoholisme, hoewel zulks in de ogen van de zieke zelf beuzelachtig moge lijken, wat overigens van uit zijn standpunt niet geheel onbegrijpelijk is.

Hoe dan ook, wat de etiologie van het alcoholisme betreft, tast men nog steeds in het duister. Waardoor bepaalde excessieve drinkers - volgens JELLINEK ongeveer 10 % - na een jarenlang gestadig en excessief alcoholgebruik verslaafd worden en anderen daarentegen niet, is ons tot nu toe onbekend. JELLINEK poneert een factor ‘X’, die in het organisme van sommige individuen voorhanden is en bij anderen niet; verslaafd zou men slechts worden, indien de factor ‘X’ aanwezig is. De factor werd nog niet gedetermineerd, maar in theorie zou hij kunnen berusten op een psychologische of een fysieke basis of op een combinatie van beide.

Betreffende de etiologie van het alcoholisme schijnt tot nu toe nog slechts een ding vast te staan, te weten dat het alcoholisme niet erfelijk is. De meeste auteurs houden het voor een uitgemaakte zaak dat men noch het alcoholisme noch de constitutie voor het alcoholisme van zijn ouders erft. Wel hereditair zou de constitutie zijn, die gepaard gaat met een geestelijke labiliteit, en wel zodanig dat de mens die daarmee behept is het hoofd niet kan bieden aan de moeilijkheden van het leven, wat het risico van alcoholisme met zich mee kan brengen.

De etiologische theorieën over het alcoholisme, die tot heden het licht zagen, kunnen in vijf verschillende groepen onderscheiden worden:

1. de morele theorieën
2. de sociaal-economische theorieën

3. de psychologische theorieën
4. de fysiopathologische theorieën
5. de farmacologische theorieën.

## 4.2 De morele theorieën

Deze theorieën, die de Amerikanen met de naam ‘indulgence theory’ doopten, erkennen het alcoholisme niet als een ziekte, maar schrijven het toe aan willoosheid en een te grote lankmoedigheid ; het individu geeft te veel toe aan zichzelf, waardoor het niet in staat is met drinken op te houden. DAHLBERG, BJORK, GISCARD, GIRAUDON, MC.GOLDRICK zijn exponenten van deze theorieën.

GISCARD en GIRAUDON zien het alcoholisme: ‘... Als de gevolgen van een zwak karakter... het alcoholisme moet beteugeld en behandeld worden door middel van strafmaatregelen...’ MC.GOLDRICK meent : ‘... Het alcoholisme is zomin een ziekte als dieverij en lynchen ; net zoals deze beide is ook het alcoholisme het product van een verwrongen zienswijze, een levenshouding die gegroeid is uit onwetendheid en frustraties...:

DAHLBERG begaat een dwaasheid met de volgende drogreden: ‘... Een zieke is een individu waarvan het productievermogen verminderd is, als gevolg van onwillekeurige processen die zich in zijn organisme afspelen, dat wil zeggen processen die onafhankelijk zijn van de wil. Als wij het bestaan van de vrije wil loochenen, vervolgt DAHLBERG, dan heeft het geen zin meer onderscheid te maken tussen de begrippen willekeurig en onwillekeurig, en evenmin tussen de begrippen ziekte en simulatie. Als er geen vrije wil zou bestaan dan is de alcoholist inderdaad een zieke, doordat hij geintoxiceerd is als hij dronken is. Als alle alcoholisten zieken zijn, hebben zij geneeskundige behandeling nodig; maar de geneeskundige behandeling van het alcoholisme kent niet bepaald succes, ze is beneden peil...’

DAHLBERG stelt hier dat er wel een vrije wil bestaat en dat het alcoholisme bijgevolg geen ziekte is. Transponeren wij even DAHLBERGS redenering op een kankerlijder dan zou deze inderdaad een zieke zijn, aangezien kanker ontstaat als gevolg van onwillekeurige processen in het organisme. Anderzijds zou hij toch geen zieke zijn; immers de geneeskundige behandeling van kanker is op het ogenblik ook beneden alles. Dat het hier om een - zeer grof - sofisme gaat, hoeft mijns inziens wel geen verder betoog.

Men mag gerust poneren dat de meeste auteurs de morele theorieën niet meer au serieux nemen en ze archaïsch vinden. De theorie doet echter in bepaalde wetenschappelijke milieus nog steeds opgeld en is ook bij de man in de straat nog

algemeen verbreid. Zulks is enigszins begrijpelijk, doordat de immorele gedragingen van de alcoholist aan deze opvatting voedsel verschaffen : Hij zou wel met drinken kunnen ophouden, als hij maar wat meer wilskracht opracht...’ Hier gebeurt echter een omwisseling van gevolg en oorzaak: de alcoholische gedragingen zijn het gevolg van het drinken en niet de oorzaak.

De voorstanders van de ‘indulgence theory’ maken ook gewag van een ander zogenaamd bewijs: langdurig, excessief drinken zou, volgens hen, altijd leiden tot alcoholisme. We attendeerden er reeds op dat dit niet met de waarheid overeenstemt ; het bestaan van JELLINEKS alfatype, dat nooit tot alcoholisme aanleiding geeft, is inderdaad het bewijs voor het tegendeel.

Het rechtstreekse gevolg van de morele theorie is het ethische vraagstuk. Als men inderdaad aanneemt dat alcoholisme veroorzaakt wordt door een wilswakke, dan volgt hieruit dat de alcoholist verantwoordelijk is voor het ontstaan van zijn alcoholisme en, ofschoon men het gaandeweg een ziekte zou kunnen gaan noemen, heeft hij deze in feite door eigen schuld opgelopen.

Hieromtrent zegt JELLINEK : In de meeste hogere culturen was het communis opinio dat de acute alcoholintoxicatie een abnormale toestand is, in het leven geroepen door eigen schuld, tenzij het gebeurde plaatsvond door dwang of onwetendheid. SENECA (4 v.c.-65 n.c.), de Romeinse filosoof en rechtsgeleerde, formuleerde dat de dronkenschap niets anders is dan een vorm van krankzinnigheid, die men zichzelf met voorbedachten rade heeft toegebracht... De dronkenschap werd door vele wetgevingen als een verzwarende omstandigheid aangerekend bij het plegen van misdaden, en dit is nog immer het geval in diverse moderne legislaturen. Het schuldbeginsel, zo vervolgt JELLINEK, is echter niet toepasselijk op de acute intoxicaties van de chronische alcoholist, die toch moet beschouwd worden als een zieke; men treft weliswaar bij de chronische alcoholist een aaneenschakeling aan van acute intoxicaties, maar zulks mag niet tot de conclusie leiden dat de intoxicaties van de verslaafde drinker en die van de niet-verslaafde drinker over een kam geschoren moeten worden, doordat het bij de drankzuchtige om onwillekeurige daden gaat, dat wil zeggen daden die in onwetendheid gesteld worden of in toestanden, waarin het individu geen controle over zichzelf had (compulsieve daden)... als wij aanvaarden dat het alcoholisme een ziekte is, moeten wij ook aannemen dat de daad waaruit de intoxicatie is voortgevloeid, buiten de wilssfeer van de alcoholist valt. Toch wordt het controleverlies voorafgegaan door een periode, waarin het terrein van de ziekte voorbereid wordt (de prealcoholische en prodromale fazen ; noot van de schrijver) en waar er nog geen sprake is van een ‘verzwakte wil’ ...’

De vraag is nu : Is de alcoholist verantwoordelijk voor het ontstaan van zijn ziekte ? Met andere woorden : in hoeverre dient hij verantwoordelijk geacht te worden voor zijn initiale drinken, dat, in een ver verleden, de grondslag gelegd heeft voor zijn huidig alcoholisme ? Nog anders geformuleerd: heeft de alcoholist zijn ziekte door eigen schuld opgelopen ? Ten einde hierin meer inzicht te verschaffen, behandelen wij vooraf het standpunt van de geheelonthoudersbewegingen en van diverse geloofsgenootschappen.

Ik citeer opnieuw JELLINEK (De standpunten die JELLINEK hier aanhaalt zijn die van de Amerikaanse geheelonthoudersbewegingen): De houding van de geheelonthoudersbeweging is de volgende: als het alcoholisme inderdaad een ziekte is, dan is het een ziekte die men door eigen schuld heeft opgelopen. Deze visie ligt als het ware voor de hand als men bekend is met de filosofische leerstellingen van de geheelonthoudersbewegingen. Doordat deze heel wat in de pap te brokken hebben bij de Methodische en Baptistische kerken, alsook bij verscheidene Piëtistische sekten, beschouwen deze religieuze gemeenschappen elk gebruik van alcoholische dranken als zondig of op zijn minst als immoreel. De leden van een gemeenschap, waar dergelijke opinies gelden, worden van het begin af gewaarschuwd alcoholica te schuwen als de pest; en het feit alcohol te consumeren, is een bewijs ervoor dat elke ziekte waaraan het lid zich zou blootstellen, i.e. het alcoholisme, door zijn eigen schuld opgelopen werd... In dit voorbeeld getuigt het van weinig realiteitszin zich af te vragen of het gebruik van alcoholica op zichzelf al dan niet zondig of immoreel is... wij moeten het feit voor ogen houden dat, bij deze kerken, elk gebruik van alcohol per definitionem een overtreding is, waarvan de overtreder de gevolgen dragen moet. Anderzijds vormen deze confessioneel georiënteerde gemeenschappen geen geïsoleerde eilanden in onze maatschappelijke vorm; ze zijn integendeel verspreid over diverse cultuurpatronen, waar het gebruik van alcoholica niet beschouwd wordt als immoreel of zondig, maar integendeel als een algemeen aanvaarde en zelfs hooggeprezen gewoonte. Bij de sociale omgang van verschillende cultuurpatronen, waar enerzijds het alcoholgebruik een aanvaarde gewoonte is en anderzijds elk gebruik als immoreel bestempeld wordt zal een groot aantal leden van de laatste groep zich schikken naar de gewoonte van de eerste groep. Door die overtreding blijven ze alleen in statistische zin lid van hun kerk, maar zij praktiseren niet meer. Door hun sociale standing echter genieten zij nog steeds een zeker gezag in hun kerk. Een dergelijke situatie vormt überhaupt een hachelijk probleem voor de bedienaren der kerk. Men mag overigens verwachten dat sommige van deze bedienaren hun houding zullen herzien wat de ethische aspecten van het alcoholisme als ziekte betreft... zij zullen nog wel de persoonlijke verantwoordelijkheid voor het oplopen der ziekte beklemtonen, maar de scherpe

kanten eraf vijlen, voornamelijk in die zin dat zij het alcoholisme als een ziekte zullen erkennen zodra het zich heeft geopenbaard...'

De rooms-katholieke kerk veroordeelt het drinken 'an sich' niet, maar beschouwt het 'misbruik' als zondig. Deze opvatting vinden wij door de band terug bij de Anglicaanse kerk, de Oosters Orthodoxe kerken, de lutherse kerken met uitzondering van enige synodes, en een klein aantal andere protestantse kerken.

JELLINEK haalt de rooms-katholieke moraalfilosoof, pater John FORD, aan, die de katholieke houding weergeeft : '... Objectief gesproken', zegt FORD, 'zijn vele alcoholisten verantwoordelijk voor de toestand waarin zij zich bevinden, doordat deze het gevolg is van een continu excessief drinken, waarvoor zij de verantwoordelijkheid droegen. In zoverre zij de verslaving voorzagen als het uiteindelijke resultaat van hun drinkpatroon, zijn zij aansprakelijk omdat zij dit niet voorkomen hebben'... op subjectieve gronden echter denk ik dat weinig alcoholisten moreel schuldig zijn wat de verslaving zelf betreft. Heel weinigen inderdaad zijn in staat hun verslaving te voorzien, omdat zij niet kunnen geloven dat zijzelf ooit een dronkaard zullen worden. Er bestaat niets verraderlijker en niets dat iemand meer blind maakt dan alcohol. Hoe vaak toch wordt een alcoholist niet gewaarschuwd door zijn vrienden, die hem erop wijzen dat hij op het verkeerde pad is. Maar zulks gelooft hij eenvoudigweg niet; hij is er immers van overtuigd dat er een hemelsbreed verschil bestaat tussen hem en die afgrijselijke voorbeelden die men hem in geuren en kleuren beschrijft : alcoholisten rationaliseren het gevaar weg...' Pater FORD vervolgt dan : '... Hoewel het waar is dat de alcoholist machteloos staat tegenover de alcohol en hij niet bij machte is het hoofd te bieden aan de 'craving', ligt het toch in het bereik zijner krachten om iets aan zijn drankzucht te doen; daarom is hij verantwoordelijk voor het treffen der nodige maatregelen, die met zijn verslaving schoon schip kunnen maken....

Wat de verantwoordelijkheid zich te laten behandelen betreft is PERRIN het met FORD eens: '... Zowel in het belang der gemeenschap als in dat van de alcoholist zelf, is het af te raden hem te ontheffen van elke verantwoordelijkheid... of hij al dan niet aansprakelijk is voor het oplopen van zijn ziekte laten we hier buiten beschouwing, maar in elk geval draagt de alcoholist de verantwoordelijkheid zich te laten behandelen...'

Uit deze paragraaf meen ik tot de volgende slotsom te mogen komen :

1. Het al dan niet aanvaarden van de 'indulgence theory' heeft een relevante weerslag op onze behandelingsmethodes. Als wij deze theorie aanhangen kunnen wij onze therapeutische bemoeienissen beperken tot de geheelonthouding en tot het treffen van repressieve maatregelen. Als wij ze integendeel van de hand

wijzen moeten wij andere therapeutische wapens uit ons arsenaal te hulp roepen; ook de geheelonthouding blijft dan nog wel een essentieel punt in de behandeling, maar ze is niet de enige behandelingsmethode. Een fundamentele reden waarom de alcoholresearch niet kan vergeleken worden met de hoogte die de research op andere terreinen bereikt heeft (t.b., polio e.d.) ligt volgens LAPE, PHILLIPS en EDGAR in de trage ontwikkeling van de ziekteconceptie van het alcoholisme.

2. De wilszwakte van het individu is niet de oorzaak van zijn alcoholisme, maar het gevolg ervan; de ware oorzaak van deze ziekte blijft ons tot nu toe helaas verborgen, maar dat het wel om een ziekte gaat, meen ik te hebben bewezen in par. I.2.
3. Wij mogen ook poneren dat de alcoholist niet verantwoordelijk geacht mag worden voor het ontstaan van zijn ziekte, zomin als ooit iemand het in het hoofd zou krijgen een diabeticus te beschuldigen voor het ontstaan van zijn diabetes. Dat de alcoholist niet verantwoordelijk is voor het ontstaan van zijn ziekte, moge blijken uit twee overwegingen die we bij JELLINEK aantreffen:
  - a. In de meeste cultuurpatronen is het drinken zo algemeen aanvaard dat het voor de hand ligt dat iedereen vroeg of laat in contact komt met de drug 'alcohol'. Het drinken inderdaad is, in de sociologische zin van het woord, misschien geen instelling, maar in vele culturen begint het er aardig iets van weg te hebben.
  - b. De alcoholverslaving is zo insidieus dat de overgang van het 'sociale' resp. excessieve drinken naar de farmacologische toxicomanie nagenoeg onmerkbaar verloopt, zowel voor de drinker als voor zijn omgeving. Dit komt gedeeltelijk doordat dit gebeuren plaatsvindt in een context van activiteiten, die deel uitmaken van de normale, ja zelfs hooggeprezen gedragingen van een gemeenschap.
4. In theorie is de alcoholist inderdaad wel verantwoordelijk voor de behandeling van zijn alcoholisme, maar hier stuiten wij op een praktische klip; door het gebrek aan voorlichting enerzijds en door onwetendheid anderzijds beseft de alcoholist vaak niet dat hij ziek is en dat er ook voor hem hulp bestaat.

### **4.3 Sociaal-economisch theorieën**

Er zijn verscheidene sociaal-economische theorieën op wier rekening men de etiologie van het alcoholisme heeft willen zetten. Vele van deze veronderstellingen zijn in trek in Frankrijk, waar men in het alcoholisme minder een psychologische aandoening ziet dan wel het gevolg van de sociaal-economische constellatie. Het

lijdt zeker geen twijfel dat deze factoren een bepaalde relevantie hebben in het vergemakkelijken van het wordingsproces van het alcoholisme, maar mijns inziens mogen ze niet beschouwd worden als de ware oorzaak. Wij zullen enige van deze theorieën nader bestuderen.

### 4.3.1 De 'sociale druk'

DEBRE en SAUVY merken op dat de 'sociale druk' zeer hevig kan zijn, vooral voor bepaalde groepen arbeiders, waaronder zij vermelden : barmeisjes, kelners, herbergiers, in het bouwbedrijf werkzame personen, matrozen, handelsvertegenwoordigers, bestuurders van zware vrachtwagens enzovoort. Ook op vele andere gebieden nog wordt het alcoholgebruik in de band gewerkt door wat men zou kunnen noemen: de sociale gewoontes d.i. de beleefdheidsvormen. Het is in de meeste cultuurpatronen onbeleefd een dronk te weigeren ; zoiets doet men niet. Zo worden de postbode en de bezorger, tijdens de pauzes in hun werk, zonder gewetensbezwaren gealcoholiseerd door het aanbieden van talloze rondjes, terwijl de politicus en de industrieel hun copieus lucullusmaal rijkelijk met wijn begieten, omdat het nu eenmaal zo hoort.

Hoe het ook zij, de theorie van de 'sociale druk' legt de etiologie van het alcoholisme in het geheel niet uit. Ik moge hier verwijzen naar ESSER, die het volgende opmerkt: ' .. Het is nu eenmaal gebruik dat je als varensgezel gaat passagieren en daarbij een oorlam gebruikt. Kooplieden, aannemers, makelaars en handelsreizigers menen hun 'zaken' alleen in cafés, onder het genot van een borrel, te kunnen doen. De scheepsbevrachter heeft zelfs zijn eigen café waar hij zijn collega's ontmoeten kan. En als je barmeisje bent of kelner, blijf dan maar eens droog ! Dit klinkt als een excuus en het is nog reëel ook, maar het is het niet. Want er zijn nog altijd meer zeevarenden, kooplieden, aannemers, handelsreizigers, kelners enzovoort die niet in moeilijkheden door alcohol zijn geraakt. Er moeten dan ook diepere oorzaken zijn voor het verslaafd-raken: we zien de latere verslaafden van het begin af meer en sneller drinken dan hun kameraden. 'Zij zakken door', d.w.z. zij drinken door, terwijl hun kameraden maat weten te houden en op tijd naar huis gaan...'

Ik ontken het bestaan en het belang van een zekere mate van 'sociale druk' niet wat de etiologie van het alcoholisme betreft, maar hij oefent op het individu niet steeds dezelfde werking uit. De ene persoon zal eraan weerstaan en geen alcoholist worden, terwijl de andere eraan ten prooi valt en zulks omdat bij een alcoholist in de dop is. Met andere woorden: men wordt geen alcoholist door 'sociale druk', maar deze vergemakkelijkt het ontstaan van een alcoholisme bij



daartoe voorbeschikte personen. 'The alcoholism is in the man, not in the bottle'. (Alhoewel 'the bottle' soms het ontstaan van een alcoholisme in de hand kan werken e.g. bij JELLINEKS delta-alcoholist, waar de sociaal-economische factoren toch een relevante rol kunnen spelen (hoofdstuk II).

### 4.3.2 Behuizing en pauperisme

Bepaalde auteurs achten de behuizing en het pauperisme als een mogelijke etiologische factor voor het alcoholisme. Men heeft wel geschreven over de 'pauper', die naar de herberg gedreven werd om er zijn armoede en zijn schamele stulp te vergeten in het gezuip. De huidige behuizingvoorwaarden in Frankrijk bijvoorbeeld, voornamelijk in de grote steden (bidonvilles), zijn zo krap dat kroostrijke gezinnen of twee kleinere gezinnen samengeperst leven in kleine kamers, als haringen opeengepakt; dergelijke omstandigheden - hoe kan het anders? - werken promiscuïteit en zelfs incest in de hand. Het is uiteraard begrijpelijk dat deze mensen wensen te ontsnappen uit de groezelige werkelijkheid van hun krotwoning naar de prettige, warme sfeer van de kroeg; dit ontsnappen uit de realiteit noemt men 'escapisme'.

JELLINEK merkt hierbij terecht op dat men het feit niet over het hoofd mag zien dat niet alle paupers uit de bidonvilles 'gedwongen' worden om de herbergen te frequenteren en er hun toevlucht te zoeken; men zou, aldus JELLINEK, het escapisme slechts vinden bij 5-10% dezer personen. Men mag dus zeer zeker niet beweren dat het de economische (wan) toestand is, die ze tot zoiets 'dwingt', doch eerder een soort onvermogen zich, met behulp van hun normale psychologische hulpbronnen, schrap te zetten tegen deze economische situatie.

Terloops moge ik uw aandacht erop vestigen dat het, aan het einde der vorige eeuw, in Vlaanderen welig tierende alcoholisme ook in de schoenen geschoven werd van het pauperisme, dat er toen inderdaad hoogtij vierde. Wij mogen daaruit niet tot de valse conclusie komen dat er een correlatie bestaat tussen deze twee feitelijkheden; met andere woorden het is niet omdat ze pauper waren dat onze Vlaamse mensen destijds excessief resp. alcoholistisch dronken. Zo'n redenering snijdt geen hout, ze is gebaseerd op een sofisme, te weten: 'Post hoc, ergo propter hoc'. ('Daarna en derhalve daarom' (als valse conclusie dat wat op elkaar volgt ook uit elkaar volgt).

Het omgekeerde gaat evenmin op. Het is namelijk zo dat het pauperisme in Vlaanderen, heden ten dage, het veld geruimd heeft voor een toestand van, zeg maar, betrekkelijke welvaart; toch zijn er waarschijnlijk evenveel alcoholisten, relatief gezien, als in de jaren tachtig, negentig; en misschien nog meer. Ik zou voor dit nieuwerwetse alcoholisme het modewoord 'welvaartsalcoholisme'

kunnen gebruiken ; toch wens ik dit niet te doen, omdat hier dezelfde angel onder schuilt, met name: het is niet omdat de mensen welvarend zijn en met hun verveling geen weg weten dat ze alcoholist worden.

Kortom: het zijn niet de economische of de sociale omstandigheden die iemand tot het alcoholisme brengen, maar wel zijn persoonlijkheidsstructuur. Dit wil niet zeggen dat ik de invloed der economische factoren helemaal wegcijfer; inderdaad armoede of verveling door welvaart, kunnen de katalysatoren zijn van een latent alcoholisme. Om het anders uit te drukken : armoede resp. welvaart kunnen bij daartoe gepredisponeerde personen het tot stand komen van een alcoholisme in de hand werken. Toch moeten wij m.i. het grootste belang hechten aan een persoonlijkheidsstructuur die 'prone to alcohol' is, d.i. de geneigdheid heeft gebruik te maken van de functie van alcohol, ongeacht de vraag of het hier al dan niet gaat om een onvermogen aan de omringende situatie het hoofd te bieden.

### **4.3.3 Gezinsverhoudingen**

Sommige auteurs inculperen de gezinsverhoudingen als de etiologie van het alcoholisme. Het lijkt geen twijfel dat de slechte verstandhouding in een gezin invloed kan uitoefenen op het alcoholisme. Een te lichtzinnige vrouw of, integendeel, een te ernstige en tirannieke vrouw (manwif !), die haar man verwaarloost en haar kinderen voortrekt, kunnen het sein betekenen tot een 'escape' naar de alcohol. Ook belangrijke leeftijdsverschillen der partners zouden gewicht in de schaal leggen. Diverse Amerikaanse schrijvers attenderen op een mechanisme dat, volgens hen, verantwoordelijk kan zijn voor het initiale drinken, maar in de eerste plaats voor het recidiveren van nuchter geworden alcoholisten. Bepaalde vrouwen zouden namelijk hun mannen - weliswaar onbewust! - aanzetten tot drinken om op die wijze de lakens te kunnen uitdelen in het huishouden ; een drinker bekommert zich immers helemaal niet om het huishouden, tijdens de fleur van zijn drinkcarrière: hij laat de vrije teugel aan zijn vrouw. Een dergelijke verantwoordelijkheid te dragen is vaak het enige verlangen van heerszuchtige vrouwen. Terugvallers zijn in zo'n milieu gemakkelijk in te denken, als de nuchter geworden echtgenoot zijn verloren positie als gezinshoofd tracht terug te winnen, wat die vrouwen, die de macht proefden, niet zonder slag of stoot kunnen slikken. Daardoor pressen ze hun man (ik herhaal: gewoonlijk onbewust) tot hernieuwd drinken.

Hoe het ook zij, hier is het evenmin de situatie die iemand tot het alcoholisme 'prest'; de reden ligt wederom in het onvermogen te weerstaan aan de spanningen en frustraties, die gepaard gaan met de slechte verstandhouding in het gezin. Van het grootste belang is ook hier een persoonlijkheidsstructuur die 'prone to alcohol'

is.

#### 4.3.4 Het economische aanbod

Sommige schrijvers zijn van mening dat de etiologische verklaring van het alcoholisme geleverd kan worden door het economische aanbod.

De omvang van het aanbod der alcoholhoudende dranken, de prijs ervan en last but not least het aantal beschikbare drankgelegenheden hebben vanzelfsprekend een weerslag op het alcoholdebiet. Het ligt voor de hand dat het alcoholgebruik moet verminderen, als :

1. er een laag aanbod bestaat, of
2. de prijs van de alcoholica zeer hoog is, of
3. het aantal drankgelegenheden uiterst beperkt is, of
4. er zich een combinatie van deze drie factoren voordoet. Anderzijds zal het alcoholverbruik groter worden als het tegenovergestelde plaatsvindt.

Regeringen kunnen zich van het spel dezer factoren bedienen om de alcoholconsumptie te leiden in de door hen gewenste baan, met name ze te stimuleren of ze, integendeel, af te remmen. In par. IX.2.1 zullen we trachten dit proces van naderbij te analyseren; hier moge ik volstaan met u te wijzen op enige maatregelen, die een gouvernement kan treffen.

Zo kan een regering onder meer :

- a. zeer doortastend optreden door wetten aan te nemen en een controleapparaat op te richten ten einde de vervaardiging, de distributie en de consumptie van alcoholica volkomen te verbieden. Dit systeem zet evenwel geen zoden aan de dijk en het is dan ook in de praktijk onhoudbaar gebleken.
- b. een prijspolitiek volgen. In Denemarken heeft de staat zeer hoge heffingen ingevoerd op alcoholica (ook op tabak trouwens). De opbrengst van deze vrij hoge belasting wordt aangewend tot het bouwen van scholen en ziekenhuizen. In Frankrijk daarentegen wordt de verkoop van alcoholica in de hand gewerkt door de economische politiek van de regering (een glas rode wijn is in Frankrijk goedkoper dan een glas orangeade, soda of vruchtensap bijvoorbeeld). Het ligt voor de hand dat laag geprijsde alcohol de consumptie stimuleert, terwijl hoog geprijsde ze afremt.

Wij mogen het er dus wel op houden dat dergelijke economische factoren een gewichtige rol kunnen spelen in het alcoholverbruik en wellicht ook in het tot stand komen van het alcoholisme. Toch speelt het individuele psychologische patroon van de toekomstige alcoholist, d.w.z. zijn individuele aanleg - het 'prone to alcohol' zijn - mijns inziens de eerste viool in de etiologie van deze aandoening.

### 4.3.5 De gevestigde belangen

Vooraf de Franse auteurs incrimineren de gevestigde belangen als een gewichtige factor in de etiologie van het alcoholisme. Zo schrijft LEREBoullet: De verkoop van wijn wordt in de hand gewerkt (in Frankrijk; noot van de schrijver) door een massale en voor niets staande publiciteit, die zelfs leugenachtige slogans lanceert, zoals: 'Wijn is even goed voor de gezondheid als een biefstuk of een glas melk'. Men kan erop aan dat een dergelijke propaganda in een land met een enorme wijnteelt, zoals het onze, met grote zorg levendig gehouden wordt door zeer grote economische belangengemeenschappen en dat ook maar een poging om de strijd met het alcoholisme aan te binden, op het politieke terrein onmiddellijk zal gedwarsboomd worden door pressiegroepen.... Wat LEREBoullet hier zegt is ad rem, want de wijnbouw vormt in Frankrijk een zeer belangrijk gedeelte van het nationaal inkomen; 1/3 van de stemgerechtigden hangen geheel of gedeeltelijk af van de productie, het bewerken of de distributie van alcoholica, in hoofdzaak wijn. Het ligt dan ook voor de hand dat de gevestigde belangen heel wat invloed hebben. Daarom is het in Frankrijk zo moeilijk wettelijke of pedagogische maatregelen te treffen in verband met de bestrijding van het alcoholisme, ja zelfs maar een nationale campagne op touw te zetten voor de publieke alcoholistenzorg. Ook maar de kleinste verwijzing in die zin lokt een krachtig verzet uit, niet alleen vanwege de gevestigde belangen, maar ook van de kant van de meerderheid der Franse bevolking. De Franse regering en de hogere ambtenaren zijn doordrongen van de noodzaak het alcoholisme te bestrijden en 'men' is ervan overtuigd dat er in Frankrijk een kentering moet komen. 'Men' heeft er zelfs een planning, maar de 'lagere' ambtelijke molens zijn niet gewonnen voor de idee en werken de gehele opzet zoveel mogelijk tegen. Ze worden hierbij gesteund door de manipulaties van een parlement, waarin de gevestigde belangen het mes op de keel kunnen zetten van ongeveer 1/3 der gekozenen. Daarin ligt de kracht der gevestigde belangen : ze beschikken over een pressiegroep die vrijwel alle netelige wetsontwerpen kan torpederen of zo wijzigen dat ze krachteloos worden. Met andere woorden wordt er in Frankrijk veel gekieskauwd over het alcoholisme maar er zit helemaal geen schot in de zaak. Daardoor is het te verklaren dat melkcampagnes, zoals die van premier Mendes-France in 1954, ter dood gedoemd zijn voor ze goed en wel gestart zijn. Vrijwel de enige belangrijke wet die het parlement heeft goedgekeurd in verband met het alcoholisme, is de wet van 15/4/1954 betreffende de 'gevaarlijke' alcoholisten ('la loi sur les alcooliques dangereux').

Mag ik eraan toevoegen dat ook ten onzent pressiegroepen bestaan in deze materie ? Ik heb wel de indruk dat deze over een ietsje minder invloed

beschikken.

De passies in Frankrijk kunnen dus wel hoog opslaan als het om zulke explosieve materie gaat als het glaasje wijn en ik geef dan ook grif toe dat de belangengemeenschappen enig gewicht in de schaal kunnen leggen wat het bevorderen van het alcoholisme aangaat. Evenwel moet ik opmerken dat ook hier weer de geaardheid van het individu, met name zijn psychologische vulnerabiliteit, de doorslaggevende factor is in de etiologie van het alcoholisme. Met andere woorden als het individu niet 'prone to alcohol' is, wordt het geen alcoholist. Toch erken ik met JELLINEK dat in landen waar een hoge consumptie billijk geacht wordt, de psychologische vulnerabiliteit minimaal mag zijn (regel van JELLINEK).

#### **4.3.6 De moderne sociale structuur**

LEREBOULLET merkt op dat diverse auteurs de rol van de moderne structuur in de etiologie van het alcoholisme onderstrepen. De moderne sociale structuur is gecompliceerder dan de vroegere. Zulks zowel verticaal, door de steeds groeiende specialisatie en superspecialisatie, als horizontaal door de vorming van een hiërarchie van prestige en verantwoordelijkheden, die steeds zwaarder doorwegen. Deze auteurs menen dat hieruit een dwangpositie voortvloeit, met de noodzaak agressieve neigingen de kop in te drukken, een manco aan zekerheid, een vrees voor geldgebrek, een bezorgdheid over de persoonlijke verantwoordelijkheid, kortom: allemaal angstmomenten, die tot alcoholisme kunnen leiden.

Dezelfde auteurs wijzen er ook op dat bepaalde arbeidsomstandigheden de psychische veerkracht van een individu kunnen knakken. Ze citeren als voorbeeld een te monotone arbeid (werk aan de lopende band) of het moeten torsen van een te zware verantwoordelijkheid, die het individu meent niet aan te kunnen.

ODEGARD refereert in dit laatste verband aan het geval van een ingenieur die belast was met de constructie van een tunnel; de man leefde in voortdurende angst dat de twee uiteinden elkaar niet op dezelfde plaats zouden ontmoeten.

Ook hier weer dezelfde objecties: de moderne sociale structuur kan een rol spelen in het tot stand komen van het alcoholisme, maar het is de individuele geaardheid van het individu, het 'prone to alcohol' -zijn, dat de doorslaggevende factor is.

#### **4.3.7 Commentaar bij de sociaal-economische theorieën**

Na het summiere overzicht van de voornamelijk in Frankrijk opgang makende sociaal-economische theorieën, mogen wij, mijns inziens, tot het besluit komen

dat de sociaal-economische factoren inderdaad een rol kunnen spelen in het tot stand komen en het in de hand werken van het alcoholisme, vooral dan van JELLINEKS deltatype. Deze factoren leggen echter de ware oorzaak van het alcoholisme niet bloot. Het is namelijk in de geaardheid van het individu, in het 'prone to alcohol' zijn, in wat men in de geneeskunde het 'terrein' noemt, dat de uiteindelijke beslissing ligt of een bepaald individu onder de gegeven sociaal-economische constellatie al dan niet alcoholist zal worden. Met andere woorden 'Alcoholism is in the man, not in the bottle', of schoon 'the bottle' toch wel enige invloed kan uitoefenen.

## **4.4 Psychologische theorieën**

### **4.4.1 Voorafgaande beschouwingen**

Verscheidene auteurs vestigen de aandacht op de relevantie van psychologische factoren in de etiologie van het alcoholisme. Sommige auteurs beschouwen het alcoholisme als een psychologische ziekte 'per se' (TIEBOUT, SIMMEL, LOLLI, ULLMAN, VOGEL, QUERIDO, CONGER, SESSIONS e.a.), terwijl anderen menen dat het een symptoom is van een onderliggende psychologische ziekte (NEWTON, REQUET, OSBORN, LARIMER, LEMKAU, BERNER, SOLMS e.a.)

Of het alcoholisme nu een symptoom is van een onderliggende psychologische stoornis dan wel een ziekte op zichzelf, doet er voor de verdere bespreking niet toe. Daarom diepen wij dit aspect van het vraagstuk ook niet uit.

Wij weten dat diverse psychologische momenten een initiaal alcoholgebruik kunnen inluiden, e.g. : angst, spanningen, frustraties, psychologische 'maladjustments', wrokgevoelens, minderwaardigheidscomplexen en dergelijke. Als het initiale drinken 'bestendig' wordt, ontwikkelt zich daaruit een excessief drinkpatroon en bij sommige drinkers een alcoholistisch drinkpatroon. De 'bestending' wordt verklaard door verschillende theorieën, met name: 1. de theorie van het 'genot' ; 2. de theorie van de regressiedrift en 3. de theorie van CONGER, i.e. het zgn. leerproces volgens CONGER.

De eerder genoemde psychologische momenten en bestendigende factoren kunnen wij aantreffen zowel bij excessieve drinkers als bij latere verslaafden. Er bestaat dus nog een ander mechanisme dat in het ene geval niet en in het andere geval wel tot een verslaving aanleiding geeft. Sommige schrijvers houden het erop dat het bij dit laatste mechanisme om een psychologische verslaving gaat, d.w.z. een verslaving die berust op een psychologische basis. Ik meen dat zulks niet klopt en dat de

verslavingsfactor op farmacologische gronden stoelt, zoals trouwens reeds uiteengezet werd in par. 1.2.

Uit wat voorafgaat blijkt dus dat er drie zeer belangrijke mechanismen bestaan in de evolutie van het alcoholisme, te weten :

1. een mechanisme dat het initiale drinken inluit. Dat wil zeggen : hoe komt de latere excessieve drinker resp. de latere alcoholist ertoe te drinken ?
2. een mechanisme dat het initiale drinken in die mate bestendigt dat er een excessief drink patroon uit voortvloeit. Dat wil zeggen : hoe komt de drinker ertoe dit drinken excessief te continueren ?
3. een mechanisme dat de verslaving, i.e. het 'alcoholistische drinkpatroon' bewerkstelligt. Dat wil zeggen : hoe komt het dat alleen maar bepaalde excessieve drinkers farmacologisch verslaafd worden en anderen niet ? JELLINEKS factor 'X' ?

U vindt in tabel 3 een schematische voorstelling van deze mechanismen.

Tabel 3. Schematische voorstelling van de evolutiemechanismen in het alcoholisme.

1. Een bepaald individu + alcohol + zekere psychologische momenten = INITIAAL DRINKEN (1)
2. Een bepaald individu + alcohol + zekere psychologische momenten + bestendigende factoren = EXCESSIEF DRINKEN (2)
3. Een bepaald individu + alcohol + zekere psychologische momenten + bestendigende factoren + factor X = ALCOHOLISME (3)

Wanneer men in vergelijking 2 de eerste drie termen vervangt door 'initiaal drinken' en in vergelijking 3 de eerste vier termen door 'excessief drinken', krijgt men:

1. Een bepaald individu + alcohol + zekere psychologische momenten = INITIAAL DRINKEN
2. Initiaal drinken + bestendigende factoren = EXCESSIEF DRINKEN
3. Excessief drinken + factor X = ALCOHOLISME

Het citeren van deze mechanismen in het kader der psychologische theorieën impliceert niet dat deze mechanismen enkel en uitsluitend van toepassing zijn op die

psychologische theorieën. Integendeel, ze kunnen gebruikt worden op welke etiologische alcoholtheorie ook. Als ik ze op deze plaats te berde heb gebracht, is het alleen maar om een helder licht te spreiden over mijn verdere uiteenzetting. De mechanismen zullen we overigens uitvoeriger bespreken.

Andere alcoholisten daarentegen werden het slachtoffer van te o.m. in het slotcommentaar van dit hoofdstuk: (par. 4.7).

De bespreking van de psychologische theorieën van het alcoholisme valt uiteen in twee punten, te weten:

1. de theorieën over het inluiden van het drinken en
2. die over het bestendigen ervan. De psychologische verslaving wordt eveneens onder 2. behandeld. De psychologische momenten en aandoeningen, die in de literatuur het meest vermeld worden in verband met het inluiden van het alcoholisme, zullen wij in deze volgorde onder de loep nemen : 1. angst; 2. spanningen en frustraties; 3. neurosen; 4. psychopathieën; 5. latente homoseksualiteit; 6. psychoanalytische theorieën ; 7. stoornissen van het regulatiemechanisme en 8. psychosomatische factoren.

Volledigheidshalve moge ik er nog op wijzen dat ernstige psychosen gepaard kunnen gaan met alcoholistisch drinken: e.g. de schizofrenie en de manisch-depressieve psychose. Deze etiologische aspecten laten wij echter, binnen het bestek van dit boek, onbesproken.

## **4.4.2 De psychologische theorieën in verband met het inluiden van het drinken**

### **4.4.2.1 DE ANGST**

De angst is het psychologische moment waarop, in verband met de etiologie van het alcoholisme, wellicht de meeste nadruk gelegd wordt. JELLINEK merkt op dat, reeds in 1852, Magnus HUSS getroffen werd door het veelvuldige voorkomen van dit affect bij de alcoholist.

De angst wordt hoofdzakelijk gevonden als een symptoom van onderliggende ziektes, bijvoorbeeld neurosen.

De angst ( Het is nuttig hier even in te gaan op het onderscheid tussen de begrippen 'angst' en 'vrees'. Angst (anxiety (Eng.); angoisse (Fr.);

Angst (Du.) ) is een gevoel van beklemdheid en onlust met betrekking tot een onbepaald en niet-gekend onheil in de toekomst. Vrees (fear (Eng) ; crainte, peur (Fr.) ; Furcht (Du.) is een gevoel van beklemdheid en onlust met betrekking tot een



bepaald en gekend onheil in het heden. M.a.w. vrees is een gevoel dat men beleeft bij een reëel, een tastbaar gevaar bijv, bij levensgevaarlijke toestanden; terwijl angst iets onwezenlijks is, iets dat vaak geen bepaalde inhoud heeft ('free-floating'), maar een algemeen gevoel van bedreigdheid of onveiligheid voor een gevaar (dat misschien nooit zal plaats vinden !). is een depressief gevoel, een gevoel van beklemming en onlust dat veroorzaakt wordt door een vermeend of soms ook een reëel gevaar. De angst heeft veelal geen bepaalde inhoud, maar is eerder een algemeen gevoel van 'bedreigd-zijn'. Toch kan hij specifiek gericht zijn, bijvoorbeeld: angst voor ziekte (kankervrees e.d.) ; vaker echter is hij vlottend ('free-floating'). In dit laatste geval is hij niet gericht op iets specifiek maar gaat het meer om een onbepaalde angst, een angst zonder naam.

De angsttoestand wordt dus in feite gekenmerkt door een voortdurend gevoel van spanning en bezorgdheid, waarvoor de patiënt geen redelijke oorzaak kan opgeven; hij weet heus niet goed waarom alles hem zo zorgelijk voorkomt. De meeste 'angstmensen' zijn schuchter en gespannen, bekommerd en weifelend; ze verwachten steeds dat het slechtste zal gebeuren. En: 'Qui craint de souffrir, souffre déjà de ce qu'il craint'.

Karakteristiek voor de angst is de vertwijfeling. De patiënt ziet voortdurend onheilstekens: vrees voor ongelukken, wantrouwen in de toekomst, ingebeelde verslechtering van het leven, moreel lijden en pessimisme zijn hiervan de uitingen. De zieke is rusteloos, zijn concentratievermogen is verzwakt, hij is vergeetachtig, prikkelbaar en schichtig. Door steeds maar in een dergelijke toestand te moeten leven, voelt hij zich moe.

Buiten deze symptomen gaat het angstgevoel ook gepaard met fysieke reacties. Men vindt er de vele stoornissen van de banale emotionaliteit in terug, maar dan op de spits gedreven : bleekheid, beklemminggevoel, droge mond, onbedwingbaar dorstgevoel, oorsuizing, mydriasis (d.w.z. verwijde pupillen), aanvallen van diarree, flatulentie, beven, zweten ('het angstzweet breekt hem uit'), duizeligheid, urinedrang, nachtelijke geeuwhonger en een gevoel van afkeer voor voedsel. Zeer dikwijls ook treft men een niet te bedwingen motorische agitatie aan, dat wil zeggen de onmogelijkheid om stil te blijven zitten : ijsberen, een tegenstrijdige mengeling van haast en besluiteloosheid en korte, monotone uitroepen. De slaap is op een typische wijze gestoord : de patiënt kan urenlang de slaap niet vatten omdat hij over allerlei zorgen en voorgevoelens piekert, hij woelt ongedurig en valt tenslotte in een onrustige sluimer, waaruit hij herhaaldelijk, angstig, zwetend en rillend, opschrikt, gekweld door levendige angstdromen.

Overdag krijgt de patiënt soms aanvallen van spanningen en benauwdheid tot

panische angst toe. Dit zijn de zgn. acute angstaanvallen waarvan de duur kan wisselen van 10 minuten tot 1 uur toe. Deze angstaccessen gaan vergezeld van gevoelens van vernietiging, van verlatenzijnd en van onmiddellijk levensgevaar ; de zieke meent dat hij het hoekje omgaat. Hij heeft het gevoel te stikken, terwijl het beven en het zweten toenemen.

Aan alles wat in het dagelijkse leven onaangenaam is of dreigt het te worden, wordt door de angstmens erg zwaar getild. Elke tegenslag wordt slecht verwerkt en iedere moeilijkheid verhoogt weer het gevoel van onbehagen.

De angst is dus een in hoge mate ongemak veroorzakende toestand. Anderzijds weten we ook dat alcohol angsten en spanningen kan reduceren, d.w.z. dat alcohol een anxiolyticum is, i.e. een middel waardoor de angst - bij bepaalde personen althans verdwijnt als sneeuw voor de zon. Hieruit volgt als vanzelfsprekend dat bepaalde angstmensen naar de fles zullen grijpen. Bepaalde, maar niet alle angstmensen.

Het is inderdaad zo dat alcohol ongetwijfeld een anxiolyticum is, maar de angst op zichzelf hoeft nog geen voorafgaande conditio sine qua non te zijn tot excessief alcoholgebruik. Met andere woorden angsttoestanden kunnen doen drinken, maar het excessieve drinken hoeft niet noodzakelijk het gevolg van een angsttoestand te zijn. Ook JELLINEK merkt op dat: de angst bij vele alcoholisten een predominerend affect is... dit vormt echter geen argument om aan te nemen dat deze angst reeds bestond in het premorbide stadium ( voorafgaande aan het ontstaan van een ziekte.), het is wel zo dat men bij vele alcoholisten grote angsten aantreft in dit premorbide stadium... we dienen echter voor ogen te houden dat het excessieve drinken op zichzelf leiden kan tot sterk uitgesproken angstgevoelens.....

Uit wat voorafgaat kunnen we tot hiertoe twee belangrijke feiten halen :

1. niet elke alcoholist is een angstmens ;
2. niet elke angstmens hoeft alcoholist te worden.

Waarschijnlijk is het zo dat vooral die angstmensen excessieve drinkers resp. alcoholist zullen worden, die geen ander middel hebben leren kennen dan alcohol om hun angst de kop in te drukken en zeker dan, als de sociale houdingen en gewoontes de alcoholconsumptie in de hand werken. Maar miljoenen angstmensen zullen nooit alcoholist worden, omdat ze geleerd hebben hun angsten op een andere manier af te reageren : zij hebben de alcohol niet nodig.

Hier zou ik op het normale schema van dit boek even willen vooruitlopen omdat ik van mening ben deze uiteenzetting begrijpelijker te maken door reeds op deze plaats de puntjes op de i te zetten.

Wij hebben in deze paragraaf tot nu toe gezien dat de angst bij bepaalde individuen

het initiale drinken op gang kan brengen. Maar welk mechanisme is nu eigenlijk aansprakelijk voor het bestendigen van dit initiale drinken resp. voor het latere verslaafd worden? Dat is een moeilijke en tot nu toe onopgeloste vraag. Ik poneer dat het drinken van bepaalde angstmensen bestendig wordt omdat zij, door middel van alcohol, geleerd hebben hun angsten af te reageren. Maar hoe en waarom hebben ze het geleerd? Mijns inziens geeft de psychologie ons twee mogelijke antwoorden, met name:

1. Ze hebben het geleerd door de tussenkomst van het leerproces, zoals het door CONGER beschreven wordt en waarover wij het verder zullen hebben, en
2. door middel van de 'regressiedrift', die feitelijk steunt op wat HELWIG het 'psychische traagheidsprincipe' noemt.

Een derde hypothese zet het 'genotprincipe' voorop, maar daarover later.

Hier zullen we het voornamelijk hebben over de regressiedrift. Zoals men weet spelen de belevingen van onze vroege jeugd een belangrijke rol in de vorming van onze psyche. Wat we vroeger ervoeren, kan op ons latere psychische leven een grote invloed uitoefenen. Ik citeer HELWIG: '... Ook de psyche kent een 'traagheidsprincipe'. Wanneer een levend organisme voor een moeilijkheid een oplossing gevonden heeft, ontstaat er zoiets als een 'baan'. Bij elke nieuwe soortgelijke moeilijkheid wordt in de eerste plaats de oude oplossing beproefd. Bepaalde 'oplossingsschemata' vormen zich en worden 'ingeslepen'. Tenslotte komen automatische reflexen tot stand; zij nemen de plaats in van de arbeid, die anders het hele psychische mechanisme zich steeds opnieuw zou moeten getroosten. Bij mens en dier berusten alle nieuwe handelingen op een zeer uitgebreide onderbouw van dergelijke afgekorte automatische oplossingen... de tendens om terug te grijpen op reeds gebaande oplossingsmogelijkheden noemt men tegenwoordig 'regressiedrift'... hier tegenover staat de leerdrift - de tendens tot nieuwe aanpassing...'.  
'

De psychologische verklaring van het bestendigen van het initiale drinken zou dus in feite stoelen op twee tegenovergestelde mechanismen : de regressiedrift enerzijds en het leerproces anderzijds.

Wij kunnen dus stellen dat de angstmens op een of ander ogenblik van zijn bestaan in contact kwam met de drug 'alcohol' en dat hij tot de vaststelling kwam dat alcohol hem iets deed; hij verkeerde erdoor in een euforie, in een 'relaxtoestand' en... hij reageerde zijn angst af. Ofwel door het CONGERSE leerproces ofwel door de regressiedrift ofwel door een combinatie van beide, herhaalt hij het drinken wanneer zich dezelfde situatie voordoet, en wordt dus van lieverlede psychologisch afhankelijk van de alcohol.

De regressiedrift, het leerproces volgens CONGER en, in mindere mate het 'genotprincipe' zijn mijns inziens de mechanismen die aansprakelijk zijn voor de instelling van een psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol d.w.z. voor de bestending van het initiale drinken. Dit proces, zo dacht ik, speelt zich af zowel bij de niet-verslaafde, maar excessief drinkende alfa-alcoholist als bij de latere verslaafde gamma-alcoholist. Bij deze speelt zich echter eveneens een fysiopathologisch proces af (waarom weten wij niet), waardoor hij tevens fysiek afhankelijk wordt t.a.v. alcohol, wat zich dan uit in: een adaptatie van het celmetabolisme, onthoudingsverschijnselen, controleverlies, craving e.d. Ditzelfde fysiopathologische proces doet zich bij JELLINEKS delta-alcoholist voor, maar het initiale drinken wordt in dit geval, waarschijnlijk minder bestendig door de eerder genoemde psychologische mechanismen dan door zijn entourage, d.i. de sociale houdingen en gewoonten.

#### **4.4.2.2 FRUSTRATIES EN SPANNINGEN**

Wij bespreken frustraties en spanningen in dezelfde paragraaf omdat deze twee begrippen vaak hand aan hand gaan. Dat wil zeggen dat mensen die gemakkelijk gefrustreerd worden doorgaans ook minder gemakkelijk het hoofd kunnen bieden aan spanningen.

Tot beter begrip van wat wij onder frustratie dienen te verstaan, gingen wij te rade bij MARQUIS en WOODWORTH, waarvan een lezenswaardig boek over psychologie in druk verzorgd werd.

Ieder ogenblik van de dag ontmoeten wij moeilijkheden en hinderpalen van min of meer ondergeschikt belang, die wij gemakkelijk te boven komen, maar ook moeilijkheden van ernstige aard zijn volstrekt geen uitzondering. Al wat ons de weg verspert naar het doel dat wij nastreven, al wat de bevrediging van een drijfveer in de weg staat, is een hindernis. Hierop kunnen wij op twee manieren reageren: 1. door ons nog meer in te spannen om het gestelde doel te bereiken ofwel 2. door van tactiek te veranderen en de situatie grondig op te nemen, in de hoop een manier te vinden om de hindernis te omzeilen. Dit zoeken naar een oplossing kan zich uiten in rondlopen en rondkijken, maar kan ook de vorm aannemen van het nadenken over de wijze waarop wij het beste de moeilijkheden te lijf kunnen gaan. Wanneer nu echter dit alles, de verhoogde inspanning, het verkennen der situatie, het nadenken, tenslotte slechts een mislukking oplevert, wat gebeurt er dan? Hoe reageren wij op een mislukking? Hoe reageren wij op het dwarsbomen en het belemmeren van het in vervulling gaan van onze - bewuste of onbewuste - wens? M.a.w. hoe luidt ons antwoord op een frustratie?

Mensen die niet zeker zijn van zichzelf of zich altijd verongelijkt voelen

(bijvoorbeeld neurotici) zullen sneller van streek raken (gefrustreerd worden) door een mislukking (frustratie) dan opgeruimde, zelfbewuste, zelfverzekerde mensen. Deze laatsten zijn beter bestand tegen frustratie, ze hebben wat men noemt meer frustratietolerantie. Dat wil zeggen dat ze hun pogingen om een probleem op te lossen langer kunnen voortzetten dan anderen voordat zij emotioneel gefrustreerd worden en, als hun pogingen om het probleem op te lossen alle op niets uitlopen, zullen zij er zich uiteindelijk niet meer mee afgeven en er zich verder - of voorlopig - het hoofd niet meer mee breken.

Wanneer iemand in al zijn pogingen om een probleem op te lossen faalt, maar er desondanks toch niet mee kan ophouden omdat zijn verlangen te sterk, te hardnekkig is, dan is hij er ongelukkig aan toe. Zijn gedragingen maken geen intelligente indruk meer; in plaats dat hij zich concentreert op het probleem waarom het gaat, is zijn gedrag gericht op het ontsnappen uit de emotionele toestand van frustratie (escapisme). Hij vertoont dan bijvoorbeeld ondoordachte emotionele reacties of hij zal de schuld bij iets of iemand anders zoeken. Enige emotionele reacties die zich ten gevolge van frustraties kunnen voordoen, zijn : angst, onrust, onzekerheid, gevoelens van onbehaaglijkheid en ongemak, woede, toorn en agressiviteit. Soms treffen wij hulpeloos verdriet aan, zelfs Weltschmerz, wat berust op onzekerheid en hulpeloosheid.

Het emotioneel gefrustreerd zijn is dus alleszins een ongenoeglijke toestand. Anderzijds blijkt alcohol een prima uitlaatklep te zijn voor vele gefrustreerden : al hun problemen, al hun zorgen smelten als sneeuw voor de zon, althans voorbijgaand ! Het moet ons dus niet verwonderen dat frustraties vaak genoemd worden als etiologisch moment in verband met het alcoholisme.

Het zouden echter, volgens de meeste alcoholkenners, niet zozeer de frustraties an sich zijn die het excessieve drinken teweegbrengen als wel het onvermogen het hoofd eraan te bieden. Mensen met een lage frustratietolerantie zouden gemakkelijk de prooi worden van het alcoholisme. Men denkt dat een lage frustratietolerantie - en in het algemeen een lage spanningstolerantie - een karakteristieke eigenschap is van de prealcoholistische persoonlijkheid. Lang voor hun eerste drinken zouden toekomstige alcoholisten zich minder kunnen verzetten tegen frustraties en spanningen.

Volgens Stanley COOPERSMITH vinden wij in de prille kinderjaren van de alcoholist twee uiteenlopende grondpatronen terug, - en misschien zijn er zelfs meer dan twee, zegt hij - die emotionele frustraties kunnen teweegbrengen. Hij onderscheidt:

1. Alcoholisten, waarvan het affectieve leven zeer arm gebleven is, doordat ze in

hun gezinsmilieu geen ouderliefde vonden; ze werden als het ware ‘verstoten’ (uithuizige ouders, gescheiden ouders enzovoort). Een dergelijke verwaarlozing gaf aanleiding tot emotionele frustraties, gevolgd door een sterk uitgesproken emotionele armoede. Omdat deze personen eensdeels niet opgewassen waren tegen deze frustraties en omdat zij anderdeels uit dit slop wensten te geraken (escapisme), zochten zij hun heil ergens anders. Toevallig was dat voor hen de drug ‘alcohol’, dat zij nu nodig hebben omdat het voor hen het psychische overleven betekent. (Andere soortgelijke gefrustreerden vinden een andere uitlaatklep, bijvoorbeeld een hobby)

Lankmoedige en overbeschermden ouders; ze werden als het ware in de watten gelegd. Hierdoor waren ze niet in staat zich een immuniteit te scheppen tegen de mislukkingen en de tegenslagen van het leven (Een leven zonder frustraties is in feite ook een frustratie); de oplossing van hun problemen werden hen zo maar pasklaar in de schoot geworpen. Hieruit volgt überhaupt dat dergelijke personen gemakkelijk blootgesteld zijn aan emotionele frustraties en spanningen.

Dit tweede soort alcoholisten wordt reeds zeer vroeg ‘ingekapseld’ ze hebben het gevoel dat ze almachtig zijn. Dit alles leidt tot een autistisch denken, d.w.z. een egocentrisch ingestelde gedachtenwereld, en tot ongelooflijke hoogten van eerzucht; hun aspiraties kennen paal noch perk en ze verwachten dat de anderen aan hun vrijwel onverzadigbare eisen en verzuchtingen zullen voldoen (volgens ESSER zijn vele alcoholisten emotioneel onrijp en geloven ze nog in wonderen ; noot van de schrijver.)

Deze trekken tonen ons het portret van het verwende kind ten voeten uit; een opgeblazen, verwaand schepsel dat niet opgewassen blijkt tegen de ontberingen en de tegenspoeden van het dagelijks leven.

COOPERSMITH besluit zijn studie met erop te wijzen dat ook in het premorbide stadium, alcoholisten minder goed in staat waren het hoofd te bieden aan ‘stressful situations’, zoals spanningstoestanden en dergelijke. Ook WEXBERG vestigt de aandacht op het bestaan van een lage frustratie- en spanningstolerantie bij alcoholisten in het premorbide stadium. En bij ESSER lezen we: ‘... Charlotte BUHLER... zij vond dat bij alcoholisten veel angst en onzekerheid voorkomt, terwijl zij slecht spanningen kunnen verdragen...’ ESSER vermeldt echter niet of deze spanningen reeds in het premorbide stadium bestonden.

Wij mogen dus wel aannemen dat er bij vele alcoholisten, reeds in het premorbide stadium, een lage frustratie- en spanningstolerantie voorhanden is, die het latere initiale resp. excessieve drinken in de hand werkt maar wij moeten toch voor ogen houden oorzaak en gevolg niet te verwisselen: een lage frustratietolerantie kan

immers ook voortvloeien uit het excessieve drinken zelf. Het komt me inderdaad voor dat een excessieve en langdurig voortgezette alcoholconsumptie uiteindelijk toch de psychische veerkracht moet knakken t.a.v. de eisen en de ontberingen van het leven. Ook ESSER, JELLINEK en WEXBERG spreken zich in die zin uit. Ik citeer enkel ESSER: Wanneer wij iemand onder

behandeling krijgen na 15 of 20 jaar excessief drinken is hij niet meer dezelfde man, die hij was, toen hij zijn drinkersloopbaan begon. Hij is ouder geworden en heeft allerlei ervaringen opgedaan. Sommige ervaringen zijn voor hem aanleiding geweest zijn toevlucht te nemen tot alcohol, andere ervaringen zijn het gevolg van het excessieve drinken zelf. . . allerlei karaktertrekken, die zouden voorbeschikken voor alcoholisme, zijn in werkelijkheid niets anders dan secundaire eigenaardigheden in het gedrag, die typisch zijn voor chronisch alcoholisme, zoals prikkelbaarheid, ontstemmingtoestanden, impulsief onverantwoordelijk gedrag, achterdocht, minderwaardigheidsgevoelens enzovoort..'

Als besluit van deze paragraaf, meen ik te mogen formuleren dat ook hier geldt wat wij voor de angst schreven, met name: niet alle gefrustreerden worden alcoholist noch zijn alle alcoholisten gefrustreerden. Ik denk dat frustraties en spanningen inderdaad het startsignaal kunnen zijn van het initiale drinken, maar ze hoeven het niet te zijn. Net als bij de angst meen ik dat de bestendiging van het initiale drinken gegrond is op de regressiedrift en op het leerproces volgens CONGER. De eigenlijke verslaving berust op farmacologische gronden, door het op gang brengen van een ons tot nu toe onbekend fysiopathologisch proces.

#### **4.4.2.3 NEUROSEN**

Vele auteurs zijn van oordeel dat de etiologische verklaring van het alcoholisme ligt in een neurotisch proces ; CAIN poneert zelfs dat alcoholisme een neurose is.

In JELLINEKS 'The Disease Concept of Alcoholism' lezen wij o.m. een opmerkelijke theorie van de hand van LOVELL, waarin hij beweert dat het alcoholisme een tweevoudige oorzaak heeft; ik haal aan:

Er zijn 1. psychologische factoren, die een vooraanstaande rol spelen in het tot stand komen van het alcoholisme en 2. bestaat er een gevoeligheid t.a.v. alcohol, gesteund op bijnieranomalieën... Alle momenten die de ziekte, ons bekend als alcoholisme, kunnen doen ontstaan, zoals angst, frustraties, immaturiteit e.d. zijn in verschillende, ongelijke mengverhoudingen voorhanden bij iedere alcoholist, maar de oorzaak van de ziekte kan bij geen enkele alcoholist op rekening gezet worden van een dezer momenten alleen. Nooit zagen wij ook maar een alcoholist die gevoelig was t.a.v. alcohol zonder dat hij neurotische trekken aan den dag legde en evenmin zagen wij neurotici alcoholist worden, zonder dat ze daarbij een gevoeligheid t.a.v. alcohol

vertoonden... De alcoholist is aangetast zowel door een neurose als door een gevoeligheid t.a.v. alcohol. De gevoeligheid vormt het fysieke substraat van de ziekte, maar zonder de neurose brengt zij geen compulsief drinken teweeg; het is zelfs waarschijnlijker dat een gevoeligheid t.a.v. alcohol, die niet gepaard gaat met een neurose, zal uitlopen op geheelonthouding dan op alcoholisme....

Of deze interessante visie van LOVELL al dan niet met de werkelijkheid strookt, zullen wij aan het einde van deze paragraaf bespreken. Wij zullen eerst uiteenzetten wat onder neurose dient verstaan te worden om de verdere samenhang beter te begrijpen. Wij vinden bij de neuroticus een zeker onvermogen om te voldoen aan de eisen van het leven en juist het alledaagse leven. Toch valt hij daarbij meestal niet uit de toon, doordat neurosen stoornissen van emotionele functies zijn, die de patiënt niet buiten de werkelijkheid plaatsen, terwijl de psychosen (krankzinnigheid) daarentegen worden gekenmerkt door een fundamentele stoornis van de zieke tot zijn omgeving en in zijn reacties daarop. De zieke die aan een psychose lijdt leeft buiten de werkelijkheid, hij verkeert in een fantasiewereld. De neuroselijder integendeel, om het te herhalen, leeft niet buiten de realiteit; zijn moeilijkheden zijn weliswaar veel groter dan die van normale mensen, maar het blijven uiteindelijk de moeilijkheden die wij allen hebben. De moeilijkheden van de psychoticus ontstaan doordat hij in een geheel andere wereld leeft, die niet aan de normale fysische wetten gehoorzaamt.

De oorsprong van elk neurotisch gedrag is meestal te vinden in de prille kinderjaren. (Ofschoon ook op latere leeftijd neurosen kunnen ontstaan. Bijvoorbeeld: oorlogsneurosen (bij stukapiloten kwamen deze veel voor) en renteneurose (ziektegeldneurose). Wij wezen reeds op de relevante rol die de belevenissen van onze kinderjaren spelen in de vorming van onze psyche - het gaat hier overigens vrijwel altijd om ervaringen die al lang vergeten zijn. Tijdens de groei van het psychische leven, die zoals men weet reeds van de geboorte af begint, doen zich allerlei affecten en frustraties voor die de groeiende psyche kunnen traumatiseren en op die wijze de normale ontwikkeling van de menselijke persoonlijkheid in de weg kunnen staan. Er zijn bij dergelijke frustraties twee mogelijkheden :

1. Ofwel kan de uitwerking van de affecten uitgewist worden, zodat hoogschadelijke invloed op de psyche zo goed als nihil is. Zulks geschiedt vaak en is te wijten aan de aangeboren veerkracht en de psychische tolerantie van de mens.
2. Ofwel kan de uitwerking van deze affecten slechts gedeeltelijk of helemaal niet weggevaagd worden; dan komt er een kink in de kabel en ontstaat vaak een neurose. VAN PRAAG drukt het als volgt uit: '... Een neurose is een complexmatig gedrag en een complex is een verdrongen, onverwerkte pijnlijke



ervaring, die via het onbewuste het gehele innerlijke leven gaat beheersen en het totale gedrag gaat tekenen. Een complex is dus eigenlijk een onderbewuste obsessie, die het bewuste psychische leven kleurt...' (Een der beroemdste complexen is FREUD'S Oedipuscomplex. FREUD kent ook het Kainscomplex, waarbij jaloezie optreedt tussen oudere en jongere broers. Een dergelijke afgunstverhouding bestaat ook tussen jongens en meisjes: dit complex noemde FREUD de 'penisnijd' en ADLER het 'mannelijke protest'... Hoe het ook zij, het aantal complexen is legio en steeds voor uitbreiding vatbaar.).

Wanneer twee personen aan dezelfde affecten werden blootgesteld, kan de ene neurotisch worden en de andere niet (vergelijk: als twee personen in contact worden gebracht met bijvoorbeeld een TBC-bacil, krijgt de ene TBC en de andere niet; het is zeker ook een kwestie van wat men in de geneeskunde het 'terrein' noemt).

Neurosen zijn altijd terug te brengen tot situaties waarin het organisme er niet in geslaagd is affecten voldoende 'glad te strijken', dat wil zeggen te verdringen. Op die wijze kon zich een complex vormen, dat van uit het onderbewuste zijn invloed op het gehele bewuste psychische leven kan uitoefenen. Het omgekeerde echter gaat niet op, dat wil zeggen een 'niet-glad gestreken' affect hoeft niet noodzakelijk tot een neurose te leiden.

Hoe ontstaan nu eigenlijk neurosen? Over dit vraagstuk heerst allerm minst communis opinio. De psychiaters hebben zich nochtans uitvoerig met de problematiek van de oorsprong der neurosen beziggehouden. Ze hebben een aantal theorieën gedistilleerd, die slechts op een punt overeenstemmen, te weten dat neurosen het gevolg zijn van een onderlinge botsing van drijfveren of van een frustratie van verlangens. De meest bekende theorieën zijn die van FREUD, ADLER en JUNG: het traumatiserende affect ligt op verschillende domeinen, al naargelang van de aangehangen theorie. Zo situeert FREUD het op seksueel terrein, ADLER en JUNG in de sfeer van het religieuze of kosmische.

Wat de symptomatologie van de neurosen betreft, merken wij op dat er diverse reactievormen bestaan en wij classificeren deze, volgens HENDERSON en GILLESPIE in: 1. hysterische reactievormen; 2. angstneurosen en 3. dwangneurosen. De bespreking van de hysterie laten wij hier buiten beschouwing.

Er zijn bepaalde verschijnselen, die aan de onderling zo verschillende reactievormen gemeen zijn:

1. Het valt op dat de meeste neurotici een stemmingsniveau hebben beneden het optimum, ze neigen tot het depressieve. Een kunstmatig aandoende vrolijkheid kan deze depressiviteit verbergen, maar bij nader onderzoek blijkt dat de

somberheid voortdurend op de loer ligt en deze schijnopgewektheid telkens dreigt te doorbreken. De stemming kan uiterst snel wisselen : ‘Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt’.

2. Deze stemmingsanomalie gaat soms gepaard met duidelijk lichamelijke klachten : de patiënt voelt zich moe, mat en lusteloos. Deze moeheid is vaak het gevolg van energieverlies door innerlijke conflicten.
3. Hoofdpijn is een veel voorkomend verschijnsel.
4. Psychoseksuele functiestoornissen. Deze ontstaan voornamelijk door psychische factoren, doch ze worden beleefd in de lichamelijke sfeer. Het ontgaat vele frigide vrouwen dat zij niet met lichaam en ziel van hun huwelijkspartner houden ; zij menen juist van wel, ze merken alleen dat het seksuele samenzijn een onaangename taak is in plaats van een bron van vreugde.
5. Psychosomatische stoornissen. We behandelen dit thema in par. IV.4.2.8. Tot hiertoe bespraken wij de gemeenschappelijke symptomen, maar zowel bij de angst- als bij de dwangneurose vinden wij specifieke symptomen, d.w.z. symptomen die eigen zijn aan de angstneurose resp. de dwangneurose.
  1. De angstneurose. Als ziekteverschijnsel komt de angst bij vrijwel elke psychose voor, maar hier vertegenwoordigt hij het belangrijkste en het meest in het oog springende symptoom. De angst bespraken wij reeds in een vorige paragraaf, maar hier wilde ik nog even opmerken dat de angstneuroticus doorgaans schuchter en gespannen is ; hij twijfelt aan zichzelf en is een onverbeterlijke zwartkijker. Vaak heeft hij hoge aspiraties, maar omdat er een leemte bestaat tussen zijn ambitie en zijn reële kunnen leidt dit tot gevoelens van onzekerheid en minderwaardigheid. De angstneurose is het meest voorkomende type van neurose en reageert meestal vrij goed op een ingestelde behandeling.
  2. De dwangneurose. Als een der voornaamste trekken van het dwangneurotische karakter geldt een pijnlijke nauwkeurigheid en preciesheid, een ware pietepouterigheid, vaak gepaard met een overmatige zuinigheid en soms een merkwaardige verzamelbehoefte. De dwangneurose wordt beleefd in de sfeer van de wil. Voorstellingen dringen zich op die de patient van zich af wil zetten, maar niet kan. Hij moet eraan denken en wanneer hij het niet doet, wordt hij angstig. De loketbeampte moet tussendoor dwangmatig een rekensommetje maken ; doet hij het niet dan kan hij niet verder met zijn werk. De meeste dwangneurotici vertonen ook een pathologische twijfel ( La folie du doute) : ze zijn er niet zeker van of zij een bepaalde handeling al dan niet verricht hebben. Zo moeten zij bijvoorbeeld ettelijke malen controleren of ze de gaskraan wel hebben uitgedraaid, soms tot wanhopig worden toe. De dwangneuroticus vertoont ook vaak fobieën, d.i. een specifieke angst waarvan de patiënt toegeeft dat hij ongegrond is, maar waardoor

hij niettemin gedomineerd wordt. Zo durven bepaalde lieden geen pleinen over te steken (pleinvrees of agorafobie), omdat ze overvallen worden door ondraaglijke angsten, ja zelfs door paniek. Andere fobieën zijn: claustrofobie (angst voor gesloten ruimtes), hoogtevrees en dergelijke.

In plaats van dwanggedachten komen ook aanschouwelijke beelden voor; deze schilderen soms een bijzonder afschuwelijke situatie. De dwangneuroticus houdt eindeloze, onvruchtbare beschouwingen over de obscene, dreigende of onaangename denkbeelden, voorstellingen en impulsen die zich aan hem opdringen.

Door dergelijke dwanghandelingen of -gedachten gekweld is het begrijpelijk dat de patiënt depressief wordt. Zulks kan hem tot zelfmoord drijven of ongeschikt maken voor de dagelijkse werkzaamheden. Dan komt het tot volledige inactiviteit, waarbij de zieke in kwellende besluiteloosheid in eindeloze herhalingen vervalt.

Dwangneurosen komen minder voor : ze zouden om en nabij 5 % der neurotische reactievormen uitmaken.

Om nu terug te komen op de etiologie van het alcoholisme herhalen we dat vele auteurs de neurose inculperen als een oorzakelijk moment. Howard JONES hecht veel belang aan een niet-opgeloste moederbinding. Hij wijdde een uitvoerige studie aan 92 mannelijke alcoholisten in Ontario (Canada). Daarbij blijkt, volgens hem, dat alcoholisten in regel afhankelijke ('dependent') individuen zijn. Een alcoholist, aldus JONES, wordt eerst overheerst door zijn moeder en is dan als het ware reeds psychisch 'gedrild' om te worden gedomineerd door de tweede vrouw in zijn leven, te weten: zijn echtgenote. Ook emotioneel is hij soms volkomen afhankelijk; hij neemt niet graag de verantwoordelijkheid voor iets en kan nooit beslissingen nemen. Hij is een modderaar. Zonder 'haar' gaat het hem slecht van de hand : ze zou niet eens mogen gaan winkelen, want dan blijft hij alleen. Het huwelijk van dergelijke mensen kan vergezeld zijn van sterke schuldgevoelens, omdat de echtgenote niet beschouwd wordt als een andere moeder, maar wel als de rivale van de werkelijke moeder, wat aanleiding kan geven tot conflicten. Volgens JONES komt het bij deze afhankelijke types tot excessief drinken omdat ze zich tijdens het drinken volledig afhankelijk en hulpeloos gevoelen, wat hun behoefte aan afhankelijkheid bevredigt.

Andere theorieën leggen de nadruk op het voorkomen van een minderwaardigheidscomplex of van een 'social maladjustment' of van een regressie in het orale stadium enzovoort.

Hoe het ook zij, wij mogen niet uit het oog verliezen dat niet elke neuroticus een alcoholist wordt, zomin als elke alcoholist een neuroticus hoeft te zijn. Hier moge ik verwijzen naar LOVELLS theorie, die we in het begin van deze paragraaf naar voren brachten. LOVELL beschouwt het alcoholisme als het samenspel van een

neurose en een lichamelijke gevoeligheid t.a.v. alcohol. Mag ik opmerken dat JELLINEKS delta-alcoholisten evenwel meestal geen neurotici zijn. Daarom schijnt mij LOVELLS theorie onjuist.

Een specifieke alcoholneurose werd overigens nooit aangetoond, en zelfs als de drinker een neuroticus was voor het initiale drinken begon, bewijst dit niet dat het alcoholisme het gevolg van deze neurose moet zijn ('post hoc, ergo propter hoc'). Het kan het symptoom van een neurose zijn, maar het hoeft dit niet te zijn. Daarenboven moet het feit dat alcohol een bepaald probleem of een bepaalde situatie of een bepaald conflict 'oplost', niet noodzakelijk betekenen dat die situatie of dat conflict of dat probleem op neurotisch niveau lag. Men kan inderdaad aannemen dat alcohol de eigenschap heeft problemen e.d. 'op te lossen' en toch de gedachte van de hand slaan dat alle, of althans de meeste alcoholisten neurotici zijn. Om deze paragraaf te besluiten mogen wij stellen dat, bij bepaalde alcoholisten, een neurose inderdaad als etiologisch moment van hun alcoholisme kan worden aanvaard, met name bij degenen die bij het initiale drinken ontdekten dat ze hun symptomen konden 'afreageren'. Ook KRAUS meent: '... Dat een neuroticus tot verslaving zal neigen, wanneer hij klachten heeft die op een vegetatieve disregulatie berusten, die door het verslavingsgif enigermate wordt bestreden...: Door het leerproces volgens CONGER enerzijds en door de regressiedrift anderzijds, wordt een bestendigen, d.i. het instellen van een psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol, bewerkstelligd. De verslavings symptomen tenslotte (controleverlies, 'craving' e.d.) dienen m.i. op rekening gezet te worden van bepaalde fysiopathologische processen, die zich van lieverlede bij de drinker gaan afspelen.

#### **4.4.2.4 DE PSYCHOPATHIE**

Ook de psychopathie werd herhaalde malen beschouwd als een etiologisch moment van het alcoholistische drinken.

Psychopaten lijden niet speciaal aan een of ander intelligentiedefect, zij worden niet, zoals neurotici gekweld door angsten of geremd door conflicten noch ook leven zij teruggetrokken in hun fantasiewereld, zoals bijvoorbeeld psychotici. Desondanks kunnen zij zich evenmin in de samenleving inpassen. In feite kunnen wij, samen met KRAUS en SCHNEIDER, de psychopathie definiëren als : 'een disharmonische ontwikkeling van het karakter van een zodanige graad dat de betrokkene zelf en de maatschappij eronder lijdt'. Psychopaten zijn geboren zwervers, rusteloze antisociale karakters, die alles en iedereen wantrouwen en liever liegen en stelen dan zich te binden aan vast werk. Hun hele leven lang blijven zij agressieve, balsturige 'probleemkinderen'.

De afgrenzing van de psychopathie t.a.v. de psychosen en t.a.v. het normale

geestesleven is buitengewoon moeilijk ; ook de afbakening van de psychopathie tegenover de neurosen brengt moeilijkheden met zich mee. In theorie formuleert men het onderscheid tussen deze twee op de volgende wijze: zowel neurotici als psychopaten zijn gestoord in hun betrekkingen met de omgeving. Psychopaten leven zich a- en antisociaal uit, gedreven door ongecoördineerde driften, maar zonder remmende angsten. Neurotici daarentegen hebben inzicht in de realiteit van hun toestand, zonder daarom wellicht de 'Urzusammenhang' ervan te begrijpen ; ze lijden echter wel onder angstgevoelens en zijn agressief en voor de beteugeling daarvan hebben ze een grote hoeveelheid psychische spanningsenergie nodig.

Men heeft gemeend dat de psychopathie aangeboren zou zijn. De stoornis bestaat in ieder geval levenslang en treedt meestal niet later dan de adolescentie op. Lichte vormen van debiliteit en vele, met defect genezen, schizofrenen kunnen een psychopatisch beeld aan den dag leggen. Tegenwoordig is men geneigd, wat de etiologie van de psychopathie betreft, een grote betekenis toe te schrijven aan verwaarlozing (ontbreken van liefde en ontbreken van evenwichtige ouders), alsook aan psychische traumata gedurende de kinderjaren. Dit wordt, volgens WEST, weerspiegeld zowel in hun rusteloze zwervende levens en hun argwanende antisociale houding, als in hun seksualiteit die op een onrijp niveau blijft steken.

Wat de symptomatologie van de psychopathie aangaat, noteren wij psychische en lichamelijke kentekenen. Het meest opvallende lichamelijke symptoom is het infantiele patroon van het EEG (elektro-encefalogram) ( grafische weergave van elektrische stroom in de hersenen, die daar wordt opgewekt door psychische processen of door ziekte-toestanden. Hulpmiddel bij de diagnose van hersenaandoeningen.), dat we bij een groot aantal dezer zieken aantreffen. Dit patroon treffen we normaal bij kinderen aan.

Psychisch treedt de infantiliteit van het gevoelsleven op de voorgrond. STAFFORD-CLARK schrijft: Deze mensen zijn impulsief, zonder pit, ze worden 'nooit wijzer' (d.w.z. ze leren nooit van hun ervaringen), ze spannen zich bij vlagen overmatig in, maar houden niet vol, ze zijn innemend, maar onoprecht, veeleisend, maar zelf weinig hulpvaardig, nergens aardend en ... ongelukkig. Overziet men hun leven, dan hebben ze steeds een ander baantje ('twaalf ambachten, dertien ongelukken'), en maar weinig duren langer dan zes maanden ; sommige worden na een paar dagen al weer opgegeven... Vaak komen ze, ondanks een intelligentieniveau dat vaak boven het gemiddelde ligt, door mislukking op mislukking tot verslaafdheid aan narcotica en alcohol, tot zelfmoord of prostitutie...'. Soms kan reeds een manifeste psychopathie voorkomen in de kinderjaren, men meent dat deze gekenmerkt is door een triade, met name: stelen, snoepen, zwerven.

Hoe het ook zij, dacht ik wel dat de psychopathie een etiologisch moment kan zijn bij sommige alcoholisten, te weten bij die alcoholici, waar door het initiale drinken een verlichting van het subjectieve beleven ontstaat. Bepaalde alcoholisten zijn dus inderdaad psychopaten, en daardoor wordt hun alcoholisme in het leven geroepen. Ik wens echter te beklemtonen dat dit bij vele andere alcoholisten zeker niet het geval is. Ook hier gelden de overwegingen betreffende het leerproces volgens CONGER, de regressiedrift en bepaalde fysiopathologische processen, die zich kunnen afspelen en waardoor het initiale drinken wordt bestendig resp. een verslaafd patroon aanneemt.

#### **4.4.2.5 LATENTE HOMOSEKSUALITEIT**

Diverse auteurs menen dat het voorkomen van latente homoseksualiteit kan leiden tot een vlucht in het alcoholisme, als een wijze waarop latente homoseksuelen aan hun conflicten zoeken te ontkomen. Misschien is het nuttig hier even enige begrippen scherp te stellen over de seksualiteit om de verdere uiteenzetting te verduidelijken.

Wanneer er over seksuele gewoontes gesproken wordt, blijkt dat zowel wetenschappelijke onderzoekers als leken vaak uitgaan van de veronderstelling dat er mensen bestaan die 'heteroseksueel' en andere die 'homoseksueel' zijn (, Homoseksualiteit,' de aantrekking, gepaard met seksuele bevrediging, tussen individuen van hetzelfde geslacht. Heteroseksualiteit,' de aantrekking tussen personen van verschillende seksen ; het tegengestelde van homoseksualiteit. 'Biseksualiteit,' seksuele genegenheid, in variërende sterkte, voor beide geslachten.); dat deze twee types elkaars antithese vormen in de wereld van het seksuele, en dat er slechts een onbetekenende klasse 'biseksuelen' bestaat, die, vergeleken met de andere groepen een tussenpositie inneemt. Men neemt hierbij stilzwijgend aan dat elk individu in wezen uitsluitend heteroseksueel resp. uitsluitend homoseksueel is.

Deze opvattingen zijn echter niet wetenschappelijk gefundeerd en we mogen zelfs de mogelijkheid opperen dat ze fictief zijn. Wij moeten erop attenderen dat de wetenschappelijke uitspraken op dit punt vaak op weinig meer berusten dan op hetzelfde soort indrukken betreffende homoseksuelen dat men bij 'the man in the street' aantreft.

In zijn veelbesproken en veelomstreden rapport, kwam KINSEY tot de opmerkelijke vaststelling dat de heteroseksualiteit resp. de homoseksualiteit van een persoon niet altijd een zaak van 'alles of niets' is. De bevolking kan, volgens hem, niet in twee geheel verschillende groepen worden ingedeeld: eensdeels een heteroseksuele groep en anderdeels een homoseksuele. Het zijn niet of schapen of bokken. Alle dingen

zijn niet of wit of zwart. Het is waar, zegt KINSEY, dat men personen vindt die uitsluitend heteroseksuele ervaringen hebben gehad, zowel wat hun concrete gedragingen als wat hun psychische reacties aangaat, zoals het eveneens waar is dat er personen bestaan met uitsluitend homoseksuele ervaringen. Ook is het waar, vervolgt KINSEY, dat er biseksuele personen bestaan, dat wil zeggen: personen, die zowel heteroseksuele als homoseksuele omgang of reacties hebben gehad. Bij sommige biseksuelen overheersen de heteroseksuele ervaringen, bij andere de homoseksuele, terwijl er ook biseksuelen gevonden worden met een gelijk aantal ervaringen van beiderlei soort.

Tot nu toe zijn er geen fundamentele tegenstrijdigheden op te merken tussen KINSEYS visie en de gangbare mening: beide aanvaarden inderdaad de classificatie in heteroseksuelen, homoseksuelen en biseksuelen. Toch zijn er relevante verschillen, waarvan ik er hier slechts een wil belichten. De 'klassieke' theorie gewaagt van een te verwaarlozen aantal biseksuelen, terwijl KINSEY daarentegen formuleert dat een vrij aanzienlijk deel der bevolking zowel heteroseksuele als homoseksuele omgang of reacties heeft gehad. Hoe aanzienlijk dit deel wel is, blijkt uit de door KINSEY naar voren gebrachte cijfers: bijna de helft (46 %) der bevolking, zegt KINSEY, heeft zowel hetero- als homoseksuele omgang, of reageert althans op personen van beide seksen. In de meesten van ons is de homoseksualiteit dus latent aanwezig en de opvatting dat homoseksuele gedragingen alleen al wijzen op een psychopathische persoonlijkheid, zoals bepaalde schrijvers willen doen geloven, wordt door KINSEYS cijfers in een zeer twijfelachtig licht gesteld.

Ik meen me te mogen aansluiten bij KINSEYS visie. Als homoseksuele ervaringen en gedragingen op zo'n grote schaal voorkomen als inderdaad het geval is, hoewel de communis opinio deze sterk afkeurt, dan is er wel reden te geloven dat deze gedragingen bij nog veel meer mensen zouden optreden als de maatschappij ze onbeperkt toeliet. Er zijn veel 'latente' homoseksuelen, die ons onbekend blijven uit vrees voor de maatschappelijke en religieuze taboes.

De 'vlucht' in het alcoholisme nu, is reeds sedert lang door de psychiaters erkend als een manier waarop latente homoseksuelen aan hun conflicten zoeken te ontkomen. Het gevoel van ontspanning en euforie, dat door de alcohol veroorzaakt wordt, is voor de door zijn conflict geplaagde als manna. Bovendien stelt het drinken een man in de gelegenheid, zonder de gebruikelijke distantie, in mannengezelschap te verkeren zonder dat er iets van gezegd wordt en biedt daardoor een bijzonder aantrekkelijke uitlaat voor de latente homoseksueel. Ik citeer ESSER, waar hij de aandacht vestigt op het voorkomen van homo-erotische tendensen: '... We vinden ze (d.i. de tendensen; noot van de schrijver) veelvuldig in de cafés, bijvoorbeeld in de behoefte van mannen aan de bar te hangen, met de armen om elkaar. Er drukt zich

niet slechts een behoefte in uit naar een oppervlakkig geestelijk contact, maar ook een verlangen naar lichamelijke toenadering. De behoefte geliefd en gestreeld te worden is dikwijls bijzonder groot, vooral als de drinker neurotische ouders heeft gehad...'

De vlucht in het alcoholisme is een der mechanismen waarmee latente homoseksuelen hun conflicten kunnen afreageren. WEST en ROSANOFF attenderen op het bestaan van andere uitlaatkleppen ; zo kunnen, volgens hen, heftige reacties tegen homoseksuele neigingen leiden tot paranoïde wanen, neurose, zelfmoordneigingen, verslaving aan verdovende middelen en merkwaardige vormen van misdadig gedrag.

Hoe dit alles ook zij, ik houd het erop dat niet alle latente homoseksuelen alcoholici worden of dat alle alcoholisten latente homoseksuelen zijn. Wel geef ik toe dat latente homoseksualiteit in sommige gevallen het initiale drinken op gang kan brengen, met name bij die individuen, die door de alcohol hun conflicten konden afreageren. Het leerproces volgens CONGER en de regressiedrift zijn verantwoordelijk voor de bestendigheden van het initiale drinken bij dergelijke personen. De verslaving in farmacologische zin tenslotte, stelt zich in door middel van tot nu toe onbekende fysiopathologische processen.

#### **4.4.2.6 PSYCHOANALYTISCHE THEORIEËN**

Volgens JELLINEK is de kern van deze theorieën gebaseerd op de visie van RADO en KNIGHT ; schematisch voorgesteld komt deze op het volgende neer : het individu voelt zich bedreigd in de bevrediging van zijn oraal-narcistische neigingen, dit gaat vergezeld van angst, wat aanleiding geeft tot drinken.

In dit verband lezen we bij ESSER: Vele drinkers zijn orale drinkers, d.w.z. mensen die gefixeerd gebleven zijn aan de zuigelingenleeftijd, waarin zij zich de wereld toeëigenden door middel van de mond. Dit accentueert de behoefte aan veiligheid en het streven naar gevoelens van eigenwaarde, wat typisch infantiele behoeften zijn. De liefde voor het eigen zelf en de streling der zinnen wordt gezocht. En in de roes wordt dit alles beleefd en komen deze behoeften tot een schijnbevrediging. (VANDERPOOL is een andere mening toegedaan. Uit een door hem verrichte studie meent hij te mogen besluiten dat de alcoholist van zichzelf een zeer lage dunk heeft. Zelfs gedurende het drinken zou hij zich niet anders voelen. Eigenlijk, zo zegt VANDERPOOL, poogt de drinker zijn toch al op een lage pit staande eigendunk te voeden en nieuw leven in te blazen.) De orale bevredigingen beperken zich niet tot het innemen van dingen door de mond ; zij drukken zich niet uit door onmatig drinken alleen, maar ook in onmatig roken, in veel en dikwijls luidruchtig praten, in snoepen en zwetsen (noot van de schrijver) : ook het



duimzuigen behoort tot deze categorie !...'

Uit ESSER citeren we, wat de psychoanalytische theorieën betreft, nog het volgende opmerkelijke: Aan alle verslaving zou ten grondslag liggen dat de moeder, naar wie de alcoholist verlangt, hem nooit veiligheid heeft geboden. Daarom is hij vervuld van haat. De verslaving moet gezien worden als een bescherming tegen het gedrukt-zijn. De psychoanalytische opvatting van de verslaving is dat zij moord en zelfmoord symboliseert. De alcoholist drinkt als het ware zijn moeder op, keert terug in haar schoot, in vergetelheid. Het dwingend karakter van het verslaafde drinken wordt gezien als de noodzakelijkheid zich van schuldgevoelens te bevrijden. Misdad en straf worden versmolten tot de geseling van het drinken.. .'

Ook BERGLER heeft in het drinken vooral een zich schadeloos willen stellen gezien voor een oraal tekort.

Ik haal nogmaals ESSER aan : De alcoholisten zouden zich willen wreken. Onbewust zouden ze steeds situaties zoeken waarin zij teleurgesteld worden. In zogenaamde zelfverdediging werpen ze zich op zeer agressieve wijze op hun denkbeeldige vijanden. Ze zijn vol zelfbeklag en scheppen daarin een masochistisch genot...'. Toch geeft JELLINEK als zijn oordeel te kennen - en ik meen het hiermee eens te kunnen zijn - dat de psychoanalytische conceptie niet zeer veel licht verschaft betreffende de etiologie van het alcoholisme. JELLINEK verwijst naar de studie van BUTTON die ernaar streefde de psychodynamische hypothesen te valideren door middel van psychometrische tests. (Onder psychometrie verstaat men: 1. de statisch-mathematische bepaling van de intelligentie ; 2. dito van elke geestelijke activiteit.) BUTTON kwam tot een nauwgezet schema van de psychodynamische factoren in het alcoholisme. Maar hij wijst erop: Dat de psychodynamische factorenconstellatie die we bij alcoholisten vinden, evengoed bij andere individuen kan voorkomen zonder tot alcoholische gedragingen te leiden...'

Resumerend mogen wij besluiten dat door psychoanalytische factoren het initiale drinken van sommige, maar zeer zeker niet van alle alcoholici, verklaard zou kunnen worden. De bestendiging van het drinken en het verslavingsproces komen op rekening van de reeds vaak genoemde andere factoren, zoals het leerproces volgens CONGER en de regressiedrift resp. de ons tot nu toe onbekende fysiopathologische momenten.

#### **4.4.2.7 REGULATIESTOORNISSEN**

ESSER poneert een opmerkelijke theorie : hij meent dat een stoornis in het regulatiecentrum (Het regulatiecentrum ligt in de thalamus of de hypothalamus (d.i. een gedeelte der tussenhersenen) en speelt een gewichtige rol in de regeling van

diverse vegetatieve functies van het organisme.) tot alcoholisme zou leiden. Hij wijst erop dat: 'Het geen maat kunnen houden een kernsymptoom is van het alcoholisme...'. We letten doorgaans te veel en te uitsluitend op het onmatige drinken, zegt ESSER, en hebben daardoor geen aandacht voor het geen maat kunnen houden op ander gebied, bijvoorbeeld op het gebied van roken. De alcoholist eet of onmatig veel of hij eet in het geheel niet. Hij slaapt of de gehele dag of hij ligt de gehele nacht wakker. Hij werkt of in het geheel niet of hij werkt tot diep in de nacht. Hij drinkt of onmatige hoeveelheden, niet alleen alcoholica, maar ook koffie e.d., of hij drinkt in het geheel niet. Ook op seksueel gebied zien wij naast onmatigheid seksuele onthouding. Zeer opvallend is dat vele alcoholisten gierig zijn, zodra ze nuchter zijn, om met geld te smijten zodra ze onder invloed zijn gekomen... de alcoholist is minder goed uitgebalanceerd gebleven. Hij is aan sterkere schommelingen onderhevig gebleven van zijn bloeddruk, van het suikergehalte in zijn bloed en van de tijd waarin zijn maag zich ontledigt. Alcohol betekent schijnbaar grotere stabiliteit voor iemand die onevenwichtig is.'

Volgens ESSER komen deze onmatigheid en deze schommelingen op rekening van een disregulatie van het regulatiecentrum. Hij ziet alcoholisten als mensen die aan het aantal constanten in hun bloed nog een nieuwe willen toevoegen: '...naast suiker, calcium, water enzovoort, zegt ESSER, willen ze steeds wat ethylalcohol in hun bloed hebben voor de bevrediging van bepaalde behoeften. Op de vraag welke die behoeften zijn kan het dierexperiment, aldus ESSER, geen bevredigend antwoord geven, omdat de mens in vele opzichten verschilt van het dier.

Het is m.i. zeer goed denkbaar dat stoornissen in het regulatiecentrum kunnen leiden tot het initiale drinken en dit zelfs zouden kunnen bestendigen, in coöperatie met de reeds vaak genoemde regressiedrift en met het leerproces volgens CONGER. Toch zijn hier, zo dacht ik, enige vraagtekens op zijn plaats :

1. Er zijn individuen met sterke schommelingen van hun bloeddruk, van het suikergehalte van hun bloed e.d., m.a.w. personen die regulatiestoornissen vertonen, en die nochtans nooit alcoholist worden. Stoornissen van het regulatiecentrum alleen blijken dus niet tot alcoholisme te leiden bij iedereen: er moet nog een andere factor zijn (JELLINEKS factor 'X' ?). Zij kunnen echter wel verklaren, waarom sommige drinkers terstond controleverlies vertonen, en andere eerst na jaren.
2. Wij kunnen ons afvragen of de regulatiestoornissen niet secundair kunnen zijn aan het voortgezette, excessieve drinken. M.a.w. : zijn in ESSERS hypothese oorzaak en gevolg soms niet verwisseld ? Om het nog anders uit te drukken: is het alcoholisme soms niet eerder de oorzaak van de regulatiestoornissen in plaats van er het gevolg van te zijn ?

Wat deze laatste vraag aangaat zouden we ons inderdaad kunnen funderen op de symptomatologie van het alcoholisme. Uit JELLINEKS 'Phases of Alcohol Addiction' lichten we deze passage: In de prodromale fase is de alcoholconsumptie reeds hoog, maar niet opvallend doordat ze geen uitgesproken, aperte intoxicaties teweegbrengt. Toch valt het drinken reeds uit de toon, doordat het de 'normale' d.i. de sociaal aanvaarde hoeveelheid overschrijdt. Het drinken bereikt een stadium, waarin metabolische en nerveuze stoornissen aan het licht treden...'. En bij ESSER vinden we eveneens betreffende de prodromale fase: '... Het drinken is al zodanig frequent in dit stadium dat het storend begint in te werken op de stofwisseling. Wij vinden afwijkingen in de functies van het centrale zenuwstelsel, met name in de regulatiemechanismen. De slaap wordt slecht. Er wordt niet meer ontbeten...'

Hieruit blijkt, mijns inziens, dat de regulatiestoornissen, zoals ESSER ze noemt, of de metabolische en nerveuze stoornissen, volgens JELLINEKS terminologie, voorafgegaan worden door een periode van zwaar, i.e. excessief drinken. Er bestaan dus alleszins regulatiestoornissen die secundair zijn aan het drinken ; of er primaire bestaan die het drinken op gang brengen, weet ik niet, hoewel dit zeker niet uitgesloten is. Anderzijds is het ook denkbaar dat er lichte, imperceptibele stoornissen bestaan in het regulatiecentrum, die slechts apert worden na het voortgezette, excessieve drinken. Jammer genoeg werden zulke imperceptibele stoornissen nooit proefondervindelijk vastgesteld in het premorbide stadium.

Het zou alleszins wenselijk zijn het regulatiemechanisme en wat ermee samenhangt grondig te bestuderen.

#### **4.4.2.8 DE PSYCHOSOMATISCHE CONCEPTIE**

Een psychosomatose, d.w.z. een psychosomatische aandoening, is de lichamelijke uitdrukking van niet-afgeregende emotionele spanningen. Ze vindt haar oorsprong in de normale fysiologische expressiemechanismen van emoties, die echter pathologisch worden door het chronisch worden van de niet-afgeregende emotionele spanningen.

Het is namelijk zo dat wij onze emoties uitdrukken door fysiologische processen: droefheid door tranen, vreugde door de lach, schaamte door de blos. Alle emoties nu gaan gepaard met fysiologische veranderingen: vrees met hartkloppingen, woede met een versnelde pols, verhoogde bloeddruk en wijzigingen in het metabolisme der koolhydraten ; vertwijfeling met het in- en uitademen, dat men gedoopt heeft met de naam van 'zuchten'. Er is dus een - overigens ingewikkelde - interactie van psyche en lichaam (soma), vandaar de term 'psychosomatisch'. De inwerking van deze emoties zou voornamelijk geschieden via het vegetatieve zenuwstelsel (Het

vegetatieve of autonome zenuwstelsel is het «eigenwettige», onwillekeurige zenuwstelsel, dat niet rechtstreeks aan de wil onderworpen is en de vegetatieve functies van het lichaam reguleert, zoals klier-, hart- en ingewandsfuncties.) en het hormonale systeem (bijnieren, hypofyse).

Een emotionele gebeurtenis gaat dus steeds vergezeld van fysiologische verschijnselen. Woede bijvoorbeeld, we schreven het reeds, gaat gepaard met de volgende verschijnselen op fysiologisch niveau : versnelling van het hartritme, verhoging van het adrenalinegehalte in het bloed, verhoging van de bloeddruk en wijzigingen in het koolhydratenmetabolisme. Als nu deze emotie volledig afgereageerd kan worden, worden de begeleidende fysiologische processen, na afloop, weer genormaliseerd. Dat wil zeggen: als de woede ongeremd haar natuurlijke verloop kan volgen, verdwijnen de fysiologische verschijnselen achteraf : het hartritme, de bloeddruk enzovoort worden van lieverlede weer normaal. Hier staat men als het ware voor een afgesloten proces van prikkel en reactie, dat geen verdere invloed meer kan uitoefenen op het organisme.

Zeer dikwijls echter, vooral in onze geciviliseerde wereld, is dit natuurlijke verloop onmogelijk en moet de conflictsituatie op een andere manier verwerkt worden. Zulks kan op twee wijzen plaatsvinden, te weten op onbewust niveau of op bewust niveau.

1. Op onbewust niveau. Dan heeft er een 'verdringing' in engere zin plaats. D.w.z. de emotie die met een uiterlijke hinderpaal in botsing kwam, wordt diep in het onderbewustzijn begraven, 'verdrongen' zoals het psychologische jargon luidt. Van daaruit kan zij de gedragingen verder blijven beïnvloeden en eventueel aanleiding geven tot compensatiemechanismen van neurotische aard.
2. Op bewust niveau. Hier speelt dan het mechanisme van de beheersing of remming. D.w.z. dat de persoon zijn onaangename gevoelsinhouden beseft, maar de ontlading ervan bewust remt. In dit geval blijft een psychische spanning met haar begeleidende fysiologische component bestaan. Zo blijft bijvoorbeeld bij een geremde agressie een bloeddrukstijging bestaan, die de normale vegetatieve begeleiding is der agressie. In dit geval zullen de fysiologische veranderingen ook tot de norm terugkomen, althans in het begin, maar veel trager dan dit bij het normale beloop der emotie gebeurt. Als echter de emotie steeds maar weer de kop opsteekt, d.i. chronisch wordt, en steeds maar weer bewust geremd wordt, dan zullen deze begeleidende fysiologische verschijnselen gaandeweg niet meer genormaliseerd worden. Er ontstaan dan chronische wijzigingen in de fysiologische en chemische bloedconstanten. Zulks geeft aanleiding tot het in het leven roepen van 1. functionele letsels ; 2. organische letsels; 3. functionele letsels die achteraf organisch worden. (Een deel der

psychosomatische aandoeningen berust op een stoornis in de functie (functionele letsels) ; dat wil zeggen dat er in het betroffen orgaan geen anatomische veranderingen gevonden worden. Als voorbeeld moge ik de psychosomatische impotentie citeren: de geslachtsorganen zijn in dit geval anatomisch volkomen normaal, maar ze blijven in gebreke waar het hun functie betreft. Andere psychosomatische aandoeningen vertonen integendeel van het begin af duidelijke, kenschetsende anatomische afwijkingen (maagulcus, colitis ulcerosa). Nog andere aandoeningen kunnen zich eerst op functioneel niveau uiten om pas geruime tijd later tot anatomische afwijkingen te leiden (voorbeeld: hypertensie).

Men schat dat eenderde der patiënten die zich op het spreekuur van de huisarts aanbieden, geen organische letsels vertonen - wat de hartspecialist of de maagdarmarts betreft zou dit cijfer zelfs 50-60 % bedragen; dit zijn zuivere psychosomatische gevallen. Bij nog een derde zijn de klachten buiten verhouding tot de gevonden afwijkingen: psychosomatische overdrijving. Het resterende derde der patiënten is louter organisch ziek. Een huisarts dient dus bij tweederden van zijn 'cliënteel' rekening te houden met intercurrente psychische invloeden. Mag ik er ook uw aandacht op vestigen dat de door deze patiënten geuite symptomen echt en niet verzonnen zijn. Alhoewel het vaak om zeer vervelende zieken gaat met een lange, diffuse klachtenreeks, die bij objectief onderzoek (klinisch, elektrisch, radiografisch, chemisch enzovoort) niets abnormaals vertonen, behalve dan misschien voor enkele aandoeningen, zoals o.m. maagulcus en hypertensie, is het een grove kunstfout ze te doodverven als 'neuropatische' patiënten, waarvan de arts zich, het liefst zo snel mogelijk afmaakt omdat de klachten als onbestaande worden beschouwd ('le malade imaginaire').

De voornaamste psychosomatische aandoeningen zijn :

1. Cardiovasculaire symptomen: zwaartegevoel, zelfs pijn in de hartstreek vooral bij rust en minder bij krachtsinspanning; hartkloppingen; migraine; witte, dode vingers (fenomeen van RAYNAUD) ; aanvallen van syncope.
2. Ademhalingssymptomen: luchthonger met verstikkingsgevoel; beklemming op de borst ; astma.
3. Maag-darmstelsel: braken ; diarree; gevoel van 'bol' in de keel; maagulcus ; colitis ulcerosa.
4. Gewrichtspijnen zonder objectieve afwijkingen, tenzij wat geknars bij het bewegen.
5. Spierpijnen, spiercontracties of spierspasmen. Ten gevolge van vijandige gevoelens, die bewust geremd worden, wordt zeer vaak een verhoogde spiertonus in het leven geroepen, die vooral sterk uitgesproken is gedurende de slaap. Als gevolg van deze verhoogde spiertonus ontstaan dan hoofdpijn, nekpijn, rugpijn,

lendepijn (de in de geneeskunde beruchte 'low back pain'.)

6. Genito-urinaire symptomen: frigiditeit; gebrek aan libido; impotentie.

Ook het alcoholisme zou, althans volgens bepaalde schrijvers, een functionele uiting zijn van chronische, geremde emoties met hun begeleidende fysiologische en chemische veranderingen. Later kan deze psychosomatose gepaard gaan met organische letsels, zoals levercirrhose, delirium tremens en dergelijke.

De psychosomatische theorie betreffende de etiologie van het alcoholisme is ongetwijfeld een bekoorlijke theorie. Toch meen ik dat enige bezwaren naar voren kunnen worden gebracht :

1. Wij bespraken omstandig het hemelsbrede verschil tussen JELLINEKS alfa-alcoholist en de (gamma) -alcoholist. Beiden zijn excessieve drinkers, maar het alfatype wordt nooit verslaafd in farmacologische zin, terwijl de (gamma)-alcoholist dit wel wordt. Deze legt inderdaad vroeg of laat controleverlies, onthoudingsverschijnselen e.d. aan den dag. Dezelfde psychologische momenten die het initiale drinken op gang brengen en de factoren die het bestendigen vormen wellicht de opheldering zowel voor het excessieve drinken van JELLINEKS alfatype als voor dat van de alcoholist. Maar hier eindigt de gelijkenis. Bij de alcoholist immers moet men bedacht zijn op een bijkomende factor (JELLINEKS factor 'X' ?), die op een ons tot nu toe onbekende wijze leidt tot veranderingen in het celmetabolisme en daardoor een farmacologische verslaving teweegbrengt.

2. Wij zagen dat de psychosomatische momenten hun invloed uitoefenen waarschijnlijk via o.m. de bijnieren en de hypofyse. De daardoor in het leven geroepen chemische stoornissen zouden verantwoordelijk zijn voor de etiologie van het alcoholisme. Toch moeten we ons afvragen of deze chemische stoornissen niet eerder het gevolg dan de oorzaak van het alcoholistische drinken zijn.

Om te besluiten, kunnen we zeggen dat het op het huidige ogenblik moeilijk uit te maken is of het bij het alcoholisme al dan niet om een psychosomatose gaat. Wij mogen niet vergeten dat ook de geneeskunde haar modesnuffjes kent en dat het op de dag van vandaag tot de bon ton behoort zich te sieren met de term 'psychosomatisch'. Meer research op het gebied van het alcoholisme zal misschien uitkomst geven over deze moderne conceptie: qui vivra, verra.

#### **4.4.3 De bestendinging van bet initiale drinken**

Betreffende de psychologische theorieën over het ontstaan van het alcoholisme, bespraken wij tot nu toe de diverse momenten die het initiale drinken kunnen introduceren. Wij merkten reeds verscheidene malen op dat er voor de bestendinging

van dit initiale drinken andere mechanismen werkzaam zijn. Men vermoedt dat de twee voornaamste zijn: 1. de regressiedrift en 2. het leerproces volgens CONGER. JELLINEK attendeert op het bestaan van een derde mechanisme, met name het 'genot' waarover ik, volledigheidshalve spreek, ofschoon het in mijn ogen niet zoveel gewicht in de schaal legt als de twee andere mechanismen.

#### 4.4.3.1 HET GENOT

Men heeft gemeend dat het door de alcohol teweeggebrachte genot een rol speelt als etiologisch moment in het alcoholisme; het ligt voor de hand dat een substantie, die de eigenschap bezit een euforie te verwekken, gemakkelijker aanleiding kan geven tot een verslavingsziekte. Het genot schijnt echter niet het initiale drinken in te zetten. Bij JELLINEK lezen we dienaangaande: Volgens WEXBERG is het stellig zo dat de extreme zucht naar een specifiek genot (d.i. de 'psychologische craving'; noot van de schrijver) een

fenomeen is dat we bij alle verslaafden aantreffen, secundair aan de verslaving : door de zich geleidelijk ontwikkelde aftakeling van alle levenswaarden (persoonlijkheidsmetastase) blijft enkel over specifieke chemische bevrediging, van welke aard deze ook moge zijn. Toch moeten wij rekening houden met het mogelijke bestaan van een primair verhoogde genotzucht, die samen met een groot aantal medewerkende factoren, de verslaving zou kunnen verklaren.. .'

JELLINEK geeft als zijn oordeel te kennen dat we het recht niet hebben om een aan het alcoholisme vooraf bestaande 'genotzuchtige persoonlijkheid' (in de zin van 'craving') te bestempelen met de naam 'predisponerend voor alcoholisme'. Volgens hem is een dergelijke theorie ongeoorloofd, omdat dit een meetbare libido impliceert, wat geen werkhypothese geacht kan worden.

Ook POHLISCH vindt dat het genotselement het drinken bestendigt veeleer dan het in te leiden. Ik haal weer JELLINEK): aan : Het is niet de vlucht uit de realiteit, maar wel een positieve bestaansaffirmatie die het individu tot drinken aanzet. Als iemand de door de alcohol veroorzaakte euforie herhaaldelijk ervaart, zal er zich bij hem een behoefte aan genot ontwikkelen. Hoe meer iemand alcohol gebruikt als een middel om genot te zoeken, hoe groter het gevaar is dat die iemand alcoholist wordt, zelfs bij die individuen die geen voorafbestaande psychiatrische of psychologische anomalieën aan den dag legden. Andere individuen hebben abnormale persoonlijkheden en worden alcoholist, niet zozeer uit genotzucht als wel uit behoefte aan een vergift...'

Persoonlijk ben ik het met de volgende visie eens :

1. dat het genot het initiale drinken niet introduceert, en
2. dat het genot wel een oorzaak kan zijn van de bestendinging van het initiale drinken, maar dan toch eerder een mineure.

#### **4.4.3.2 DE REGRESSIEDRIFT**

Wij omschreven reeds vroeger de regressiedrift. Wanneer een levend organisme voor een bepaalde moeilijkheid een oplossing gevonden heeft, ontstaat er zoiets als een 'baan'. Bij elke nieuwe soortgelijke moeilijkheid wordt dan in de eerste plaats de oude oplossing beproefd ; zo ontstaan bepaalde oplossings-schemata, ik zou haast durven zeggen 'automatismen'.

De regressiedrift zou gedeeltelijk aansprakelijk kunnen zijn voor de bestendinging van het initiale drinken. Stellen wij bijvoorbeeld een bepaald individu met angsten, frustraties, spanningen, conflicten of weet ik veel. Op een of ander ogenblik komt dit individu in contact met de drug alcohol en een dergelijk contact moet in onze moderne samenleving vroeg of laat plaatsvinden, wegens de sociale functie van de alcohol. Bij dit eerste treffen doen zich twee mogelijkheden voor:

1. Het individu stelt vast dat de alcohol hem iets doet. Hij verkeert erdoor in een euforie, in een 'relax' -toestand en hij reageert zijn angsten, spanningen e.d. af. Gedeeltelijk door de regressiedrift, gedeeltelijk door het leerproces volgens CONGER en wellicht gedeeltelijk door het 'genot' herhaalt hij dit drinken, wanneer dezelfde situatie zich voordoet en hij wordt op die manier van lieverlede psychologisch afhankelijk van de alcohol. Hierdoor wordt zijn initiale drinken bestendigd.
2. Het individu stelt vast dat de alcohol hem niets doet. Het drinken van alcoholica raakt zijn koude kleren niet ; hij wordt niet euforisch, niet 'gerelaxeerd'. Zijn eventuele angsten, spanningen e.d. (Alcoholisten vergeten licht dat ook niet-alcoholici 'problemen' heb. Zulks is toch inherent aan het menszijn !) worden helemaal niet afgereageerd, hoewel hij misschien wel boven zijn theewater was. Mensen die door hun eerste drinken niet in de zevende hemel komen, zullen dan ook niet de regressiedrift en/of het leerproces zien aanslaan. Voor hen immers betekent alcohol niets omdat hun wereld er niet drastisch door veranderd wordt. Deze mensen zullen dan ook steeds 'sociale drinkers' blijven en het is om het even of ze bij een samenzijn met anderen koffie, thee of alcohol moeten drinken.

#### **4.4.3.3 HET LEERPROCES VOLGENS CONGER OF DE BEKRACHTIGINGSTHEORIE**



Au fond is het leerproces volgens CONGER gebaseerd op de zgn. bekrachtigingstheorie. CONGER deed eigenlijk niets anders dan deze theorie toe te passen op het alcoholisme. Wij verbinden CONGERS' naam aan deze theorie hoewel hij niet de grondlegger ervan is. Inderdaad de geestelijke vader ervan is C.L. HULL (1884-1952).

Volgens JELLINEK zou Leonard W. DOOB de eerste zijn geweest (1940) om HULLS bekrachtigingstheorie in verband te brengen met drinken en alcoholisme, maar zijn lezing werd nooit gepubliceerd. Na een diepgaande studie vatte CONGER in 1951 de resultaten hiervan samen in een artikel: 'Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism', waarbij hij de algemene beginselen van HULLS bekrachtigingstheorie op het alcoholisme in toepassing bracht. Daar liggen de merites van CONGER. Daarom lijkt het me dan ook gerechtvaardigd en billijk te spreken over het leerproces van CONGER als het gaat over de bekrachtigingstheorie in verband met het alcoholisme.

Volgens de bekrachtigingstheorie - in het algemeen gesproken leert men iets doordat iemands reactie op een prikkel gevolgd wordt door een bekrachtiging, dit kan zowel een beloning als een straf zijn. MILLER en DOLLARD drukken dit zo uit: om iets te leren moet een individu

1. behoefte hebben aan iets
2. notitie nemen van iets
3. iets doen, en
4. iets verkrijgen.

Om het met hun eigen woorden te formuleren : ' he must want something, he must notice something, he must do something and he must get something...' In vakjargon uitgedrukt, betekent dit :

1. Er moet een drijfveer zijn; deze kan zowel primair als aangeleerd (d.i. secundair) zijn. Primaire drijfveren zijn bijvoorbeeld : honger, dorst, geslachtsdrift; aangeleerde bijvoorbeeld: angst. SMART somt nog enkele drijfveren op zoals: oraliteit, agressie, afhankelijkheid, verdrongen of onderdrukte heteroseksuele behoeften of exhibitionisme.
2. Er moet een distinctieve prikkel in het milieu aanwezig zijn die het symbool wordt van de bekrachtiging.
3. Er moet een reactie zijn, een gedraging, die zich kan voordoen ofwel als een motorische handeling ofwel als een psychische gebeurtenis, zoals een gedachte, een voorstelling of een fantasie.
4. Er moet een bekrachtiging volgen. De bekrachtiging kan positief zijn

(beloning) of negatief (straf). Een positieve bekrachtiging zal uiteraard het herhalen van een bepaalde handeling vergemakkelijken; een negatieve bekrachtiging daarentegen zal het vermijden van die handeling in de hand werken. De bekrachtigingstheorie leert ons in feite dat we deze handelingen zullen herhalen die gepaard gaan met een reductie der drijfveren (bijvoorbeeld drinken bij dorst) en dat we die handelingen zullen vermijden waaraan een straf verbonden is (bijvoorbeeld zich branden aan een hete kachel). Terloops moge ik vermelden dat de bekrachtigingstheorie in werkelijkheid berust op PAWLOWS wetten van de voorwaardelijke reflex. ‘

CONGER nu, die de bekrachtigingstheorie in verband bracht met het alcoholisme, meent dat de reactie ‘drinken’ door bepaalde individuen aangeleerd wordt doordat hun drinken aanleiding geeft tot een reductie, d.i. een vermindering, van hun drijfveren. Als het drinken m.a.w. leidt tot een reductie van de drijfveren (e.g. angst, spanningen, frustraties e.d.) wordt de drinkreactie aangeleerd en wel door de ervaring dat er een positieve bekrachtiging volgt, te weten: de reductie der drijfveren.

Elaine KEPNER stemt met deze mening in, maar zij onderscheidt nog een tweede type beloning: Alcohol veroorzaakt bij bepaalde individuen zeer aangename gevoelens. Na enige glazen alcohol kunnen dergelijke personen zich prettig warm voelen ; ze zijn opgewekt, zelfbewust, praatziek of misschien seksueel geprikkeld. Deze fysiologische gevolgen van de alcoholconsumptie kunnen een eerste positieve bekrachtiging tot stand brengen. Een tweede positieve bekrachtiging ontstaat doordat alcohol een tijdelijke verlichting teweegbrengt van bepaalde onaangename gevoelens, zoals angst-, spannings- en schuldgevoelens. Het individu leert dat hij deze onbehaaglijke emoties de kop kan indrukken door naar de fles te grijpen. Iedere keer dat hij drinkt en daaruit verlichting of genot put, wordt de drinkreactie bekrachtigd en de neiging om de handeling over te doen, verstevigd. Wanneer een dergelijke persoon alcohol begint te drinken omdat hij anders geen enkel probleem, hetzij groot of klein, onder de ogen kan zien, is hij een probleemdrukker d.w.z. alcoholist geworden.. .’

Waarom bepaalde drinkers excessief drinken zonder ooit verslaafd te worden, poogt CONGER te verklaren door het begrip van de bekrachtiginggradiënt’. Ik citeer: We mogen aannemen dat het drinken aangeleerd wordt doordat het bekrachtigd wordt. Toch zijn er personen waarvan het drinken, sociaal gezien, eer bestraft wordt dan beloond. Wie zich op voet van oorlog bevindt met vrouw, vrienden en werkgever kan men bezwaarlijk beschouwen als ‘sociaal beloond’ voor zijn drinken. Hier moeten we echter rekening houden met twee factoren. De eerste is de onmiddellijkheid van de bekrachtiging: onmiddellijke bekrachtigingen zijn

doeltreffender dan uitgestelde; dit noemen we de 'bekrachtiginggradiënt'. 'Volgens dit principe, aldus CONGER, is het de drinker er meer aan gelegen een onmiddellijke reductie van bijvoorbeeld zijn angst te verkrijgen dan door zijn echtgenote 's anderendaags bestraft te worden. De uitgestelde negatieve bekrachtiging (straf 's anderendaags) weegt niet op tegen de onmiddellijke bekrachtiging (reductie van drijfveren). De tweede factor is de grootte van de drijfveer en van het conflict: als de angst hevig genoeg is, kan het angstreducerende effect van de alcohol een grotere bekrachtiging vormen dan de concurrerende sociale bestraffing... Volgens JELLINEK is de laatste zin van CONGERS uiteenzetting volkomen aanvaardbaar ; toch, zegt JELLINEK, mogen we niet uit het oog verliezen dat we in de gedragingen waarvan CONGER hier spreekt, zeer ver verwijderd zijn van het controleverlies, waar de angst niet verminderd is maar integendeel vertienvoudigd.

Samenvattend, meen ik tot het volgende besluit te mogen komen :

1. Bij alcoholisten (gamma- en deltatypen van JELLINEK) en bij excessieve drinkers evolueert uit hun initiale drinken een voorwaardelijke reflex. Door het drinken ontstaat bij deze personen namelijk een reductie van bepaalde drijfveren, wat een bekrachtiging uitmaakt en juist daardoor wordt het verdere drinken 'aangeleerd' d.w.z. bestendig. Deze bekrachtiging onderhoudt de ontstane voorwaardelijke reflex. Ook de regressiedrift en het 'genot' kunnen hier een rol spelen.  
Bij de alcoholist en bij JELLINEKS deltatype doet zich echter nog een, tot nu toe onbekende, factor gelden (JELLINEKS factor X?), waardoor deze knapen farmacologisch verslaafd raken. Deze farmacologische verslaving kan inderdaad niet door het leerproces volgens CONGER verklaard worden (CONGER poogt eigenlijk door het leerproces de verslaving zelf te verklaren.)
2. Bij de gewone 'sociale drinker' ontwikkelt zich geen voorwaardelijke reflex, omdat zich bij deze persoon geen bekrachtiging voordoet: het initiale drinken doet hem niets, hij komt er niet in een andere wereld door. Hij zal 'sociaal' drinken, misschien wel eens te veel het glas heffen, maar daar blijft het bij. Het leerproces volgens CONGER legt dus niet de eigenlijke farmacologische verslaving uit, wel de psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol. Het blijkt alleszins een hoeksteen te zijn voor alle vormen van excessief drinken, alcoholisme inclusief. Het leerproces waarvan CONGER zulke kundige dissectie en interpretatie opbracht is in ieder geval de eerste vereiste om de omstandigheden in het leven te roepen die noodzakelijk zijn voor de ontwikkeling van de verslaving in de strikt farmacologische zin, d.w.z. voor het alcoholisme (gamma- en deltatypen).  
Om deze paragraaf te besluiten moge ik uw aandacht erop vestigen dat men zich

van het leerproces eveneens kan bedienen voor de therapie van het alcoholisme. Ik haal Elaine KEPNER aan: ‘... Hoewel het drinken lonend is, gaat het toch vergezeld van afschuwwekkende elementen in de vorm van fysieke en emotionele stoornissen, wat er de alcoholist uiteindelijk toe aanzet zich te laten behandelen. Alcoholisten behandelen staat gelijk met het behandelen van personen met psychologische problemen, op een belangrijke uitzondering na: de symptomatische klachten (het drinken; noot van de schrijver) moeten eerst verholpen worden alvorens men de aan de basis van het drinken liggende emotionele problematiek kan aanpakken. Als de alcoholist blijft verder drinken gedurende de behandeling, wordt de verslaving steeds maar weer bekrachtigd, wat de reeds bestaande problemen zeker niet ten goede komt; tevens wordt het tot stand komen belemmerd van een nieuw leerproces dat het oude moet verdringen. De behandeling van het symptoom ‘drinken’ behelst in werkelijkheid twee afzonderlijke problemen:

1. het uit de weg ruimen van de oude drinkreactie en
2. het aanleren van een nieuwe reactie: de nuchterheid. Reacties kunnen worden weggewerkt ofwel door uitdoving ofwel door bestraffing. Omdat het drinken, net zoals een deugd, een beloning ‘an sich’ vormt en de drinkreactie, per definitionem, niet kan worden uitgedoofd, blijft als enige andere uitweg het bestraffen van het drinken over... Om deze nieuwe nuchterheidsreactie aan te leren behoren wij echter een positieve bekrachtiging toe te voegen; enkel op die wijze leert de alcoholist nuchter te worden. Men moet als het ware de behandeling en de nuchterheid lonend maken...’

#### **4.4 Commentaar op de psychologische theorieën**

Psychologische momenten, zoals angst, spanningen, frustraties, neurotisch gedrag enzovoort kunnen het initiale drinken incipiëren, terwijl de regressiedrift, het ‘genot’ en voornamelijk het leerproces volgens CONGER het ongetwijfeld kunnen bestendigen en op die wijze het aanzijn geven aan een excessief drinkpatroon.

De etiologie van JELLINEKS alfa-alcoholisme vindt in de psychologische processen waarschijnlijk zijn uitleg. (Mag ik eraan herinneren dat ik JELLINEKS alfa-alcoholisme niet beschouw als een vorm van alcoholisme, maar wel als een vorm van excessief drinken.) De eerder genoemde factoren vormen denkkelijk het begin en het einde van het alfa-alcoholisme, aangezien zich bij dit type geen ware verslaving voordoet.

Wat het alcoholisme betreft, inclusief JELLINEKS deltatype, doen de psychologische

momenten en de bestendige factoren een zeker licht vallen op het ontstaan van het initiale resp. van het excessieve drinken; het farmacologische verslavingsproces 'an sich' kunnen ze echter niet verklaren, zo dacht ik. Het 'genot', de regressiedrift, het leerproces volgens CONGER zijn ten hoogste in staat om de farmacologische processen te bekrachtigen door symbolische factoren. Met andere woorden gezegd : de voormelde elementen spelen ongetwijfeld een grote rol, maar de farmacologische verslaving kan door geen enkel psychologisch proces uitgelegd worden. We dienen hier rekening te houden met een ons tot nu toe onbekende factor. Bij JELLINEKS delta-alcoholist kunnen deze psychologische factoren wellicht minder in aanmerking genomen worden en zullen de sociaal-economische in hogere mate meetellen, maar zowel bij het (gamma)-alcoholisme als bij het deltatype is er een farmacologisch, i.e. een fysiopathologisch fenomeen voorhanden dat de eigenlijke verslaving verklaart.

## **4.5 Fysiopathologische theorieën**

Men weet sedert lang dat het alcoholisme een begeleidend symptoom kan zijn van bepaalde organische ziektes, zoals epilepsie en diabetes insipidus. Bij deze ziekte gaat het om een stofwisselingsstoornis, berustend op een disfunctie van de hypofyse en vergezeld van het lozen van grote kwantiteiten urine (soms tot 20 l per dag). Het ligt voor de hand dat een dergelijk vochtverlies een hevige dorst teweegbrengt; om het vochtverlies te compenseren neemt de zieke uitermate grote hoeveelheden vocht tot zich. In zulke gevallen is het alcoholisme secundair aan voorafbestaande organische aandoeningen. Als het alcoholisme niet secundair is aan onderliggende organische ziektes, noemen wij het primair; het alcoholisme is hier meer een ziekte op zichzelf dan een symptoom. Diverse auteurs nu menen dat de etiologie van dit primaire alcoholisme eveneens gefundeerd is op bepaalde fysiopathologische fenomenen; wij kunnen hun theorieën in 4 categorieën onderbrengen, met name in :

1. de allergische theorie ;
2. de hersenpathologische theorieën ;
3. de nutritieve theorieën, en
4. de endocrinologische theorieën.

### **4.5.1 De allergische theorie**

SILKWORTH ('Silky'), LEMERE, VOEGTLIN, RANDOLPH, COWLES e.a. en last but not least de Anonieme Alcoholisten zijn hardnekkige voorstanders van de allergische etiologie van het alcoholisme. Om de waarde

van een dergelijke theorie te toetsen, lijkt het me nuttig allereerst een bondig overzicht te geven van het geneeskundige begrip 'allergie'. Wat verstaan wij in feite onder allergie? Onder allergie verstaan wij de veranderde toestand in een organisme, die ontstaan is na het in contact komen met een bepaald antigeen, in gevolge de vorming van specifieke antistoffen (= antilichamen), waardoor de reactie na hernieuwde toevoer van het antigeen anders, vlugger of heftiger verloopt.

Onder 'antigeen' (samentrekking van antisomatogeen, d.w.z. antilichaamvormer) verstaan wij een lichaamsvreemde stof, die na oraal opnemen of na parenteraal (op een andere wijze in het lichaam gebracht dan via het maagdarmkanaal; bijvoorbeeld door inspuiting.)

inbrengen in het dierlijke of menselijke organisme en, na een bepaalde incubatietijd (doorgaans 10 dagen), een specifiek antilichaam kan doen vormen en daarmee in vivo en in vitro (In vivo: in het levende lichaam. Wordt gezegd van reacties en processen die zich in het lichaam afspelen. Geheel verschillend hiervan in vitro: in een glas, buiten het lichaam. Gezegd van een biologisch of chemisch proces dat in een glazen buisje of in het algemeen bij laboratoriumproeven valt waar te nemen.) antigeen-antilichaam-reacties kan geven. De antilichamen, ontstaan als gevolg van het contact met het antigeen, zijn specifiek voor dit antigeen, d.w.z. opdat een antigeen-antilichaam-reactie zou optreden moet de uitlokkende dosis antigeen van dezelfde aard zijn als die welke vooraf de vorming van antilichamen veroorzaakte. Voorbeeld: iemand is allergisch voor mosselen (mosselen zijn in dit geval het antigeen, ook genaamd allergeen (stof, die allergie kan teweegbrengen). Deze persoon zal, na de consumptie van deze weekdieren, allergische verschijnselen vertonen, doordat er een 'mosselantilichaam' aanwezig is in zijn organisme en doordat, na het eten van het antigeen 'mosselen', bij hem een antigeen-antilichaam-reactie optreedt. In het geval van mosselen uit zich zo'n antigeen-antilichaam-reactie vaak in netelkoorts, andere allergische verschijnselen zijn bijvoorbeeld, astma, hooikoorts, contactdermatitis enzovoort. Diezelfde persoon zal echter wel andere beruchte allergenen kunnen gebruiken zonder daarom allergisch te reageren: hij zal aardbeien of eieren kunnen eten of medicijnen slikken, zoals aspirine of penicilline; zijn mosselantilichaam reageert inderdaad uitsluitend met het mosselallergeen; d.w.z. het mosselantilichaam is specifiek voor het mosselallergeen.

Telkens wanneer een individu in contact komt met een antigeen, waarvoor hij niet allergisch is, kan hij hiertegen antilichamen gaan ontwikkelen. Deze

maken hem dan allergisch voor dit antigeen; dit verschijnsel noemt men 'sensibilisatie'. Dit fenomeen kan soms slechts na herhaalde contacten met het antigeen optreden. Zo kunnen bepaalde personen jarenlang aspirine slikken zonder ooit allergisch te hebben gereageerd op dit product, om dan plotseling gesensibiliseerd te worden en geen aspirine meer te kunnen verdragen.

Hetzelfde allergeen kan bij verschillende personen volkomen ongelijke ziektebeelden teweegbrengen; zo kan melk bij een bepaald individu urticaria en bij een ander daarentegen astma verwekken. Ook het omgekeerde gaat op: hetzelfde allergische beeld kan door verschillende allergenen in het leven worden geroepen. Men kan bijvoorbeeld astma waarnemen na contact met volkomen verschillende allergenen, bijvoorbeeld: pollen, stof, schimmels, hondenhaar enzovoort. Wat nu het aantonen van de allergische antilichamen in het organisme betreft, bespreken we beknopt de meest courante methodes :

1. Het aantonen van de antilichamen in het bloed van allergische patiënten stuit doorgaans op veel moeilijkheden en is vaak zelfs geheel onmogelijk, doordat de antilichamen meest gefixeerd zijn in de weefsels en slechts een zeldzame keer in het bloed aangetroffen worden.
2. Het aantonen door huidtesten. Men kan de overgevoeligheid van een bepaald individu t.a.v. een bepaald antigeen testen door het intradermische inspuiten van dit allergeen of door middel van huidscarificaties, waarin men het allergeen inbrengt. Bij personen, die allergisch zijn t.a.v. dit antigeen, d.w.z. bij personen die het specifieke antilichaam bezitten voor dat bepaalde antigeen, ontstaat na een zekere tijd een typische huidreactie, die men niet zal aantreffen bij personen die niet-allergisch zijn t.a.v. dit allergeen.

Na deze inleidende begrippen zal het ons duidelijker worden waarom ROBINSON en VOEGTLIN een allergische etiologie van het alcoholisme van de hand wezen. Uit hun proeven bleek namelijk :

1. Dat ethylalcohol geen aantoonbare hoeveelheden antilichamen noch enige aantoonbare allergische reactie deed ontstaan.
2. Dat een desensibilisatie (Een der behandelingsmethodes van allergie bestaat uit wat men 'desensibilisatie' noemt. Hierbij maakt men gebruik van het schuldige allergeen. Het wordt in langzaam stijgende doses geïnjicieerd om het organisme ongevoelig te maken voor het allergeen. Andere therapeutische mogelijkheden : contact met het allergeen vermijden; toedienen van chemische stoffen die de antigeen-antilichaam-

reactie afremmen (bijv. antihistaminica, cortisone en -derivaten, A.C.T.H.) met alcoholinecties geen positieve resultaten opleverde. Het is onmogelijk een alcoholist te desensibiliseren door middel van injecties met alcohol (in geval van allergie zou alcohol vanzelfsprekend het schuldige allergeen moeten zijn ! !). Zou een alcoholist inderdaad gedesensibiliseerd kunnen worden, dan was meteen het bewijs geleverd dat alcohol een allergeen is. Welnu, na een dergelijke ‘behandeling’ blijft de alcoholist even zo goed alcoholist als voor de behandeling. Een desensibilisatie met alcohol loopt steeds maar weer op een flop uit. Daarom kan alcohol geen allergeen zijn en het alcoholisme logischerwijs ook geen allergische ziekte.

3. Dat er bij huidtests betreffende ‘gevoeligheid’ t.a.v. alcohol personen zijn die helemaal niet reageren en anderen die wel reageren. De laatsten zijn zogezegd ‘vatbaar’, omdat ze positief reageren op de huidtests. Wat nu deze ‘positieven’ aangaat, is het echter onmogelijk d.m.v. de test een onderscheid vast te stellen tussen de ‘sociale’ en de ‘abnormale’ drinkers. Zou alcohol een allergeen zijn, dan zouden we bij deze tests een opvallend verschil moeten kunnen waarnemen tussen ‘sociale’ en ‘abnormale’ drinkers. Ook HAGGARD bestrijdt de allergische theorie; hij vestigt de aandacht erop dat bij alcoholisten een verhoging der tolerantie ontstaat (cf. par. III.1.1). Indien het alcoholisme een allergische uiting zou zijn, aldus HAGGARD, zouden wij integendeel een vermindering van de tolerantie dienen aan te treffen.

Ofschoon ze blijkbaar niet op medische gronden berust, zijn de AA-ers verwoede fans van de allergische theorie, die ze door dik en dun verdedigen. We hebben het allergische standpunt niet aangehaald om de AA ervan te overtuigen hun opvatting prijs te geven. Voor hun opzet is het figuurlijke gebruik van de uitdrukking ‘alcoholisme is een allergie’ misschien niet zo slecht en wellicht beter dan welke andere uitdrukking ook, omdat deze nuttig kan zijn in de uitleg aan alcoholisten.

Toch is er een groot gevaar verbonden aan het gebruik van het begrip ‘allergie’ in verband met het alcoholisme, omdat bij de communis opinio al genoeg dwaalbegrippen omtrent het alcoholisme in omloop zijn. Het zij verre van mij me te willen inlaten met de gebruiken van de AA-keuken en het is me dan ook onverschillig of de AA deze term al dan niet verkiest voor haar interne zaken, maar dat ze er zich in godsnaam voor hoede dit dogma, want dat is het per slot van rekening in hun ogen, aan de publieke opinie te willen opdringen. Laten ze zich PASCALS gezegde voor ogen houden: ‘Vérité au deçà des Pyrenees, erreur au delà’ . De waarheid heeft uiteindelijk ook haar rechten.

Hoe het ook zij, van een allergie in de letterlijke betekenis van het woord, blijkt bij



het ontstaan van het alcoholisme helemaal geen sprake te zijn.

#### **4.5.2 Hersenpathologie als etiologie van het alcoholisme**

(LEMERE, SKILLICORN, TUMARKIN, WILSON, SNYDER, LITTLE, MAC AVOY enzovoort). De theorie komt erop neer dat in de loop van het continue excessieve drinken bij sommige personen hersenbeschadigingen in het leven kunnen worden geroepen, die na een bepaalde tijd kunnen leiden tot het karakteristieke gedragspatroon van het alcoholisme. De bevindingen van deze auteurs zijn gebaseerd o.m. op de studie van elektro-encefalogrammen. Of deze theorie de ware is, kan op het ogenblik niet worden uitgemaakt. Wel dienen wij ons kritisch af te vragen of oorzaak en gevolg niet verwisseld worden. Inderdaad zouden de beschreven hersenbeschadigingen ook het gevolg kunnen zijn van het alcoholistische gedragspatroon i.p.v. de oorzaak ervan te zijn.

#### **4.5.3 Nutritieve theorieën**

We weten sedert lang dat het gebrek aan bepaalde vitamines resp. enzymen bepaalde ziekte toestanden in het leven kan roepen. Zo ontstaat scheurbuik door een gebrek aan vitamine C, rachitis (Engelse ziekte) door een tekort aan vitamine D, beriberi door een deficiëntie aan vitamine B1 e.d. Het suppleren van deze vitamines doet de betrokken ziektebeelden verdwijnen.

We weten ook dat we bij vrijwel alle alcoholici enzym- en vitaminedeficiënties kunnen aantreffen en wel als gevolg van hun excessieve en continue alcoholconsumptie. De voorstanders van de nutritieve theorieën nu, menen dat deze deficiënties vooraf bestaan aan het alcoholisme en dat ze de boventoon voeren in het wordingsproces ervan. Met andere woorden gezegd: bij alcoholisten in de dop zou er een 'behoefte', een 'craving', een 'appetijt' naar alcohol aanwezig zijn ten gevolge van premorbide enzym- en vitaminedeficiënties.

In dit verband zijn er twee theorieën die onze aandacht trekken : die van MARDONES en die van WILLIAMS.

MARDONES postuleert het bestaan van een factor N1 die normaal in de voeding aanwezig is (gist, lever, tarwekiemen e.d.) ; het bestaan van deze factor N1 stoelt op briljant uitgevoerde dierexperimenten. Hierop voortbouwend komt hij tot de volgende visie: bepaalde personen die behept

zijn met wat men noemt een 'metabolic error' kunnen deze factor N1 niet verwerken in hun stofwisseling en zijn kandidaten voor later alcoholisme omdat ze namelijk door dit tekort aan factor N1 een 'craving' voor alcohol ontwikkelen. De veronderstelling van een 'metabolic error' wordt gesteund door de bevindingen van VARELA en anderen.

WILLIAMS stelt een andere theorie voor, de zogenaamde 'genetotrofische theorie'. Ook hij is ervan overtuigd dat het alcoholisme gefundeerd is op 'metabolic errors', maar hij meent dat deze aangeboren zijn (Als deze theorie juist is dan is het alcoholisme uiteraard erfelijk.) ('inborn metabolic errors'). Hij gaat uit van de premisse dat er bij bepaalde individuen een overgeërfd patroon bestaat van metabolische particulariteiten, die een verhoogde behoefte vereisen aan bepaalde vitamines en andere stoffen, die noodzakelijk zijn voor een behoorlijk functionerend metabolisme. POPHAM karakteriseerde WILLIAMS' theorie m.i. zeer gevat in zijn analyse ervan :

1. Er zouden bepaalde genetische 'blocks' bestaan, dat wil zeggen bepaalde erfelijke gebreken in sommige genen, die
2. de verminderde productie teweegbrengen van een of meer enzymen, wat op zijn beurt aanleiding geeft tot
3. corresponderende beschadigingen in het metabolisme. Het betrokken individu is hierdoor niet bij machte een of meer nutriënten te gebruiken; zulks betekent
4. dat het individu in kwestie een verhoogde behoefte heeft voor deze elementen en
5. dat hij het kenmerkende patroon bezit dat hem voor het alcoholisme predisponeert.

In feite stelt WILLIAMS hier dat er grote verschillen bestaan in de metabolische patronen van onderscheidene individuen; hij meent dat er een eigen, aangeboren, chemisch evenwicht bestaat in het organisme van elk individu. Wanneer in zo'n patroon een bepaalde en voor het leven noodzakelijke chemische stof ten dele ontbreekt, dan kan zulks zich uiten in een 'appetijt, ja zelfs een 'craving' naar deze bepaalde scheikundige substantie (noot van de schrijver: zou deze appetijt instinctmatig kunnen worden verklaard?). Bijvoorbeeld: er zijn personen die een aangeboren defect ('inborn metabolic error') vertonen in hun koolhydratenmetabolisme, waarbij ze steeds maar hypoglycemisch zijn, d.w.z. een tekort aan bloedsuiker aan den dag leggen. Volgens WILLIAMS' theorie zouden deze personen een 'appetijt of 'craving' naar suiker ontwikkelen.

De appetijt van dit individu zou zich dus automatisch aanpassen aan zijn innerlijke chemische toestand.

In het geval van zuchtig drinken gaat het echter niet om het gebrek aan een stof die noodzakelijk mag geacht worden voor de gezondheid. Men kan alcohol inderdaad moeilijk beschouwen als een substantie die noodzakelijk is voor het leven. Daarom spreekt WILLIAMS van 'speciale appetijten' en als voorbeeld hiervan lezen we bij Howard JONES: zoals kinderen de gehele dag zullen snoepen als ze vrije toegang hebben tot de suikerpot...' De theorieën van MARDONES en WILLIAMS zetten dus een 'craving'

voor alcohol in het premorbide stadium voorop. Aan de grondslag van deze craving, die zij als een ware fysieke behoefte aan alcohol zien, liggen allerhande afwijkingen zoals nutritieve anomalieën, biochemische lesies en 'metabolic errors'. Toch zijn er, zo dacht ik, tegen deze theorieën twee tegenwerpingen naar voren te brengen, te weten :

1. Craving voor alcohol (in de zin van de definitie van par. I.1. 3) werd nog nooit door iemand aangetoond in het premorbide stadium. Noch MARDONES noch WILLIAMS noch wie dan ook leverde hiervoor steekhoudende argumenten.
2. Het transponeren op menselijke gedragingen van experimentele gegevens, die verkregen werden bij dierproeven - zoals dat bij MARDONES het geval was - houdt vele gevaren in. Men mag immers niet uit het oog verliezen dat wat waar is voor een dier, niet noodzakelijk waar hoeft te zijn voor de mens.

De nutritieve theorie van MARDONES en haar zorgvuldige uitwerking in een genetotrofische theorie door WILLIAMS betekent alleszins een gevoelige vooruitgang in het denken van het alcoholisme. Het zal echter veel research vereisen voor men de juiste plaats kan bepalen van hun bevindingen in het beeld der alcoholverslaving.

#### **4.5.4 Endocrinologische theorieën**

Bij sommige der endocrinologische theorieën poneren de auteurs een premorbide endocrinologisch patroon dat determineren zou voor alcoholisme; anderen daarentegen achten het waarschijnlijker dat pas na het initiale drinken veranderingen zouden ontstaan in de endocrine organen. De endocrine organen die in beide theorieën het meest genoemd worden zijn de bijnieren en de hypofyse. Hoe het ook zij, deze endocrine veranderingen zouden verantwoordelijk zijn voor de typische gedragingen die men bij alcoholisten aantreft.

Dat er een voorafbestaand 'endocrien patroon' zou zijn dat determinerend is

voor alcoholisme werd nog nooit vastgesteld; evenmin konden de voorstanders van de endocrinologische theorieën een ‘initiale’ craving voor alcohol in het licht stellen.

JELLINEK vestigt de aandacht erop dat er bewijzen te over zijn die ons aantonen dat een continu en excessief alcoholgebruik een zware stress uitmaakt voor de bijniereën en voor andere endocriene organen. Volgens hem kan een redelijk hoog aantal beschadigingen vastgesteld worden aan de bijniereën van alcoholisten. Wij moeten echter het antwoord schuldig blijven op de vraag of deze beschadigingen bestaan voor het alcoholgebruik of er integendeel secundair aan zijn.

Hoe het ook zij, het wordingsproces van het alcoholisme kan niet geheel verklaard worden door deze endocriene afwijkingen. Er zijn geen plausible gronden voorhanden om de craving voor alcohol uit te leggen als gevolg van endocriene beschadigingen en evenmin zijn er steekhoudende argumenten die het controleverlies uitleggen als inherent aan de endocriene anomalieën. JELLINEK vermoedt dat de endocriene averij aansprakelijk is voor het mechanisme van de onthoudingsverschijnselen, zoals die beschreven werden in par. 1.1.2, maar hij wijst erop dat deze onthoudingsverschijnselen dezelfde zijn als die, welke zich voordoen bij de heroïne- en morfineverslaving, en dat we niet weten of bij deze verslavingsziekten ook bijnierschorsletsels ontstaan.

#### **4.5.5 Commentaar op de fysiopathologische theorieën**

Uit de bespreking van de fysiopathologische theorieën blijkt m.i. :

1. Dat de allergische theorie van de hand gewezen moet worden, daar ze op ondeugdelijke gronden steunt.
2. Dat de hersenpathologische theorie tot nu toe geen licht verschaft in de etiologie van het alcoholisme.
3. Dat noch de nutritieve theorieën van WILLIAMS en MARDONES of de endocriene aangetoond hebben dat er een premorbide, voor het alcoholisme determinerend patroon bestaat.

De enige positieve bijdrage van deze theorieën lijkt mij te zijn dat ze, dit in tegenstelling met gelijk welke andere tot nu toe bestudeerde etiologische theorie, het verslavingsproces zelf poogt te verklaren. En men kan inderdaad veronderstellen dat bepaalde nutritieve en/of endocriene afwijkingen het licht zien tijdens de loop van en ten gevolge van het continue excessieve drinken. De op deze wijze ontstane nutritieve resp. endocriene stoornissen zouden dan verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor de farmacologische verslaving. Om deze hypothese kracht bij te zetten

is echter nog veel research vereist. Voor het ogenblik immers kunnen geen steekhoudende argumenten aangevoerd worden om te bewijzen dat dergelijke nutritieve resp. endocrine stoornissen aanleiding geven tot craving of controleverlies, terwijl het evenmin een vaststaand feit is dat de onthoudingsverschijnselen op een endocrine basis berusten, zoals JELLINEK oppert.

Als bepaalde biochemische veranderingen, nutritieve of endocrine, noch de craving voor alcohol of het controleverlies of de verworven verhoogde tolerantie t.a.v. alcohol kunnen verklaren, dan impliceert dit dat er nog andere mechanismen in het ziekteproces van het alcoholisme werkzaam zijn. Deze mechanismen berusten m.i. op een farmacologische werking.

## 4.6 Farmacologische theorieën

Het lijkt me nuttig op deze plaats enige gegevens over het alcoholisme te recapitulieren. We wezen er reeds op dat slechts bepaalde vormen van excessief drinken beschouwd moeten worden als een waar ziekteproces, in de zin van een verslaving, en wel met name: het (gamma)-alcoholisme en JELLINEKS deltatype. Wij spraken af :

1. Alleen deze twee vormen van drinken alcoholistisch te noemen ;
2. De term 'alcoholisme' an sich, te reserveren voor JELLINEKS gamma-alcoholisme. Wanneer we het over een andere vorm van excessief drinken resp. alcoholisme hebben wordt dit gespecificeerd (bijvoorbeeld JELLINEKS deltatype; JELLINEKS alfatype).

We memoreren dat er een gewichtig onderscheid bestaat tussen Alcoholisme en JELLINEKS delta-alcoholisme. Het alcoholisme leidt tot controleverlies, maar gaat niet vergezeld van de onmogelijkheid zich te onthouden. Bij het deltatype integendeel blijft de controle over de gebruikte hoeveelheid alcohol intact, maar kan de drinker zich onmogelijk onthouden, al was het maar voor een of twee dagen. Deze verschillen zouden veroorzaakt worden door een verschillend drinkpatroon : de alcoholist consumeert hoog geconcentreerde alcoholica in een kort tijdsbestek (hij drinkt als het ware in 'pieken'), terwijl JELLINEKS deltatype laag geconcentreerde alcoholica gebruikt, maar deze de gehele dag door drinkt in kleine, niet-intoxicerende porties, verspreid over 14-16 uren: zijn bloed bevat voortdurend alcohol. Het onderscheid in deze drinkpatronen wordt waarschijnlijk bepaald door economische factoren en door sociale gewoontes (in Frankrijk bijvoorbeeld wordt

een hoog alcoholgebruik sociaal aanvaard, ten onzent niet). Wat de verdere verslavingssymptomen betreft vinden wij deze zowel bij het (gamma)-alcoholisme als bij het delta-alcoholisme terug. Met name zijn aanwezig: verworven verhoogde weefseltolerantie met de daaropvolgende verhoging van de benodigde hoeveelheid alcohol, en een aanpassing van het celmetabolisme t.a.v. alcohol. Dit laatste blijkt uit het ontstaan der onthoudingsverschijnselen, die op hun beurt aanleiding geven tot 'craving', d.w.z. een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol.

De meeste, psychiatrisch georiënteerde auteurs schenken geen of onvoldoende aandacht aan de hiervoor geciteerde processen; ze schijnen er een afkeer van te hebben het alcoholisme te beschouwen als een verslaving, analoog aan een geneesmiddelenverslaving. Daarom slagen hun theorieën er niet in de laattijdige stadia van het alcoholisme te verklaren; de nochtans uitmuntende theorie van CONGER bijvoorbeeld is in feite niet bij machte het fenomeen 'controleverlies' op te helderen. Wel dienen wij toe te geven dat de initiale fazen van het alcoholisme, alsook het gehele beeld van JELLINEKS alfa-alcoholisme, deugdelijk kunnen worden geëxpliceerd door de psychologische theorieën.

De farmacologische theorieën betreffende de etiologie van het alcoholisme loochenen de relevantie niet van de psychologische momenten in het ontstaan van het ziekteproces; ze aanvaarden de grote invloed die deze momenten hebben op het hoe en waarom van het initiale drinken resp. de bestendiging ervan. Het is inderdaad niet voldoende het mechanisme der verslaving zonder meer te formuleren; welke etiologische theorie ook moet ons verklaren waarom een individu jarenlang excessief drinkt voordat hij verslaafd wordt. Met andere woorden: elke etiologische theorie moet ons de motivering, d.i. de drijfveren, kunnen aantonen van een drinken dat uiteindelijk leidt tot verslaving, i.e. toxicomanie. De farmacologische theorieën verwerpen evenmin de betekenis van nutritieve of endocriene elementen: deze kunnen het verdere verloop naar de toxicomanie beïnvloeden.

De farmacologische theorieën formuleren dat de verslavingssymptomen (i.e. 'craving', verhoogde weefseltolerantie, controleverlies enzovoort) berusten op een verandering in het celmetabolisme. Bij bepaalde drinkers komt het celmetabolisme allengs niet meer rond zonder alcohol, waardoor onthoudingsverschijnselen ontstaan die leiden tot de andere verslavingssymptomen. Hoe deze celveranderingen ontstaan, op welk mechanisme ze steunen, is ons op het ogenblik onbekend. JELLINEK stelde een 'factor X' voor, die bij een bepaald individu al dan niet voorkomt. Wij kunnen 3 gevallen stellen:

1. Excessieve drinkers zonder 'factor x'.

Het drinken geeft hier aanleiding tot loutere psychologische afhankelijkheid

t.a.v. alcohol; men spreekt hier van gewenning ( JELLINEKS alfa-alcoholist).

## 2. Excessieve drinkers met factor X.

Het drinken geeft hier aanleiding tot toxicomanie; wij onderscheiden daarbij 2 vormen :

- a. het alcoholisme ; hier komt zowel psychologische als fysieke afhankelijkheid voor t.a.v. alcohol.
- b. het delta-alcoholisme van JELLINEK; hier gaat het voornamelijk om een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol. Psychologische horigheid wordt in mindere mate aangetroffen, daar dit drinkpatroon vaak samengaat met sociale, economische en culturele factoren.

Over de ware aard van JELLINEKS factor 'X', in zoverre hij bestaat, tasten wij nog in het duister rond. Misschien is het een psychologische factor, misschien een fysiologische, misschien een combinatie van beide.

Hoe het ook zij, de farmacologische theorie lijkt mij de meest plausibele omdat zij de meest sluitende verklaring geeft voor al het ons tot nu toe bekende feitenmateriaal; ze is overigens niet exclusief doordat ze kan ingepast worden in welke andere etiologische theorie ook. Ze erkent de rol van de psychologische momenten in de beginfazen van het alcoholisme en gaat evenmin voorbij aan biochemische factoren; ze geeft echter ook een plausibele uitleg voor het verslavingsmechanisme zelf, iets wat de andere etiologische theorieën verzuimen.

Voorstanders van de farmacologische visie zijn bijv.: JELLINEK, ADAMS, CARTER, DESHAIES, WEXBERG, MEERLOO, POHLISCH, WELLMAN, ALEXANDER, HIMWICH, PFEFFER, LEVY, FLEMING, BOWMAN, GRIFFITH, MYERSON, THORPE, CALDWELL, LUNDQUIST, enzovoort.

## 4.7 Slotcommentaar omtrent de etiologische theorieën

De etiologie van het alcoholisme is een tot nu toe onopgelost vraagstuk; wel mogen wij vooropstellen dat niet een enkele oorzaak, maar wel een stel oorzaken verantwoordelijk is voor het ontstaan ervan. Met andere woorden: wij mogen aannemen dat het alcoholisme berust op een polymorfe, d.i. een multiconditionele etiologie.

Uit wat voorafging meen ik te mogen besluiten tot het bestaan van drie belangrijke mechanismen in de evolutie van het alcoholisme, te weten :

1. een mechanisme dat het initiale drinken inluidt ;
2. een mechanisme dat het initiale drinken in die mate bestendigt dat er een excessief drinkpatroon uit voortvloeit; en

3. een mechanisme dat de farmacologische verslaving, i.e. de toxicomanie, bewerkstelligt.

Ik zou de etiologie van het alcoholisme kort willen samenvatten, inhakend op wat we in dit hoofdstuk hebben gezien. Ik pretendeer hierbij niet dat deze conceptie de juiste is, maar ik acht ze volgens de huidige stand van zaken wel de meest logische.

#### **4.7.1 Het alcoholisme**

##### 1. Inleidende oorzaken

- a. Sociale en economische factoren. Deze factoren vervullen een gewichtige rol bij het tot stand komen van JELLINEKS delta-alcoholisme, maar komen in het (gamma) -alcoholisme minder aan bod, doordat een hoge alcoholconsumptie niet overal sociaal aanvaard wordt.
- b. Psychologische momenten. De psychologische vulnerabiliteiten spelen de eerste viool in het op gang brengen van het drinken : neurosen, angst, frustraties e.d. Het niet in staat zijn om het hoofd te bieden aan allerlei spanningen die het dagelijkse leven meebrengt zou, volgens JELLINEK, een zeer frequente vulnerabiliteit vertegenwoordigen.

##### 2. Bestendige oorzaken

Deze zijn vooral van psychologische aard. De regressiedrift, het genot en last but not least het leerproces volgens CONGER bestendigen het initiale drinken en leiden tot een continu en excessief drinkpatroon.

##### 3. Verslavingsoorzaken

Tijdens de loop van en ten gevolge van het continue, excessieve drinken ontstaan bij sommige drinkers bepaalde fysiopathologische veranderingen: stoornissen in de endocrine organen, in het zenuwstelsel enzovoort. Deze stoornissen, samen met nutritieve factoren, kunnen wellicht het pad banen naar de toxicomanie. Of dit nu het juiste mechanisme is, waardoor het celmetabolisme uiteindelijk geadapteerd wordt t.a.v. de alcohol, weten we niet. Wel mogen we poneren dat er inderdaad een veranderd celmetabolisme bestaat. Daardoor komt het dan tot onthoudingsverschijnselen, die op hun beurt verantwoordelijk zijn voor craving, controleverlies en dergelijke.

Ofschoon we, wat de juiste gang van zaken betreft, nog volkomen in het duister rondtasten, wilde ik er toch op wijzen dat de verslaving hoe dan ook, bijna zeker op dergelijke fysiopathologische gronden moet berusten. Hiermee wil ik maar zeggen dat we een 'psychologische verslaving' gevoeglijk uit het hoofd mogen zetten. Inderdaad kunnen noch craving noch controleverlies noch



onthoudingsverschijnselen verklaard worden enkel en alleen door middel van psychologische mechanismen.

#### 4.7.2 JELLINEKS delta-alcoholisme

Ik meen dat we hier dezelfde chronologische en etiologische stadia kunnen terugvinden. Bij de delta-alcoholist echter ligt de nadruk vooral op sociale, economische en culturele factoren en minder op de psychologische vulnerabiliteiten. Toch spelen ook deze een rol : de alcoholist in de dop moet 'prone to alcohol' zijn.

#### 4.7.3 JELLINEKS alfa-alcoholisme

Hoewel het hier kennelijk om een vorm van excessief drinken gaat, vinden we toch dezelfde etiologie als bij het alcoholisme : zowel de inleidende als de bestendigende oorzaken zijn dezelfde. Toch merken wij een zeer belangrijk verschil op: bij de alfa-alcoholist ontstaat geen verandering in het celmetabolisme en dus ook geen verslaving ( ontbreken van JELLINEKS factor 'X'? ) . JELLINEKS alfa-alcoholist is een excessieve drinker zonder meer : bij hem is er sprake van een gewenning t.a.v. alcohol (psychologische afhankelijkheid).

Wij kunnen de in deze paragraaf naar voren gebrachte visie schematisch weergeven, daarvoor grijpen wij terug naar tabel 3, waarin de meeste gegevens reeds verwerkt waren. Het enige waarmee we toen nog geen rekening hadden gehouden was:

1. JELLINEKS delta-alcoholisme en
2. de fysiopathologische veranderingen die bij verslaving ontstaan. Met deze gegevens voor ogen komen we tot een verbeterde editie van tabel 3, met name tabel 4.

Tabel 4. Verbeterde schematische voorstelling der evolutiemechanismen in het alcoholisme.

- |  |   |
|--|---|
| 1. a. een bepaald individu + alcohol +<br>zekere psychologische momenten<br>drinkpatroon                                       | = Initiaal drinken volgens<br>Angelsaksisch               |
| b. een bepaald individu + alcohol +<br>zekere psychologische momenten +<br>bepaald sociaal, economisch en cultureel<br>patroon | ( 1a)<br>= Initiaal drinken volgens<br>Frans drinkpatroon |
| 2. a. een bepaald individu + alcohol +   | = Excessief drinken                                       |

volgens

zekere psychologische momenten +  
drinkpatroon

bestendige factoren

b. een bepaald individu + alcohol +

volgens

zekere (mineure) psychologische  
momenten + bestendige factoren

3. a. een bepaald individu + alcohol +  
zekere psychologische momenten +  
bestendige factoren +

fysiopathologische factoren (endocrine,  
nutritieve, factor 'X' ?)

b, een bepaald individu + alcohol +  
alcoholisme

zekere mineure psychologische  
momenten + bepaald sociaal, economisch en  
cultureel patroon + bestendige factoren +  
fysiopathologische factoren (endocrine, nutritieve, factor 'X'?)

Angelsaksisch

(2a)

= Excessief drinken

het Franse drinkpatroon

(2b)

= Alcoholisme (Jellineks  
gammavorm) (3a)

= Jellineks delta-

(3b )

Als men in vergelijking 2a resp., 2b de eerste drie termen vervangt door initiaal drinken volgens Angelsaksisch drinkpatroon resp., door initiaal drinken volgens Frans drinkpatroon en in vergelijking 3a resp., 3b de eerste vier termen (in 3b de eerste vijf) door excessief drinken volgens het Angelsaksische drinkpatroon resp., excessief drinken volgens het Franse drinkpatroon, krijgt men:

1.a. een bepaald individu + alcohol +  
zekere psychologische momenten  
drinkpatroon

= Initiaal drinken volgens  
Angelsaksische

1.b. een bepaald individu + zekere (mi-  
het neure) psychologische momenten + be-  
paald sociaal, economisch en cultureel pa-  
troon

= Initiaal drinken volgens  
Franse drinkpatroon

2.a. Initiaal drinken volgens 'Angelsak-  
volgens  
Sisch' drinkpatroon + bestendige fac-  
toren

= Excessief drinken

Angelsaksisch drinkpatroon

2.b. Initiaal drinken volgens 'Frans' drink-  
Patroon' + bestendige factoren

= Excessief drinken volgens  
'Frans' drinkpatroon

3.a. Excessief drinken volgens ‘Angelsak- gam- sisch’ drinkpatroon + fysiopathologische factoren (nutritieve, endocriene, factor ‘X’ ?)	= Alcoholisme Jellineks ma-type.
3.b. Excessief drinken volgens ‘Frans’ drinkpatroon + fysiopathologische factoren	= Delta-alcoholisme van Jel- linek

Er bestaan nog andere vormen van excessief drinken (e.g. fiesta-drinken, het ‘weekend’ -drinken e.d.) die in deze tabel niet werden opgenomen.

Omtrent factor ‘X’ zet JELLINEK een belangwekkende hypothese uiteen in zijn reeds meermalen geciteerde boek ‘The disease Concept of Alcoholisme’. Hij poneert dat enzym-of vitaminedeficiënties, leverbeschadigingen, bijnierletsels en vele ons tot nu toe onbekende biochemische stoornissen de weerstand van het zenuwweefsel kunnen verzwakken. Daardoor kan het een schadelijke substantie (in casu alcohol) mogelijk worden gemaakt te interfereren in het metabolisme van dit zenuwweefsel waardoor er een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol in het leven geroepen wordt. Dergelijke anomalieën en letsels zouden het gevolg zijn van erfelijke factoren of van stress, veroorzaakt door het continue en excessieve alcoholgebruik. Het alcoholisme zou op die wijze verklaard kunnen worden, terwijl de afwezigheid van zulke anomalieën het fenomeen van JELLINEKS alfa-alcoholisme zou uitleggen.

De farmacologische theorie benadert, hoe dan ook, het dichtste de waarheid, zo dacht ik toch. Ze geeft inderdaad een synthese van de bestaande etiologieën en juist daardoor is zij de volledigste, degene die de meeste bevrediging schenkt. Het dunkt mij trouwens dat deze farmacologische conceptie alle vragen met betrekking tot het alcoholisme en het excessieve drinken ooit zal kunnen oplossen, mits de nodige research zal worden verricht.

## ***5 VOORKOMEN VAN HET ALCOHOLISME***

Het alcoholisme is een ziekte die in alle geografische streken voorkomt. De gammavorm van JELLINEK vinden wij hoofdzakelijk in de Angelsaksische landen, in Nederland, België, West-Duitsland, Denemarken, Polen, Noorwegen enzovoort, terwijl JELLINEKS deltatype de boventoon voert in landen waar de wijn altijd op tafel staat zoals in Frankrijk, Chili, Italië, Spanje, Argentinië enzovoort.

Toch treffen wij in deze landen ook de gammavorm aan, maar dan in mindere mate. Ook het omgekeerde is waar: in België en Nederland bijvoorbeeld bestaat een zeker

aantal delta-alcoholisten. Het alcoholisme, dat wil zeggen zowel de gamma- als de deltavorm, is verspreid onder alle volken en rassen, hoewel het bij de joden vrijwel niet zou voorkomen. De ziekte houdt geen rekening met geslacht of maatschappelijke klasse, ze ontziet geen enkele sociale klasse: man of vrouw, rijk of arm, allen worden over een kam geschoren. Mensen van elke rang of stand kunnen worden getroffen: zowel de ontwikkelde en welgestelde klasse als de volksklasse. Alle lagen der bevolking zijn vertegenwoordigd, van de hoogste tot de onderste: ministers, universiteitsprofessoren, geleerden, kunstenaars, ingenieurs, artsen, bankdirecteuren, journalisten, bedienden, winkeliers, sociale werkers, garagehouders, kappers, fabrieksarbeiders, metselaars, kroegbazen, varensgezellen, handelsreizigers, landlopers enzovoort. Kortom: een bont gezelschap.

Men heeft getracht de uitgebreidheid van de aandoening te benaderen. Duidelijke statistische gegevens hieromtrent ontbreken ons jammer genoeg ; het blijft voorlopig bij (ruwe) schattingen. Zulks is gedeeltelijk te verklaren doordat men op dit terrein kan spreken van een 'dark number', dit is van een aantal mensen dat niet binnen onze statistieken te vangen is ; de grootte van dit aantal is uiteraard onbekend.

Men kan zich over de omvang van het alcoholisme enig idee vormen aan de hand van PERRINS studie over de Franse mortaliteit in het algemeen en die van het alcoholisme in het bijzonder. Uit die studie blijkt inderdaad dat het alcoholisme in Frankrijk de derde plaats bekleedt qua mortaliteit in 1961, en zelfs de eerste wat de mogelijk te vermijden sterfte aangaat. Ook voor 1962 kwam PERRIN tot gelijksoortige bevindingen. Uiteraard gelden deze cijfers voor Frankrijk, maar ook in andere landen is het alcoholisme een niet te onderschatten probleem. Zo schrijft de auteur van het boek 'Aspects of Alcoholism' dat het alcoholisme in de USA het vierde belangrijkste probleem van de volksgezondheid uitmaakt; de drie andere zijn : ziektes van hart en bloedvaten, kanker en verkeersongevallen. Naar mij dunkt is commentaar hierbij overbodig : waar zulke hoge mortaliteit door alcoholisme voorkomt of waar het alcoholprobleem het vierde belangrijkste probleem der volksgezondheid vertegenwoordigt, moet wel een hoge morbiditeit ( ziekteverhouding; het verhoudingsgetal van het aantal zieken in een gemeenschap.) voor alcoholisme in aanmerking genomen worden.

Hoe hoog de morbiditeit ligt weten we niet, maar verscheidene auteurs hebben gepoogd dit te schatten (Meer dan een schatting is het niet en kan het ook niet zijn.). Zo onder meer JELLINEK die zich hiervoor baseerde op gegevens betreffende het voorkomen van levercirrhose. Hij meende dat het aantal gevallen van levercirrhose een vingerwijzing kon vormen voor de berekening van het totale aantal alcoholisten in een bepaald land, omdat er, volgens hem, een voldoende constante relatie tussen het alcoholisme en de sterfte aan levercirrhose bewezen is om het aantal levende

alcoholisten te kunnen ramen. Hij stelde te dien einde een formule op, de zgn. ‘formule van JELLINEK’. Daarbij was hij er zich wel bewust van dat levercirrhose niet alleen alcoholisten en excessieve drinkers aantast, maar ook matige gebruikers en zelfs geheelonthouders.

Met deze formule als uitgangspunt, berekenden JELLINEK en andere auteurs het vermoedelijke aantal alcoholisten in diverse landen. Men vindt sommige resultaten hiervan in tabel 5.

(Over deze cijfers is men het niet altijd eens ; SPEYER bijvoorbeeld meent dat het aantal alcoholisten in de USA ongeveer 6,% bedraagt. Ik vraag me trouwens af of het cijfer voor West-Duitsland niet schromelijk onderschat is : mijns inziens ligt dat percentage veel hoger. Misschien komt levercirrhose in West-Duitsland minder voor ?

Tabel 5. Percentage der alcoholisten boven de 20 jaar voor diverse landen, berekend volgens de formule van JELLINEK.

Frankrijk	1947	5.20%
USA	1955	4.36%
Chili	1956	2.96%
Zweden	1946	2.58%
Zwitserland	1953	2.10%
Denemarken	1948	1.95%
Canada	1956	1.89%
Noorwegen	1947	1.56%
Finland	1947	1.43%
Australie	1947	1.34%
Engeland & Wales	1948	1.10%
Italie	1954	0.70%
West-Duitsland	1963	0.54%

In Nederland wordt, volgens SPEYER (1963), het aantal alcoholisten geschat op 30.000 - 50.000, wat zou overeenstemmen met 0.25 – 0.41% der bevolking ; in België zou het aantal ongeveer 50.000 bedragen, d.i. 0.55 % der bevolking.

Hoe het verder ook zij, wij kunnen uit dit alles besluiten dat het alcoholisme een vrij frequent voorkomende kwaal is en dat er meer alcoholisten onder de zon lopen dan wij wel beseffen. Als het alcoholisme de derde belangrijkste doodsoorzaak vormt in Frankrijk en het vierde belangrijkste vraagstuk der volksgezondheid in de USA, dan gaat het feitelijk om een sociale ziekte van eerste rang, die al onze aandacht verdient. Immers, niets wijst erop dat in onze streken het probleem minder relevant

is. Het is wel jammer dat er nagenoeg geen ernstige studie verricht werd over de uitgebreidheid van het alcoholisme ten onzent.

Anderzijds weten we dat het alcoholisme een ziekte is die tot staan gebracht kan worden. Om deze gesel te bekampen moeten we dus niet bij de pakken blijven neerzitten, maar integendeel spijkers met koppen slaan. Een van de eerste programmapunten zou moeten zijn het op touw zetten van een uitgebreide voorlichtingscampagne om het onwetende publiek wakker te schudden. Wij moeten de idee dat het alcoholisme een ziekte is in het licht stellen en propageren zodat Jan, Piet en Klaas vertrouwd raken met de kardinale symptomen, zoals heimelijk en schielijk drinken, black-outs, controleverlies en dergelijke. Als we erin slagen deze uiterst gewichtige Fenomenen tot gemeengoed te maken, hebben we een schrede voorwaarts gezet, omdat m.i. vele excessieve drinkers alcoholist worden zonder zich daarvan bewust te zijn. Vele drinkers inderdaad beginnen hun carrière als 'sociale drinkers' en stuiven als het ware het alcoholisme binnen zonder de overgang naar het pathologische drinken te herkennen... louter uit onwetendheid. Als ze de symptomen van hun ziekte tijdig onderkend hadden dan zouden ze zich wellicht nooit op het hellende vlak van het alcoholisme bevonden hebben. En het ligt voor de hand dat een alcoholist in de dop gemakkelijker om te praten valt dan een all round alcoholist. Ik ben ervan overtuigd dat het voorkomen van het alcoholisme sterk beïnvloed kan worden door een juiste voorlichting. Hierdoor alleen al, zo dacht ik, zal het mogelijk zijn de ziekte bij vele mensen aan te pakken alvorens ze ernstige medische en sociale verwoestingen heeft aangericht.

De voorlichting kan dus een weerslag hebben op de prognose van het alcoholisme; een goede informatie kan een lelijke knauw geven aan de prognose, die immers bij het natuurlijke beloop der ziekte infaust is.

De strijd tegen het alcoholisme dient door de overheid meer erkend en gesteund te worden, bijvoorbeeld in de vorm van officiële propaganda en subsidies aan de reeds bestaande organisaties uit de privé-sector, die hun sporen verdiend hebben in de strijd tegen deze kanker. De schade immers die deze ziekten kan aanrichten is zo ongelooflijk immens dat iedere poging om hierin verandering te brengen moet worden beschouwd als een kostbare bijdrage tot een betere samenleving.

## ***6 DIAGNOSE EN PROGNOSE***

In dit hoofdstuk beperken wij ons tot de bespreking van JELLINEKS gammavorm. Het is deze vorm van alcoholisme, die wij volgens onze afspraak beogen als wij spreken over alcoholisme zonder meer. Juist wegens zijn uitgebreidheid ten onzent, moge ik de diagnose ervan speciaal onderstrepen.

## 6.1 Diagnose

Een vroegtijdige diagnose stellen van alcoholisme is uitermate belangrijk omdat de levensduur van excessieve drinkers, dus uiteraard van alcoholisten, in hoge mate ingekort is, vergeleken bij die van matige drinkers of geheelonthouders en omdat de genezingskans van het alcoholisme, net als bij iedere andere ziekte, bij een vroegtijdig ingrijpen groter is dan bij een laattijdig. Doch voor het vroegtijdige diagnosticeren is het nodig dat de geneesheer kennis heeft van de symptomen, die reeds vanaf het beginstadium kunnen wijzen op een alcoholverslaving. Het is volstrekt noodzakelijk dat een medicus bij machte is een gewone excessieve drinker te onderscheiden van een later verslaafde alcoholist. Ik betwist hiermee niet dat de excessieve drinker geen hulp behoeft, maar de alcoholist is als het ware een urgent geval, daar hij de latere verslaafde wordt. Daarom is de kennis van de vroegtijdige, subtiele symptomen zo gewichtig; ik denk hier bijvoorbeeld aan: het heimelijk en schielijk drinken, het veelvuldig voorkomen van black-outs, het vermijden van gesprekken over alcohol enzovoort.

Bij een vroegtijdige herkenning is de kans op een chemische resp. gelukkige nuchterheid (Voor de definities van deze begrippen zij de lezer verwezen naar par. IX.3.1.) het grootst. De vergelijking met vele andere ziekten, zoals mammacarcinoom, TBC e.d. dringt zich aan ons op. Hiervoor is het natuurlijk nodig, mag ik het nog eens herhalen, dat de geneesheer goed op de hoogte is van de werkelijke betekenis van bepaalde symptomen. Dat men bij de behandeling van het alcoholisme vele teleurstellingen boekt en terugvallen ziet, heeft met de kern van de zaak niets te maken. De leerboeken van de geneeskunde vertonen m.i. een groot manco : over het algemeen is de promovende arts niet bekend met de verschijnselen van deze zo veel voorkomende ziekte. Het lijkt me dus zonneklaar dat ook de meeste oudere confraters er niet vertrouwd mee zullen zijn ! Er is voor onze geneeskundige faculteiten nog heel wat werk aan de winkel om deze leemte aan te vullen: want als het medische korps niet op de hoogte is hoe kan het dan in 's hemelsnaam het publiek informeren ? En het is toch noodzakelijk dat ook 'the man in the street' weet dat het alcoholisme een ziekte is en dat een te rechter tijd komende en doelmatige behandeling deze ziekte wel niet kan genezen, maar dan toch het drinken kan laten beëindigen. De kennis van het publiek hieromtrent is evenwel uiterst gering (hoe kan het anders ?!) en hier zou een goed geënceneerde voorlichtingscampagne van nut kunnen zijn.

In het tijdig stellen der diagnose neemt de huisarts een centrale positie in, juist omdat hij de 'background' van zijn patiënten beter kent dan wie ook. Het is bijvoorbeeld geenszins zeldzaam dat een alcoholist in de beginfase merkt dat hij

anders drinkt dan zijn omgeving. Hij zal daarvoor niet altijd zijn huisarts raadplegen, doch het kan gebeuren dat hij behandeld wordt voor een of andere onbelangrijke kwaal en terloops een opmerking maakt over deze beginsymptomen. Het is juist de vertrouwensrelatie arts-patiënt die er dan toe kan meewerken dat de huisarts zo met de patiënt weet te praten dat deze bereid gevonden wordt zich, in dit beginstadium, aan een behandeling te onderwerpen zodat de juiste therapie tijdig kan worden toegepast. Daardoor wordt hem veel later leed bespaard. De huisarts kan dus door zijn vertrouwenspositie een uiterst gunstige invloed uitoefenen. Hij dient dan echter niet alleen op de hoogte te zijn van de symptomatologie van het alcoholisme, doch tevens aanhoudend zijn aandacht hierop gericht te houden. Bij het opnemen der anamnese moet hij vragen, niet alleen naar de frequentie en de kwantiteit der alcoholconsumptie, doch nauwkeurig informeren naar het drinkpatroon en de met dit drinkpatroon samenhangende gedragingen (... het komt er niet op aan hoeveel men drinkt, maar hoe men dit doet. ..). Bovendien moet hij denken aan de mogelijkheid dat de alcoholist of diens echtgenote hem zal consulteren voor iets anders, dan waarvoor hij of zij ogenschijnlijk gekomen is (de 'gemaskeerde klacht'). Door dit te onderkennen, door de patiënt of zijn vrouw de gelegenheid te geven zich uit te spreken over het werkelijke doel van hun komst, kan de medicus op het spoor komen van een incipiërende alcoholisme. Dit gemaskeerde vragen voor hulp komt meer voor dan men wel denkt; als aanleiding worden nogal eens huwelijksconflicten naar voren gebracht.

Op voorwaarde dat ze voorgelicht zijn, kunnen ook andere personen zeer nuttig werk verrichten bij het opsporen en helpen van alcoholisten. Ik citeer: dominees, priesters, sociale werk(st)ers, rechters, advocaten enzovoort, die door hun werkzaamheden kennis dragen van veel menselijke ellende, maar daardoor in staat zijn de helpende hand te reiken.

De diagnose van het alcoholisme stoelt m.i. op de volgende punten :

1. Het drinkpatroon
2. De fysieke complicaties
3. Het controleverlies
4. De onthoudingsverschijnselen.

Ad 1. Het drinkpatroon en de daarmee gepaard gaande gedragingen.

Wij zijn reeds bekend met JELLINEKS symptomatologie, maar toch lijkt het mij zinvol enige zaken hieruit nog eens extra te belichten : het heimelijke drinken; het schielijke drinken; het veelvuldige voorkomen van black-outs na vrij matige alcoholconsumptie; schuldgevoelens; rationalisaties; het groot-doen; een duidelijke overgevoeligheid zich uitend o.m. in agressiviteit; voortdurende angstige



bezorgdheid; neerslachtige buien; gemakkelijk op te wekken gevoelens van wrok; mislukkingen in het voldoen van maatschappelijke verplichtingen ; het verliezen van de baan ; gevoel van geïsoleerdheid dat dikwijls gepaard gaat met zelfbeklag ; tekortschieten in de intermenselijke contacten; opzoeken van milieus waarvan de status inferieur is aan die van de drinker. En tenslotte de fase van wat SPEYER de ‘sociale zelfmoord’ noemt met het ochtenddrinken en de ‘benders’.

In een in het ‘Quarterly Journal of Studies on Alcohol’ verschenen artikel, bericht BATES omtrent een door hem over 400 alcoholisten ingesteld onderzoek. Daarin komt hij tot het besluit dat wij steeds aan onderliggend alcoholisme moeten denken, als wij de volgende aanwijzingen aantreffen: alcoholisme of cirrose der ouders ; het aantreffen van veel verkeersongevallen in iemands voorgeschiedenis; een ondergane maagresectie; TBC; individuen met ‘twaalf ambachten, dertien ongelukken’ ; het verrichten van arbeid beneden zijn stand, d.i. arbeid die niet aangepast is aan de genoten opvoeding of bekwaamheid; het gescheiden leven van de gehuwde partner; excessief roken ; excessief drinken (BATES spreekt van 8 of meer per avond) ; arrestaties wegens dronkenschap of rijden onder invloed; haveloosheid; uitgesproken gebrek aan hygiëne; acnea rosacea (couperose) ; periorbitaal of scleraal oedeem ; palpabele, niet zachte lever; grove tremores bij uitgestrekte handen ; kneuzingen op ongewone plaatsen ; persisterende tachycardie ‘e causa ignota’ ; epileptiforme aanvallen zonder epilepsie. BATES meent ook dat elke getatoeëerde als een alcoholist dient beschouwd te worden tot het tegendeel bewezen is. Bij vrouwelijke alcoholisten, zegt BATES, is de diagnose nog moeilijker. Wij moeten ze voor ogen houden bij vrouwen, die gedurig aan de telefoon hangen (Telefonades), voornamelijk ‘s avonds en ‘s nachts, en die daarbij maar steeds over zichzelf liggen te schetteren; ook, zegt BATES, moeten we aan alcoholisme denken bij ongevallen thuis, of bij beenbreuken of bij het vallen van vrouwen onder de 65, vooral dan, als de dokter slechts uren of dagen later geroepen wordt.

Ad 2. Fysieke complicaties kunnen de medicus soms op het spoor brengen van de eigenlijke kwaal: vetlever, levercirrhose, gastritis, polineuropathie e.d. kunnen inderdaad symptomen van alcoholisme zijn.

Ad 3. Het controleverlies of het verlies van de beheersing over het drinken is uiteraard een zeer gewichtig verschijnsel voor het stellen der diagnose.

Ad 4. De onthoudingsverschijnselen kunnen ons ook op het spoor zetten van het alcoholisme.

## **6.2 Prognose**

Als men niet ingrijpt is de prognose van het alcoholisme infaust. Aan zichzelf overgelaten, kent de ziekte een onverbiddelijk voortschrijdende evolutie: het alcoholisme maakt van de alcoholist een wrak. Ook quoad vitam is de prognose ongunstig; we wezen er reeds op dat de levensduur van alcoholisten in belangrijke mate ingekort wordt.

Mag ik U er ook aan herinneren dat er voor de alcoholist slechts één remedie bestaat: ophouden met drinken. Zoals VAN DIJK het plastisch gezegd heeft: ‘You cannot expect a man to be dry if he keeps standing under a shower’. Wanneer het er bij de behandeling van verslaafde alcoholisten slechts op aankwam de aan het drinken ten grondslag liggende factoren te ontdekken en te elimineren, dan moest het mogelijk zijn de alcoholist weer sociaal te leren drinken. Zulks is, volgens de ervaring en de communis opinio, niet mogelijk, hoewel KENDELL, DAVIES en CAIN het tegengestelde menen te mogen beweren. Er bestaat geen genezing voor het alcoholisme. Tegen de tijd dat iemand een all round alcoholist is geworden, zijn er allerlei onherroepelijke veranderingen opgetreden in zijn organisme. Wij mogen wel beweren: ‘Eens een alcoholist, steeds een alcoholist’. Het enige wat we voor de verslaafde kunnen doen is hem nuchter maken en hem zijn nuchterheid laten accepteren.

Om met het drinken op te houden, moet de alcoholist in de eerste plaats een motivering hebben. Hij moet inzien dat het zo niet meer gaat, dat zijn leven stuurloos geworden is door de alcohol. We schreven reeds hoe moeilijk dit soms is, maar toch is dit inzicht een conditio sine qua non voor een goede therapie. Om een dergelijke moeilijke stap te zetten moet de alcoholist als het ware met ‘de rug tegen de muur staan’, tussen hamer en aambeeld zijn. Dit kan m.i. op twee manieren geschieden :

1. Hij kan ‘de klop van de hamer krijgen’, zoals mijn Vlaamse “ AA-vrienden het zo expressief kunnen uitdrukken. Bijvoorbeeld: bedreiging met verlies of verlies van werkring, gezin, gezondheid; arrestatie wegens dronkenschap; het veroorzaken van een verkeersongeval in geïntoxiceerde toestand enzovoort.
2. De therapeut kan erin slagen hem te laten inzien dat hij op het verkeerde pad is en dat zulks te wijten is aan zijn drinken. Ik verwijs hier naar TIEBOUTS interessante visie (cf. par. 3.1.5).

Als de alcoholist met een behandeling instemt, kunnen wij hem helpen op de weg naar het herstel, d.w.z. op de weg naar de chemische resp. gelukkige nuchterheid. Dit herstel nu hangt af van diverse elementen, waaronder wij aanhalen :

1. De kwaliteit van de psychiatrische, medische en sociale hulp. Hoe beter die hulp georganiseerd is, hoe meer kans op herstel.

2. De duur van de ziekte. Een alcoholist zonder controleverlies is beter te benaderen dan een all round alcoholist.
3. De mate van het inzicht van de alcoholist in zijn ziekte en de mate van het inzicht van zijn omgeving.

Wat dit laatste punt betreft moeten we er, door welke therapie ook, in slagen de alcoholist te brengen tot een 'productief inzicht'. Hoe productiever dit inzicht wordt, hoe beter wij de alcoholist kunnen helpen bij zijn herstel.

Het begrip 'productief inzicht' behoeft wel wat nadere verklaring. Het stamt, naar mijn weten, van VAN DIJK, die de grote aspecten ervan beschreef in een artikel, getiteld 'On Treatment and Rehabilitation of Alcoholics'. Wij lezen in dit opmerkelijke geschrift dat productief inzicht impliceert :

1. Dat de alcoholist inziet dat een behandeling noodzakelijk is en wel gedurende een min of meer lange, variabele periode.
2. Dat hij inziet dat na de behandeling de een of andere vorm van contact of nazorg dient te worden onderhouden (wat de Fransen de 'post-cure' noemen).
3. Dat hij inziet zelf de handen uit de mouwen te moeten steken, zowel bij de behandeling als bij de nazorg. Wat de alcoholist aangaat, betekent dit: 'Ik moet niet worden behandeld, ik moet mezelf behandelen, met de hulp van anderen'. En de slogan van de therapeut luidt : 'Ik zal je helpen, maar jij, jij moet het rooien'.
4. Dat het volstrekt onontbeerlijk is de gevaarlijke situaties en emoties te onderkennen die het drinken in de hand kunnen werken. De alcoholist moet leren zich op de hoogte te stellen van zijn eigen, particuliere 'alarmsignalen'.
5. Dat dergelijke situaties en emoties doorgaans in het leven geroepen worden door bepaalde oorzaken en motieven en dat het noodzakelijk is deze motieven en oorzaken te kennen om te leren hoe ze de baas te worden of, als dit al onmogelijk mocht zijn, te leren hoe ze uit de weg te gaan. 'Ken uzelf en uw situaties'.
6. Dat het in vele gevallen mogelijk is deze motiveringen op een of andere manier uit de weg te ruimen. E.g. door psychotherapie.
7. Dat herstellen meer betekent dan alleen maar ophouden met drinken; dat het inderdaad in de allereerste plaats een nieuwe levenswijze behelst.

Aan dit laatste punt wilde ik nog toevoegen dat de alcoholist uiteraard eerst moet ophouden met drinken (i.e. chemisch nuchter worden), alvorens we hem via de een of andere therapie naar een nieuwe persoonlijkheid kunnen voeren (i.e. gelukkig nuchter worden). Telkens wanneer het mogelijk is zou de gelukkige nuchterheid het terminale stadium van elke behandeling moeten zijn. Hier hangt vanzelfsprekend veel af van de mate van productief inzicht dat de alcoholist kan opbrengen.

In het begin van deze paragraaf poneerden we dat het niet behandelde alcoholisme doorgaans een infauste prognose kent ; aan zichzelf overgelaten evolueert de ziekte

inderdaad meestal fataal. Maar hoe zit het nu met de prognose der wel behandelde gevallen ?

Ik meen dat we deze moeten onderverdelen in drie categorieën - zo ziet ook VAN DIJK het - en de meest plausibele vorm ter differentie lijkt mij de mate -van het productief inzicht van de alcoholist te zijn na de behandeling.

1. Aan de top van de prognostische ladder staan de 'happy few', die door de therapie een zo sterke mate van productief inzicht bereikt hebben dat ze erin geslaagd zijn een gelukkige nuchterheid op te bouwen. Zij zijn dermate hersteld dat ze geen verdere hulp meer behoeven, van welke aard deze dan ook moge zijn (medicamenteuze; psychotherapeutische ; AA-hulp enzovoort).
2. Onderaan de ladder vinden we de alcoholisten die helemaal geen productief inzicht konden verwerven. Ze blijven alleen maar nuchter als we hen daartoe dwingen, bijvoorbeeld door opname in een gekkenhuis of door opsluiting in een psychiatrische instelling. Zodra ze de kans schoon zien, recidiveren ze echter. In feite kunnen we deze mensen heden ten dage niet helpen ; alle maatregelen verwateren als het ware tot pleisters op een houten been. Misschien kentert dit ooit als ons therapeutisch arsenaal uitgebreider wordt.
3. Middenin treffen we de grootste groep alcoholisten aan. Hij omvat degenen die wel enig productief inzicht verworven, onvoldoende evenwel om gelukkig nuchter te worden. Met andere woorden deze alcoholisten zijn chemisch nuchter en
  - a. of wel blijven ze dit levenslang (cave: chemische nuchterheid en terugvallen gaan vaak hand aan hand).
  - b. of wel klimmen ze de ladder verder op, na een moeizame strijd met en tegen zichzelf.

Het grote verschil met de gelukkig nuchteren is dat de chemisch nuchteren nog steeds hulp behoeven, willen ze hun nuchterheid bewaren (e.g. medicamenteus: disulfirampreparaten, tranquilliantia; psychotherapie; AA-hulp e.d.), terwijl de gelukkig nuchteren geen hulp meer behoeven om nuchter te blijven. Het is mijn onwrikbare overtuiging dat vele alcoholisten uit de middengroep gelukkig nuchter zouden kunnen worden, mits een beter georiënteerde hulp. Ik denk hier bijvoorbeeld aan de vele AA-ers, die halverwege op de ladder der nuchterheid blijven staan zijn, omdat ze, domweg, nooit naar een dokter zijn toegegaan die ze een groter productief inzicht had kunnen verschaffen door een goede medische en/of psychiatrische behandeling. Een van de schaduwzijden van de AA-organisatie is, zo dacht ik toch, dat ze zich blind staart op het dogma: 'Alleen wij kunnen alcoholisten helpen, omdat alleen alcoholisten andere alcoholisten kunnen begrijpen'. Misschien gold die regel dertig jaar geleden, maar ondertussen is de geneeskunde een aardig stukje geëvolueerd en zijn er zovele therapieën uitgewerkt dat een onderlegd medicus

verdraaid goed weet welk vlees hij in de kuip heeft als hij een alcoholist op zijn spreekuur krijgt. Ik hou het er in elk geval op dat de AA veel te weinig samenwerkt met de geneesheer en dat ze, juist daardoor, de gelukkige nuchterheid van sommigen lelijk in de weg staat.

De schattingen omtrent het aantal 'herstelde' alcoholisten zijn nogal uiteenlopend ; in het boek 'Aspects of Alcoholism' lezen we dat sommige rapporten spreken van 3 % en andere van 80 %. Dit zijn extreme getallen. De meeste auteurs zijn van mening dat 50 % der alcoholisten herstellen met een goede behandeling.

De vraag die zich hier uiteraard opdringt is: wat verstaat men onder 'herstellen' ? Bedoelt men hiermee de alcoholist die niet meer drinkt zonder meer (chemisch nuchter) of wel de alcoholist die gelukkig nuchter is geworden ? Bij het naslaan der literatuur kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat de meeste schrijvers het hersteld-zijn verstaan als het louter niet-meer-drinken.

Zo beweert de Amerikaanse journalist Jack ALEXANDER in de overigens uitstekende AA-brochure 'Alcoholics Anonymous' dat de AA 75 % der alcoholisten kan helpen bij hun herstel, terwijl hetzelfde cijfer in de periode voor de AA slechts 2-3 % bedroeg. Dit laatste herstel geschiedde dan meestal door middel van medische of pastorale hulp ('pastoral counseling'). Het is inderdaad een feit dat de prognose van het alcoholisme gekenterd is doordat er meer en krachtiger middelen ter beschikking staan van de therapeut en een van de grootste aanwinsten is ongetwijfeld de groepspsychotherapie, zoals die bedreven wordt in en door de AA. Maar het is m.i. buiten kijf dat ALEXANDERS cijfers schromelijk overdreven zijn. Als we heel ruim willen rekenen zouden we ten hoogste kunnen aannemen dat zijn percentage zowel de gelukkig als de chemisch nuchteren omvat. Ik voor mij wil wel aannemen dat de AA, maar dan samen met andere therapeutische maatregelen, 60% der alcoholisten chemisch nuchter kan maken, zeker niet meer, terwijl het aantal gelukkig nuchteren bij een gecombineerde therapie (AA + andere technieken) wellicht 25 % zal halen. Het aantal alcoholisten dat door een AA-behandeling alleen chemisch nuchter wordt, zou ik schatten om en nabij 30 % en het in en door de AA gelukkig nuchter geworden alcoholisten op niet meer dan 5-10 %. Deze cijfers zijn vanzelfsprekend discutabel, aangezien het in feite ook niet meer dan schattingen (kunnen) zijn, maar toch ben ik van oordeel dat zij de waarheid minder geweld aandoen dan vele andere vooropgestelde ramingen.

Om deze paragraaf te besluiten, moge ik opmerken dat wij steeds één zaak indachtig moeten zijn : wij kunnen de alcoholist uit de ketenen van de alcoholslavernij bevrijden, wij kunnen van hem, die eens de horige was van de alcohol, een vrij en eventueel een gelukkig man maken, maar we kunnen hem nooit, ik zeg nooit, matig,

d.i. sociaal leren drinken; de alcoholist moet leren van het eerste glas af te blijven. De alcoholist die dit niet aanvaarden wil of kan, vecht tegen de bierkaai.

## **7 DE VROUW EN HET ALCOHOLISME**

### **7.1 De vrouw van de alcoholist**

Diverse auteurs houden het erop dat de vrouw van de alcoholist een grote rol speelt in het alcoholisme van haar partner. Tot voor de tweede Wereldoorlog werd de vrouw van de alcoholist doorgaans beschouwd als een onschuldig slachtoffer dat de prooi van de drankduivel geworden was, zowat als een lam dat ter slachtbank geleid wordt. Maar omstreeks 1945 werden nieuwe gezichtspunten naar voren gebracht.

DE SAUGY heeft hieromtrent een opmerkelijke studie op touw gezet. Zij onderscheidt drie fazen in de evolutie van het medisch denken over de vrouw van de alcoholist.

1. De ‘prehistorische fase’. De toespelingen over de vrouw van de alcoholist geschieden bij uitzondering; men neemt over het algemeen aan dat zij een stumperd is, omdat men haar ziet als het slachtoffer van haar mans alcoholisme.
2. De ‘historische fase’. De vrouw van de alcoholist is een neurose lijdster, die het niet kan opbrengen de krachtinspanningen die men aanwendt voor het herstel van haar man, in de hand te werken
3. Vandaag de dag schijnt er een nieuwe fase te zijn aangebroken in het medische denken. De vrouw van de alcoholist zou vaak niet buiten het alcoholisme van haar partner kunnen: zij zou als het ware niet kunnen velen dat hij met drinken ophoudt.

Bij de bespreking van de tweede fase, merkt DE SAUGY op dat deze vooral bekendheid verwierf vanaf de jaren onmiddellijk na de tweede Wereldoorlog.

Waarom bepaalde vrouwen de voor het herstel van hun man gedane krachtinspanningen niet in de hand kunnen werken, tracht ze te verduidelijken aan de hand van verscheidene navorsers, waaronder de Zwitser LAUTERBERG en de Amerikaan WHALER. LAUTERBERG beschreef: ‘de goede echtgenote die geen verwijten maakt, maar die faalt waar een ander slaagt’; ‘de angstvallige echtgenote die niets durft te ondernemen’; ‘de besluiteloze die bidt en smeekt om van haar man verlost te worden...en die enige dagen nadien met klem op zijn terugkeer aandringt’; ‘de onderdanige echtgenote’: deze is een eerder passieve vrouw, een masochiste die onhoudbare situaties verduren kan, vaak was haar vader eveneens alcoholist; ‘de geborneerde echtgenote die alle raad ‘In de wind slaat’ enzovoort. WHALER haalt aan: ‘de lijdende vrouw die masochiste is’; ‘de gendarme’, het manwif dat alleen

maar een man zoekt om altijd de baas te willen spelen; 'de bestraffende vrouw'.

DE SAUGY maakt er gewag van dat verschillende auteurs wijzen op bepaalde karaktertrekken die typisch zouden zijn voor de vrouw van de alcoholist, met name: de horigheid, de frigiditeit, sadistisch-masochistische neigingen, de behoefte haar man op fouten te betrappen en een wisselvallig gedrag.

In haar verdere analyse citeert de SAUGY ook FUTTERMAN. Volgens deze is de vrouw er rotsvast van overtuigd dat haar man niet buiten haar kan en zou het zo zijn dat vrouwlief hoofdzakelijk haar man nodig heeft om haar sadisme, haar narcisme en haar schuldgevoelens te kunnen bevredigen. Tot staving hiervan haalt FUTTERMAN het geval aan van een vrouw, die in 1953 een depressieve crisis doormaakte, op het ogenblik dat haar man met drinken ophield. MACDONALD bevestigde deze observatie aan de hand van 18 gevallen en ook LEROY deelde dezelfde bevindingen mee van 3 vrouwen van alcoholisten. ISRAËL, LEVY en NORTH beaamden niet alleen deze visie, maar gingen nog een stap verder in de redenering door op te merken dat de echtgenote vaak de voornaamste schuldige is voor het ontstaan van het alcoholisme van haar man (daarmee bedoelen zij dan wel, zo dacht ik, voor het op gang brengen van het initiale drinken).

Een aantal auteurs onderschrijft deze laatste hypothese, wat met zich mee brengt dat we in feite beland zijn in de derde fase van het medische denken, met name in die fase waar beweerd wordt dat de vrouw het alcoholisme van haar partner nodig heeft om haar psychisch evenwicht te bewaren. De SAUGY is van oordeel dat deze kwestie een dringende studie behoeft; indien deze hypothese steekhoudend zou blijken voor het merendeel der gevallen dan zijn daaraan inderdaad zekere implicaties verbonden. Het ligt dan immers voor de hand, aldus de SAUGY, dat wij de behandeling van het alcoholisme grondig zullen moeten reviseren: in plaats van de echtgenote - onbewust - voor het hoofd te stoten kunnen wij dit pareren door ook aandacht te schenken aan haar en haar te behandelen met adequate middelen zodat ze zich uiteindelijk aan het herstel van haar partner zal kunnen aanpassen (ESSER onderstreept het belang van de gezinstherapie: het hele gezin wordt betrokken bij de therapie van het alcoholisme, hoewel hij van andere dan de hier uiteengezette principes uitgaat.) Ik moge erop attenderen dat men de aard van dit probleem reeds sedert enige tijd in de AA begrepen heeft. De AA is er zich

bewust van dat het vrijwel onvermijdelijk is dat de echtgenote van een alcoholist onder het drinken van haar man gebukt gaat en daardoor psychologische stoornissen aan den dag gaat leggen. De AA echter acht deze stoornissen eerder het gevolg van het continue, excessieve drinken te zijn als de oorzaak ervan. Anderzijds is het kernpunt van het AA-herstelprogramma erin gelegen dat de alcoholist alleen, zonder

de hulp van anderen, niet herstellen kan. Onder deze hulp verstaan zij zowel de hulp van andere alcoholisten als die van zijn dagelijkse omgeving. Uit deze overwegingen werden de AA-familiegroepen geboren zoals bijvoorbeeld AL-Anon. Daar tracht men de echtgenoten, moeder of kinderen van alcoholisten te helpen om hun man (zoon, vader te begrijpen en inzicht te verwerven in zijn ziekte alsmede de vrouw te helpen bij haar herstel.

Of het alcoholisme nu al dan niet veroorzaakt wordt door de echtgenote is nog zeer de vraag; mij lijkt het ontstaan van het alcoholisme van uit zo'n kern verre van bewezen. Het is voorstelbaar dat bepaalde vrouwen hun man het alcoholisme kunnen injagen, maar ik ben ervan overtuigd dat deze man zelf geneigd moet zijn tot alcoholisme: hij dient 'prone to alcohol' te zijn. Niet ieder manwif noch iedere Xantippe toch heeft een alcoholist tot man.

Uit de voorgaande beschouwingen kunnen wij m.i. concluderen dat het, bij de therapie van de alcoholist, gewenst is aandacht te besteden aan zijn huwelijksituatie en, casu quo eveneens zijn echtgenote aan een juiste behandeling te onderwerpen.

Wij mogen wel aannemen dat deze misschien niet altijd het onschuldige slachtoffer is van het alcoholisme van haar man, zoals men vroeger dacht, maar het staat buiten kijf dat de kans op herstel van haar partner afhankelijk is van haar psychologische constellatie. Tenslotte gaat het ook bij haar om een lijdend mens en ergo heeft ook zij recht op onze warme hulp.

## **7.2 De vrouwelijke alcoholist**

Het vrouwelijke alcoholisme vormt een hoofdbrekend vraagstuk ; de gemeenschap is misschien niet mals in haar vonnis over de mannelijke alcoholist, maar een drinkende vrouw wordt uitermate scherp veroordeeld: zo'n vrouw wordt beschouwd als een slet. FONTAN wijst erop dat:...De joodse archetypes de mantel van Noë niet voorzien voor de moeders om er hun schaamte mee te bedekken. In de katholieke kerk mag de priester, i.e. de enige die wijn communiceert, geen vrouw zijn; het is de vrouw evenmin toegestaan de mis te dienen en de miswijn aan te bieden aan de officiant. Bacchanten worden alleen nog gedoogd in musea... Onze beschaving duldt geen vrouwelijke dronkelappen; de familie laat haar zeer snel links liggen of sluit haar op, terwijl de gemeenschap haar in de ban doet. De mannen stellen dergelijke schepsels alleen nog op prijs als een gebruiksvoorwerp: vatenwasters in de keuken en tippelaarsters op straat. Deze opgejaagde vrouwen isoleren zich in een toestand van onbegrepen- worden of kunnen zich daarentegen clandestien groeperen om fraude te plegen...' En FONTAN vervolgt:...Drinken in groep, zoals dit de man past, is uit den boze voor de vrouw, zelfs op familiefeesten. Of schoon wij weliswaar niet



meer leven in de tijd dat moeder het eten opdiende en zelf staande at, is de tijd er nog niet rijp voor dat onze vrouwen zich mogen bedrinken zoals hun disgenoten. En het is wel zo dat de vrouwen der twintigste eeuw sterk geëmancipeerd zijn, maar toch wordt hun Dionysus, de god van de wijn, ontzegd. Zelfs in kroeg of club mag een vrouw enkel binnen gechaperonneerd door de man. Bars met vrouwen zijn in feite gemaakt voor de man... Als een vrouw in gemeenschap wil drinken, dient dit onderhands te geschieden, onder allerlei voorwendsels, zoals bijvoorbeeld het bezoeken van buurvrouwen of vriendinnen...'

De maatschappij spreekt dus over vrouwelijke alcoholisten een waar doemvonnis uit ; het ligt dan ook voor de hand dat iemand die het gevaar loopt om bedolven te worden onder dergelijke hoon en smaad, als het ware geprest wordt om alleen maar heimelijk en verborgen te drinken. En het is ook zo dat een vrouw, in tegenstelling met haar mannelijke collega, hoofdzakelijk thuis drinkt. Zo kan ze inderdaad haar alcoholgebruik maskeren, zowel voor haar gezin als voor de buitenwereld. Vele vrouwelijke alcoholisten gaan met de fles naar bed, of nippen er in het geheim van, de gehele dag door. Vooral huismoeders hebben hierbij een streepje voor, ze verkeren in een ideale positie om voortdurend

te kunnen drinken, doordat er geen pottekijkers in de buurt zijn en, zelfs in hun licht geïntoxiceerde toestand, kunnen ze het meeste huiswerk wel af. Heel wat vrouwen zijn in staat hun afwijking gedurende een lange tijd verborgen te houden, zodat het doorgaans veel langer duurt eer dit aan het licht komt dan bij de uithuizige mannelijke alcoholist.

Is het niet gemakkelijk het aantal mannelijke alcoholisten te ramen, dan spreekt het vanzelf dat een schatting van het aantal vrouwelijke alcoholisten zeker niet van een leien dakje gaat, juist door het heimelijke aspect van hun drinkpatroon. In 'Aspects of Alcoholism, wordt bijvoorbeeld vooropgezet dat de geldende sex-ratio (Onder sex-ratio wordt verstaan de verhouding van het aantal mannelijke alcoholisten t.a.v. het aantal vrouwelijke. Een sex-ratio 5: 1 betekent dat er 5 mannelijke alcoholisten zijn op 1 vrouwelijke.) voor de USA misschien veel te laag begroot werd. De meeste navorsers nemen voor de USA een sex-ratio van 5:1 aan. Volgens RILEY en MARDEN zou het aantal drinkende vrouwen in de USA in de loop der laatste jaren echter aanzienlijk gestegen zijn en wel om twee redenen :

1. De alcoholconsumptie in de USA was in 1946 toegenomen t.a.v. die van 1940. Dit geldt zowel voor het mannelijke als voor het vrouwelijke gedeelte der bevolking.
2. In de USA bestaat een algemene trend, waarbij de bestaande sociologische verschillen tussen man en vrouw allengs afgezwakt worden.

We vinden evenwel in de meeste statistieken over de Amerikaanse sex-ratio het cijfer 5:1 terug, met dien verstande dat het cijfer enigszins schommelt naargelang de geciteerde bron. Volgens 'Aspects of Alcoholism' raamt de privé-praxis de sex-ratio op 3:1,

De diensten voor maatschappelijk hulpbetoon spreken van 4:1; de ziekenhuizen van 6:1 en het bureau van politie berekende een sex-ratio van 11: 1. Het is uitermate moeilijk te weten wie het hier bij het rechte eind heeft.

Wat de Zwitserse sex-ratio aangaat maakt SOLMS eveneens gewag van verschillende cijfers naargelang de bron. De sex-ratio zou er 7:1 bedragen voor de alcoholisten die in behandeling waren in psychiatrische ziekenhuizen (1951-1958) en 12,5:1 voor de alcoholisten die de Zwitserse consultatiebureaus voor alcoholisme consulteerden (1951-1958). Volgens SOLMS zouden deze verschillen te wijten zijn aan het feit dat de opsporing van alcoholisten gemakkelijker wordt tijdens de latere stadia van hun ziekte; daardoor komt het dat relatief meer vrouwen verzorgd worden in psychiatrische instellingen dan op consultatiebureaus. Waarschijnlijk vinden de uiteenlopende cijfers voor de USA hun verklaring in een gelijksoortig mechanisme, wat dan nogmaals bevestigt dat de huisarts door zijn privé-praxis een sleutelpositie inneemt voor het opsporen van alcoholisten.

In tabel 6 vindt de lezer enige sex-ratios, die in 1963 naar voren werden gebracht op het 'Europese colloquium voor de preventie en de behandeling van het alcoholisme'.

Tabel 6. Schatting van de sex-ratio in diverse landen (overgenomen' uit 'La Revue de L'alcoolisme' IX/4, blz. 286.

<u>Land</u>	<u>Sex-ratio</u>
Zweden	12,5-20:1
Italië:	17:1
Finland	15:1
USSR	11-14:1
Zwitserland	12,5:1
Oostenrijk	10:1
Canada	5-6:1
Frankrijk (Parijs)	5-6:1
West-Duitsland (Andere bronnen spreken van 10:1 voor West-Duitsland)	5:1
Noorwegen	4-5:1
Engeland	2,2-4:1
USA	1-5,6:1

Deze cijfers vergen heel wat voorbehoud, men dient ze te beoordelen met een kritisch oog en, volgens mijn bescheiden mening mag men er niet meer in zien dan alleen een vage vingerwijzing. Men mag met andere woorden hun betekenis niet opschroeven omdat men anders het gevaar loopt allerhande verkeerde conclusies te trekken.

Cum grano salis genomen heeft deze tabel niettemin enig belang. Hiervoor hebben wij gezien dat er in de USA een tendens merkbaar is waarbij de heersende sociologische verschillen tussen man en vrouw langzamerhand verdwijnen. Het is dus niet uitgesloten dat deze 'American way of life', zowel in de USA als ten onzen de sex-ratio vroeg of laat zou kunnen doen stijgen tot de waarde 1:1. De tabel leert ons trouwens dat schattingen in die zin reeds plaatsvonden voor de USA.

In paragraaf II.1.3 bespraken we de regel van JELLINEK, die het volgende formuleert: '... In gemeenschappen waar slechts een laag alcoholgebruik sociaal billijk geacht wordt, zullen hoofdzakelijk diegenen aan het verslavingsrisico blootgesteld zijn die door hun grote psychologische vulnerabiliteit een beweegreden hebben om tegen de sociale maatstaven in te gaan...' Hierdoor geleid kunnen we betogen dat de vrouw, in onze streken, een nog grotere psychologische vulnerabiliteit aan de dag moet leggen dan de

man om excessief en continu te drinken. Het drinken van een vrouw immers stuit op een nog sterkere sociale tegenstand: onze civilisatie slikt geen sloeries - weet echter niet dat het hier om zieken gaat. Als een werkelijke emancipatie, die de sociale barrières tussen man en vrouw reëel doet wegvallen, ooit regel zou worden dan zal het vrouwelijke gedrag het mannelijke misschien benaderen, niet alleen in normale omstandigheden, maar ook wat het drinken betreft. Het vrouwelijke drinken zal dan wellicht niet meer zo stiekem gebeuren. Daardoor zou de sex-ratio tot haar ware proporties kunnen worden teruggebracht.

Verscheidene auteurs (FONTAN, DESHAIES, NACHIN) wijzen erop dat zowel de psychologische als fysiologische functies bij de vrouwelijke alcoholist vlugger en grondiger aftakelen dan bij de mannelijke. De desintegratie van de persoonlijkheid zou bijvoorbeeld in grotere mate uitgesproken zijn bij de vrouwelijke drinker. SCHODET meent dat de frequentie van de levercirrhose weliswaar hoger ligt bij de man, maar dat de ziekte, casu quo sneller evolueert bij vrouwelijke alcoholisten. LEREBoullet, AMSTUTZ, BIRABEN en DEVOIZE daarentegen konden wat de levercirrhose aangaat, geen noemenswaardig verschil vaststellen tussen mannen en vrouwen omtrent ernst of frequentie der aandoening. In hun rapport beklemtonen deze schrijvers evenwel het veelvuldiger voorkomen bij vrouwen van neurologische

en psychiatrische afwijkingen (delirium Tremens, karakterstoornissen, gedragsstoornissen). Volgens hen zou er zelfs een speciaal psychisch patroon bestaan bij vrouwelijke alcoholisten, een soort psychisme zich uitend in passiviteit, karakterzwakheid en een gebrekkige persoonlijkheidsstructuur.

Op de vraag of de biologische fragiliteit van de vrouw t.a.v. de alcohol verbonden is aan de werking der seksuele hormonen, blijft men voorlopig het antwoord schuldig.

Waarschijnlijk wordt het vrouwelijke alcoholisme door dezelfde momenten op gang gebracht als het mannelijke, waarbij ook het 'prone to alcohol' -zijn een belangrijke rol speelt. Volgens verschillende vorsers is er een relevant onderscheid met de mannelijke alcoholist: deze vertoont vaak geen diepgaande persoonlijkheidsveranderingen, terwijl de vrouw daarentegen reeds vanaf het premorbide stadium zou lijden aan zeer ernstige defecten der persoonlijkheid, ja zelfs aan zware neurosen. Volgens LERBOULLET,

AMSTUTZ, BIRABEN en DEVOIZE: '... Is de alcohol voor deze vrouwen met hun gebrekkige persoonlijkheidsstructuur het symbool van de veilige haven, waar ze kunnen schuilen voor de moeilijkheden die het leven met zich meebrengt. Ze zoeken in de alcohol de euforie en de vergetelheid, doordat ze niet bij machte zijn het hoofd te bieden aan de zware levensomstandigheden... ze drinken omdat ze trachten een compensatie te vinden...'

Bij dergelijke gepredisponerde vrouwen kan het initiale drinken worden uitgelokt door een aantal factoren die vooral op het psychologische terrein gelegen zijn. Als meest frequente oorzaak worden huwelijksconflicten naar voren gebracht : slechte verstandhouding met de partner, moeilijkheden met eigen kroost of met de aangetrouwde kinderen, scheiding; ook onbegrip, geweld, wreedheid of brutaliteit van de echtgenoot kunnen een rol spelen. Andere etiologische momenten worden geschapen door sociale problemen, zoals slechte behuizing, door financiële moeilijkheden, door wrijvingen of zelfs botsingen met de maatschappij of de familie over situaties die door de religie of de zeden oneerbaar worden geacht. Sterke emotionele stress kan eveneens leiden tot het initiale drinken: liefdessmart, het overlijden van na aan het hart liggende personen en dergelijke. Ook angsten, spanningen, frustraties kunnen dit prille drinken in de hand werken. Soms wordt het drinken bij de vrouw op gang gebracht door de echtgenoot; dit is bijvoorbeeld het geval als de vrouw leert drinken om haar drinkende man gezelschap te houden; een mooi voorbeeld hiervan vindt men bij het filmpaar in de uitstekende prent 'Days of wine and roses'. Paradoxaal genoeg aanvaardt de vrouw haar man vaak als 'drinkebroer', terwijl hij veel minder verdraagzaam is t.a.v. haar excessieve drinken.

Sommige auteurs poneren dat er een causale relatie bestaat tussen het vrouwelijke

alcoholisme en bepaalde specifiek vrouwelijke functies, zoals de menstruatie, het baren en de menopauze ; de hypothese is vooralsnog niet bewezen.

FONTAN vestigt de aandacht op de relevantie van de eenzaamheid. Deze voert, volgens hem, de boventoon in het tot stand komen van het vrouwelijke alcoholisme. De alcoholiste is vaak een alleenstaande, geïsoleerde vrouw en dit geïsoleerd zijn zou de aanleiding vormen tot het initiale drinken. FONTAN meent dat het affectieve leven van de vrouw gericht is op het streven naar liefde, moederlijke staat en geborgenheid. Bij vele vrouwen wordt de triade niet verwezenlijkt en daarom trachten bepaalde vrouwen een ersatz te vinden in het excessieve drinken, dat, steeds volgens FONTAN, een afweermechanisme vormt tegen frustraties, steriliteit en onzekerheid. De vereenzaming en de affectieve ontreddering zijn, zegt FONTAN, de hoeksteen van het vrouwelijke alcoholisme: waar eenzaamheid hoogtij viert, ligt het alcoholisme op de loer. We zeiden reeds dat de vrouwelijke alcoholist een grotere psychologische vulnerabiliteit vertonen moet dan haar mannelijke confrater. Deze hogere psychologische vulnerabiliteit alleen evenwel legt niet het latere drinkpatroon uit: immers niet alle psychologisch vulnerabele vrouwen worden alcoholist. Als het initiale drinken van de vrouw niet tegemoetkomt aan haar psychische noden, als ze haar spanningen niet kan afreageren, als de alcohol haar met andere woorden gezegd niets ‘doet’, dan is de keus uiterst miniem dat zij ooit een all round alcoholiste wordt. Dezelfde factoren die het drinken bij de man bestendigen spelen ook hier hun rol : regressiedrift, het leerproces volgens CONGER en dergelijke. De feitelijke verslaving, de toxicomanie, wordt teweeggebracht door andere - fysiopathologische - verschijnselen. Op dat ogenblik is het beeld volkomen ontwikkeld: adaptatie van het celmetabolisme, onthoudingsverschijnselen, ‘craving’, controleverlies enzovoort.

Hoewel het alcoholisme van de vrouw, bij een eventuele zwangerschap, geen directe gevolgen op de foetus met zich zou brengen, wordt deze dan toch door twee ‘indirecte’ gevaren bedreigd, met name door de nutritieve deficiëntie van de moeder en door de door de moeder toevallig opgelopen verwondingen. In deze beide gevallen kan de normale groei en bloei van de vrucht op (onrechtstreekse) manier in het gedrang komen. Volgens sommige publicaties (LAITINEN, ARRIVE, DESHAIES, PERRIN, FONTAN) zou het aantal miskramen bij de zwangere alcoholiste en de kindersterfte van haar kroost veel hoger liggen dan bij de doorsnee-bevolking. Ik meen evenwel dat het aantal abortussen bij alcoholisten hoger is, doordat er naar verhouding meer kinderen bij deze verwekt worden; daardoor is de kans op een miskraam uiteraard ook veel hoger. Anderzijds komt de hogere kindersterfte bij alcoholisten waarschijnlijk op rekening van een gebrekkige verzorging, doordat de moeder wegens haar alcoholpreoccupatie haar moederlijke

plichten verwaarloost.

Loopt de therapie van de mannelijke alcoholist al niet over een weg van rozen dan is de behandeling van de vrouwelijke alcoholist bijna te vergelijken met het reinigen van de Augiasstal. De therapie is bij haar veel ingewikkelder, ze duurt veel langer en men loopt er heel wat meer ontgoochelingen mee op dan bij de mannelijke alcoholist. Ook de sociale, gezins- en professionele reclassering vlot minder goed. Het percentage chemisch resp. gelukkig nuchtere vrouwen schijnt beduidend lager te liggen dan bij de man. Er zouden ook veel meer terugvallen zijn.

In dit sombere beeld is slechts een lichtpunt. Volgens DESHAIES namelijk, zou de vrouw psychotherapeutisch gemakkelijker te benaderen zijn dan de man, voornamelijk als het om een neuroselijdster gaat.

Als besluit van deze paragraaf moge ik de gewichtigste karakteristieken van het vrouwelijke alcoholisme samenvatten:

1. Door de sociale taboes geschiedt het vrouwelijke drinken meer gecamoufleerd dan het mannelijke en duurt het langer eer het aan het licht komt.
2. De premorbide psychologische vulnerabiliteit van de vrouwelijke alcoholist ligt veel hoger dan die van de man. Terwijl het bij de man vaak om mineure vulnerabiliteiten gaat, oordelen vele schrijvers dat het alcoholisme van de vrouw vrijwel altijd op neurotische grondslag berust.
3. De vrouw zou ook biologisch fragieler zijn t.a.v. alcohol en dit zou zich uiten op psychologisch en neurologisch gebied. De vrouwelijke alcoholist takelt veel sneller af en doorloopt JELLINEKS fazen in versneld tempo.
4. Hoewel de behandeling van het alcoholisme bij de man niet van een leien dakje gaat, is het bij de vrouw een zeer ondankbare taak om een therapie tot een goed eind te brengen. Er zijn heel wat mislukkingen en terugvallen en heel dikwijls lopen alle pogingen op niets uit.

## ***8 ALCOHOLISME EN CRIMINALITEIT***

De meeste navorsers nemen heden ten dage aan dat er een positieve correlatie bestaat tussen alcoholisme en criminaliteit (HEUYER, PINATEL, KINBERG, ESNER, SZABO, PITTMAN, GORDON, Howard JONES). Met andere woorden gezegd: het alcoholisme werkt de criminaliteit in de hand. Zo zei VAN STAEN tijdens een spreekbeurt voor de AA-landdag te Kortrijk (1964) :

1. Dat er in België per jaar 1200 verkeersongevallen met dodelijke afloop plaatsvinden, waarvan 1/6 d.i. 200 op rekening mag worden gezet van het alcoholisme.

2. Dat het alcoholisme als begunstigende factor mag worden beschouwd in 20-30% der misdrijven zoals seksuele vergrijpen, het toebrengen van slagen en verwondingen, doodslag en beschadiging van eigendommen.

PITTMAN en GORDON hebben het misdadige gedrag van 187 mannelijke alcoholisten bestudeerd en stellen o.m. vast dat het aantal en de aard van de misdrijven bij deze alcoholisten sterk uiteenlopen. Het meest voorkomende misdrijf is (uiteraard !) openbare dronkenschap, met een gemiddelde van 12,8 arrestaties per hoofd, maar ook andere misdrijven zijn vertegenwoordigd en wel met een gemiddelde van 3,7 arrestaties per hoofd. Hierbij vinden we: doodslag, verkrachting, diefstal, inbraak, beroving, autodiefstal, joyriding, valsemunterij, verduistering en fraude, verboden wapenbezit, vergrijpen tegen de wet op verdovende middelen, gokken, aanranding, ordeverstoring, landloperij, sturen onder invloed en dergelijke. Hierbij vermelden de auteurs dat het werkelijke aantal misdrijven waarschijnlijk hoger ligt; het werkelijke aantal inderdaad is uiteraard zeer moeilijk te schatten, doordat vele vergrijpen aan de politie niet bekend worden o.a. door het niet ontdekken ervan.

Nu is het zo dat ik een hele boom kan opzetten over het ongetwijfeld fascinerende - verband tussen alcoholisme en criminaliteit, maar het enige dat ik hier onder de loep wilde nemen is de vraag of de geïntoxiceerde, juridisch gezien, verantwoordelijk mag geacht worden voor zijn daden. (In de meeste landen en culturen wordt dronkenschap beschouwd als een bezwarende omstandigheid wanneer tegelijkertijd een misdrijf werd gepleegd)

Omtrent dit netelige probleem werd tot nu toe geen communis opinio bereikt en, omdat het ons werkelijk te ver zou voeren alle argumenten pro en contra van naderbij te beschouwen, beperk ik er me toe mijn persoonlijke visie terzake uiteen te zetten.

Mijn redenering steunt op drie gegevens :

1. Wie een daad stelt is verantwoordelijk voor de gevolgen ervan, althans als hij de draagwijdte van zijn daad kan overzien en zijn wil naar zijn inzicht kan bepalen. Wie de draagwijdte van zijn daad kan overzien en zijn wil naar zijn inzicht kan bepalen, noemt men 'toerekenbaar'.  
'Verminderde toerekenbaarheid' is een toestand die bestaat wanneer een bepaald (strafbaar) feit niet ten volle kan worden toegerekend omdat de dader de draagwijdte van zijn daad niet geheel overzag en/of zijn wil niet ten volle kon bepalen. 'Ontoerekenbaar' tenslotte is hij die de draagwijdte van zijn daad niet overziet, althans zijn wil niet kan bepalen naar zijn inzicht.
2. De alcoholist weet niet dat het drinken van het eerste glas in zijn organisme een

fatale kettingreactie op gang brengt.

3. Het drinken van de alcoholist, die controleverlies aan den dag legt, is te vergelijken met een 'dwang waaraan hij niet kan weerstaan'; de alcoholist wordt dronken, dwars tegen zijn wil in en zelfs vaak met walging. De 'sociale' drinker daarentegen kan met drinken ophouden wanneer hij dit wenst; hij is met andere woorden in staat zijn drinken onder controle te houden, wat niet impliceert dat hij nooit boven zijn theewater kan zijn.

Aan de hand van deze gegevens bespreken wij nu de juridische aansprakelijkheid van drie categorieën drinkers tijdens hun onderscheidene intoxicaties.

1. De intoxicatie van de 'sociale' drinker

De 'sociale' geïntoxiceerde is steeds aansprakelijk voor zijn daden, ook voor delicten in intoxicatietoestand gepleegd. Hij kan immers de draagwijdte van zijn daad overzien en zijn wil naar zijn inzicht bepalen. Hij weet dat hij dronken wordt als hij te veel drinken gaat en hij kan ophouden ook na het derde of het vierde glas.

2. De intoxicatie van de verslaafde alcoholist

De alcoholist weet niet dat het drinken van het eerste glas hem fataal wordt. Hij meent immers dat het enkel een kwestie van wilszwakte is; hij kan niet inzien verslaafd te zijn. Doordat hij, in tegenstelling met de 'sociale' drinker, de vrijheid verloren heeft om naar believen met drinken op te houden, moet hij als het ware na het eerste glas doordrinken. Doordat hij de draagwijdte van zijn daad, met name het drinken van het eerste fatale glas, niet overziet en doordat hij bovendien zijn wil niet kan bepalen naar zijn inzicht (controleverlies!) is hij, volgens mij, ontoerekenbaar voor de tijdens zijn intoxicatietoestand gepleegde delicten.

3. De intoxicatie van de gerecidiveerde alcoholist

Als voorbeeld citeer ik het geval van AA-ers die recidiveren. In tegenstelling met de verslaafde alcoholist kunnen deze alcoholisten zich niet beroepen op onwetendheid omdat zij zeer goed de draagwijdte van hun daad beseffen als zij hun eerste glas drinken. Zij weten dat dit eerste glas, ook na jaren nuchterheid, bij hen weer hetzelfde drinkpatroon oproept. Daarom zijn deze alcoholisten wel toerekenbaar voor delicten bedreven tijdens hun intoxicatietoestand.

Uit wat voorafgaat blijkt dat het volkomen zinloos is een verslaafd alcoholist te bestraffen voor misdrijven gepleegd tijdens intoxicatietoestanden, aangezien hij op dat ogenblik ontoerekenbaar is. Dat wil niet zeggen dat de gemeenschap het recht niet heeft zich te verdedigen tegen dergelijke delicten, zulks is zelfs haar plicht. Maar ik meen dat de gemeenschap niet gebaat is met verslaafde alcoholisten alleen maar te bestraffen; naar mijn mening bestraft men geen zieken. Dit niet in te zien



voert ons terug naar de middeleeuwen toen men bijvoorbeeld geesteszieken in donkere kerkeren ketende en hen zelfs folterde om de boze geesten uit hun lichamen te verdrijven. De juridische houding t.a.v. alcoholisten en de door hen in intoxicatie gepleegde delicten moet anders georiënteerd worden. Het accent moet gelegd worden op de reclassering van de alcoholdelinquent en de penale sancties dienen te vervallen. M.a.w. de alcoholist dient een kans te krijgen. We bespraken reeds de grote invloed van de huisarts op de diagnose en de therapie van het alcoholisme. Ook de strafrechter speelt een gewichtige rol : hij kan immers de alcoholist bestraffen en hem zo de genadeslag geven, maar hij kan hem integendeel zijn kans geven en hem zodoende bij zijn nuchter- worden helpen zodat hij een nuttig mens wordt in de maatschappij.

De probatie is reeds een stap in de goede richting, maar ik acht dit slechts een begin. Verdere maatregelen dienen dringend te worden overwogen. Omdat het alcoholisme m.i. essentieel een medisch probleem is, waarvan ik de sociale facetten niet onderschat of onderken, meen ik dat de strafrechter het treffen van de juiste maatregelen moet overlaten aan deskundigen i.c. aan geneesheren, al dan niet psychiaters, of eventueel aan een commissie van geneesheren en maatschappelijke werkers. Deze kunnen uiteenlopende maatregelen voorstellen variërend van geval tot geval. Voorbeelden van maatregelen zijn: een desintoxicatiekuur met nazorg; een klinische behandeling; een ambulante behandeling al dan niet in samenwerking met de AA; sociale en opvoedende maatregelen in nauwe samenwerking met maatschappelijke werkers. Voor de recalcitrante gevallen zou vrijheidsberoving in aanmerking genomen kunnen worden, gepaard met een behandeling in gespecialiseerde 'alcoholziekenhuizen'. De staat zou zelfs consultatiebureaus voor alcoholisme kunnen oprichten naar het voorbeeld van diverse landen.

Op het advies van de geneesheren resp. van de gemengde commissie zou de rechter dan vonnis kunnen vellen. Op deze wijze zou hij meewerken aan een positieve reclassering van de alcoholist, terwijl hij nu, gebonden aan een verouderde wetgeving, slechts negatief werk kan leveren.

Ons wetgevend lichaam beseft evenwel (nog) niet dat alcoholisten zieken zijn en door hun ziekte ontoerekenbaar wat de door hen in intoxicatie gepleegde delicten betreft. De dag waarop zulks aan de hoge vergadering duidelijk zal worden, ligt, zo dacht ik, zelfs nog niet in het verschiet. Daarom dienen *wij* de handen uit de mouwen te steken en steeds maar te hameren op het feit dat het alcoholisme een ziekte is. Als deze conceptie veld wint, wordt uiteindelijk ook 'het hoogste niveau' met zijn neus op het vraagstuk geduwd en pas dan is een juridische Realpolitiek voor alcoholisten mogelijk.

## **9 THERAPIE VAN HET ALCOHOLISME**

‘God help all poor souls lost in the dark’

(R. Browning)

‘Il n’y a que le premier pas qui coute’

### **9.1 Algemene beschouwingen**

De therapie is de kennis en de kunst waardoor de dokter zijn patiënten kan verzorgen, verplegen en genezen. De therapeutische behandelwijzen kunnen, grosso modo, op twee verschillende manieren worden geconcipieerd :

1. Enerzijds kunnen maatregelen worden getroffen met het doel het ontstaan en het verspreiden van ziektes te voorkomen. Deze branche der therapie noemt men de ‘voorbehoedende of preventieve therapie’ (synoniemen: profylaxe of hygiëne).
2. Anderzijds kan men de ziekte, nadat zij aan het licht is gekomen, bestrijden tot de volledige genezing is bereikt en als dit onmogelijk mocht blijken kan men althans pogen enige verlichting te verkrijgen in de toestand van de patiënt. Deze tak van de therapie noemt men de ‘curatieve therapie’ of kortweg therapie. Het ideale doel van onze therapeutische maatregelen is, in het gestoorde organisme, normale functies te herstellen en de verschillende verrichtingen opnieuw in evenwicht te brengen.

De curatieve therapie is essentieel een zaak die het medische korps aangaat, aangezien wij te doen hebben met een ziekte; en ik mag wel poneren dat ziektes behoren tot het specifieke domein der esculapen. Daarmee wil ik niet ontkennen dat bij de behandeling van het alcoholisme geen andere aspecten komen kijken: religieuze, gezins- en sociale complicaties zijn immers aan de orde van de dag. De zorg van dergelijke aspecten behoort dan ook overgelaten te worden aan ter zake bevoegde personen; er moet echter voor worden gewaakt dat deze personen, waarvan ik de goede wil niet in twijfel wens te trekken, zich inlaten met de louter medische kant der behandeling.

Wat de preventieve therapie betreft liggen de zaken helemaal anders, dacht ik : deze ligt niet op het specifiek medisch domein. Ze moet integendeel georiënteerd zijn op de voorlichting en de opvoeding. Dat wil zeggen dat we er steeds maar weer op dienen te hameren dat alcoholisme een ziekte is met die en die symptomen en dat het mogelijk is deze ziekte tot staan te brengen. Ik ben ervan overtuigd dat vele alcoholisten de chronische fase der ziekte niet zouden hoeven door te maken, indien ze tijdig tot het besef gekomen waren alcoholist te zijn. Met andere woorden hadden ze de vroegste symptomen der ziekte ge- en herkend dan waren hun de ogen

wellicht vroeger opengegaan en hadden ze zich ook vroeger kunnen laten behandelen. Daarom kunnen we er niet genoeg de nadruk op leggen dat de kennis der voornaamste symptomen - en ik denk hier voornamelijk aan de heel vroege gemeengoed dient te worden.

Omtrent de ziekteopvatting van het alcoholisme heerst in onze streken echter doorgaans nog een bedroevende onwetendheid zowel in de brede lagen der bevolking als bij de intelligentsia, zelfs in beroepen die per se in contact komen met alcoholisten, zoals geneesheren, geestelijken, magistraten, criminologen en dergelijke. De gangbare mening houdt inderdaad nog steeds vast aan de verouderde morele conceptie ('indulgence theory'). De laatste jaren schijnt er een kentering ten goede te komen, maar het zal nog heel wat voeten in de aarde hebben alvorens Jan, Piet en Klaas duidelijk zullen weten waar de moeilijkheid zit.

Voorlichting en opvoeding inzake het alcoholprobleem moeten reeds bij het lager onderwijs beginnen: de ziekteoord moet reeds bij de jeugd worden gepropageerd wat een snelle verspreiding van de idee in de hand kan werken. Jong gewend, oud gedaan. Ook het middelbaar onderwijs moet worden geïnformeerd en last but not least de universitaire centra. Het oudere publiek mag niet vergeten worden; zulks kan plaatsvinden met behulp van allerlei communicatiemiddelen, zoals pers, radio, televisie, film, brochures, affiches, aanplakbiljetten, literatuur en dergelijke.

Het Belgische Nationaal Comité voor Studie en Preventie van het alcoholisme en andere Toxicomanieën heeft de rol van de informatie en de opvoeding sedert ettelijke jaren begrepen: het wijdt een week van november aan het alcoholvraagstuk, waarbij alle opgesomde niveaus, behalve het universitaire, bestreken worden. Er wordt in deze gewichtige materie echter nog te veel staat gemaakt op het particuliere initiatief. De schaarse voorlichting en opvoeding danken wij tot nu toe nog vrijwel uitsluitend aan de pioniersgeest van enkelingen en aan noeste werkers uit privé-instellingen, zoals het eerder genoemde Nationaal Comité. We moeten nochtans bedenken dat het alcoholisme ook aspecten behelst die de samenleving als zodanig aangaan. Ik citeer bijvoorbeeld:

1. Problemen op het gebied der volksgezondheid. In hoofdstuk V leerden we dat het alcoholisme in Frankrijk de derde plaats bekleedt qua mortaliteit en de eerste wat de mogelijk te vermijden sterfte aangaat.
2. Economische facetten. Zoals de ettelijke uren arbeidsverlet die het drinken met zich meebrengt.
3. Vraagstukken omtrent de misdadigheid : het alcoholisme bevordert de criminaliteit.

Aangezien de staat de officiële vorm van onze samenleving is, ligt het voor de hand

dat hij beter geplaatst is dan wie ook om tot de oplossing van deze gemeenschappelijke problemen bij te dragen. De staat heeft m.i. de dwingende plicht de handen uit de mouwen te steken om een gedegen programma voor de preventie van het alcoholisme op te bouwen. Zo'n programma moet hoofdzakelijk voorzien in een degelijke voorlichting en opvoeding in een aan de moderne visie aangepaste legislatuur en in het aanmoedigen van de wetenschappelijke benadering van het alcoholprobleem. Uiteraard moet de staat hier meer doen dan alleen maar zijn morele steun toezeggen: wetenschappelijke research kost geld. Feitenkennis echter ligt aan de basis van een gezonde alcoholpolitiek.

Het omschrijven en het uitwerken van een dergelijk staatsprogramma dient te geschieden in zeer nauwe samenwerking met de reeds bestaande organisaties. Het zou toch ongerijmd zijn de jarenlange, kostbare ervaring van deze instellingen zonder meer over boord te werpen.

Wat nu de verdere bespreking van de therapie betreft, zullen wij in par. IX.2 het vraagstuk der preventie onder de loep nemen, terwijl par. IX.3 gewijd zal zijn aan de curatieve therapie. Omdat de AA-therapie een gewichtige therapievorm is meen ik haar in een apart hoofdstuk te moeten belichten: hoofdstuk X. In hoofdstuk XI wil ik een poging doen om de AA-therapie te evalueren. Hoofdstuk XII besteden we aan de bespreking van diverse andere therapeutische technieken en hoofdstuk XIII aan de behandeling van JELLINEKS delta-alcoholisme. Hoofdstuk XIV tenslotte blijft voorbehouden voor het slotcommentaar.

## **9.2 De preventieve therapie**

In deze paragraaf zullen we nagaan welke de theoretische mogelijkheden zijn waarover de gemeenschap beschikt om het alcoholisme preventief te bestrijden. De te berde gebrachte ideeën werden gedeeltelijk overgenomen uit een artikel van LEMERT (Dit artikel is getiteld 'Alcohol, values and social control' en verscheen in het boek van PITTMAN en SNYDER 'Society, Culture and Drinking Patterns'.) en zijn door mij bewerkt. Na de bespreking hiervan wil ik pogen de ideale conceptie der preventie naar voren te brengen, als die bestaat.

### **9.2.1 Theoretische oplossingen om een sociale controle over de intoxicatie in te stellen.**

Of zulks nu gebeurt met behulp van prijsvoorschriften, prohibitie of voorlichting, de bedoeling van de verschillende theoretische oplossingen is steeds dezelfde, met name het drankverbruik onder sociale controle te brengen. Men tracht met andere

woorden het verbruik zodanig in te perken dat daaruit in theorie geen alcoholmisbruik, lees alcoholisme meer kan ontstaan. Zoals we verder zullen zien is er echter tot nu toe geen enkele preventieve methode in staat dit oogmerk te verwezenlijken. Welke methode ook treft hoofdzakelijk de 'sociale drinker'. De meest extreme oplossing om het verbruik aan banden te leggen is het zgn., prohibitiesysteem dat een volledige afschaffing bepleit.

### **9.2.1.1 DE PROHIBITIE**

De prohibitie beoogt, zoals reeds gezegd, het afschaffen van het alcoholgebruik. De staat verbiedt de fabricage, de invoer, de distributie en/of het verbruik van alcohol en stelt de overtredingen wettelijk strafbaar. Eventuele wetsovertredingen worden opgespoord door middel van een streng controleapparaat.

Gedurende min of meer lange periodes werd de prohibitie, in diverse vormen, toegepast o.m. bij de Azteken, op de Polynesische eilanden, in Oud-China, feodaal Japan, IJsland, Finland, Noorwegen, Zweden, Rusland, Canada en last but not least in de USA. Bij wetsschennis werden soms gepeperde rekeningen gepresenteerd: bij de Azteken de doodstraf, in Rusland verbanning naar Siberië.

De meest bekende, om niet te zeggen beruchte prohibitie treffen wij in de USA aan ; ze duurde er 13 jaar (1920-1933). De Amerikaanse prohibitie ontstond onder de druk van de geheelonthoudersbewegingen en behelsde het verbod van aanmaak en verkoop van alle alcoholhoudende dranken, die sterker waren dan 0,5%. Eigenaardig genoeg had het verbod geen betrekking op het verbruik van alcoholica ; men mocht in feite alcoholica in zijn bezit hebben zonder strafbaar te zijn ! (Dit staat in scherp contrast met de narcotica, die men in de USA niet in zijn bezit mag hebben op straf van overtreding.) De droogligging riep - hoe kon het ook anders ? - een grootscheepse, intense dranksmokkel in het leven en de speak easy's schoten als paddestoelen uit de grond op. Voor de bestrijding van de 'bootleggers' ('Slang' voor handelaars in clandestien bereide, verhandelde en/of vervoerde sterkedrank.) werd een vergroot politiekorps nodig. Mede door corruptie bij de overheid ontstonden er nieuwe vormen van misdaad: de gangs tierden welig. Bootlegging heeft een lawine van criminaliteit ontketend en de bootleggers hebben miljoenen dollars verdiend aan de illegale drankhandel. Ambtenaren van politie en justitie werden omgekocht en de boeven voerden onder elkaar oorlog om hun illegale markten van ongeraffineerde, ruwe en clandestiene niet belegen alcohol te beschermen. Beruchte namen in dit verband zijn o.m.: Scarface, Pete (Sugarhouse) Di Giovanni en het Al Capone-syndicaat.

Al de gevolgen van de in 1920 ingestelde wettelijke regeling brachten het Amerikaanse Congres ertoe de prohibitiewet te herroepen. Op het ogenblik bestaat er nog een kleine prohibitiepartij in de USA.

Alle gemeenschappen die ooit de prohibitie in hun vaandel schreven, zijn daarvan vroeg of laat teruggekomen doordat het systeem niet te harden was. Zulks is te wijten aan diverse oorzaken, waarvan ik hier slechts een summier inventaris wens op te maken ;

1. De prohibitie drukt zwaar op de nationale begroting wegens het uitgebreide controleapparaat dat benodigd is.
2. Er kunnen zich politieke machtsverschuivingen voordoen : een ten aanzien van de prohibitie gunstig gestemd bewind moet soms het veld ruimen voor een regering die andere inzichten heeft en terzake bijvoorbeeld een politiek voorstaat van liberalisatie of zelfs een *laisser-aller*.
3. Het invoeren van doortastende, efficiënte controlemiddelen is niet alleen uiterst duur, maar ook zo goed als niet te realiseren. De meeste bootleggers zijn pientere lui, die van alle markten thuis zijn en dus door de mazen van de wet kruipen, waarbij zelfs de strengste straffen hen niet afschrikken. Vergeten wij niet dat Al Capone zo ‘clever’ was dat de gemeenschap slechts vat op hem kreeg door middel van een mineure overtreding, i.e. belastingfraude, ofschoon hij verdacht werd van 250 moorden. Dit alles wordt uiteraard in de hand gewerkt door een bij de politie en justitie ambtenaren hoogtij vierende corruptie. Op die wijze komt het onvermijdelijk tot een failliet van de prohibitie.
4. De publieke opinie vertegenwoordigt wellicht het belangrijkste impediment. In de meeste gemeenschappen is een prohibitiesysteem impopulair en de bevolking neemt de maatregelen doorgaans niet omdat ze zich beroofd voelt van iets waar ze een zekere waarde aan hecht. Alcohol vervult in feite een bepaalde functie: hij maakt inderdaad een integrerend deel uit van het cultuurleven der meeste gemeenschappen, die hem beschouwen en aanvaarden als een hoog geprezen genotmiddel dat een gezellig verkeer vergemakkelijkt. De prohibitie opdringen aan een weigerachtige publieke opinie staat gelijk met het najagen van hersenschimmen. Het ontkennen van deze fundamentele waarheid getuigt van weinig werkelijkheidszin. Het handhaven van een stelsel dat tornt aan wat de bevolking een waardevol belang acht is aan geen enkel bewind ooit gelukt. Dit beginsel geldt trouwens niet alleen op het gebied van de alcoholwetgeving. Laat een regering bepaalde wetten goedkeuren, waarmee de gangbare mening het niet eens is, dan is het zo zeker als tweemaal twee

vier is, dat deze wetten nooit zullen worden nageleefd: 'C'est l'opinion qui gouverne le monde'. Als de regering toch het been stijf houdt, dan wordt de gehele wetgeving een wassen neus. De wet zal worden gesaboteerd, de bevolking biedt passieve weerstand. Bij een eventueel politieel optreden in verband met de sluikhandel in alcohol bijvoorbeeld, moet de politie niet op de hulp der bevolking rekenen doordat deze de zijde der zwarthandelaars kiest en met hen sympathiseert. Openlijk zal men de politie weliswaar geen strobreed in de weg leggen, maar tijdens haar investigaties botst ze op een zodanige Chinese muur van onwetendheid en onwil dat het een stommetje spelen wordt van jewelste. Niemand heeft ooit iets gezien of gehoord waar de politie houvast aan heeft. Heus waar, meneer de agent.

Soms wordt de wet zo goed als volkomen genegeerd. Zo'n situatie doet zich in België voor; in ons land is namelijk het consumeren van sterke drank boven 22° verboden in openbare gelegenheden zoals kroegen, hotels, eethuizen, vermakelijkheidsinstellingen e.d. op straffe van overtreding (wet van 28-8-1819, gewijzigd dd. 16-4-65). Wie echter toch trek heeft in deze verboden borrel kan zijn gading vinden in vrijwel elke Belgische kroeg, zelfs al is hij er geen stamgast. Ook voor de hem onbekende schenkt de kastelein meestal gul de borrels, hoewel hij niet weet of de vreemdeling wellicht geen wolf in schaapsvacht is, zoals bijvoorbeeld een ambtenaar van de accijnzen of van de politie. Zelfs in dat geval behoeft hij zich doorgaans geen zorg te maken. Vele van deze ambtenaren immers overtreden zelf vrolijk de wet door in een 'openbare gelegenheid' gin, whisky of cognac te drinken of wel door de consumptie ervan oogluikend toe te laten. In het geval dat zich in hun buurt onverhoedse razzia's voordoen, hebben de caféhouders onderling, op ettelijke plaatsen, zelfs een waarschuwingdienst georganiseerd.

5. Sommige staten hieven de prohibitie op onder pressie van een of meer andere staten, die zich benadeeld voelden in hun economische belangen. In 1841 bijvoorbeeld intervenieerde Frankrijk in Hawaï en zette de koning het mes op de keel door met bombardementen te dreigen, als hij geen einde maakte aan de voor de Fransen schadelijke prohibitie.

Verder moge ik nog vermelden dat de prohibitie de fabricage en de sluikhandel van minderwaardige alcohol, zoals methylalcohol, in de hand werkt en op deze manier een schadepost betekent voor de volksgezondheid.

### **9.2.1.2 BEPERKENDE MAATREGELEN ANDERE DAN DE PROHIBITIE**

De prohibitie die een volledige afschaffing viseert is, zo zagen we, geen aanbevelenswaardige methode. In plaats daarvan kan de staat een aantal maatregelen overwegen die een minder drastische oplossing voorstaan, met name het leiden van het alcoholverbruik in de door de staat controleerbare banen. Dergelijke maatregelen kunnen bestaan o.m. in het wettelijke opleggen van prijsvoorschriften, in een stelsel van tapvergunningen, van sluitingsuren, van een drankverbod voor bepaalde categorieën, bijvoorbeeld minderjarigen of vrouwen, van een tapverbod voor een bepaald soort alcoholhoudende dranken enzovoort.

In feite gaan deze maatregelen uit van de redenering dat het drinken een persoonlijk privilege is dat kan worden herroepen bij eventuele inbreuken ; als gevolg van deze visie is het logisch het privilege in te trekken bij bestaand drankmisbruik. Archetypes van deze systemen bestaan in de geschiedenis der Scandinavische landen, voornamelijk in Zweden, de bakermat van de Gothenberg en Bratt-systemen op de controle van de sterke drank.

Dat het alcoholverbruik geregeld wordt door staatsorganen en bijvoorbeeld niet door privé-organisaties is historisch gegroeid, op grond van andere dan morele drijfveren. Van doorslaggevende aard waren o.m. de van het volk uitgaande eisen dat gegiste dranken overal verkrijgbaar moesten zijn en dat ze kwantitatief en kwalitatief niet konden worden vervalst. Het ligt voor de hand dat de staat hier 'the right man on the right place' is. De bereidheid van het volk om in te gaan op staatscontrole werd echter gretig uitgebuit door de steeds op zwart zaad zittende regeringen die in de fabricage en de distributie van alcohol een bron zagen van voortdurende en gemakkelijk binnenvloeiende inkomsten.

Maar hier worden we voor een dilemma gesteld. Enerzijds spreekt het vanzelf dat, naarmate meer alcohol gedronken wordt, ook meer geld in de openbare schatkist terechtkomt. Anderzijds behoort het evenwel tot de staatsplicht zorg te dragen voor de volksgezondheid, wat de bestrijding van het excessieve drinken en het alcoholisme impliceert. Een te energieke bestrijding, zoals het voorstaan van een bijna volledige afschaffing, leidt tot het opdrogen van een ware goudmijn voor de staat; aan de heffingen op het gebruik van genotmiddelen immers had elk bewind van oudsher een melkkoetje. Er ontstaan dus conflicten tussen hebzucht en plicht. De staat moet als het ware op het slappe koord balanceren door eensdeels het gebruik van alcoholica tot een aanvaardbaar minimum te beperken en er anderdeels toch nog een slaatje uit te slaan. De staat moet met andere woorden zowel de kool als de geit kunnen sparen.

Een te effectieve controle op de drank instellen brengt nog een ander gevaar met



zich mee. Zelfs wanneer aan de drankgewoontes van het volk niet getornd wordt, kan die controle soms als een groot gewicht drukken op de economische belangen van de fabrikant en grossier. Als dezen talrijk zijn en in een goed georganiseerd verband optreden kan hun weerstand dermate groot zijn dat hij het nuttige effect van de controlemaatregelen volkomen te niet doet. Het Franse voorbeeld spreekt daaromtrent boekdelen

Na de eerste en de tweede Wereldoorlog poogde men in Frankrijk ernst te maken met een reeks wetten op het drankverbruik. En we lopen open deuren in als we zeggen hoe hoognodig zulks was en nog is. Door diverse amendementen werden de oorspronkelijke wetsontwerpen evenwel zodanig ondergraven en afgebrokkeld dat de uiteindelijke gestemde wetten feitelijk een pleister op een houten been betekenden. Dit alles is het gevolg van de gevestigde belangen; deze vormen in Frankrijk inderdaad een zodanige macht dat ze in het parlement over pressiegroepen beschikken die alles torpederen inzake alcohol en alcoholisme wat niet in hun kraam te pas komt. Wie niet naar de pijpen van deze heren dansen wil, riskeert bovendien zijn (politieke) huid.

Anderzijds wordt op het bewind ook druk uitgeoefend door matigheidsbonden en geheelonthoudersverenigingen die, moet het gezegd worden, geheel andere bedoelingen hebben.

Tussen deze twee tegengestelde krachten ontstaan onvermijdelijk conflicten waardoor de regering tussen twee vuren kan raken.

Het voorgaande resumerend komen we tot dit besluit : elke regering staat voor de moeilijkheid te kiezen tussen de hebzucht en de plicht en moet bovendien rekening houden met twee antagonistische krachten. Iedere kracht verlangt haar wil op te dringen, waardoor conflicten en wrijvingen ontstaan, waarvoor geen rechtgeaarde regering de ogen kan of mag sluiten. Naargelang de sterkte der tegengestelde krachten kan de regering haar dilemma verschillend oplossen :

1. In landen waar een van de twee antagonistische krachten de boventoon voert, terwijl de andere nagenoeg niet aan bod komt, ligt de oplossing voor de hand. In landen waar de geheelonthoudersbewegingen het voor het zeggen hebben komt het tot prohibitie, tot een staatsmonopolie enzovoort (Scandinavische landen). In landen daarentegen waar de gevestigde belangen de gangbare mening vormen, houdt de regering het bij een sterk geliberaliseerde alcoholpolitiek. De regering dient echter een oog in het zeil te houden daar de in haar gebied onderdrukte kracht steeds onverhoeds de kop kan opsteken en de bestaande wetgeving door felle tegenkanting waardeloos kan maken zodat de regering verplicht is bakzeil te halen.

2. In vele landen zijn de twee tegengestelde krachten vaak even sterk. Hier draaien de fricties tussen deze krachten doorgaans uit op halve maatregelen vanwege de legislatuur. De atmosfeer van beiderzijds wantrouwen tussen de matigheidsbonden en de alcoholindustrie leidt tot een politiek van uitzonderingen, compromissen, speciale concessies en arbitraire regelingen. De voornaamste middelen waarover de staat beschikt om het alcoholgebruik te regelen zonder tot prohibitie over te gaan, zijn: het invoeren van een staatsmonopolie, het instellen van een drukkende belasting, het aanwenden van een vergunningsstelsel, het toepassen van sluitingsuren enzovoort.
1. Het staatsmonopolie betreft de verkoop en soms ook de fabricage van alcoholica. De staat stelt de prijzen eigendunkelijk vast doordat hij de vrije concurrentie niet hoeft te duchten. Het systeem is o.m. in zwang in diverse staten der USA, in verscheidene Canadese provincies, in Zweden, Denemarken, Zwitserland en Finland. De staat bepaalt het aantal drankgelegenheden en het aantal uren per dag dat er gesleten en getapt mag worden. Ik wil uw aandacht erop vestigen dat het stelsel der sluitingsuren ook kan toegepast worden in landen waar geen staatsmonopolie bestaat, e.g, in het Verenigd Koninkrijk, in de Ierse republiek, in België (In België wordt het sluitingsuur niet door de staat opgelegd, maar door een gemeentelijk decreet. Het sluitingsuur kan dus verschillen van gemeente tot gemeente en in sommige gemeentes bestaat het zelfs helemaal niet) enzovoort.
2. Het instellen van een drukkende belasting op de alcoholica. In vele landen heeft de staat de verkoop van alcohol en alcoholhoudende dranken fiscaal extra belast. Zo betaalt de Belgische burger bijvoorbeeld 250 fr. voor 1 liter alcohol met 50°. (fabricatieprijs ongeveer 20 fr. ! ! ) ; hiervan wordt 4/5, d.i. 200 fr. als accijns naar de thesaurie overgeheveld. Ook in landen die een staatsmonopolie kennen kan de staat nog eens extra belasten. In verband met de fiscale druk wilde ik u wijzen op een andere mogelijkheid, te weten de invoering van een fiscaal verlaagd tarief ( voor de aanmaak en de verkoop van vruchtensap en alle andere niet-alcoholische dranken. Ook zou de staat het adverteren van alcoholhoudende dranken kunnen verbieden of sterk afremmen, o.m. door het instellen van een extra fiscale druk, en het adverteren van niet-alcoholische dranken integendeel pousseren. Een andere vorm van fiscale druk die men bijvoorbeeld in België aantreft is de zgn. ‘openingstaks’. Deze taks wordt geheven telkens wanneer men een drankgelegenheid wil openen; ze is evenredig aan het aantal inwoners van een gemeente en bedraagt bijvoorbeeld 10.000 fr. als er meer dan 60.000 inwoners zijn.

3. Het toepassen van een stelsel van vergunningen of licenties is een andere mogelijkheid om de hoeveelheid verbruikte alcohol in sociaal aanvaarde banen te houden, theoretisch althans. In sommige landen zoals het Verenigd Koninkrijk en bepaalde staten van de USA is de staat overgegaan tot een stelsel van vergunningen om alcoholhoudende dranken te slijten resp. te tappen. De licenties worden uitgereikt aan particulieren, waarbij er zorg voor gedragen wordt het verleden en de goede naam der aanvragers na te gaan. De staat bepaalt het aantal vergunningen, waarbij hij het adagium indachtig zou moeten zijn: 'in medio virtus' Met andere woorden zou de staat de moeilijke kunst moeten verstaan te equilibreren met het aantal licenties; hij mag er niet te weinig en ook niet te veel verlenen. Te weinig vergunningen uitreiken impliceert het gevaar van illegale gevolgen, terwijl te veel vergunningen het excessieve drinken in de hand werkt, waardoor het gehele systeem zijn doel zou voorbijschieten. Toch houdt elke staat een stok achter de deur, doordat hij de vergunningen te allen tijde kan intrekken, zodat de houders ervan in feite verplicht zijn bepaalde normen in acht te nemen.
4. Het invoeren van rantsoenbonnen is een andere methode, die ooit toegepast werd in sommige Scandinavische landen. Maar zelfs in deze traditioneel paternalistisch aangelegde landen was deze maatregel dermate impopulair dat de staat hem moest afschaffen. De rantsoenbonnen hadden als enig voordeel dat de individuele excessieve drinker gemakkelijk kon worden opgespoord en dat nadien zijn bon kon worden ingetrokken.
5. De Belgische 'Wet op het regime van de alcohol' (wet Van der Velde; 28-8-1919) is een unicum ter wereld; mij is inderdaad geen enkel land bekend waar een dergelijke maatregel in zwang is. De wet Van der Velde verbiedt het verbruik van alcoholhoudende dranken van meer dan 18° in alle openbare plaatsen; ook de drankverkoop via de kleinhandel wordt geregeld : drankslijters mogen slechts twee liter alcohol tegelijk (of een veelvoud daarvan) verkopen terwijl ze een register moeten houden van de transacties. In 1965 werd de wet gewijzigd; tegenwoordig mogen in het openbaar alcoholhoudende dranken getapt worden tot en met 22°. De beperking op de kleinhandel evenwel blijft bestaan.  
De wet Van der Velde was een zeer belangrijke sociale wet die een diepe weerslag had op het drankpatroon van de bevolking. België dat een borrelland was rond de eeuwwisseling, is door de wet van 1919 een bierdrinkend land geworden.  
Mag ik u er opmerkzaam op maken dat ik enkel de belangrijkste beperkende maatregelen in het licht heb willen stellen. Als ik niet ben ingegaan op andere

hier niet genoemde maatregelen, dan betekent dit niet dat deze niet bestaan. Ook wilde ik erop wijzen dat de diverse vermelde maatregelen gecombineerd kunnen worden aangewend, maar dat heeft de lezer ongetwijfeld zelf begrepen.

M.i. treffen de eerder genoemde maatregelen, prohibitie inclusief, echter enkel en alleen de matige drinker. Ik ben het met LEMERE eens waar hij formuleert dat hij op het ogenblik geen enkele bruikbare methode kent, die het alcoholgebruik van een bepaald individu of van een groep individuen onder controle heeft, als dit individu, coute que coute, aan zijn trek wil komen. Als zijn motivering sterk genoeg is, zal een dergelijk individu er steeds in slagen zijn belagers zand in de ogen te strooien. Met andere woorden worden de all round alcoholic of de alcoholic in de dop door geen enkele methode afgeschrikt als het om hun borrel gaat, want dan worden ze zo sluw als een uitgeslapen vos. Een AA-er drukte het ooit zeer plastisch uit: 'Plaats een alcoholic in de Sahara en nog zal hij drinken'.

In paragraaf 9.2.1.1 onderstreepten we de relevante rol van de publieke opinie: ook wat de in deze paragraaf beschreven methodes betreft kan nooit iets positiefs zonder haar ruggesteun tot stand worden gebracht. We wezen ook op de belangrijkheid van de politieke medewerking. De politie kan een spaak in het wiel steken zodat de goed bedoelde controlemiddelen niet het minste effect sorteren, ik denk bijvoorbeeld aan het oogluikend dulden van overtredingen tegen het sluitingsuur. Anderzijds echter kan ze alle zeilen bijzetten en een krachtig wapen vormen om de goede afloop van de getroffen maatregelen te garanderen.

### **9.2.1.3 SUBSTITUTIEMETHODES**

We wezen er reeds op dat alcohol in vele leefgemeenschappen een zekere waarde vertegenwoordigt. Zo wordt alcohol in onze maatschappij gezien als voedingsstof, als bevorderaar van de verteringsfuncties, als slaapmiddel par excellence, als voorbehoedsel tegen moeheid en koude en als middel om pijnen te verzachten of bepaalde ziektes te genezen. (Het eerste wat men een lijder aan griep bijvoorbeeld aanraadt is waarschijnlijk een grog. Toch is de medische waarde van dit hooglijk geprezen brouwsel bij de behandeling van griep en verkoudheden vrijwel nihil.). Ook wat het gezellig verkeer betreft wordt alcohol in hoge mate op prijs gesteld ; men waardeert hem doordat hij het saamhorigheidsgevoel in een groep accentueert en doordat hij een brug slaat tussen de sociale standen. Ook wordt hij hooggeschat voor bepaalde functies die men als een ritueel zou kunnen omschrijven; een dergelijke functie van alcohol vindt men bijvoorbeeld bij grote gebeurtenissen, zoals geboorte, huwelijk,

sterfgeval, meerderjarig worden enzovoort.

Al deze waarden nu die door het drinken van alcohol 'bevredigd' worden, wil de substitutiemethode substitueren, d.i. vervangen, door er andere, meer positieve waarden voor in de plaats te stellen. De substitutiemethode wenst het gemeenschapsleven op een andere leest te schoeien zodat de tijd en het geld, die aan alcohol verspild worden, gericht worden op sport en spel, op tuinarbeid, op het luisteren naar de radio of het kijken naar de televisie, op toerisme en op allerhande gelijksoortige ontspanning. De methode streeft eveneens naar de verbetering van het woningpeil en de woningtoestanden zodat het gezinsleven attractiever wordt; ook het bouwen van gemeenschapscentra wordt overwogen.

In bepaalde gemeenschappen waar verveling, apathie, spleen of sociale afzondering hoogtij vieren, kunnen dergelijke ontspannende activiteiten inderdaad leiden tot een vermindering van het alcoholverbruik. Zulks werd trouwens vastgesteld in militaire kampen en afgezonderde buitenposten.

Het getuigt echter van een eerder beperkt begrip erop te rekenen dat men het stadsleven en -vermaak, en zeker dan dat van miljoenensteden, ooit op dezelfde leest zal kunnen schoeien als het leven en het vermaak in een militair kamp of op een post van een vermissiegebied. Het enige wat de substitutiemethode in een megalopolis kan bereiken is het op touw zetten van nieuwe programma's, zoals ontspanning, in situaties waar vele andere variabelen niet onder controle gehouden kunnen worden, en wijzigingen te verhoppen in het drinkpatroon. Dit procédé is uiteraard grof empirisch en loopt zeer aardig in de papieren. Wat de hiervoor vermelde huisvestingspolitiek aangaat, zullen het zakenleven en de regering allesbehalve scheutig zijn om hun steun te verlenen aan zo'n programma, wegens de hoge economische en financiële lasten die daaraan verbonden zijn.

Dit voorbehoud in aanmerking genomen, menen we toch dat de methode in vele situaties van de contemporaine maatschappij vrucht kan afwerpen. Ik denk bijvoorbeeld aan houthakkerskampen; aan werkplaatsen in schaars bevolkte streken, waar jarenlange constructie plaatsvindt van projecten voor een of ander kunstwerk:, zoals tunnels, bruggen en wegen; aan research-teams (expedities) ; aan het in het buitenland verblijvende corps diplomatique; aan militaire instellingen en kampementen de gehele wereld door.

Hoe het ook zij, ook deze methode moet kunnen rekenen op de medewerking van de publieke opinie. Evenmin als de vorige methodes zal de substitutiemethode erin slagen het drinken tegen te houden van de man die wil drinken, met name van de alcoholist of van de alcoholist in de dop.

Ik moge nog uw aandacht erop vestigen dat het herstelprogramma van de Anonieme Alcoholisten feitelijk ook gebruik maakt van een substitutiemethode, maar dan vooral curatief gezien. Inderdaad als AA-therapie erin slaagt de alcoholist met het drinken te laten ophouden, dan wordt zijn negatieve instelling vervangen door een stel positieve factoren. Deze ‘heropvoeding’ brengt bij de nuchter geworden alcoholist- een hernieuwde belangstelling mee voor zijn omgeving en wat ermee samenhangt. Meestal neemt hij zijn oude hobby’s weer op. Deze nieuwe, positieve waarden substitueren bij hem de oude, negatieve waarde ‘alcohol’.

Meer in het algemeen gesproken, mogen we in de grond elke curatieve therapie van het alcoholisme beschouwen als een substitutiemethode. Elke goede behandeling van het alcoholisme dient erop georiënteerd te zijn een stel positieve factoren in de plaats te zetten van een stel negatieve. Het is werkelijk niet voldoende een alcoholist alleen maar chemisch te ontzuiveren, dat wil zeggen hem in een zodanige toestand te brengen dat hij alleen maar niet meer drinkt zonder meer; een chemisch nuchtere alcoholist heeft veel kans om te recidiveren. Men moet een alcoholist een gelukkige nuchterheid kunnen geven, i.e. een nuchterheid waarin hij niet meer drinken wil, omdat hij zichzelf gelukkiger voelt zonder alcohol. In deze gelukkige nuchterheid ligt uiteindelijk het enige doel van ons gehele therapeutisch streven besloten.

#### **9.2.1.4 VOORLICHTING EN OPVOEDING**

Evenals de tot nu toe besproken methodes beoogt de voorlichting en de opvoeding het drankgebruik in zodanige banen te leiden dat het geen drankmisbruik, i.e. alcoholisme, teweegbrengt. Deze middelen pogen een sociaal, dus matig, gebruik te propageren door te wijzen op het gevaar van abususs.

Voorlichting en opvoeding kunnen op diverse gebieden plaats vinden, waarvan ik o.m. moge vermelden :

1. Het onderwijs. Zowel het lager, middelbaar als hoger onderwijs moeten hierin betrokken worden.
2. Allerlei communicatiemiddelen en dan in het bijzonder de massacommunicatiemiddelen. Bijvoorbeeld: kranten, radio, televisie, film, brochures en dergelijke.
3. Het arbeidsterrein: fabrieken, werkplaatsen, kantoren enzovoort. Verschillende grote Amerikaanse maatschappijen hebben programma’s voor alcoholisme op touw gezet. Ze schreven dergelijke programma’s niet uit

menslievendheid in hun vaandel, maar werden gedreven door laag-bij-de-grondse motieven: 'hoe minder alcoholisten in onze dienst hoe minder economisch verlies'. Hoe het ook zij, hun initiatief betekende een grote vooruitgang op het gebied der informatie. In 1962 bedroeg het aantal van dergelijke maatschappijen ongeveer 100 en tussen deze treffen we wereldberoemde namen aan zoals: Almis Chalmers Manufacturing Cy. ; Boeing Cy. ; Corning Glass Works; Dow Chemical Cy. ; Eastman Kodak Cy. ; E.I. du Pont de Nemours ; Great Northern Railway Cy. ; Kennecoth Copper Corporation; Metropolitan Transit Authority of Boston; New York City Transit Authority; New York Telephone Cy.; The New York Times; New York Life Insurance Cy.; Standard Oil Cy.; Union Carbide Corporation; Western Electric Cy. Naar mijn weten is ten onzent bij geen enkele firma een programma voor alcoholisme in zwang.

Voorlichting en opvoeding kunnen uitgaan van het particuliere initiatief of van staatswege. Eigenlijk is de staat het lichaam par excellence om in te staan voor het organiseren van zulke programma's. Zoals we reeds vroeger zeiden impliceert dit niet dat de reeds bestaande privé-instellingen gepasseerd moeten worden.

Integendeel. Deze instellingen hebben immers hun sporen verdiend en het zou onlogisch zijn van hun ervaringen geen gebruik te maken. De staat dient hen een handje te helpen o.m. door het verlenen van ruime subsidies; ook kan de staat de wetenschappelijke research inzake alcohol en alcoholisme stimuleren, hij beschikt over de middelen om de (zeer kostbare) onderzoeken te financieren. Een doortastende research toch is volstrekt noodzakelijk ; met een gedegen wetenschappelijke bagage kan de strijd tegen het alcoholisme beter aangepakt worden en kunnen voorlichting en opvoeding realistischer geschieden. Wat Nederland en België betreft is er op het ogenblik jammer genoeg van staatstussenkomst vrijwel geen sprake, hun interventies op financieel gebied kunnen vergeleken worden met een druppel water die valt op een gloeiende plaat. Als je over meer spreekt houden onze regeringen zich Oost-Indisch doof, zelfs al gooit men over deze vraagstukken een balletje op.

Een goede voorlichting en opvoeding moet gericht zijn tegen:

1. de onwetendheid;
2. bepaalde vooroordelen, en - in sommige streken althans –
3. de gewoonte. Wellicht zijn er meer aanknopingspunten, maar we houden het bij deze drie.

Ad 1. De strijd tegen de onwetendheid moet worden geconcipieerd van uit een standpunt, met name dat alcoholisten zieken zijn met die en die symptomen en dat ze gestabiliseerd kunnen worden. Verder moet erop gewezen worden dat er een

hemelsbreed verschil bestaat tussen de intoxicatie van de alcoholist en die van de niet-alcoholist. Deze twee intoxicaties mogen inderdaad niet over een kam geschoren worden. Het bekendmaken van de vroegste symptomen van het alcoholisme (schielijk drinken, heimelijk drinken enzovoort) moet bij de voorlichting en de opvoeding de allereerste plaats bekleden. Op deze symptomen kan nooit genoeg gehamerd worden!

Ad 2. Voorlichting en opvoeding moeten tevens sommige ingekankerde vooroordelen uit de weg ruimen. Bijvoorbeeld : ‘alcohol verwarmt’; ‘alcohol geeft kracht’; ‘drinken is een teken van mannelijkheid’; ‘wijn is geen alcohol’; ‘natuurlijke producten kunnen niet schaden’. Al deze sofismen - want dat zijn het - moeten ontmaskerd worden en er dient eindelijk een punt achter gezet te worden.

Ad 3. In sommige landen moeten voorlichting en opvoeding ook nog georiënteerd zijn op het stukmaken van gewoontes en tradities. Dit is bijvoorbeeld het geval in Frankrijk.

De informatie moet ook enige praktische punten belichten. Bijvoorbeeld: ‘erewijn hoeft niet noodzakelijk wijn te zijn, men moet ook in niet-alcoholische dranken voorzien’; ‘dring nooit aan iemand alcohol op, wellicht hebt u te doen met een alcoholist en als u het hem extra moeilijk maakt, kunt u de oorzaak van zijn terugval zijn’; ‘tijdens het werk en tijdens het chaufferen, onthoude men zich van alcohol’. ( In verband met het rijden wilde ik u herinneren aan twee slogans die naar het schijnt een positief effect sorteerden: ‘Wie drinkt mag niet rijden, wie rijdt mag niet drinken’ en ‘Glaasje op ? Laat je rijden’, )

Of een degelijke informatie en opvoeding al dan niet zullen leiden tot het volledige verdwijnen van elk drankmisbruik resp., alcoholisme is op het ogenblik een niet te beantwoorden vraag, omdat we niet beschikken over genoeg objectieve gegevens om de vraag te ontkennen of te bevestigen. Gebrek aan voorlichting en opvoeding zijn aansprakelijk voor de schaarsheid dezer gegevens, om de objectieve waarde van een voorlichtings- en opvoedingsprogramma te toetsen, zouden we er allereerst een in toepassing moeten brengen. Door middel van dergelijke programma’s het alcoholisme met wortel en al uitroeien lijkt me echter een droombeeld : zolang er alcohol bestaat zullen er alcoholisten zijn. Een ziekte volledig van de aardbodem vegen is door de band inderdaad onmogelijk, ook de nu ten onzent onbekende pest en pokken bestaan nog, kunnen ons zelfs af en toe eens bedreigen (pokkenepidemie in West-Duitsland; 1963). Toch ben ik ervan overtuigd dat een goed georkestreerde voorlichting en opvoeding bij machte moeten zijn een fikse daling in het aantal alcoholisten teweeg te brengen. Ik houd het erop dat minder alcoholisten de chronische fase van hun ziekte zouden hoeven door te maken, als ze de vroegste



symptomen van hun ziekte hadden gekend. Daarom alleen is het al onze plicht hun informatie te verschaffen !

Als we willen dat een voorlichtings- en opvoedingsprogramma maximaal voldoet, moeten we, zo dacht ik, toch bedacht zijn op twee impedimenten die onze campagne zouden kunnen laten kelderen. We moeten er inderdaad rekening mee houden dat er een discontinuïteit kan bestaan van de schoolse opvoeding met de meningen thuis en we moeten ons hoeden voor een verkeerde (psychologische) aanpak.

1. Wat de discontinuïteit betreft in verband met een voorlichtings- en opvoedingsprogramma op school heeft men waargenomen dat het drinkpatroon en de waarden die iemand aan het drinken hecht, niet zozeer gedetermineerd worden door zijn schoolse opvattingen dan wel door de thuis opgedane ervaringen. Als de schoolse informatie en opvoeding correspondeert met de meningen in het gezin over alcohol, zijn er überhaupt geen problemen. Als dit evenwel niet het geval is dan zien de opvoeders zich voor problemen geplaatst. Het voorbeeld thuis blijkt het meeste gewicht in de schaal te leggen zodat de op de school geleerde matigheidsopvattingen verdrongen worden. In dit geval is het dus volstrekt noodzakelijk tevens de ouders te betrekken bij het schoolprogramma, of schoon het aantal positieve resultaten ook dan nog vrij laag zou liggen.
2. Bij de aanpak via brochures, film, televisie e.d. hoede men zich voor psychologische blunders. Men dient rekening te houden met bepaalde populaire meningen over en reacties op alcohol. Het opwekken van vrees, het dreigen met wat gebeuren kan indien men excessief drinkt, zijn uit den boze doordat men in sommige gevallen averechtse resultaten bereikt, zodat verdere propaganda op een muur van onwil stoot en dus geld in het water gesmeten is.

Noot: Op 18/11/1978 werd door Dr. G. CLAUS, Directeur-generaal bij het Belgische Ministerie van Volksgezondheid het "Preventieplan D'HOORE inzake alcoholisme" officieel voorgesteld op het 6° Pastoraal Colloquium over verslaving te Roeselare. Het wordt een nationale campagne waarbij men via provinciale kernen de basis wil bereiken. Naast voorlichting bij de jeugd, voorziet het plan ook een aantal maatregelen om de totale alcoholconsumptie te doen dalen en om het aantal verkeers- en arbeidsongevallen onder invloed van alcohol te doen afnemen.

## **9.2.2 Commentaar op de besproken methodes ter preventie**

Geen enkele hiervoor besproken methode is bij machte het alcoholisme te preveniëren. Het is misschien mogelijk, met behulp van een of meer dezer

methodes, de totale hoeveelheid verbruikte alcohol in een bepaald land te verminderen, maar dat komt dan zeer zeker niet doordat de all round alcoholic minder drinkt. Integendeel deze knaap drinkt misschien nog meer dan voordien. De ware verslaafde breidelt men niet door dergelijke maatregelen : aan een all round alcoholic kan geen lieve vader of moeder helpen om hem met het drinken te laten ophouden als hij dit zelf niet wenst.

Hoe het dan ook moge zijn, aansprakelijk voor het kleiner geworden alcoholverbruik in dat land is de categorie der matige, der 'sociale' drinkers, zij vooral wordt getroffen door de maatregelen die in feite de alcoholic viseren. Rasechte alcoholisten laten zich door niets of niemand afschrikken, ze zullen steeds aan hun trek komen; als het om hun alcohol gaat is hun geest sluw en vindingrijk Zelfs cellulaire straf vormt voor hen geen beletsel ; mij is het geval bekend van een in de beruchte strafgevangenis van Fresnes (Frankrijk) opgesloten alcoholic die ook daar dag in dag uit smoordronken was. Hoe hij het hem leverde is een illustratie van clever alcoholisten-vakmanschap. Jammer genoeg is dit niet de juiste plaats om er verder op in te gaan, maar als ik nog ooit een boek schrijf zal ik u dit verhaal lang en breed uit de doeken doen.

Om het alcoholisme preventief te bestrijden en uit te roeien zijn andere middelen nodig. Wij dienen nieuwe wegen te zoeken en daarin zullen wij niet slagen zolang de oorzaken van het alcoholisme ons duister blijven. Ergo: om een werkelijk doeltreffende preventie op touw te zetten dienen wij in de eerste plaats een doortastende research voor te staan.

Dit alles betekent niet dat de eerder genoemde methodes volledig moeten worden afgeschreven. Integendeel De staat kan er gebruik van maken voor de vele niet-alcoholisten wier excessieve drinken uit de toon valt en schade berokkent (al was het alleen maar om de verkeersveiligheid te bevorderen). Maar daar zit de moeilijkheid: hoewel die methodes van nut kunnen zijn, moeten we ons realiseren dat geen enkele ervan vat heeft op alcoholisten, behalve dan misschien de voorlichting.

Van de vier behandelde systemen kunnen we de prohibitie- en de substitutiemethode geredelijk vergeten. Ze zijn niet aan te raden omdat ze met te veel praktische moeilijkheden gepaard gaan. De prohibitie is minder goed geïnspireerd en moet wel faliekant uitlopen doordat ze met de psychologische werkelijkheid geen rekening houdt. Een maatschappij zonder alcohol is een utopie en daardoor is het instellen van een volledig drankverbod de Moriaan geschuurd. Wellicht werd nooit in de USA meer gedronken en wellicht nooit zijn er daar meer alcoholisten geweest dan tijdens hun beruchte drooglegging. De

substitutiemethode anderzijds is theoretisch zeer belangwekkend maar in de praktijk zit er geen muziek in.

Rekening houdend met wat voorafgaat kan een preventief alcoholprogramma zich, *faute de mieux*, op diverse punten oriënteren :

1. Informatie en opvoeding. Het gebruik van massacommunicatiemiddelen moet boventoon voeren: ik denk hier vooral aan TV.
2. Het stimuleren van de research inzake alcohol en alcoholisme.
3. Het invoeren van allerlei restrictieve maatregelen, zoals: sluitingsuur, vergunningsstelsel, openingstaks, accijns wetten en dergelijke. Men kan zelfs een verbod van publiciteit voor alcoholhoudende dranken overwegen. Vanzelfsprekend moet worden gezorgd voor een efficiënt controleapparaat. Opletten voor psychologische blunders en voor ernstige botsingen met de gangbare mening.
4. Het pousseren van de consumptie van niet-alcoholhoudende dranken. De staat kan bijvoorbeeld publiciteitscampagnes organiseren voor vruchtensap, water, limonades e.d. en kan deze dranken fiscaal bevoordelen door ze accijnsvrij te stellen. (Op het einde 1965 nam de Belgische regering zich voor de accijnsheffingen op water en limonades te verhogen. Zulks is zeker niet in overeenstemming te brengen met een gezond alcoholprogramma ! Heer, verlos ons van regeringen met dergelijke oogkleppen !)
5. Het nemen van zeer strenge maatregelen inzake de verkeersveiligheid.

### **9.3 De curatieve therapie van het alcoholisme**

Wij hebben reeds terloops kennis gemaakt met de begrippen ‘gelukkige nuchterheid’ (synoniem: stabilisatie) en ‘chemische nuchterheid’, maar voor de duidelijkheid van het verdere betoog lijkt het me niettemin wenselijk de draagwijdte van deze begrippen nader te omschrijven. Daarom handelt par. IX.3.1 over de definitie van deze begrippen.

#### **9.3.1 Definities**

Wij kunnen als het ware twee categorieën alcoholisten onderscheiden, met name:

1. alcoholisten die nog drinken (‘actieve alcoholisten) en
2. alcoholisten die niet meer drinken, d.i. alcoholisten die nuchter geworden zijn. Deze laatste categorie omvat enerzijds de ‘chemisch nuchteren’ - wat men in Nederland de ‘droge alcoholist’ noemt - en anderzijds de ‘gelukkig

nuchteren' of 'destabiliseerden' Dit onderscheid is zeer relevant.

Een 'chemisch nuchtere' alcoholist is nuchter zonder meer. Dat wil zeggen dat hij niet meer drinkt of m.a.w. dat zijn fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol werd stukgemaakt, maar dat hij psychologisch nog steeds van de alcohol afhangt. Ter opheldering van dit begrip citeer ik CAIN: De chemisch nuchtere alcoholist ('the arrested alcoholic') verliest in werkelijkheid nooit het verlangen naar de roes; hij slaagt er wel in dit verlangen in bedwang te houden, maar hij heeft nog niet geleerd het te transcenderen.....

De 'gestabiliseerde' of 'gelukkig nuchtere' alcoholist daarentegen ('the recovered alcoholic'), zegt CAIN is, wat alcohol betreft, zo wel fysiek als psychologisch 'bevrijd' van zijn ketenen. Alcohol is voor hem helemaal geen probleem meer. De gestabiliseerde alcoholist is 'happy' zonder alcohol, hij heeft er in het geheel geen behoefte meer aan en als hij er nog ooit aan denkt dan betekent dat voor hem zoiets als de herinnering aan een lang vervlogen nachtmerrie. Hij heeft er lak aan of hij nog ooit normaal zou kunnen drinken, het drinken laat hem werkelijk onverschillig. Evenmin verlangt hij nog naar de roes van weleer, zelfs al zou hij die kunnen bereiken zonder er de nadelige gevolgen van te ondervinden. Zijn nuchterheid betekent voor hem een veel lonender euforie. En hier zit het knelpunt: de gestabiliseerde alcoholist blijft nuchter omdat hij erin geslaagd is een gelukkiger leven te leven zonder alcohol dan met alcohol. Hij kent een volstrekte 'peace of mind'.

CAIN poneert zelfs, en ik meen het hiermee eens te mogen zijn, dat de 'gelukkig nuchtere alcoholist' helemaal niets meer hoeft te doen voor het bewaren van zijn nuchterheid. Ik citeer: Hij hoeft geen vergaderingen meer bij te wonen (bijvoorbeeld van de AA ; noot van de schrijver) of enig medisch of psychotherapeutisch programma te volgen ten einde zichzelf nuchter te houden. Hij kan het leven zonder alcohol aan, helemaal in zijn eentje. Misschien verlangt hij andere alcoholisten te helpen bij hun nuchter worden, maar dan doet hij dat omdat hij dit wenst te doen en niet omdat hij het nodig heeft om zelf nuchter te blijven (Deze visie is in lijnrecht tegenspraak met de orthodoxe AA-lering. Zoals we verder zullen zien, stelt het AA-Programma immers (12<sup>de</sup> stap) dat het helpen van andere alcoholisten een essentiële voorwaarde is om zelf nuchter te blijven.)

CAIN besluit, en ik meen terecht, dat de gestabiliseerde alcoholist, d.w.z. de 'gelukkig nuchtere' alcoholist, geen alcoholproblemen meer heeft : 'he can forget about it'. De 'chemisch nuchtere' alcoholist daarentegen moet om nuchter te blijven nog steeds werken aan zijn nuchterheid. Hij moet er iets voor doen, wat meteen bewijst dat hij inderdaad nog niet 'gelukkig nuchter' is.

Met deze gegevens voor ogen kunnen wij volgende definities formuleren :

1. Chemisch nuchter is die alcoholist die niet meer drinkt, die m.a.w. fysiek niet meer dependeert van alcohol, maar die het verlangen naar de roes nog niet reëel getranscendeerd heeft. Hij moet nog werken aan zijn nuchterheid omdat hij anders recidiveren zou.
2. Gelukkig nuchter, d.i. gestabiliseerd is die alcoholist die niet meer drinkt en die zowel psychisch als fysiek niet meer afhankelijk is van alcohol.

Elke goede therapie van het alcoholisme moet - via een eerste fase van chemische nuchterheid - uiteindelijk de gelukkige nuchterheid viseren, als dit althans mogelijk is. Een en ander dependeert hier van wat VAN DIJK het productief inzicht noemde par. 6.2).

### **9.3.2 Voorafgaande opmerkingen**

Alvorens de eigenlijke therapie te bespreken moge ik allereerst nogmaals wijzen op een mijns inziens zeer gewichtig punt, te weten dat de curatieve therapie van het alcoholisme behoort tot het domein van de medicus. Of deze nu al dan niet dient gespecialiseerd te zijn laten we buiten bespreking: that's another story, waarover we in een verdere paragraaf zullen uitweiden. Hier dient alleen vooropgesteld te worden dat de behandelende arts het alcoholprobleem begrijpt.

Ik meen dat de meeste alcoholkenners, uitgezonderd enige rari nantes, zoals DAVIES, KENDELL en CAIN, het erover eens zijn dat als leidmotief der therapie mag worden vooropgezet: 'eens een alcoholist, steeds een alcoholist'.( Gevleugelde AA-expressie)

Met andere woorden algemeen wordt aanvaard dat het alcoholisme niet genezen kan worden. Zelfs wanneer wij erin slagen de aan het alcoholistische drinken ten grondslag liggende factoren te ontdekken en te elimineren, is het niet mogelijk de alcoholist weer sociaal d.i. matig te leren drinken. Wel kunnen wij de alcoholist bevrijden van zijn horigheid t.a.v. alcohol en hem de chemische resp. de gelukkige nuchterheid schenken, maar daar blijft het voorlopig bij. De alcoholist zal moeten leren aanvaarden te leven zonder alcohol. Dat wij, met onze huidige kennis, niet in staat zijn de controle over zijn drinken te herstellen, komt doordat de etiologie van het alcoholisme ons vooralsnog onbekend is, zodat we geen etiotrope behandeling kunnen instellen

Of een etiotrope therapie al dan niet tot het rijk der mogelijkheden behoort zal de toekomst dienen uit te wijzen.

De behandeling van welke ziekte ook impliceert steeds de medewerking van de

patiënt. Dat wil zeggen:

1. de patiënt moet de diagnose willen aanvaarden en,
2. hij moet behandeld willen worden. En zomin als het ons mogelijk is een diabeticus of een hartlijder te verzorgen zolang zij daartoe de nodige bereidheid niet aan de dag leggen, zijn wij in staat een alcoholist te helpen indien hij dit niet wenst. Over het algemeen lukt het ons diabetici of hartlijders de diagnose te laten aanvaarden van hun ziekte en, als het om verstandige knapen gaat, onderwerpen de meesten zich voetstoots aan een behandeling: ze weten dat ze niet kunnen genezen zonder zich ernstig te verzorgen. Een alcoholicus daarentegen weigert vrijwel altijd de werkelijke toestand te erkennen, hij aanvaardt de diagnose 'alcoholisme' niet, laat staan de behandeling ervan. De alcoholist ontkent eenvoudig dat hij alcoholproblemen heeft, zelfs als hij opgenomen is, komt dit niet door zijn alcoholisme (wat dacht je wel ? !), maar omdat hij last heeft van zijn maag of omdat zijn zenuwen hem parten spelen. De alcoholist negeert zijn ziekte: hij ziet zichzelf nooit als alcoholist ofschoon zijn drinkpatroon een evident bewijs vormt voor het tegendeel.

Men kan zich afvragen waarom de alcoholist zo stug is in het aanvaarden van de diagnose 'alcoholisme'. Hiervoor kunnen we diverse redenen naar voren brengen.

Een ervan is de onwetendheid betreffende de symptomatologie; de alcoholist aanvaardt de diagnose niet omdat hij niet bekend is met de kentekenen van de ziekte. Een andere reden die bij mij zwaarder weegt vinden wij in zijn rationalisatiesysteem. Ik maakte herhaaldelijk gewag van de relevantie van dit systeem. In feite is het zo dat het gehele leven van de alcoholist ermee doordeesemd is : de alcoholist rationaliseert altijd. Zo zal hij ook rationaliseren als men hem bijvoorbeeld de vraag stelt wat hij onder een alcoholist verstaat. Hij zal steeds die symptomen belichten die hij als essentieel beschouwt voor de diagnose, maar die merkwaardig genoeg juist bij hem ontbreken. Met andere woorden is hij in zijn eigen ogen nooit een alcoholist, kan hij ook nooit een alcoholist zijn. Ik citeer uit Jackson SMITH enige opmerkelijke uitspraken van alcoholisten: '... De alcoholist die gewoonlijk in bars drinkt, zegt: 'Ik drink nooit alleen', terwijl de alcoholist die alleen drinkt, beweert: 'Ik drink nooit 's morgens'. De meest voorkomende rationalisaties zijn wellicht : 'Ik drink zoals Jan en alleman' of 'Ik drink alleen maar bier en nooit sterke drank, dus ben ik geen alcoholist'. Een derde mogelijke reden die het de alcoholist moeilijk maakt toe te geven lijkt mij de term 'alcoholisme' te zijn. Wij mogen niet vergeten dat de meeste ziektes onverschillige namen dragen, die de patiënt niet eens begrijpt en die hem in feite overkomen als rampspoedige en onvermijdbare onheilen. Alcoholisme vormt daarop een uitzondering, omdat de term emotioneel geladen is. De naar schatting

twintig miljoen sociale drinkers in de Benelux beschouwen het gebruik van een glas alcohol als een aangename ervaring zonder meer en ze veronderstellen dat de alcoholist een gelijksoortige reactie vertoont. Omdat, volgens hen, niemand de alcoholist ertoe dwong te diep in het glas te kijken, beschouwen zij hem als een individu dat enkel maar boet voor zijn lankmoedigheid. Daarom minachten en veroordelen ze hem wegens zijn alcoholisme. De gangbare mening acht de alcoholist een willoze slappeling waarvan

het karakter niet gedisciplineerd genoeg is om te weerstaan aan alcohol; met andere woorden deze (veronderstelde) karakterzwakte wordt gezien als de etiologische factor van het alcoholisme ('indulgence theory'). Wij mogen niet uit het oog verliezen dat ook de alcoholist deel uitmaakt van de gemeenschap en dat hij eveneens met dit populaire maar verkeerde standpunt instemt.

Ook de alcoholist heeft, paradoxaal genoeg, geen goed woord over voor de dronkaard. Hij meent dat hij misschien zijn wil wel wat dient te trainen, maar niettemin is hij er rotsvast van overtuigd dat hij niet werkelijk zwak van wil is. Daarom weigert hij de kentekenen van zijn drinkpatroon te erkennen als alcoholisme. Het is zelfs ooit gebeurd dat de therapeut die een alcoholist verzorgde voor een ernstige crisis van delirium tremens, toen hij hem nadien suggereerde met een AA-groep contact te zoeken, daarop het volgende tot antwoord kreeg : 'Ik heb niets met die bende zuiplappen uit te staan'.

Om tot voor de therapie noodzakelijke medewerking te komen moeten eerst deze hinderpalen uit de weg geruimd worden. Praktisch gesproken loopt dit uit op het stukmaken van het rationalisatiesysteem, zodat de alcoholist de diagnose aanvaardt en geholpen wil worden. Ik benadruk dat dit een conditio sine qua non is voor het welslagen van de behandeling en ik moge tevens erop attenderen dat het nutteloos, ja zelfs schadelijk, is een alcoholist buiten zijn weten of tegen wil en dank te behandelen met bijvoorbeeld disulfirampreparaten.

Dat de geneesheer bij de behandeling van een ziekte een vooraanstaande rol speelt staat als een paal boven water. De iatrogene factor (ontstaan of opgewekt onder invloed van een geneeskundige behandeling; gezegd van klachten die door autosuggestie bij de patiënt ontstaan op grond van de uitingen of gedragingen van de behandelende art.) is uiterst belangrijk voor het genezingsproces ; welke ook de ingestelde therapie moge zijn, de persoonlijkheid van de therapeut is vaak van grotere betekenis dan de gebezigde methode. Het succes van een behandeling is grotendeels afhankelijk van het vermogen van de therapeut om de zieke te benaderen en zijn vertrouwen te winnen. Dit impliceert natuurlijk niet dat de geneesheer geen grondige kennis van de materie hoeft te hebben.

Deze gewichtige algemene beginselen gelden vanzelfsprekend ook in de behandeling van het alcoholisme. Moet de arts feitelijk bij iedere ziekte erop bedacht zijn, hij mag ze zeker bij het alcoholisme niet uit het oog verliezen. De alcoholist immers is een zeer wantrouwige knaap, die nagenoeg altijd hypergevoelig is t.a.v. de reacties van de therapeut. De allereerste vereiste voor de therapeut moet dan ook een juiste psychologische instelling zijn t.a.v. de alcoholist; bovendien, maar dat ligt voor de hand, moet hij het alcoholprobleem grondig beheersen. Zijn ontmoeting met de alcoholist zal er een van mens tot mens dienen te zijn : geen disciplinaire en vooral geen diskwalificerende. Alcoholisten bestraffend benaderen getuigt van een ernstig gebrek aan medisch inzicht. Het moet hier gaan om een relatie die de patiënt in staat stelt zich te realiseren dat hij inderdaad hulp nodig heeft en hem later, als dat nodig is, ertoe brengt opnieuw van die hulp gebruik te maken. De therapeut zal daarbij steeds rekening moeten houden met teleurstellingen, met plotselinge en moeilijk te motiveren terugvallen die hem noch zijn geduld noch zijn geloof in de patiënt mogen laten verliezen. Met andere woorden moet de geneesheer als het ware het heilige vuur hebben: hij moet er rotsvast van overtuigd zijn dat de alcoholist lijdt aan een curabele ziekte en dat hij de nodige bekwaamheid bezit die ziekte te verzorgen.

Op de vraag of alcoholisten al dan niet klinisch behandeld dienen te worden ben ik het met ESSER en LOLLI eens. Zij verkiezen zoveel mogelijk een ambulante therapie, omdat de alcoholist in een ziekenhuis te veel protectie krijgt en hij de gang naar de kliniek al spoedig gebruikt als een vlucht uit de moeilijkheden des levens, terwijl het juist in onze bedoeling ligt hem o.m. psychotherapeutisch te benaderen. Dat wil zeggen dat wij willen pogen zijn vermogen te bevorderen om zijn eigen problemen zelf op te lossen, zich aan zijn levensomstandigheden aan te passen en zo goed mogelijk gebruik te maken van zijn verstandelijke en emotionele capaciteiten. Dat bepaalde gevallen van alcoholisme toch in een ziekenhuis of in een andere daartoe gespecialiseerde instelling thuishoren ligt natuurlijk voor de hand. Ik denk bijvoorbeeld aan toestanden die gepaard gaan met zware onthoudingsverschijnselen, met delirium tremens, met psychotische afwijkingen, met ernstige lichamelijke stoornissen en dergelijke. Ook LAWRENCE beschouwt het als een algemene regel alcoholisten ambulant te behandelen, tenzij er een urgente medische reden bestaat om hem op te nemen ; hij adviseert enkel die gevallen op te nemen die niet beantwoorden aan een intense ambulante therapie.

Hoewel, volgens mijn mening, geen enkele ziekenhuisinrichting alcoholisten met ernstige verwikkelingen de deur zal wijzen, is het zeer de vraag of ze bereid zou



zijn alcoholisten zonder dergelijke zware complicaties te verzorgen, i.e. ze voor een behandeling op te nemen wegens hun alcoholisme alleen. Ik meen dat vele ziekenhuizen ten onzent weigerachtig zijn dit te doen en wel omdat de directies van deze instellingen niet bekend zijn met of niet overtuigd zijn van de wezenlijke aard van het alcoholisme, dat wil zeggen met de ziekteconceptie ervan. De doorsnee ziekenhuisadministraties beschouwen de alcoholist als een lastige klant en zeggen: ‘Waarom zouden wij ons het hoofd breken over dronkaards? Het zijn mensen met uiterst moeilijke gedragingen, die door de band hyperactief zijn. We beschikken al over veel te weinig bedden en moeten al bergen verzetten om mensen te verzorgen die echt ziek zijn. Dronkaards nuchter maken is meestal boter aan de galg gesmeerd, het is in feite louter tijd- en geldverspilling’.

Het ziekenhuis zou moeten inzien dat alcoholisten zieken zijn en dat een geschikte hospitalisatie een vitale rol kan spelen in het herstelproces van sommige van deze zieken. Men moge dan al discussiëren over de wenselijkheid van een opname, maar een feit is het dat alcoholisten nagenoeg steeds aan de deur van het ziekenhuis afgewezen worden. Dit komt doordat ze allen over een kam geschoren worden; ze zijn bekend als de bonte hond. Toch zijn niet alle alcoholisten hyperactieve individuen met moeilijke gedragingen. (Overigens worden heden ten dage af en toe lichte gevallen van psychosen opgenomen in algemene ziekenhuizen (bijv. depressies). Deze mensen zijn soms ook allesbehalve rustig! Ik zoek vergeefs naar een plausibele en logische uitleg van de ziekenhuizen.)

Er zijn ook alcoholisten met een goede prognose die in een ziekenhuis opgenomen moeten worden. Men heeft ondervonden dat van die alcoholisten over het algemeen medewerking kan worden verkregen zodat er geen bijzondere aandacht of een speciale uitrusting vereist is om ze te verzorgen. Om in de huidige visie een kentering te scheppen is een juiste informatie, uitgaande van bevoegde instanties, noodzakelijk. De ziekenhuizen zullen het immers pas over een andere boeg gooien als ze bekend raken met de ware aard van het alcoholisme d.i. met de ziekteconceptie ervan.

De therapie van het alcoholisme vertegenwoordigt een complex probleem. Psychotherapie, groepspsychotherapie “bvb. AA” ontgiftigingskuur, medicamenteuze behandeling enzovoort zijn verschillende aanknopingspunten van waaruit men het therapeutisch vraagstuk kan benaderen. De vraag of aan een der behandelingsmethodes de voorkeur dient te worden kan slechts worden beantwoord vanuit een individueel vlak. Dat wil zeggen dat het ene individu beter geholpen zal worden met die bepaalde therapie en een ander individu met een andere therapie en nog een ander individu met weer een andere therapie. ‘il n’y a pas de maladies, il n’y a que des malades’. Een behandelingsschema voor het

alcoholisme kunnen wij slechts grosso modo schetsen - wat overigens voor welke andere ziekte ook geldt; de details der behandeling verschillen van persoon tot persoon. Er zijn vele wegen die naar Rome leiden. De juiste weg te vinden behoort nu net tot de taak van de therapeut ; daar zit hem de geneeskunst in. Dit sluit niet uit dat er wel enige fundamentele regels zijn waaraan een goede alcoholtherapie moet voldoen. Het is bijvoorbeeld zinloos een ontgiftigingskuur in te stellen bij een alcoholist zonder hem psychotherapeutisch te benaderen, maar het heeft evenmin zin hem uitsluitend psychotherapeutisch te helpen zonder bijvoorbeeld zijn milieu of zijn lichamelijke stoornissen mee te tellen. Dit laatset wordt jammer genoeg bij de AA-ers al eens vergeten.

Om tot een beter begrip van de behandelingsproblemen te komen lijkt het me wenselijk vooraf nog even bondig enige punten uit het alcoholisme (JELLINEKS gammatype) te memoreren. We wezen erop dat de eigenlijke diepere oorzaak van het alcoholisme ons nog steeds duister blijft, maar dat ze vrijwel zeker polymorf ( d.i. multiconditioneel is. De oorzaken die het initiale drinken op gang brengen zijn dus velerlei ; we mogen echter vooropstellen dat ze voornamelijk bestaan uit psychologische momenten, zoals angst, spanningen, frustraties, neurotische gedragingen, 'social maladjustments', minderwaardigheidsgevoelens, manco aan zelfvertrouwen enzovoort.

We weten ook dat de alcoholist zijn 'carrière' begint als een sociale drinker, wat wil zeggen dat hij begint te drinken binnen de grenzen van de door de maatschappij, waarin hij leeft, geaccepteerde drinkgewoontes. De alcoholist drinkt aanvankelijk min of meer als uitdrukking van de cultuur waartoe hij behoort. Door diverse psychologische (leerproces volgens CONGER, craving, regressiedrift) en wellicht ook fysiopathologische mechanismen, leert de drinker zijn drinken bestendigen : hij is psychisch afhankelijk geworden van de alcohol. Er is een gewenning ontstaan.

Door ons tot nu toe onbekende fysiopathologische processen ontwikkelt zich bij de drinker een geadapteerd celmetabolisme, waaruit kardinale symptomen ontstaan, zoals: craving, onthoudingsverschijnselen en controleverlies. Deze symptomen onderscheiden hem van andere excessieve drinkers: hij is niet meer bij machte met het drinken op te houden wanneer hij zulks wenst. Hij heeft de vrijheid over het drinken verloren : hij is fysiek afhankelijk geworden van de alcohol. Hij is verslaafd geworden, hij is een toxicomaan, hij is een all round alcoholist.

Door de psychische en fysieke afhankelijkheid verhoogt de alcoholconsumptie en daardoor accentueren zich de oorzakelijke psychologische momenten, d.w.z. dat

het minderwaardigheidsgevoel, het manco aan zelfvertrouwen, het neurotische gedrag, de angst enzovoort nog worden versterkt. Er ontstaan sociale moeilijkheden met name op het werk of in het gezin of, zo deze vooraf bestonden, verslechteren ze nog. Kortom de verhoogde alcoholconsumptie schept een aantal extra problemen die de zieke alleen kan overwinnen door het drinken van nog meer alcohol. De psychologische momenten die de drinker tot de alcohol brachten worden door het drinken van nog meer alcohol op hun beurt verergerd en zulks, werkt, samen met de fysieke craving, het drinken van weer nog meer alcohol in de hand. Met andere woorden is de drinker, de gevangene geworden van een vicieuze cirkel die uiteindelijk zal leiden tot zijn totale vernietiging tenzij hij erin slaagt deze te doorbreken. Een ander gevolg van zijn drinkgelagen is het optreden van allerlei lichamelijke stoornissen zoals : gastritis, levercirrhose, polineuropathie, 'Bierherz' e.d.

De volgende therapie kan worden ingesteld bij alcoholisten:

A : herstel van de controle t.a.v. de alcoholconsumptie (een ons op het ogenblik onbekende remedie).

B : behandeling van de fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol (craving, onthoudingsverschijnselen) door middel van sedativa, zout, tranquillanta, vitamines en dergelijke.

C : behandeling van de lichamelijke stoornissen (vitaminetherapie, eiwitten en dergelijke).

D : opvoeding van de alcoholist waarbij ernaar gestreefd wordt hem te leren zijn problemen op te lossen zonder alcohol (psychotherapie, groepstherapie en dergelijke).

E : tijdelijke bescherming van de zieke t.a.v. alcohol door middel van disulfirampreparaten zoals Antabuse, refusal en dergelijke.

### **9.3.3 Eigenlijke therapie**

De etiotope therapie van het alcoholisme zou bestaan in het herstel van het controleverlies. Welnu, een dergelijke therapie is ons tot nu toe onbekend. We attendeerden er reeds herhaaldelijk op dat wij op het ogenblik niet bij machte zijn een alcoholist 'sociaal' te leren drinken wat DAVIES, KENDELL en CAIN ook mogen beweren. Dit impliceert dat de alcoholist van lieverlede zal moeten inzien dat hij nooit meer zal kunnen drinken. Hij moet zich steeds voor ogen houden dat voor hem een glas te veel is en tienduizend te weinig. Hij kan het onmogelijk bij een of twee glaasjes houden. Sommige alcoholisten snappen dit vrij vlug, maar bij anderen

wringt de schoen. Het behoort tot de taak van de medicus bij te dragen tot dit besef en de alcoholist ermee vertrouwd te maken, ofschoon zulks niet altijd van een leien dakje loopt.

Wat staat er ons nu te doen bij gebrek aan een etiogene therapie ?

Bij de beknopte beschrijving van het alcoholisme aan het einde van de vorige paragraaf, springen diverse voor de therapie fundamentele punten in het oog, met name:

1. De psychologische momenten
2. De psychische afhankelijkheid t.a.v. alcohol
3. De fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol .
4. De sociale moeilijkheden van de drinker
5. De lichamelijke stoornissen.

Aan de hand van deze vijf punten wijst een logische therapie zich vanzelf, zo dacht ik: men moet uiteraard aandacht schenken aan alle vijf de punten. Als wij een succesvolle stabilisatie wensen door te voeren moeten wij zowel de fysieke afhankelijkheid en de lichamelijke stoornissen verzorgen als de psychische afhankelijkheid, de psychologische momenten en de sociale moeilijkheden. We zeiden vroeger reeds dat het geen steek houdt een ontgiftingskuur in te stellen bij een alcoholist zonder bedacht te zijn op zijn psychologische factoren, zomin als het enige zin heeft een alcoholist uitsluitend psychotherapeutisch te benaderen zonder zijn milieu of zijn lichamelijke ongemakken mee te tellen. Het aanknopingspunt van de behandeling moet dus georiënteerd zijn op deze vijf fundamentele punten tegelijk.

Mag ik er terloops even aan herinneren dat toxicomanie in het algemeen en alcoholisme in het bijzonder, een van die zeer weinige ziektes zijn waarbij eerst het symptoom (i.e. het drinken) dient behandeld te worden alvorens men aan eventueel onderliggende oorzaken (bijv. psychologische momenten) iets kan verhelpen.

Sedert jaren worden in de therapie van de toxicomanie, en dus ook in die van het alcoholisme, drie fazen onderscheiden :

1. De onthoudings- of ontgiftingsfase
2. De ontwenningfase
3. De fase van controle en nazorg.

In onze verdere bespreking zullen we, gemakshalve, fase 2 en 3 samensmelten onder de gemene deler: ontwenning, controle en nazorg.

In fase 1 wordt hoofdzakelijk het chemisch nuchter worden van de alcoholist beoogd, d.i. het stukmaken van de fysieke afhankelijkheid t.a.v. de drug alcohol. Het

gaat hier dus vooral om farmacologische problemen. Fazen 2 en 3 behelzen een combinatie van medisch-psychologische en sociale maatregelen, waarbij als uiteindelijk doel gesteld wordt het stukmaken van de psychische afhankelijkheid t.a.v. alcohol; men maakt hierbij gebruik van psychiatrische, psychologische en pedagogische middelen, terwijl ook aandacht geschonken wordt aan de sociale moeilijkheden (behandeling van het milieu; gezinstherapie) en de aan het drinken ten grondslag liggende factoren. Eigenlijk is het streven van de gehele behandeling gericht op een adequate heropvoeding van de gehele persoonlijkheid.

Ik moge nog opmerken dat de fazen 1 en 2/3 niet duidelijk van elkaar onderscheiden zijn : ze overlappen elkaar. Het ontgiftigen in de eerste fase bijvoorbeeld betekent niet alleen iemand scheikundig nuchter maken zonder meer. Om een alcoholist ook gelukkig nuchter te maken, dient men reeds in de ontgiftigingsfase vooruit te zien en bedacht te zijn op de fase van de ontwenning, controle en nazorg. Dat wil zeggen dat men reeds vanaf het begin der ontgiftigingsfase, via de lichamelijke therapie, moet pogen een zo goed mogelijke vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen, casu quo men beschikt over een gedegen fundament voor een vruchtbare psychotherapie.

Tenslotte wens ik er nogmaals op te attenderen dat de alcoholist de behandeling vrijwillig dient te aanvaarden. Het heeft niet de minste zin hem het mes op de keel te zetten en hem te dwingen tot een behandeling dwars tegen zijn wil in.

### **9.3.3.1 ONTGIFTIGINGSFAZE EN BEHANDELING DER LICHAMELIJKE VERWIKKELINGEN**

De alcoholist moet geholpen worden voor zijn complicaties. Hartkwalen, nierletsels, leverlijden e.d. moeten secundum artem verzorgd worden. De bespreking hiervan valt buiten het bestek van dit boek.

Het alcoholisme behoort tot die weinig voorkomende ziektes, waarbij allereerst het symptoom, i.e. het drinken, dient behandeld te worden alvorens de oorzaken verholpen kunnen worden die aan de grondslag ervan liggen. Daarom begint de alcoholtherapie met het stukmaken der fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol; de eerste etappe in de behandeling is het chemisch nuchter maken van de alcoholist. Er is namelijk geen stabilisatie, i.e. gelukkige nuchterheid, mogelijk indien men de alcoholist vooraf niet eerst chemisch nuchter maakt. Om het met VAN DIJK nog maar eens te zeggen: 'you cannot expect a man to be dry, if he keeps standing under a shower' .

De ontgiftiging kan op twee verschillende manieren plaatsvinden, namelijk in klinisch milieu of ambulantly. Beide methodes hebben hun voor- en nadelen, maar

volgens mij is, in het algemeen gesproken, de ambulante ontgiftiging te verkiezen boven de klinische (cf. objecties tegen opname in par. IX.3.2), tenzij er zich ernstige redenen voordoen, zoals bijvoorbeeld zware onthoudingsverschijnselen. Dan wordt een klinische ontgiftiging imperatief. Welke ook de gebruikte methode moge zijn, diene men echter steeds voor ogen te houden dat het frequente terugzien van de alcoholist een zaak van uitermate grote importantie is.

### 9.3.3.1.1 De klinische ontgiftiging

De klinische ontgiftiging kan het beste in een algemeen ziekenhuis plaats vinden. Men vermijdt inderdaad, zo mogelijk, een opname in psychiatrische inrichtingen; vele alcoholisten zouden hierdoor worden afgeschrikt, wat de kansen op hun herstel vanzelfsprekend vermindert. Men vergete overigens niet dat het woord ‘psychiatrische inrichting’ in onze huidige maatschappij nog zeer pejoratief gekleurd is.

Wat nu de eigenlijke therapie van de klinische ontgiftiging betreft lijkt mij de door LEREBoullet gesuggereerde de meest logische. Hij onderscheidt drie fazen :

1. Het spenen d.i. het onderbreken van de alcoholtoevoer.
  2. Het opwekken van afkeer voor alcohol door middel van apomorfine, ipeca, emetine e.d. (‘aversion treatment’).
  3. Het op gang brengen van een kuur met disulfirampreparaten. Ook aan het instellen van een psychotherapie (reeds in deze periode) hecht hij veel waarde.
- Ad 1. Het spenen. Doordat het plotselinge onderbreken van de alcoholtoevoer ernstige onthoudingsverschijnselen kan verwekken, moet dit verminderen het liefst geleidelijk aan plaats vinden, Daarom injecteerden BRUell en LECOQ degressieve dosis alcoholintraveneus (curethyl). Na enige tijd die varieert, maar in de regel nooit meer bedraagt dan 7 dagen is er vrijwel geen alcohol meer aanwezig in het bloed van de patiënt en worden de injecties stopgezet. Door deze techniek wordt het optreden van onthoudingsverschijnselen een zeldzaamheid en waar ze toch voor den dag komen worden ze gemakkelijk de kop ingedrukt door het toedienen van tranquillanta en sedativa. Ook vitamines van het B-complex worden in deze fase voorgeschreven.

Ad 2. De meeste navorsers nemen aan dat het opwekken van afkeer (‘aversion treatment’) berust op een leerproces. Volgens de theorie van het leerproces wordt het drinkantwoord aangeleerd omdat het bekrachtigd, d.i. beloond, wordt. Indien wij nu

in plaats van een beloning een straf toedienen zal het drinkantwoord daarentegen afgeleerd worden omdat het niet meer bekrachtigd wordt. Een voorwaarde voor het afleren is uiteraard dat het drinken en de bestraffing samengaan en dat de straf zwaarder weegt dan de beloning die aan het drinken verbonden is. Zo wordt een nauwe associatie geschapen tussen het drinken van alcohol en er ontstaat, althans zo veronderstelt men, een voorwaardelijke reflex zodat de drinker elke lust ontnomen wordt nog ooit een druppel alcohol aan te raken.

Het moderne 'aversion treatment' maakt gebruik van braakmiddelen (ipeca, apomorfine, emetine) die of wel aan de drank toegevoegd ofwel geïnjicieerd worden. In dit laatste geval krijgt de alcoholist na iedere injectie wat van zijn lievelingsdrank te drinken, waarop hij natuurlijk begint te braken.

De theoretische achtergrond van deze therapie klinkt, zo dacht ik, heel fraai en wetenschappelijk, maar we mogen echter niet uit het oog verliezen dat voorwaardelijke reflexen uitgedoofd kunnen worden, als ze niet van tijd tot tijd worden 'opgefrist' of 'versterkt'. Doordat de alcoholist vroeg of laat ambulantly wordt en dus niet langer zijn 'aversion treatment' ondergaat, dooft ook deze voorwaardelijke reflex van lieverlede uit. Als de voorwaardelijke reflextherapie dan ook niet gepaard gaat met andere behandelingsmethodes zal de alcoholist vrijwel immer recidiveren. Ergo mag deze behandelingsvorm als een goed hulpmiddel bij de ontgiftiging worden beschouwd dat echter moet worden aangevuld met andere behandelingstechnieken. Deze redenering geldt eveneens voor de hieronder te bespreken therapie met disulfirampreparaten.

Ad 3. Het gelijktijdig toedienen van alcohol en disulfirampreparaten (Zonder me op volledigheid te beroepen moge ik enige merknamen vermelden, zoals : Antabuse, refusal, abstinyll, antiaethan esperal enzovoort.) roept de zogenaamde 'antabuse-reactie' in het leven. Deze is gekenmerkt door: roodheid van het gelaat, hartkloppingen, hoofdpijnen, hypotensie, kortademigheid, nausea en braken. Sommige auteurs beschreven ook het optreden van Convulsies en bij zeer heftig verlopende reacties kan zich zelfs een al dan niet dodelijke collaps voordoen (wat gelukkig zeer zeldzaam gebeurt). Men kan de 'antabuse-reactie' reeds waarnemen bij een lage alcoholemie (0,1 %-0,2 %) dat wil zeggen na het gebruik van geringe porties alcohol: een glas bier, wijn of gedistilleerd, ja zelfs het eten van rumtaart of wijnsausen kunnen de reactie verwekken nadat een tablet disulfiram ingenomen werd. De 'antabuse-reactie' kan in toom worden gehouden door middel van antihistaminica (voornamelijk prometazine).

Het is vanzelfsprekend gevaarlijk disulfirampreparaten te laten innemen na een voorafgaand alcoholgebruik of zonder de patiënt te verwittigen van het gevaar dat

het consumeren van alcohol na dergelijke preparaten met zich brengt. Men zal nooit disulfirampreparaten geven aan een alcoholist buiten zijn weten en als hij het met de behandeling eens is moet hij op de hoogte worden gebracht van de uitwerking van dit middel op zijn organisme. Overigens zijn disulfirampreparaten op zichzelf volstrekt ongevaarlijk, zolang daarbij geen alcoholica ingenomen worden.

Om de alcoholist bekend te maken met de 'antabuse-reactie' stellen sommige schrijvers een proefdronk voor: ongeveer een half uur na het toedienen van een tablet disulfiram laten zij de patiënt een bepaalde hoeveelheid alcohol drinken. Ze achten dit een wijze psychologische maatregel. Andere schrijvers zoals ESSER en FOUQUET slaan de proefdronk van de hand. Ik meen het met deze laatste schrijvers eens te kunnen zijn : afschrikwekkende methodes baten toch niet bij alcoholisten.

Een behandeling met disulfirampreparaten mag pas dan een aanvang nemen, zeiden we, als de patiënt van te voren van alcohol gespeend werd. Even onontbeerlijk is, althans volgens LEREBoullet, een voorafgaand 'aversion treatment' zodat de alcoholist geen craving voor alcohol vertoont en weer een normale eetlust aan den dag legt. Op dat ogenblik van de klinische ontgiftiging immers, is de zieke psychisch en fysiek in dier voege hersteld dat hij niet langer meer gehospitaliseerd hoeft te worden. Anderzijds is hij evenwel nog niet voldoende nuchter geworden om hem zonder enig toezicht te houden. Als hij thuiskomt uit de geborgenheid van het ziekenhuis begint voor hem de dagelijkse sleur opnieuw. Kleine occasionele impulsen, zoals oude gewoontes, onbelangrijke psychische conflicten of de sociale druk kunnen hem doen grijpen naar het eerste, fatale glas. Hij heeft weliswaar geen behoefte meer aan alcohol, maar om zijn problemen uit de weg te gaan kent hij geen andere oplossing dan de alcoholintoxicatie. Zijn vroegere onaangename ervaringen met alcohol weerhouden hem niet, daar hij ervan overtuigd is het dit keer bij twee, hooguit drie glaasjes te houden. En moet het gezegd worden dat de vicieuze cirkel weer op gang gebracht wordt als het ons op de een of andere manier niet lukt de alcoholist te pantsen tegen dergelijke impulsen ? Daar dan ligt de voornaamste indicatie der disulfirampreparaten. Ze geven de alcoholist een degelijke bescherming tegen mogelijke terugvallen, waardoor wij het ons kunnen veroorloven het soms tijdrovende stabilisatieproces van de alcoholist onder de meest gunstige omstandigheden te voltooien, met name in zijn eigen milieu.

Wie evenwel disulfirampreparaten toedient zonder de alcoholist psychotherapeutisch te helpen rekent buiten de waard. Inderdaad de chemische nuchterheid alleen is niet voldoende, men dient de alcoholist ook gelukkig nuchter te maken. Een disulfiramkuur inzetten zonder meer leidt onvermijdelijk tot terugvallen indien we deze niet aanvullen met psychotherapie. Met andere woorden mag een disulfiramkuur slechts worden beschouwd als een goed hulpmiddel dat de



psychotherapie ondersteunen maar niet vervangen kan. Dit impliceert dat de disulfirampreparaten dienen doorgegeven worden tot op het ogenblik dat de psychotherapie vruchten heeft afgeworpen.

Er zijn nagenoeg geen contra-indicaties voor het aanwenden van disulfirampreparaten. Wel moet men voorzichtig zijn bij alcoholisten die lijden aan hart- en vaataandoeningen. Zulks betekent m.i. niet dat men deze preparaten niet zou mogen toedienen aan hartlijders. Ik ben het eens met MARTENSEN-LARSEN, die in 1951 schreef: In de gehele wereld stierven er de laatste jaren slechts 10 patiënten aan een defectueuze circulatie en waarvan gezegd kan worden dat antabuse wellicht tot hun dood heeft bijgedragen, zonder er echter de hoofdoorzaak van te zijn. Men mag evenwel niet uit het oog verliezen dat er duizenden zieken gestorven zijn, ook hartlijders, omdat het medicament niet werd toegediend..

Bepaalde schrijvers hebben implantaties van disulfirampreparaten voorgesteld (Implantatie (inplanting): het inbrengen van geneesmiddelen in een bijzondere, moeilijk oplosbare vorm onder de huid of elders; het geneesmiddel wordt dan slechts zeer langzaam en geleidelijk door het lichaam opgenomen) (VAN DE VOORDE, Leuven). Een voordeel van een dergelijke methode is dat de patiënt niet meer gebonden is aan het dagelijkse innemen van zijn tablet, aangezien de werkingsduur van de inplanting om en nabij zes maanden bedraagt. Dit ene voordeel weegt m.i. niet op tegen de enorme nadelen en daarom is deze wijze van toedienen aan felle kritiek onderhevig. Inderdaad zijn de implantaties qua doeltreffendheid niet superieur aan de gewone, perorale toepassing en ze vergen toch een veel omslachtiger procédé. Bovendien betekenen ze door hun lange werkingsduur een gevaarvolle onderneming als de alcoholist intussen recidiveert.

Het effect van disulfiram is nihil als de patiënt niet bereid is vrijwillig mee te werken. Overigens is dit ook waar voor ambulante kuren ! Ik kan niet genoeg de nadruk erop leggen dat van een disulfiramkuur weinig of geen succes te verwachten is zonder een behoorlijke psychische voorbereiding van de patiënt voor een dergelijke kuur en zonder ook de omgeving, met name de vrouw en de overige gezinsleden, enig inzicht te hebben verschaft in de techniek en de wijze van toediening van het middel, waarbij vooral moet worden vermeden het heimelijk toe te dienen. (Het heimelijke toedienen is technisch niet moeilijk daar de preparaten reuk, smaak, en kleurloos zijn.) Controle op het innemen der tabletten is onder alle omstandigheden moeilijk. De zieke misleidt meermalen zichzelf, de dokter of de huisgenoten door de tabletten onder de tong te houden. Daarom dient men hem de tabletten te laten stuk bijten of hem de moderne antabuse-dispergettes (Dumex) te geven, die oplosbaar zijn en dus niet meer onder de tong gehouden kunnen worden. Soms wisselt de alcoholist wel eens zijn tabletten om tegen onschuldige aspirientjes;

men kan zich afvragen in hoeverre men hier nog van de zo noodzakelijke medewerking van de alcoholist kan gewagen? Mij dunkt dat dergelijke praktijken aardig wat weg hebben van 'droog drinken', dat wil zeggen van die toestand waarbij de nuchtere alcoholist weliswaar nog niet drinkt, maar diep in zijn achterhoofd toch met de gedachten aan drinken speelt. Hoe het ook zij, ten einde de controle op het innemen te vergemakkelijken, worden voorschriften en medicijnen aan een familielid gegeven, aan wie tevens het ingeven wordt toevertrouwd.

Behalve de disulfirampreparaten kent men nog andere stoffen met een 'antabuse-reactie', die min of meer uitgesproken kan zijn. Bijvoorbeeld calciumcarbimide en bepaalde hypoglycemiserende sulfamiden (deze laatste zijn middelen die men gebruikt bij de orale behandeling van diabetici). Tegenwoordig gebruikt men ook metronidazol (flagyl). Dit product geeft een opgezwollen maag, verhoogt de alcoholemie en vervormt de smaak van de gedronken alcohol (zo smaakt whisky bijvoorbeeld naar stookolie). Flagyl zou ook de craving naar alcohol verminderen. Het mag niet samen genomen worden met disulfirampreparaten en sorteert pas effect na enige weken. Kleine hoeveelheden alcohol worden wel verdragen zodat het de sociale drinker niet hindert (party, receptie).

De psychotherapie tenslotte is een essentiële factor tijdens de Be

hele behandeling van het alcoholisme. Ze maakt er een dermate relevant aspect van uit dat we zelfs mogen vooropstellen dat ze een *conditio sine qua non* is van een succesvolle stabilisatie. Met andere woorden een therapie zonder ernstige psychotherapeutische maatregelen is tot mislukking gedoemd. De gehele behandeling, van alfa tot omega, dient als het ware doorweven te zijn met psychotherapie zowel tijdens de ontgiftigingsfase als tijdens de fase van ontwenning, controle en nazorg; of schoon de te volgen methode verschillen kan van fase tot fase. In de ontgiftigingsfase tracht men inderdaad enkel een vertrouwensrelatie tot stand te brengen, die wanneer ze eenmaal is opgebouwd een stevig fundament vormt voor de 'diepere' psychotherapeutische beïnvloeding gedurende de fase van ontwenning, controle en nazorg.

Aan een goede vertrouwensrelatie tussen dokter en patiënt kan niet genoeg aandacht besteed worden, omdat het succes van een behandeling grotendeels afhankelijk is van het vermogen van de therapeut om de zieke te benaderen, ergo zijn vertrouwen te winnen. Voornamelijk het eerste contact met een zieke is in hoge mate belangrijk en dit geldt überhaupt voor de zo wantrouwige alcoholist. Een goede vertrouwensrelatie tussen medicus en zieke vormt dus de hoeksteen van een vruchtbare therapie; zegt het spreekwoord niet: 'goed begonnen is half gewonnen'? Tijdens de ontgiftigingsfase mag men dus zeker de psychotherapie niet vergeten.

Men kan in deze fase reeds pogen de essentiële elementen van de psychische structuur van de alcoholist te peilen, maar feitelijk blijft de hoofdfunctie van de psychotherapie in deze fase beperkt tot het leggen der contacten.

De in de fase van ontwenning, controle en nazorg aangewende psychotherapie gaat dieper. Ze tracht via de kennis van de persoonlijkheid de motieven van de verslaving te ontdekken en een adequate behandeling in te stellen in die zin dat het vermogen van de patiënt opgevoerd wordt om zijn eigen problemen op te lossen, zich aan zijn levensomstandigheden aan te passen en zo goed mogelijk gebruik te maken van zijn verstandelijke en emotionele vermogens. Als we hierin ten volle slagen hebben we aardig wat bijgedragen tot het tot stand komen van het 'productieve inzicht' dat de voorbode is van de gelukkige nuchterheid.

De duur van de klinische ontgiftiging is kort: het optimum bedraagt ongeveer drie weken. Bij korte kuren vermijdt men sociale wrijvingen, de zieke verliest zijn betrekking niet en er doen zich vrijwel geen pecuniaire problemen voor. Voor het overige is het raadzaam dat de alcoholist zo snel mogelijk na de kuur weer aan het werk gaat.

### **9.3.3.1.2 De ambulante ontgiftiging**

In feite verschilt de techniek van een ambulante ontgiftiging niet veel van die van de klinische, maar bepaalde methodes kunnen niet worden aangewend (spenen van alcohol met curéthyl, 'aversion treatment'). Ook hier speelt een door disulfirampreparaten aangevulde psychotherapie de hoofdrol.

De consulten dienen redelijk frequent plaats te vinden. Veel auteurs staan een interval voor van 3 tot 6 weken tussen elke raadpleging, maar ik ben het eens met LEREBoullet, DUCHENE, BALLYsalin en MARTIN die van mening zijn dat deze tussenpozen te lang zijn, althans in het begin der behandeling; ze houden zich bij veel kortere intervallen, die later weliswaar kunnen uitdijen. Ze bestellen de alcoholist de 8<sup>e</sup> en de 15<sup>e</sup> dag na het eerste consult, dan de eerste, de tweede, de derde en de vierde maand, vervolgens om de twee en tenslotte om de drie maanden.

Het leggen van contacten met het gezin is eveneens in hoge mate belangrijk, ofschoon zulks vaak niet voetstoots gaat. ESSER meent dat de gezinstherapie een zeer belangrijke plaats bekleedt in de behandeling omdat hij ervan uitgaat dat men een alcoholist slechts volledig kan behandelen in zijn milieu nadat men weet hoe het met de dynamiek der gezinsverhoudingen gaat.

Ook bij de ambulante behandeling kunnen de disulfirampreparaten goede diensten bewijzen waarbij men, mag ik het even herhalen, niet uit het oog mag verliezen dat

deze therapie slechts een hulpmiddel is die een psychotherapeutische planning slechts ondersteunen maar nooit vervangen kan. Met een antabusetherapie mag men natuurlijk slechts starten onder de reeds vroeger vermelde voorwaarden, o.m. moet men er zeker van zijn dat de alcoholist niet meer drinkt ; een leuk middeltje om dit aan de weet te komen is het gebruik van de alcotest.

Het liefste moet een ambulante behandeling plaatsvinden in een consultatiebureau voor alcoholisme. In de praktijk is dit immers geen taak, die een persoon af kan. Het is een zaak voor een team. De normale en ideale samenstelling van zo'n team is een geneesheer met ervaring op het gebied van het alcoholisme, een psycholoog die geen medische opleiding heeft, maar ervaren is in het beoordelen van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt en tenslotte een maatschappelijk werk(st)er. Deze laatste vormt de schakel tussen het team en het gezin. De maatschappelijke werk(st)er kan met het gezin praten terwijl de geneesheer de alcoholist behandelt, nadat uit het inleidende onderzoek bepaalde aanwijzingen verkregen zijn voor de te volgen gedragslijn. Ik wens hier nogmaals te onderstrepen dat deze therapeutische gedragslijn een zaak is die alleen de geneesheer raakt. Op de andere leden van het team rust geen enkele medische bevoegdheid.

Men kan zich afvragen of de geneesheer van het consultatiebureau al dan niet een psychiater hoeft te zijn ; over deze kwalificatie werd reeds lang geschreven en gewreven o.m. in het uitstekende tijdschrift 'Quarterly Journal of Studies on Alcohol' (artikels van KRYSTAL en MOORE). Mijns inziens is een dergelijke probleemstelling volkomen steriel ; het gaat hem er inderdaad helemaal niet om of de therapeut al dan niet een psychiater dient te zijn, maar wel of hij al dan niet bij machte is alcoholisten te helpen. We mogen de iatrogene factor niet onderschatten ; de persoonlijkheid van de therapeut is vaak van grotere betekenis dan de gebezigde methode en het succes van de behandeling - en daar komt het uiteindelijk toch op neer - is grotendeels afhankelijk van het vermogen van de therapeut om de zieke te benaderen en zijn vertrouwen te winnen. De enige vereiste waaraan een geneesheer moet kunnen voldoen om alcoholisten te behandelen is competent te zijn, zo dacht ik, wat, het zij me toegestaan, ook niet bij alle psychiaters het geval is. Ik zie werkelijk niet in waarom een doodeenvoudige huisarts met interesse en ervaring op het gebied van het alcoholisme er niet zou in slagen een consultatiebureau voor alcoholisme te leiden op een degelijke en renderende manier.

Het behandelen van alcoholisten in een privé-praktijk is, zegt LEREBoullet, niet uitvoerbaar noch voor een psychiater noch voor een huisarts. Mijns inziens snijdt deze redenering geen hout wat psychiaters betreft; ik ken eminente psychiaters die een volwaardige stabilisatie van alcoholisten bewerkstelligen zonder de hulp van een consultatiebureau, afgezien ervan dat ze in samenwerking met een

consultatiebureau misschien meer alcoholisten zouden kunnen helpen. Anderzijds lijkt het me onaanvechtbaar dat de huisarts inderdaad niet ‘the right man on the right place’ is om alcoholisten te verzorgen gedurende zijn privé-praktijk. Het voornaamste bezwaar blijkt het chronische manco aan tijd te zijn ; huisartsen hebben doorgaans een uitermate druk bezette dag zodat er voor de behandeling van een tijdrovende ziekte als het alcoholisme geen tijd meer kan overschieten. Een consult per alcoholicus immers vergt op zijn minst een halfuur en het eerste contact zelfs meer. Dit impliceert nu weer niet dat de huisarts geen belangrijke rol kan spelen bij de therapie. Dank zij zijn unieke positie is hij, beter dan wie ook, in staat de ‘background’ van zijn zieken te kennen en juist dit kan hem op het spoor brengen van een incipiënte alcoholverslaving. Daardoor is het hem mogelijk de alcoholist tijdig naar een consultatiebureau of een bevoegd psychiater te verwijzen. Ook na de ontgiftiging kan hij actief medewerken door een oogje in het zeil te houden.

Het maatschappelijke werk vormt ook een relevante componente bij de behandeling van het alcoholisme ; maatschappelijke werk(st)ers zijn gewaardeerde medewerk(st)ers bij het onderzoek van psychische en sociale factoren thuis, in de omgeving en in het beroepsleven van de patiënt en diens gezinsleden. De sociale werk(st)er verzamelt gegevens op de genoemde gebieden, bezoekt het gezins- en het arbeidsterrein van de patiënt en legt het contact tussen het team en degenen die zich voor het welzijn van de alcoholist interesseren. Hij (zij) helpt de patiënt en geeft hem raad in de verhoudingen thuis of in zijn werkkring. Zo speelt de sociale werk(st)er een gewichtige rol in de praktische therapie. Toch is de sociale werk(st)er vaak het slachtoffer van onbegrip dat meestal niet op feiten berust, maar op een vooringenomenheid t.a.v. alcoholici en hun gezin. De sociale werk(st)er is geen bemoeial die ongevraagd de neus steekt in de meest delicate aangelegenheden van de alcoholist, die de gezinsleden overdondert en anderen uit de omgeving van de patiënt ergert of tergt met domme vragen. De sociale werk ( st) er interesseert zich als ervaren en competente kracht voor menselijke verhoudingen. Hij (zij) weet wat voor de mens in moeilijke situaties kan worden gedaan en wat deze voor zichzelf kan doen met behulp van sociale instanties, waarvan de sociale werk(st)er beroepshalve op de hoogte moet zijn. Alle kennis en ervaring staan ten dienste van de patiënt die daarvoor volgens de geneesheer in aanmerking komt.

In Nederland en België bestaan reeds diverse consultatiebureaus voor alcoholisme, maar ik houd het erop dat dit aantal nog aanzienlijk dient vermeerderd te worden, voornamelijk dan in België. Het ministerie van volksgezondheid heeft hier een belangrijke taak te vervullen :

1. Het dient de reeds bestaande consultatiebureaus - meestal particuliere instellingen - te steunen door middel van ruime subsidieringen ;

2. Het zou een programma moeten uitstippelen ten einde de oprichting van nieuwe consultatiebureaus te stimuleren. Zulks kan geconcipieerd worden in het meer algemene kader van de geestelijke gezondheidszorg.

### **9.3.3.2 FASE VAN ONTWHENNING, CONTROLE EN NAZORG**

Tijdens de ontgiftigingsfase werd de fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol stukgemaakt ; op het einde der ontgiftigingsfase is de alcoholist chemisch nuchter. Als men op dit ogenblik elke behandeling zou staken recidiveert hij echter nagenoeg altijd, omdat het scheikundige nuchter-zijn an sich niet voldoende is. Om een alcoholist te stabiliseren moet ook zijn psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol stuk. Hij moet niet alleen chemisch nuchter worden, hij moet leren gelukkig nuchter te zijn. Zijn gehele leven moet worden omvergeworpen en opnieuw ingericht, zijn persoonlijkheid moet worden heropgevoed. De ontgiftiging die voornamelijk farmacologische problemen omhelst vormt slechts de eerste, noodzakelijke etappe van het stabilisatieproces ; ze moet gevolgd worden door een fase van ontwenning, controle en nazorg waarin hoofdzakelijk medisch-psychologische en sociale vraagstukken zullen worden behandeld.

Deze fase is niet duidelijk onderscheiden van de ontgiftigingsfase, vooral de ambulante vorm gaat er als het ware ongemerkt in over. Eventuele terugvallen meegerekend, kan de fase van ontwenning, controle en nazorg diverse jaren duren.

In deze fase maken we gebruik van verschillende therapeutische methodes, die we in feite kunnen onderbrengen in twee categorieën, te weten :

Noot: Vanaf 1/7/75 functioneren de C.A.T.'s (Consultatiebureaus voor Alcoholisme en andere Toxicomanieën) in het kader van het KB. van 20/3/75 als gespecialiseerde Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg op multidisciplinaire basis nl. met psychiater, psycholoog, sociaal werker, secretaris en als aanvullingsfuncties eventueel : criminoloog, ergotherapeut, pastoraal werker, verpleegkundige, gezondheidsopvoeder, enz...

1. Medicatie
2. Psychotherapie, de groeps (psycho) therapie inclusief.

Van deze methodes is de psychotherapie onbetwifelbaar de belangrijkste, maar eigenlijk vullen ze elkaar aan. Dat wil zeggen dat een goede medicatie noodzakelijk is als hulpmiddel om de psychotherapie te ondersteunen, zonder er ooit de plaats van in te kunnen nemen. De Duitsers formuleren dit kernachtig: 'Erst die Wille, dann die Pille'.

Ad 1. Medicatie. Als medicatie kunnen we in deze fase o.m. aanwenden: disulfirampreparaten, tranquillanta, sedativa, vitamines en dergelijke :

- a. Disulfirampreparaten. De in de ontgiftigingsfase aangevatte disulfiramkuur wordt doorgegeven tot de alcoholist zo vast in de schoenen staat dat hij er buiten kan, of om het met KETEL na te zeggen : ‘... De alcoholist wordt door de disulfiram ‘passief droog gehouden’ om vervolgens met behulp van psychotherapie ‘actief abstinert’ gemaakt te worden...’ Zolang de alcoholist niet ‘actief abstinert’ is geworden, dit is zolang hij niet gelukkig nuchter is, geve men hem disulfiram.
- b. Tranquillanta en sedativa spelen tegenwoordig een grote rol bij de behandeling van het alcoholisme. Onder sedativa of kalmeringsmiddelen verstaat men geneesmiddelen die de prikkelbaarheid van het zenuwstelsel verminderen, vooral wanneer dit ongewoon overgevoelig is ; bekende sedativa zijn bijvoorbeeld : broom, paraldehyde, chloraalhydraat, de barbituurzuurderivaten (waartoe vele slaapmiddelen behoren) enzovoort. De werking van de tranquillanta is te vergelijken met die der sedativa, maar ze blijken bijzonder doeltreffend te werken tegen onrust, angst en spanningen ; het gelukt met behulp van tranquillanta meermalen ernstige psychotische verschijnselen te onderdrukken, ja zelfs tot verdwijning te brengen.

Het toedienen van sedativa en tranquillanta moet echter met omzichtigheid gebeuren; sommige alcoholisten namelijk worden verslaafd aan deze middelen. Vooral de barbituurzuurderivaten (luminal, gardenal, sonéryl enzovoort) zijn terzake berucht. Er werden gevallen beschreven waarbij nuchter geworden alcoholisten verslaafd werden aan barbituurzuurderivaten, omdat deze drugs hun dezelfde euforie verschaften als die van alcohol; sommige alcoholisten stierven zelfs aan een slaapmiddelenvergiftiging. JELLINEK zei ooit: ‘... Een alcoholist die barbituraten neemt in plaats van zijn alcohol, eet deze in plaats van hem te drinken...’ De arts dient dus te vermijden dat hij door het geven van geneesmiddelen het misbruik resp. de verslaving in de hand werkt. Dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Juist in de relatie met de arts wordt door de patiënt voortdurend een beroep gedaan op het medelijden en de hulp in een gespannen toestand. De arts moet het dan gaan leren dat hij gezien wordt als een enghartig moralist, die waarschijnlijk te puriteins en te nauwgezet leeft om begrip te hebben voor iemand die het leven wat beter kent dan hij.

Ik mag zeer terloops nog wijzen op het gebruik van het (beruchte) LSD in de therapie van het alcoholisme. Ik citeer BROECKER: Bij psychotomimetische experimenten met LSD kwamen al spoedig enige aspecten naar voren, die een mogelijke psychotherapeutische waarde deden veronderstellen : proefpersonen die

tevoren aan een min of meer ernstige vorm van alcoholisme hadden geleden, bleven na het experiment soms spontaan abtinent of gebruiken spiritualiën nog slechts op een sociaal aanvaardbare wijze...' Helaas zijn de experimenten met LSD op het ogenblik nog te schaars, althans op wetenschappelijk niveau, om er meer in te zien dan belangwekkende curiositeiten. In verband met LSD en alcoholisme lijkt het me voorlopig de verstandigste politiek de kat uit de boom te kijken.

Ad.2. De psychotherapie. De psychotherapie is het meest belangrijke wapen uit het gehele arsenaal methodes die ter beschikking staan in de strijd tegen het alcoholisme. Via de psychotherapie wordt de psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol stukgemaakt. De psychotherapie wordt aangewend om de dieperliggende oorzaken van het alcoholisme bloot te leggen en te behandelen. (Wanneer bepaalde organische ziektes, zoals epilepsie of diabetes insipidus, aan de grondslag van het alcoholisme liggen, is de psychotherapie uiteraard van secundair belang. Hoofdzaak is in deze gevallen de behandeling, secundum artem, van deze ziektes.) Tot de psychotherapeutische beïnvloeding kunnen we ook de sociale maatregelen rekenen, zoals adviezen aan familieleden en werkgevers. De psychotherapie kan individueel of in groepsverband plaatsvinden. In het algemeen gesproken speelt de psychotherapie de hoofdrol bij de behandeling van stoornissen van het geestesleven en in de persoonlijkheidsvorming, wanneer de somatische ondergrond nog onbekend is. De psychotherapie is bijzonder waardevol bij angsttoestanden; hierbij is de medische behandeling meestal van ondergeschikt belang. Even waardevol is ze bij de behandeling van hysterie, bij bepaalde dwangneurosen en in het algemeen bij alle neurosen, waarbij de patiënt wil en kan medewerken met de arts.

Psychotherapie betekent letterlijk zielsbehandeling. De naam zou dus eigenlijk van toepassing zijn op iedere psychologische therapie, maar hij blijft in de praktijk voorbehouden voor de methode van gedachtewisseling tussen arts en patiënt, die ten doel heeft de symptomen en de geestelijke nood van de patiënt te verlichten. Het algemene doel van de psychotherapie, mag ik het nog even herhalen, is het vermogen van de Patiënt bevorderen om zijn eigen problemen op te lossen ,zich aan zijn levensomstandigheden aan te passen en zo goed mogelijk gebruik te leren maken van zijn verstandelijke en emotionele vermogens. Een belangrijke stelregel in de psychotherapie luidt : 'Men dient te wijzen op wat de patiënt nog kan en niet op wat hij verloren heeft'.

Wij kunnen in hoofdzaak twee soorten van psychotherapie onderscheiden, die beide hetzelfde doel beogen, maar waarvan de ene ernaar streeft de omstandigheden van de patiënt of zijn directe gevoelens daaromtrent te beïnvloeden en ze daardoor draaglijker voor hem te maken - terwijl de andere soort de patiënt zelf tracht te veranderen zodat zijn vermogen om aan alle omstandigheden het hoofd te bieden



versterkt wordt. Het verschil tussen deze beide vormen kan ook als volgt worden uitgedrukt: de eerste methode richt zich op symptomen of problemen waarvan de patiënt het bestaan beseft, ook al begrijpt hij ze misschien niet ten volle. De tweede, noodzakelijk diepergaande methode wil de patiënt tot besef brengen van bepaalde onjuiste denk- en gevoelspatronen, die aan zijn gehele levenshouding ten grondslag liggen. Hij is zich daarvan niet onmiddellijk bewust, en ook zelfonderzoek brengt ze niet dadelijk aan het licht. Deze tweede soort psychotherapie maakt gebruik van methodes van onderzoek en behandeling, die we kennen als psychoanalyse, narcoanalyse, hypnose en dergelijke (Narcoanalyse: psychoanalyse waarbij de patiënt onder invloed van een narcoticum gebracht wordt, zodat bepaalde remmingen wegvallen en de spraakzaamheid wordt bevorderd. In feite kan men hier ook de voornoemde LSD-experimenten toe rekenen.)

De bespreking van deze methodes valt buiten het bestek van dit boek.

Tot de technieken die de eerste methode volgen, behoren alle vormen van geruststelling, begrip en leiding die onder het soort van de gewone vaderlijke raadgevingen vallen. Tot deze vorm van psychotherapie, maar dan alleen bedoeld als aanvullende therapie, behoort ook het verschaffen van een zinvolle bezigheid aan huis of - in een inrichting - aan patiënten die hun normale werk niet kunnen verrichten. Dit kan trouwens een hulpmiddel zijn voor iedere therapie. Men spreekt hier meestal van arbeidstherapie (ergotherapie), hiermee wil men de belangstelling van de patiënt wekken en zijn gevoel van eigenwaarde versterken door middel van het besef dat er nuttig werk bestaat dat hij met succes kan verrichten. Hiertoe heeft men verschillende constructieve taken ontworpen, waarbij ervaren ergotherapeuten onderricht geven.

De tweede soort psychotherapie bestaat in hoofdzaak uit de individuele benadering van de patiënt waarbij wordt gestreefd naar een blijvende verandering in diens persoonlijkheid d.m.v. psychoanalyse of andere dergelijke technieken. Men tracht de patiënt te brengen tot inzicht in de ware aard van zijn moeilijkheden en hem deze zodoende zelf te leren oplossen.

Beide vormen van psychotherapie zijn voor hun succes afhankelijk van een vruchtbare samenwerking tussen arts en patiënt ; de kiem van dit vertrouwen werd overigens reeds gelegd in de ontgiftigingsfase. De medicus moet veel tact, oprechtheid, integriteit en objectiviteit aan den dag leggen. In verband met de integriteit schrijft JANSE DE JONGE bijvoorbeeld : Het voorbeeld van de arts is nog steeds een belangrijke zaak. Enkele weken geleden raadpleegde mij een alcoholist, die geen contact meer met zijn huisarts wilde hebben en geen steun van deze arts ervoer, omdat de arts zelf als alcoholist bekend stond...’ Vooral de

objectiviteit van de arts echter is een onontbeerlijke component van de verhouding. Niet dat hij onverschillig moet zijn wat de patiënt betreft, maar hij zal zich beter kunnen inzetten voor het welzijn van de patiënt indien zijn oordeel niet vertroebeld is. En dit kan alleen wanneer hij niet persoonlijk betrokken is bij de geschiedenis. Het is daarom voor een psychiater absoluut onmogelijk om vrienden of verwanten met succes te behandelen.

Normaal vindt de psychotherapeutische behandeling plaats in de vorm van een reeks gesprekken die oppervlakkig niet veel verschillen van de gesprekken die de patiënt al zal gevoerd hebben met artsen, advocaten of eventueel met zijn werkgever. Maar dit keer krijgt de patiënt ruimschoots tijd om zijn moeilijkheden te beschrijven. De arts moet met onuitputtelijk geduld en onverflauwde aandacht luisteren. De eerste twee of drie gesprekken worden besteed aan de anamnese, die wordt opgebouwd uit mededelingen van de patiënt zelf en uit alle betrouwbare inlichtingen van zijn familie. De anamnese moet alle beschikbare gegevens omtrent de geboorte en de eerste levensjaren bevatten, alsook omtrent de verdere geestelijke en lichamelijke ontwikkeling gedurende de kinderjaren, de adolescentie en de latere loopbaan. Tevens alle gegevens betreffende de vroegere geestelijke en lichamelijke gezondheid van de patiënt en diens familie, de gezinsstructuur en de aard der persoonlijke betrekkingen. Kortom alles wat betreffende de vroegere persoonlijkheid van de patiënt te ontdekken is. In de inleidende gesprekken moet de medicus een duidelijker en nauwkeuriger beeld van de patiënt krijgen dan ooit iemand gehad heeft met inbegrip van de patiënt zelf.

De medicus kent de betekenis die bepaalde lichamelijke en emotionele factoren hebben voor de ontwikkeling van de individuele mens, hoofdzakelijk in zijn eerste levensjaren die zo belangrijk zijn voor het verwerven van bepaalde gedragspatronen. Het beeld dat de arts van de patiënt krijgt en de algemene tendenties die uit zijn levensloop naar voren komen, maken het de arts nu reeds mogelijk zich een redelijk juiste voorstelling te maken van het ontstaan der symptomen en van de wijze waarop de druk die op de patiënt rust, kan worden weggenomen of althans verlicht.

De raad of de uiteenzetting die de arts dan zal geven, zal niet op zijn persoonlijke voorkeur voor een bepaalde oplossing berusten en nog minder op een projectie van wat hijzelf zou doen, als hij in de schoenen van de patiënt stond. Dit zijn de twee tekortkomingen waaraan zoveel goedbedoelde raadgevingen lijden. Het advies moet stoelen op de objectieve beoordeling van de speciale behoeften en van de individuele mogelijkheden van de patiënt, op grond van een met zorg verkregen onpartijdig inzicht. Tegelijk kan de therapeut pogen iets te verbeteren aan de sociale omstandigheden van de patiënt en aan de emotionele complicaties die zijn beroeps- en gezinsleven met zich meebrengt : dit verdient een nader onderzoek alsmede

persoonlijk overleg met de familie en/of de werkgever. Als de medicus in teamverband werkt, kan de maatschappelijk werk(st)er deze functie van hem overnemen.

Ter nabehandeling zal de patiënt nog geruime tijd steun en raad behoeven opdat de gewenste resultaten geconsolideerd worden. Voor de patiënt is het een grote steun als hij weet dat er iemand is die niet alleen hem en zijn symptomen begrijpt, maar ook zonder vijandigheid of droefenis tegenover hem staat, die hem de aard en de oorsprong van zijn moeilijkheden kan uitleggen en hem er overheen kan helpen. Wel te verstaan mag dit aankloppen bij de therapeut slechts een etappe vormen op weg naar de gelukkige nuchterheid. De alcoholist moet namelijk leren op eigen wieken te drijven en zelf zijn moeilijkheden op te lossen.

Een ideale psychotherapeutische behandeling voor alcoholisten moet inderdaad streven naar de gelukkige nuchterheid, als dit ook maar enigszins doenlijk is. Dit proces moet normaliter plaatsvinden als men erin slaagt de alcoholist tot een grotere zelfkennis te brengen, op grond van de diagnose en met de raad van de medicus. Van uit deze verworven zelfkennis moet dan als het ware een omvorming van de persoonlijkheid tot stand komen, een ware reconversie die op haar beurt leidt tot de gelukkige nuchterheid. Pas als de alcoholist bij machte is zijn eigen boontjes te doppen, d.w.z. pas als hij gelukkig nuchter is, is de taak van de medicus voleindigd. Dat dit gehele proces soms jaren aansleept hoeft ons, mij dunkt, helemaal niet te verwonderen ; deze weg gaat immers niet over rozen. Zeer veel hangt hier ook af van de mate waarin de alcoholicus actief meewerkt aan zijn herstel. Hoe actiever die samenwerking is, hoe meer de alcoholist zijn 'productief inzicht' zal scherpen. En hoe groter dit 'productief inzicht' hoe groter ook de mate van zijn herstel.

Tot de psychotherapie, we zeiden het reeds, moeten wij ook de sociale maatregelen rekenen die - soms buiten de patiënt om diens omstandigheden trachten te verbeteren. Hiertoe behoren adviezen betreffende de arbeidsomstandigheden, de zorg voor een andere huisvesting of een andere baan, de raadgevingen aan gezinsleden enzovoort. In verband met het gezin meent ESSER een fascinerende mogelijkheid ontdekt te hebben waarvan hij veel positiefs verwacht, met name de gezinstherapie. Door het gehele gezin van de alcoholist tegelijk te behandelen, denkt hij betere resultaten te zullen bereiken bij de behandeling van het alcoholisme, omdat hij zo een beter inzicht krijgt in de reële psychodynamische verhoudingen tussen de alcoholist, zijn vrouw en zijn kinderen. Of dit een kentering betekent zal de toekomst dienen uit te maken, maar de idee lijkt me veelbelovend.

Voor de familie van alcoholisten over wat mag en niet mag, treffen wij in 'Aspects of Alcoholism' 12 opmerkelijke regels aan, die wij tabellarisch weergeven, bewerkt

o.m. aan de hand van gegevens uit ESSERS boek 'Alcoholisme' (zie tabel 7).

Tabel 7. 12 regels over wat mag en niet mag in de omgang met alcoholici.

(Overgenomen uit 'Aspects of Alcoholism' en bewerkt o.m. aan de hand van gegevens uit Essers 'Alcoholisme').

Hoe het moet	Hoe het niet moet
<p>1. Oriënteer u over het alcoholisme; zowel het Nederlandse als het Belgische NCA staan te uwer beschikking voor alle informatie omtrent het alcoholisme. In Nederland vindt men een volledig overzicht van alle literatuur die betrekking heeft op alcohol in uittreksel-vorm bij de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, J.J. Viottastr. 42 te Amsterdam. Er verschijnen ook interessante voorlichtingsbladen. Het regelmatige bijwonen van de 'open' bijeenkomsten van de AA en de AL-Anon-groepen is ook zeer instructief als men 'open minded' is om iets te leren en voordeel te trekken van andermans ervaringen.</p> <p>2. Neem een consequente houding aan, in overeenstemming met wat u geleerd hebt over het alcoholisme en de alcoholist.</p> <p>3. Test uw houding door het opmaken van een eerlijke inventaris van uzelf: 'Ben ik ervan</p>	<p>1. Het is volkomen foutief te moraliseren, te zeuren of een alcoholist de levieten te lezen; neem ook nooit de houding aan beter te zijn dan hij. Inderdaad loopt men op die manier de kans de 'vlucht in het alcoholisme' te bestendigen, doordat de meeste alcoholisten een lage frustratietolerantie bezitten.</p> <p>2. Roer nooit snaren aan, zoals: 'Je hebt me niet meer lief' of 'Je moet het drinken toch kunnen laten om mij'? Beroep doen op dergelijke emoties vermeerdert alleen maar de schuldgevoelens van de drinker en verhoogt zijn psychologische craving naar alcohol.</p> <p>3. Dreig nooit en doe het zeker nooit zonder het dreigement uit te voeren. Een vrouw kan wel eens</p>

overtuigd dat het bij het alcoholisme werkelijk om een ziekte gaat? Is mijn benadering van de alcoholist geïnspireerd door liefde, onverschilligheid of afwijzing ?’

4. Bespreek de toestand met iemand, die het alcoholvraagstuk kent - een geestelijke, een arts, een maatschappelijk werk(st)er - of met iemand die het alcoholisme aan den lijve ondervonden heeft, hetzij als alcoholist hetzij als familielid (bijvoorbeeld mensen uit de AlAnon-sfeer).

5. Aanvaard het als iets vanzelfsprekend, wanneer uw alcoholist ophoudt met drinken, of dit nu gebeurt d.m.v. lekentherapie (bijv. AA) of door een formele behandeling. Onthoud u geheel van alcoholica; onbewust immers is de alcoholicus gegriefd over het drinken van zijn niet-

gedwongen worden haar man vanwege zijn alcoholisme te verlaten. Het is beter weg te gaan dan erover te praten en toch te blijven.

4. Plaats de alcoholist vooral niet in een uitzonderingspositie; behandel hem precies zoals u een ander mens zou behandelen. Niemand wil graag beklaagd zijn, of belachelijk gemaakt worden of anders behandeld worden dan een ander. Wie de alcoholist als een soort invalide behandelt, helpt hem opnieuw en in versterkte mate aan de drank. Zolang een alcoholist drinkt, moet men hem vooral geen geld geven of hem voeden of hem op welke manier dan ook in de watten leggen. De alcoholist moet zelf verantwoordelijk blijven voor zijn gedrag; men moet hem de eigen verantwoordelijkheid niet van de schouders nemen. Bovendien zal hij steeds terugkomen en meer vragen. Laat hem vastlopen. Des te eerder zal hij de behoefte gevoelen zich te laten behandelen voor zijn alcoholisme.

5. Als er alcohol aanwezig is, bescherm er uw alcoholist dan niet tegen door de flessen te verstoppert of de alcoholica door de gootsteen te gooien. Dit is louter geld verknoeien. De alcoholist reageert hierop slechts door meer en duurere dranken te bestellen. Men bereikt met deze handelwijze ten

alcoholistische partner, wat kan leiden tot een hernieuwd drinken van zijn kant.

6. Maak uw huis gezellig; ruim voor de alcoholist een warme plaats in de familiekring in.

7. Moedig hem aan, als hij interesse aan den dag legt voor zijn hobby's en zijn werkkring en tracht, zo mogelijk, deel te hebben aan deze ontspannings- of beroepsactiviteiten. Spoor hem aan zijn oude vrienden weer te zien.

8. Oefen geduld. Een alcoholist kan niet in een oogwenk genezen en een ander mens worden : 'It is a long way to Tipperary'. Geef vooral de moed niet op als hij weer eens gedronken heeft; aanvaard zulks met gelijkmoedigheid en weet dat de meeste gevallen van alcoholisme niet ineens genezen: er zijn soms vaak terugvallen voor de nuchterheid geboren wordt. Probeer steeds weer opnieuw.

hoogste dat de alcoholist een paar dagen elders gaat drinken of dat hij een nieuwe schuilhoek voor zijn drankjes tracht te vinden. Als u zo handelt, zal hij in ieder geval nooit leren het hoofd te bieden aan de alledaagse alcoholbekoringen van onze huidige maatschappij.

6. Doe de alcoholist nooit plechtige eden zweren of breng hem nooit in een dwangpositie waar hij kleur moet bekennen. Hij zal u weliswaar gouden bergen beloven, maar doordat hij zijn belofte-eden toch nooit kan nakomen, worden zijn schuldgevoelens en zijn verlies aan zelfrespect versterkt wat hernieuwd drinken teweegbrengt.

7. Spreek nooit met een alcoholist onder invloed. Enerzijds preekt u in de woestijn en anderzijds verkoopt de alcoholist toch maar nonsens. Er bestaat bovendien vaak geheugenverlies voor het in de roes doorleefde (black-out). Neem ook nooit uw toevlucht tot lichamelijk geweld of tot bestraffing.

8. Wees niet te vermetel in uw verwachtingen : nuchter-woorden vraagt tijd. Rome is niet op een dag gebouwd.

9. Benader de drinker over zijn drankprobleem enkel als hij nuchter is. Het ideale ogenblik voor dergelijke gesprekken is bijvoorbeeld 's anderendaags na een boemelpartij als kater, depressie en wroeging nog hoogtij vieren.

10. Zet gevaarlijke voorwerpen discreet uit het oog; probeer voorzichtig de hand te leggen op het autosleuteltje als uw alcoholist onder invloed raakt.

11. Vertel aan uw kinderen dat het alcoholisme een ziekte is; zorg ervoor dat ze vader (of moeder) niet te zien krijgen als hij (zij) smoordronken is.

12. Licht de plaatselijke herbergiers en de politie in over de toestand van uw partner, telkens als dit mogelijk is. (In de veronderstelling dat deze lieden nog niet op de hoogte zouden zijn, wat m.i. zeer onwaarschijnlijk is, althans in kleinere gemeenschappen. In grote steden kan advies wel nuttig zijn (noot van de schrijver). Zo helpt U sociale moeilijkheden en incidenten voorkomen.

9. Maak nooit excuses voor de alcoholist; verleen hem ook niet alle mogelijke ondersteuning uit schaamte. Men onderhoudt uiteindelijk het drinken en stelt een deskundige behandeling onnodig lang uit. Doordat men kostbare tijd verloren laat gaan, wordt het steeds maar moeilijker de alcoholist met succes te behandelen. 10. Hang de martelaar, de verongelijkte of de beschaamde niet uit. Zulke spelletjes werken de objectiviteit niet in de hand en worden bovendien meestal door de argwanende alcoholist zeer scherp aangevoeld.

11. Men moet een alcoholist, die probeert een ander leven te leiden niet meer aan zijn vroeger excessief drinken herinneren of hem verwijten daarover maken (cave terugvallen!). Bekritiseer ook nooit de door uw alcoholist gevolgde behandeling.

12. Gebruik nooit uw kinderen als een werktuig om ze tegen uw alcoholist op te zetten, in een poging om het hoofd te bieden aan uw eigen moeilijkheden.

De vrouw - en het gezin - van de alcoholist moeten leren inzien :

1. Dat een alcoholicus een compulsief-verslaafde drinker is,
2. Dat hun goed bedoelde pogingen om hem te helpen wel moeten stranden, als ze onhandig ingekleed zijn. De echtgenote zal er nooit in slagen haar man te beschermen tegen de gevaren van het drinken door bijvoorbeeld te gaan controleren hoeveel hij drinkt en hem dit dan voor de voeten te werpen. Ze doet er veel beter aan informatie in te winnen omtrent de omgang met een alcoholist.
3. Dat het in hoge mate belangrijk is dat de alcoholist nuchter wordt ; zo niet dan is ook voor haar miserie geen kentering te verwachten.

Aansluitend bij deze raadgevingen aan het gezin, moge ik nog attenderen op enkele vastgeroeste foutieve denkbeelden, waarmee de leek die wat voor de alcoholist wil doen rekening dient te houden. Er zijn verschillende voor de alcoholist uiterst gevaarlijke legenden in omloop betreffende alcohol. Ik haal ESSER aan: ‘...

1. Dat het drinken kunnen van grote hoeveelheden alcoholica een bewijs is van flinkheid en mannelijke kracht. Deze legende doet vaak verwoestend werk o.m. onder studenten. Zij dateert uit de Griekse mythologie, toen wijn het bloed en de lichaamskracht symboliseerde...
2. Dat het offreren van alcohol blijk geeft van een bijzondere gastvrijheid. De goede gastheer voelt zich door deze gedachte verplicht er bij de gasten op aan te dringen alcoholica te nemen. Deze gastvrijheid dateert uit de tijd toen gastvrijheid uitgedrukt werd door een soort ritueel. Wijn was duur en de gastheer was belangrijk en voornaam als hij dure wijn schonk. Het is nooit juist van de gastheer zijn gasten dranken op te dringen, wanneer ze bedankt hebben. Menig alcoholist is door de knieën gegaan onder aandrang van zijn gastheer...’

Een ander relevant punt van de therapie in het algemeen en van de psychotherapie in het bijzonder, is het bijbrengen aan de alcoholist van het besef dat hij nooit matig zal kunnen drinken. Dit punt hebben we trouwens reeds herhaaldelijk belicht, maar ik vind het dermate belangrijk dat ik er nog eens op wil terugkomen. De alcoholist moet tot het inzicht komen dat voor hem ‘een glas te veel is en tienduizend te weinig’. Hij kan het immers onmogelijk bij een glaasje houden. Het ligt voor de hand dat alleen daarom reeds de omgeving van de alcoholist tot medewerking bereid moet zijn, wat impliceert dat ze op de hoogte moet worden gebracht van het feit dat alcoholisme een ziekte is. Een omgeving die hem vijandig of niet-begrijpend gestemd is, kan de alcoholist doen recidiveren.

Het mechanisme dat de recidive op gang brengt is gewoonlijk psychologisch. Volgens de AA berust het op een denkfout. Van lieverlede, zegt de AA, neemt de



alcoholist het voor waar dat hij geheel genezen is en begint hij eraan te twijfelen of alcohol voor hem inderdaad wel zo schadelijk is, als hem voorgehouden wordt; hij meent dat hij tegen dat ene glaasje nu wel bestand zal zijn omdat hij er voor zichzelf verzekerd van is met het drinken te kunnen ophouden zodra hij zulks wenst.

Aanleidingen tot terugvallen, zo vervolgt de orthodoxe AA-lering, zijn er velerlei: familiefeestjes of -bijeenkomsten, sociale druk enzovoort, maar de eigenlijke oorzaak zit dieper: het gaat om een 'wishful thinking', dat uiteraard bewijst dat de alcoholist er nog niet van doordrongen is alcoholist te zijn. Volgens TIEBOUT's terminologie (par. III.1.5) zou men kunnen zeggen dat de alcoholist zich nog niet heeft overgegeven. Of dit 'wishful thinking' elke terugval verklaart, zou ik niet zo maar durven beweren, ik meen dat ze ook op heel andere gronden kunnen berusten. Wij komen daarop nog terug in hoofdstuk X.

Of de recidiverende alcoholist al dan niet zal blijven verder drinken, hangt af van verschillende factoren, met name van zijn eigen gesteldheid, van de reactie van zijn omgeving op zijn hernieuwd drinken en last but not least van de houding van de medicus. De houding van de geneesheer is toonaangevend ; ze mag vooral niet bestraffend zijn, de alcoholist is immers geen misdadiger, maar wel een zieke. Een foutieve aanpak van de arts kan de terugval bestendigen: de dokter dient aan de alcoholist te tonen dat hij, ook bij zijn terugval, bereid blijft hem te helpen. Bij recidives is het vanzelfsprekend gewenst de frequentie der raadplegingen op te voeren en eventueel de disulfiramtherapie te hernemen resp. te beginnen.

Een herhaald recidiveren behoeft op zichzelf de prognose nog niet slechter te maken. Verscheidene schrijvers hebben zelfs de indruk dat, na een of meer terugvallen de patiënt vaak beter toegankelijk wordt voor de therapie. In het begin namelijk, staat hij vaak zeer afwerend tegenover elke inmenging in zijn persoonlijk leven. Vaak zijn een of meer terugvallen nodig om hem tot het inzicht te brengen dat hij lijdt aan een gevaarlijke ziekte.

## ***10 DE GROEPS (PSYCHO)-THERAPIE EN DE AA-WERKGROEPEN***

Bij het begin van dit hoofdstuk acht ik het nuttig een bondig overzicht te geven van wat tot nu toe vermeld werd omtrent de curatieve behandeling van het alcoholisme.

Wij hebben gezien dat de alcoholist allereerst een motivering moet hebben om met het drinken op te houden ; we moeten hem kunnen overtuigen van de ijzeren noodzakelijkheid van een behandeling. Hem dat inzicht bijbrengen is een eerste moeizame stap en voor sommigen is het zelfs een onoverkomelijke hinderpaal. Als eenmaal die stap gezet is, vangt de behandeling aan met de ontgiftiging, dat wil zeggen dat de fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol stukgemaakt wordt en dat de

alcoholist chemisch nuchter gemaakt wordt. Dit kan klinisch of ambulantly geschieden ; beide methodes hebben hun pro en contra. Als de ontgiftingsfase achter de rug is, moeten wij de door de alcoholist bereikte chemische nuchterheid trachten om te brengen tot een gelukkige nuchterheid, dat wil zeggen dat ook de psychologische afhankelijkheid t.a.v. alcohol stuk moet. Dit gebeurt in de fase van ontwenning, controle en nazorg. Voor dit stukmaken van de fysieke resp. psychologische afhankelijkheid staan ons diverse manieren ter beschikking: medicatie, maar vooral een correct toegepaste psychotherapie. Eigenlijk strekken zich deze psychotherapeutische maatregelen uit over de gehele behandeling, want een behoorlijke psychotherapie dient al in de ontgiftingsfase te starten. Weliswaar verschilt de modus: waar het in de ontgiftingsfase meer gaat om het leggen van de in hoge mate relevante vertrouwensrelatie 'artspatiënt' ('le colloque singulier'), hebben we in de fase van ontwenning, controle en nazorg meer te doen met een diepgaande psychotherapeutische aanpak. Wij mogen, ik vergat het bijna, ook de verzorging van eventuele organische letsels (hart, lever e.d.) niet over het hoofd zien : 'Mens sana in corpore sano'.

De psychotherapeutische benadering nu kan of wel individueel of wel in groepsverband plaatsvinden. Bij de individuele psychotherapie wordt een patiënt door een enkele arts behandeld in een serie van gesprekken, terwijl bij de groepspsychotherapie deze gesprekken uitgestrekt worden over diverse patiënten tegelijk. Daarom noemt men ze ook juist groepspsychotherapie of kortweg groepstherapie.

Omdat de groepstherapie mij van zo'n kapitaal gewicht lijkt, wijd ik er een apart hoofdstuk aan en omdat het voornamelijk de AA is, die de groepstherapie in het alcoholisme voor haar rekening neemt, hoeft het u überhaupt niet te verwonderen dat dit hoofdstuk vrijwel uitsluitend voorbehouden blijft aan de bespreking van de werkwijze der AA-groepen.

Op deze plaats moge ik een m.i. gewichtig thema onderstrepen, te weten dat de AA eigenlijk maar een onderdeel vormt van de behandeling van het alcoholisme. Inderdaad, uit wat voorafgaat blijkt dat de behandeling van het alcoholisme complex is : de psychotherapie vormt er slechts een deel van. Dit geldt dus vanzelfsprekend ook voor de groepstherapie. Dat wil met andere woorden zeggen dat de AA-therapie slechts een onderdeel vertegenwoordigt van een behandeling, ik geef grif toe een belangrijk onderdeel, maar niettemin een onderdeel. De AA-therapie moet worden gezien als een therapie die kan worden aangewend in de 2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> fase, met name de fase van de ontwenning, controle en nazorg. Niets meer en ook niets minder. Wat tegelijkertijd impliceert dat medische hulp niet mag ontbreken. Dat er toch alcoholisten zijn die door de AA alleen nuchter worden, ik weet het ; maar verlies

niet uit het oog dat veel meer alcoholisten gelukkig nuchter zouden worden met medische hulp. We snijden dit interessante onderwerp nog wel aan.

## **10.1 Algemene beschouwingen over groepstherapie**

Groepstherapie, dit is het uitstrekken van een psychotherapeutische behandeling over diverse patiënten tegelijk, biedt ontegenzeggelijk voordelen :

1. Doordat er veel patiënten en slechts weinig therapeuten zijn, kunnen we in dezelfde tijdsspanne meer mensen behandelen. De groepstherapie is dus economischer en daardoor in velerlei opzicht praktischer dan de individuele psychotherapie.
2. In tegenstelling met de individuele psychotherapie spelen in de groepstherapie een aantal tot nu toe niet volkomen opgehelderde factoren mee, die de zogenaamde 'groepsdynamiek' uitmaken. Wij mogen het voor waarschijnlijk houden dat deze factoren het genezingsproces in de hand werken. Met andere woorden : de therapie in de groep voor een groot deel door de leden van de groep zelf, berust op het feit dat mensen, waar ze ook bijeenkomen, de neiging hebben tot onderling contact en tot een elkaar wederzijds beïnvloeden.

Het begrip 'groep' stamt uit de sociologie. Wij kunnen de kenmerken ervan moeilijk definiëren. Iedereen weet wat een groep is, maar toch vormt bijvoorbeeld een aantal mensen dat toevallig ergens bij elkaar komt in sociologische betekenis geen groep, maar (een verzameling, een troep (voorbeeld: mensen tijdens een bijeenstelling of een voetbalwedstrijd). Een troep is los en ongeorganiseerd: als eenmaal de bijeenstelling of de voetbalwedstrijd beëindigd is valt de troep uiteen ; deze mensen zijn niet aan elkaar gebonden en hebben geen voortdurend onderling contact met elkaar. Eer men van een echte, hecht verbonden groep kan spreken moettzij leden hebben die onderling contact onderhouden en beschikken over een organisatie met een duidelijk omschreven gemeenschappelijk doel. COOLEY wijst erop dat er een basis is gevormd voor een groep, wanneer de leden spreken van 'WIJ'. Hij noemt dat het 'wijgevoel'. Van belang voor een echte, hechte groep is in de eerste plaats het gemeenschappelijke doel ; voorts zijn er nog een aantal karakteristieken, die onlangs bestudeerd zijn o.m. door HOMANS, door CARTWRIGHT en een aantal anderen uit de school van Kurt LEWIN. Van belang zijn daarbij vooral de cohesie, het leiderschap, de rolverdeling en de standaarden of symboolidentificatie (uniformen, vlaggen e.d.). Belangwekkend is ook nog de waarneming dat alles wat buiten de groep staat ('de anderen') door de groep als vijandig bejegend wordt.

Het leiderschap, de rolverdeling, de symboolidentificatie vormen ongetwijfeld een opwindend studieterrein, maar ze vallen buiten het bestek van dit boek. De cohesie daarentegen is belangrijker bij de bespreking van de groepstherapie, omdat het toch

voor de hand ligt dat samenhang van het allergrootste gewicht is om het voortbestaan van een groep te garanderen. Zonder groepssaamhorigheid inderdaad is geen groepstherapie mogelijk ! De mate van samenhang is deels afhankelijk van de onderlinge attractie van de leden op elkaar, deels van de belangstelling gewekt door de werkzaamheden van de groep. Door rivaliteit, spanningen en conflicten wordt de groepssaamhorigheid vaak ondermijnd. Daarbij kan een crisis optreden, een situatie waarin een breuk dreigt te ontstaan tussen individuen of in de groep. Conflicten tussen enkele leden van een groep of tussen aparte groepjes in de groep - klieken zijn niet de enige, maar wel een veel voorkomende oorzaak van een crisis, die het voortbestaan van een groep bedreigt: een crisis die het voortbestaan van een groep of van de relatie tussen twee of meer groepen in gevaar brengt en niet op te lossen is door een compromis of een 'gemeenschappelijk doel kan in het uiterste geval leiden tot een breuk, tot agressieve daden en bij volken tot oorlog.

Reeds tegen de eeuwwisseling heeft Georg SIMMEL zich verdiept in het probleem van de groepsstructuur, door van kleine groepen de typische kenmerken na te gaan. SIMMEL was van oordeel dat groepen van drie nooit stabiel zijn omdat altijd de tendentie bestaat dat twee zich tegen de derde keren. Toch kan de derde ook als scheidsrechter optreden ; men denke aan de rol van een enig kind in een slecht huwelijk, dat essentieel kan bijdragen tot toenadering van de echtelieden - als paar de kleinst mogelijke groep.

Het aantal leden en de grootte van de groep zijn van belang als de groep haar waarde moet bewijzen, de haar gestelde problemen moet oplossen. Interessant is wat een Amerikaanse socioloog onlangs constateerde, namelijk dat in de USA de congrescommissies en de andere regeringscommissies gemiddeld 6 leden hebben als ze handelend moeten optreden en 14 als ze een adviserende functie hebben. Deze cijfers blijken het optimum te zijn voor een efficiënte werkwijze.

De kleine groepen, waarin we het grootste deel van ons leven verkeren, behoren tot de primaire groepen, de 'face-to-face-groups'

(wij), zoals COOLEY ze noemt; de leden van dergelijke groepen kennen elkaar persoonlijk, hier zijn emotionele banden aanwezig (gezin, school, spelgroep, kleine verenigingen enzovoort). Dan zijn er de secundaire groepen, waarvan de leden elkaar niet noodzakelijkerwijs kennen ; over het algemeen berusten deze groepen op zakelijk-rationele gronden. Een zeer grote vereniging is evenzeer een secundaire groep als het personeel van een groot bedrijf of de inwoners van Antwerpen of Rotterdam.

Als een aantal individuen een groep gaat vormen betekent dit een organisatie. Deze kan formeel zijn, of voorlopig totaal informeel, maar ze vormt althans een begin van

groepsstructuur. Deze ontwikkelt zich dan naar allerlei richtingen. Er komen relaties tussen de leden onderling, er vormen zich posities, communicaties, bepalingen en besluiten komen tot stand; er ontwikkelen zich leidende functies en allerlei duidelijk omschreven taken. Er ontstaat een wisselwerking tussen de leden van de groep, dat wil zeggen wat een bepaald lid van de groep doet, beïnvloedt de daden van allen of van enige anderen, terwijl ook de daden van dat ene lid afhangen van de gedragingen der anderen. (Wie over deze problemen meer wil weten verwijze ik naar HOMANS' belangwekkend boek: 'Individu en Gemeenschap', verschenen als Aulaboek nr. 278 (1966).

Deze wisselwerking, deze verschillende soorten communicatie bij het samentreffen in de groep noemt men 'groepsdynamiek'. De groepsdynamische werking treft men uiteraard hoofdzakelijk aan in 'face-to-face groups'.

FARIN merkt op dat deze op emotionele basis berustende relatie zelfs bij een ruimtelijke scheiding behouden kan blijven (bijv. correspondentie), terwijl omgekeerd de emotionele basis volkomen kan ontbreken zelfs bij het meest persoonlijke contact. Diverse auteurs vestigen er overigens de aandacht op dat de 'face-to-face groups' hun groepsdynamisch effect kunnen sorteren zowel in opbouwende als in afbrekende zin (im Guten wie im Bösen'); zo spelen de bendes bij de jeugd ('gangs') een zeer grote rol inzake het tot stand komen van een afwijkend gedrag (SCHMALENBACH, THRASHER, WHYTE, COHEN).

De groepstherapie nu berust op het benutten van deze groepsdynamische wetmatigheden; het individu wordt als het ware behandeld in en door de groep. Relevant hierbij is zich steeds voor ogen te houden dat het er bij de groepstherapie niet om gaat het individu te behandelen in een groep of alleen maar gebruik te maken van de invloed, die de groep op dit individu uitoefent. Wie dergelijke opvattingen koestert omtrent de groepstherapie miskent de ware aard ervan. De groepstherapie is en mag niet passief zijn, ze moet integendeel in hoge mate actief georiënteerd zijn: het te behandelen individu moet willen meewerken aan zijn herstel. Daarom moet hij deel uitmaken van de groep en de wisselwerking niet alleen ondergaan, maar deze in de allereerste plaats zelf beleven. Enkel als een individu zijn therapie beleeft als een samenzijn en als een dialoog met de groep, zal hij geholpen kunnen worden.

De groepstherapie staat nog in de kinderschoenen, maar heeft niettemin reeds veel belangstelling gewekt en goede resultaten afgeworpen. Deze modernste vorm van psychotherapie is pas sedert de laatste vijftientig jaren van beroepszijde erkend en uitgewerkt. Ze heeft een lange, interessante voorgeschiedenis. In haar twee hoofdvormen werd ze in 1923 reeds door J. MORENO enerzijds (sociodrama; cf.

lager), door P. SCHILDER en L. WENDER anderzijds in het leven geroepen. Tijdens de laatste Wereldoorlog nam ze een hoge vlucht in de USA en in Engeland en zwermde dan uit over de gehele wereld. De principes ervan zijn eigenlijk zo oud als de mensheid en werden al gebruikt door Marcus Antonius, toen hij het volk van Rome opwekte om de dood van Caesar te wreken en door MESMER toen hij zijn patiënten groepeerde om zijn magnetische ketel.

Een therapie toepassen in de groep en voor een groot deel door de leden van de groep zelf kan absurd lijken. Hoe kunnen leken, hoe kunnen patiënten elkaar behandelen? Dat kan natuurlijk slechts binnen zekere grenzen en in constructief samenwerkende groepen. Daarom is leiding door een geschoold deskundige voorwaarde voor een systematisch dieper doordringen tot de problemen van de individuele leden. Groepen alcoholici, morfinisten en anderen zijn op vele plaatsen gevormd met het doel zichzelf te helpen en zij melden gunstiger resultaten, die echter meestal beperkt blijven tot de beheersing van specifieke neigingen of misbruiken.

Een normale groep, onder supervisie van een psychiater, psycholoog of arts, bestaat uit 6 tot 12 leden die een kring vormen en vrijelijk over problemen discussiëren. Het behoeft wel niet gezegd te worden dat de groep bestaat uit mensen met dezelfde problemen! Vele therapeuten werken het liefst in kleine groepen van 3 tot 4, anderen juist met zeer grote, tot 60 personen toe. De leden van zulke grote groepen zijn meestal ook individueel in behandeling bij dezelfde therapeut. De keuze van de groepsleden en de aanwijzingen voor de groepstherapie verricht de therapeut naar verschillende gezichtspunten. De rol van de therapeut is zeer gewichtig; de patiënten komen samen met hem in hun midden, maar hij neemt niet de leiding. Zijn rol in de groep is in hoofdzaak observerend. Zo nodig interpreteert hij, maar zijn interpretaties moeten zich beperken tot de betekenis van de emotionele wisselwerking onder de leden van de groep en tot de wijze waarop ieder daarvan kan profiteren. Hij streeft niet naar een formeel leiding geven omdat dit een belemmering zou zijn van zijn vermogen tot weergave van een besef van de machtsstrijd, die zelfs in een zo kleine gemeenschap onvermijdelijk zal optreden.

De discussie wordt doorgaans op gang gebracht door de therapeut; hij begint de zitting met een korte, heldere uiteenzetting en daarop lokt hij ongedwongen besprekingen uit tussen de leden van de groep. Het zijn de leden van de groep zelf die over hun gevoelens en problemen spreken. Wanneer hun vertrouwen toeneemt, geven zij elkaar wederkerig begrip, moed en medelijden en leren van elkaars ervaringen. Ook het besef deelgenoot te zijn in een groep wakkert de belangstelling voor de anderen en voor de buitenwereld aan. Het opgenomen zijn in een groep met anderen die dezelfde moeilijkheden hebben, geeft het gevoel met de eigen

problemen niet meer alleen te staan en de mogelijkheid die wat meer objectief te zien. De groepsdynamische factoren zijn bovendien bevorderlijk voor een betere sociale aanpassing doordat in een groep een meer met het werkelijke leven overeenkomende situatie geschapen wordt, die minder eenzijdig is dan bij de individuele psychotherapie. De patiënt leert zien hoe zijn sociale persoonlijkheid opgebouwd is. Ook zal het deel uitmaken van een groep het saamhorigheidsgevoel vergroten evenals de bereidwilligheid om te aanvaarden en te worden aanvaard.

Zeer fundamenteel bij de groepstherapie is het begrip 'dialog' of 'samenzijn', Groepstherapeutische zittingen mogen geen dorre cursussen zijn; er moet een wisselwerking bestaan tussen de leden onderling. Alleen op die wijze zal men erin slagen het isolement van de nieuwe patiënt stuk te maken. Wanneer een nieuweling voor de eerste maal in contact komt met een groep - en dit geldt vooral voor een alcoholist - is hij uiterst onwennig en angstig, doch hij voelt zich spoedig op zijn gemak als hij ziet dat hier mensen zijn die hem begrijpen omdat ze dezelfde problemen om handen hebben als hijzelf. Hij krijgt weer hoop als hij bemerkt dat in de groep nog 'zwaardere' gevallen waren dan het zijne en meent dat hij het ook wel zal aankunnen als die andere het aangekund heeft. Uiteraard zijn groepen het meest geschikt voor behandeling van

problemen die in verband staan met menselijke betrekkingen. In principe wordt de groepstherapie toegepast bij die aandoeningen waarbij de patiënt een zeker contact met de werkelijkheid behouden heeft, zoals bij depressietoestanden, karakterstoornissen, neurosen, psychosomatosen enzovoort. Ernstiger gestoorde zieken, die het contact met de realiteit niet meer kunnen beleven (e.g. schizofrenie), vinden vanzelfsprekend geen baat bij de groepstherapie. De methode wordt ook toegepast bij gezins- en huwelijksmoeilijkheden, voor bediendes en managers, in klinieken, gevangenissen en andere inrichtingen. In de USA zouden, volgens Charlotte BUEHLER, nu ongeveer 20.000 patiënten deelnemen aan therapiegroepen en ongeveer 1500 groepstherapeuten lid zijn van beroepsverenigingen.

Tot dusver bespraken we alleen de discussie in groepstherapie. Een andere, levendige en spectaculaire vorm van psychotherapie is het psychodrama, op geniale wijze ingevoerd door MORENO en door sommige therapeuten met de discussie vervlochten, door anderen integendeel als uitsluitende methode toegepast. Het psychodrama laat de groepsleden bepaalde situaties spelen, waarin ze hun problemen tot uiting brengen. De groepsleden voeren scènes op uit het dagelijkse leven of uit het verleden van een der deelnemers, die voor hem grote betekenis hebben. Deze deelnemer speelt dan zijn eigen rol, terwijl de anderen personen uit zijn leven of uit zijn omgeving uitbeelden die in werkelijkheid een bedreiging of een ergernis voor hem betekenden. Na de opvoering vindt discussie plaats over de

betekenis van het gebeuren voor de hoofdpersoon en over wat uit zijn houding en zijn gevoelens in deze situatie valt op te maken. Door beurtelings aan iedere deelnemer die het wenst de centrale rol toe te kennen, ontwikkelt de groep een gemeenschappelijke belangstelling, sympathie, begrip en gevoel van saamhorigheid, wat niet het minst waardevolle resultaat van deze behandeling is. De ervaring leert dat bij dit spel de emoties sterker worden doorleefd dan bij louter discussie en dat zo allerlei dingen aan het licht treden die eerst niemand goed begreep. Zo zegt BUHLER: Zo was er in een

van mijn groepen een jongeman die erover klaagde dat meisjes na een paar afspraken niet meer met hem wilden uitgaan. De reden daarvan werd hem duidelijk toen de groep die situatie ging spelen : het bleek dat hij zich niets gelegen liet aan de wensen van het meisje, maar altijd zelf besliste wat ze zouden gaan doen, waar ze zouden gaan eten enzovoort...' (Naar mijn weten wordt het psychodrama ten onzent nog niet aangewend bij de behandeling van het alcoholisme. Volgens CASSELMAN werd het psychodrama als therapie sedert een tweetal jaar te Leuven ingevoerd (persoonlijke mededeling).

Naast de individuele psychotherapie die de patiënt alleen kan inlichten over zijn relaties met de anderen, biedt de groep zowel de patiënt als de therapeut de gelegenheid de sociale persoonlijkheid van allen in actie te zien. De onderlinge vrijmoedige manier om zich te uiten, de reactie van de enkeling op andere individuen en op de groep als geheel stellen sociale en vaak ook seksuele standpunten in het licht, zoals dat in geen andere situatie mogelijk is. De wederzijdse tolerantie die de leden van een groep elkaar betonen, omdat een ieder weet dat ook hij zijn fouten heeft, het bewaren van de geheimen der leden als groepsgeheimen, eveneens gegarandeerd doordat iedereen evenzeer belang heeft bij discretie - dit alles maakt de groep tot een uniek instrument van wederzijdse hulp, ik zou bijna zeggen van sociale heropvoeding.

## **10.2 De Anonieme Alcoholisten of de AA**

*'Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer'*

*'Et dans de faibles corps s'allume un grand courage'*

(citaat door Delille vertaald uit Virgilius' 'Georgica')

Het herstelprogramma van de AA, zoals de AA-ers hun programma noemen, berust in feite op de groepstherapeutische methode. De AA-groepen zijn, zo dacht ik, zelfs de promotors geweest van de groepstherapie van het alcoholisme. Misschien heeft de AA niet de idee gelanceerd van een dergelijke behandeling, maar zeker is dat ze



deze in hoge mate in de hand heeft gewerkt en ik zou zelfs durven beweren dat zij voor het ogenblik verreweg de belangrijkste vertegenwoordiger is van dit soort therapie.

In de paragrafen X.2.1 tem X.2.5 moge ik een beeld schetsen van de AA zoals ze zichzelf graag ziet en u tevens verklaren waarom ze zich zo ziet. Ik zal met andere woorden pogen in deze paragrafen de theoretische grondslagen van de AA uit de doeken te doen. Ik heb getracht de visie van de AA over de AA zo objectief mogelijk voor te stellen en dit aan de hand van allerhande bloemlezingen, voornamelijk uit de AA-literatuur, uit ESSERS 'Alcoholisme' en uit PITTMAN en SNYDERS 'Society, Culture and Drinking Patterns'. Toch kon ik er me niet van weerhouden mijn tekst reeds hier en daar met kleine commentaren te kruiden. Hoe de AA nu echter deze theorieën - althans volgens mijn bescheiden mening ! - in praktijk brengt, dat wil zeggen hoe ikzelf de AA zie, zal ik pogen te verwoorden in paragraaf X.3 en in hoofdstuk XI.

Er is inderdaad een groot verschil tussen de AA-theorie en de AA-praktijk. Zeggen en doen is twee. Het hoeft wet niet gezegd te worden dat par. X.3 en hoofdstuk XI mijn persoonlijk standpunt weergeeft omtrent de AA

### **10.2.1 Wat is de AA ?**

De AA beschouwt zichzelf als een beweging van alcoholisten, die groepen vormt ten einde zichzelf en anderen af te houden van het drinken. AA is de afkorting van Anonieme Alcoholisten (Alcoholics Anonymous).

In hun eigen brochures vinden we deze omschrijving : '... De Anonieme Alcoholisten vormen een vereniging van mannen en vrouwen die hun ervaring, kracht en hoop samenbundelen om hun gemeenschappelijk probleem samen op te lossen en andere alcoholisten te helpen bij hun herstel. De enige vereiste om lid te worden is het oprechte verlangen met drinken op te houden. Het lidmaatschap is kosteloos: er wordt geen contributie betaald; kosten worden gedekt door vrijwillige bijdragen. De AA staat los van welke religieuze gezindheid, politieke partij, organisatie of instelling ook. De AA laat zich niet in met controversen, ze onderschrijft geen enkele opinie en spreekt ze ook niet tegen. Het enige doel is nuchter blijven en andere alcoholisten helpen het te worden...'

Het gemeenschappelijke probleem is uiteraard het alcoholisme; de mannen en vrouwen die lid zijn van de AA zijn alcoholist en zullen het immer blijven. Ze

erkenden dat de alcohol zich van hun meester had gemaakt, maar nu zijn zij nuchter. Zeer gewichtig hierbij is dat zij hun probleem niet proberen aan te pakken op hun eentje, maar dat ze het blootleggen en er met andere alcoholisten over discussiëren. Dit ‘samenbundelen van hun ervaring, kracht en hoop’ is, volgens AA, de sleutel van een leven zonder alcohol.

In het begin van dit hoofdstuk wezen we erop dat de AA-methode feitelijk stoelt op groepstherapeutische processen. Toch is er een gewichtig onderscheid met de orthodoxe groepstherapie : de meeste AA-groepen inderdaad achten het niet nodig een medisch raadgever te betrekken bij hun vergaderingen (Een uitzondering hierop treffen we bijvoorbeeld aan in de groep Haarlem, die regelmatig ESSER als therapeut uitnodigt op zijn vergadering,) omdat zij van de beginselen uitgaan dat ‘alleen alcoholisten andere alcoholisten kunnen begrijpen’ (een soort empathie ( het zich invoelen in anderen; het zich in de plaats van anderen (kunnen) stellen om hun houding en reacties te begrijpen.) dus) en dat de werking van de AA bewezen heeft dat het zo ook gaat. Er valt een hele boom op te zetten over de wenselijkheid of een therapeut al dan niet betrokken moet worden in de AA-werkgroepen, maar de bespreking van dit probleem zou ons te ver voeren. Ik moge hier volstaan met erop te wijzen dat de assistentie van een therapeut bij de sessies alleszins te overwegen valt, althans in mijn ogen. Deze visie valt bij de meeste AA-groepen waarschijnlijk niet in goede aarde. Toch dienen we te beseffen dat er een ernstig manco aan coöperatie bestaat tussen de AA-groepen enerzijds en het medische korps anderzijds, en dit niet alleen gedurende de AA-sessies, maar jammer genoeg ook erbuiten. En al kan ik er dan nog inkomen dat een therapeut tijdens de sessies een persona non grata is, dan blijft er het nuchtere feit dat vele alcoholisten met het drinken niet kunnen ophouden bij gebrek aan medische hulp buiten de sessies, terwijl, zei ik het reeds niet, de AA eigenlijk toch slechts een onderdeel van de behandeling dient te zijn.

Ik kan het niet genoeg onderstrepen dat een nauwere samenwerking met het medische korps broodnodig is, zodat zij die medische hulp nodig hebben en voor wie de AA niet toereikend is, die hulp ook krijgen. De AA is beslist onvoldoende therapie voor een uitgesproken neuroticus bijvoorbeeld ; deze heeft naast de AA een psychiater.

### **10.2.2 Historisch overzicht**

Een ware keten van toevalligheden, zoals alleen het leven die smeden kan, ging aan de totstandkoming van de AA vooraf. Het zou ons te ver leiden dit alles tot in de puntjes te bespreken. maar ik wil toch wijzen op twee factoren die voor het ontstaan van de AA van directe betekenis zijn geweest, met name:

1. de Oxford-groepen, een soort religieuze gemeenschap en
2. het diepe inzicht van dr. med. SILKWORTH ('Silky'), een kenner van verslavingsziektes. Lezers die zich voor deze voorgeschiedenis mochten interesseren vinden hun gading in het lezenswaardige boek van de Amerikaanse AA : 'Alcoholics Anonymous comes of Age'.

Hoe het ook zij, deze samenloop van omstandigheden vond zijn bekroning in de ontmoeting van twee notoire alcoholici, BILL en dr. BOB. Dit geschiedde te Akron (Ohio, USA) op 16 juni 1935. Beide mannen hadden een schrikwekkende drinkcarrière achter de rug en, zonder wellicht te beseffen dat ze aan groepstherapie deden, ontdekten zij de praktische waarde ervan doordat ze met hun tweeën nuchter bleven, waar het hun tevoren nooit alleen gelukt was. Zij ontdekten dat alcoholisten het beste nuchter gemaakt konden worden door andere alcoholisten. De alcoholist, zo leek het hun, beschikt als het ware over een speciaal talent om zijn nog actieve confrater de zaken uiteen te zetten. Ter illustratie hiervan citeer ik dr. BOBS indrukken over zijn ontmoeting met BILL: '... Men kan zich afvragen waarom BILL mij geïmpressionneerd heeft, waar zulks nooit gelukt was aan anderen die me toch ook wilden helpen. Ik had nochtans met zoveel "kenners" van het alcoholisme gesproken en tevens een vracht boeken erover gelezen: alles was echter boter aan de galg gesmeerd... de ontmoeting met BILL was in feite in zo hoge mate verschillend omdat ik toen gesproken heb met de allereerste mens die wist waarover hij sprak ; een mens die net als ik een vreselijke drinkcarrière gekend had, maar die nu van zijn obsessie bevrijd was. Zijn taal verstond ik... hij had het immers niet gelezen in een boek, maar aan den lijve ondervonden...'

BOB en BILL bemerkten bovendien dat hun lust om te drinken afnam als ze andere alcoholisten konden helpen en ze ondervonden dat hun eigen nuchterheid nauw in verband stond met de omvang van hun bemoeienissen. Ze bleven nuchter en zo ontstond uit hun ontmoeting een wereldomspannende beweging van chemisch resp. gelukkig nuchtere alcoholisten.

De nieuwe beweging groeide echter traag; de ontwikkelingsjaren waren moeizaam en gingen gepaard met allerhande groeistuipen, de meeste van financiële aard. In 1938 bijvoorbeeld diende men beroep te doen op John D. ROCKEFELLER, die 5000 dollar gaf, maar weigerde meer te geven. Toch dijde de beweging uit; in 1939 waren er ongeveer 100 leden, verdeeld over werkgroepen in Akron, Cleveland, New York, Chicago en Atlanta. Men zou ze de pioniers kunnen noemen. Pas de publicatie van het boek 'Alcoholics Anonymous' (1939) (Het boek is ook bekend als 'The Big Book') bracht enig leven in de brouwerij en wellicht gestimuleerd door de in het Big Book beschreven drinkgeschiedenissen en stabilisaties werden nieuwe groepen geboren te Philadelphia, Los Angeles, Washington, Detroit, Minneapolis, Boston

enzovoort.

Werkelijk algemene bekendheid verwierf de AA pas in 1941 door een artikel in de 'Saturday Evening Post' van de hand van Jack ALEXANDER. Het aantal leden groeide in dat jaar van 2000 tot 8000.

Nu had de beweging de wind in de zeilen en kon ze een hoge vlucht nemen. In 1949 werd ze erkend door vooraanstaande Amerikaanse medische autoriteiten. Ook in het buitenland kwamen groepen tot stand ; eerst in Canada (Ontario, 1940), daarna volgden o.m. Australië (1942), Ierland (1946), Engeland (1947), Nederland (Amsterdam, 1948), België (Brussel, 1953) enzovoort. Thans bestaat de AA in meer dan 70 landen en volgens de 'AA World Directory' van 1963 bedroeg het aantal leden om en nabij de 300.000, verspreid over 10,070 groepen.

### **10.2.3 Het herstelprogramma van de AA of de zogenaamde 'twaalf stappen'**

Om ons een goed inzicht te verschaffen in de therapeutische waarde van het AA-Programma, is het nodig dat we hier eerst de twaalf stappen laten volgen. Deze twaalf stappen geven het persoonlijke herstelprogramma van de alcoholist weer, zoals de AA dit ziet. De twaalf tradities, die het voortbestaan van de AA-beweging als zodanig moeten garanderen, bespreken we in par. X.2.4.

Volgens de AA-lering zijn de twaalf stappen gegroeid uit de rauwe werkelijkheid; ze zijn als het ware geëvolueerd via een proces van 'trial and error'. De twaalf stappen zijn, volgens de AA, geen dogma's of rigoureuze reglementen, waaraan men zich op straffe van uitsluiting dient te houden : iedereen is immers vrij in de AA. Het zou, volgens de AA, om suggesties gaan die niemand verplichten; de AA-ervaring leerde evenwel dat ze de juiste weg naar de nuchterheid betekenen.

#### ***De twaalf stappen***

1. We moesten onszelf bekennen dat we tegenover de alcohol machteloos stonden en dat daardoor ons leven stuurloos geworden was.
2. De overtuiging groeide dat slechts een kracht, groter dan wij persoonlijk konden opbrengen, ons herstel mogelijk zou maken.
3. We besloten onze wil en ons leven over te geven in de hoede van God, hoe ook een ieder van ons persoonlijk Hem aanvaardt.
4. Wij brachten de moed op de morele balans van ons leven samen te stellen.
5. Wij beleden God en bekenden tegenover onszelf en tegenover iemand die ons vertrouwen won de juiste aard en omvang van onze tekortkomingen.

6. Wij waren volkomen bereid al onze karakterfouten in Gods hand te leggen.
7. Wij vroegen Hem ootmoedig onze fouten te verbeteren.
8. Wij maakten een lijst op met de naam van allen die door ons schade en leed hadden ondervonden, en verklaarden ons bereid dit zover mogelijk goed te maken.
9. Wij gingen hiertoe onmiddellijk over, behalve wanneer dit hen of anderen opnieuw zou kwetsen.
10. Wij maakten er een gewoonte van onszelf te onderzoeken en erkenden terstond de fouten die wij hadden gemaakt.
11. Wij trachten door gebed en overdenking ons contact met God, hoe ook een ieder van ons persoonlijk Hem aanvaardt, te verdiepen, Hem vragend ons Zijn Wil te doen kennen en om kracht die te volbrengen.
12. Sinds deze stappen ons hebben geleid tot geestelijke bewustwording, pogen wij deze boodschap door te geven aan alcoholisten en bij al ons doen en laten deze principes na te leven.

Wij vatten deze twaalf stappen in een synthese van 5 samen:

1. De erkenning van het alcoholisme, dit is de alcoholist leert zich zien zoals hij in werkelijkheid is (stap 1).
2. De erkenning van een hogere macht (stappen 2 en 3).
3. De analyse van de persoonlijkheid en de door deze zelfkennis ontstane catharsis (stappen 4, 5, 6 en 7).
4. Het regulariseren van de intermenselijke betrekkingen door aanpassing aan het reële alledaagse leven (stappen 8, 9, 10 en 11).
5. Het werken met andere alcoholisten (stap 12).

Aan de hand van dit '5-punten' schema zullen we trachten de dynamiek van het AA-herstelprogramma te begrijpen.

Ad 1 De erkenning dat men een alcoholist is met alle daaraan verbonden implicaties, is zonder twijfel de moeilijkste stap van het gehele programma. Wij onderstreepten reeds verschillende malen dat het stukmaken van het rationalisatiesysteem niet van een leien dakje loopt en zelfs met bijzonder grote moeilijkheden gepaard kan gaan. Toch is dit aanvaarden (TIEBOUTS 'surrender') de conditio sine qua non van de nuchterheid : de alcoholist moet allereerst de diagnose 'alcoholisme' aanvaarden. Zolang hij niet tot het inzicht is gekomen dat hij een alcoholist is, kan niemand ter wereld hem helpen. Hij dient te beseffen dat hij niet kan drinken zoals de anderen en tevens moet bij hem het oprechte verlangen bestaan met het drinken op te houden.

Van de alcoholist wordt hier ongetwijfeld een grote stap gevergd : hij moet zich kunnen vernederen om aan te nemen dat hij nu eenmaal niet is zoals een andere drinker; hij moet met andere woorden kunnen aanvaarden dat hij machteloos staat t.a.v. alcohol. Zulks accepteert hij - moet het gezegd worden - niet altijd voetstoots; heel wat trots en zelfbegoochelingen moeten worden overwonnen. Sommige alcoholisten kunnen zulks vrij snel, maar bij anderen wringt de schoen en strekt het proces van deze relevante eerste stap zich soms over jaren uit.

Volgens MAXWELLS formulering moet de alcoholist ontgoochelingen hebben opgelopen met alcohol alvorens bij hem het verlangen rijpt met het drinken op te houden en hulp te aanvaarden. Dergelijke ontgoochelingen ontstaan volgens MAXWELL o.m.

1. doordat de alcoholist met de rug tegen de muur staat of volslagen in de puree zit ;
2. doordat hij geschokt wordt door bepaalde ervaringen, bijvoorbeeld wanneer men hem zijn betrekking opzegt wegens excessief drinken, wanneer zijn vrouw hem in de steek laat of wanneer hij opgenomen is wegens een door het drinken in de hand gewerkte ziekte ;
3. doordat hij bemerkt niet te kunnen drinken zoals een ander, d.w.z., doordat hij bemerkt te drinken met controleverlies.

Kortom, volgens MAXWELL, zullen zowel de 'high-bottom' als de 'low-bottom' - alcoholisten (De begrippen 'high-bottom' en 'low-bottom' stammen uit de Amerikaanse AA-wereld. Onder een 'high-bottom' -alcoholist verstaan we een alcoholist aan het eindstadium van zijn ziekte, terwijl de 'low-bottom' alcoholist nog niet zo diep gevallen is resp. aan het begin van zijn drinkcarrière staat.) verder blijven drinken, zolang het hen voor de wind gaat. Pas de ontgoochelingen met alcohol zullen het verlangen wekken om er het bijltje bij neer te leggen. Onze Vlaamse AA-vrienden beschrijven dergelijke ontgoochelingen plastisch en ad rem als 'de klop met de hamer'.

Ad 2. Elke zieke, dus ook de alcoholist, moet echter niet alleen de diagnose aanvaarden, maar moet daarenboven ook geholpen willen worden. Iedere ziekte-toestand immers veronderstelt niet alleen een zieke, maar ook een therapeut. De zeer lichte ziektegevallen niet te na gesproken (bijvoorbeeld: ongecompliceerde griep), ligt het voor de hand dat een zieke zichzelf niet kan genezen, maar dat hij hulp nodig heeft van de hem omringende wereld: adviezen, medicijnen, een dieet, soms - ik zou zelfs durven beweren vooral het 'geneesmiddel' dokter. Ik betwist hierbij helemaal niet dat het beloop van een ziekte in hoge mate beïnvloed kan worden door de mentale en psychische instelling die de patiënt t.a.v. zijn ziekte aan den dag legt : ik ben ervan overtuigd dat een blijmoedige knaap sneller zal herstellen

van een ziekte dan een kniezer. Maar hoe het ook zij, een patiënt heeft steeds deskundige hulp nodig.

Als we deze principes transponeren op het alcoholisme, mogen we zeggen dat het zetten van de eerste stap, i.c. het aanvaarden van het alcoholist-zijn, niet voldoende is. Iedere alcoholist behoeft, om geholpen te kunnen worden, twee fundamentele inzichten :

- a. het inzicht machteloos te staan t.a.v. alcohol;
- b. het inzicht niet met het drinken te kunnen ophouden zonder hulp van buitenaf.

De AA meent dat deze hulp berust bij een hogere macht, d.i. God, hoe ook een ieder van de groep persoonlijk Hem aanvaardt. Daarom poogt de AA aan de alcoholist een begrip van religie in de breedste zin van het woord bij te brengen ; na de ‘vernedering’ van de eerste stap, dit is het besef dat hij het niet meer kan bolwerken, wordt de alcoholist klaargestoomd voor de tweede even relevante stap. Hem wordt nu gevraagd een macht te erkennen, groter dan die welke hij persoonlijk kon opbrengen en zich over te geven in de hoede van God. Als hij niet geloven kan dat er een dergelijke macht bestaat hoeft hij dit ook niet, maar toch moet hij ‘open minded’ zijn, wat wil zeggen dat hij er de ogen niet voor mag sluiten, terwijl hij intussen met het AA-Programma verder gaat.

Het aanvaarden van het zgn. ‘godsbegrip’ is voor vele alcoholisten een penibele zaak, maar volgens de AA is elke godsvoorstelling toelaatbaar. Een atheïst mag geloven in zijn Ego, in de oneindigheid van de mathematica, in de groepsdynamische processen van de AA, in het wonder der natuur of van het universum of weet ik veel. Het komt er niet op aan wat hij gelooft, maar wel dat hij in iets gelooft en hij moet erop steunen en er op zijn eigen manier tot bidden om er kracht uit te putten. Hoewel deze stap soms zeer moeilijk is vormt hij een tweede conditio sine qua non om te herstellen, aldus de AA. Alleen gaat het niet.

Ad 3 en 4. Het asociale wezen dat de alcoholist geworden is, moet leren zich opnieuw sociaal te gedragen ; de stappen 3-11 beogen de sociale heropvoeding van de alcoholist. Hiermee kan uiteraard pas van wal worden gestoken nadat de alcoholist de eerste en de tweede stap heeft gezet, dat wil zeggen :

- a. als hij inziet dat hij niet kan drinken zoals een ander ;
- b. als hij het oprechte verlangen aan den dag legt met drinken te stoppen;
- c. als hij beseft dat hij het niet alleen afkan.

Om spijkers met koppen te kunnen slaan, moet de alcoholist voldoen aan deze preliminaire voorwaarden. Het AA-herstelprogramma kan pas glad van stapel lopen als er bij de alcoholist een resonerende klankbodem voorhanden is. Hoe kan het

zaad der AA-gedachte kiemen en gedijen als de grond te dor is ?

Het is duidelijk dat de alcoholist chemisch nuchter behoort te zijn, alvorens men welke therapie ook op touw kan zetten die de gelukkige nuchterheid als doel stelt. Dit geldt natuurlijk ook voor het AA-herstelprogramma. De alcoholist dient allereerst van zijn obsessie tot drinken verlost te worden. Door het stapvoets volgen van de belevenissen van een kersvers AA-lid kunnen we wellicht het beste belichten hoe de AA het aanlegt om een alcoholist chemisch nuchter te helpen worden en hem daarna - eventueel, maar jammer genoeg veel te weinig - een gelukkige nuchterheid te doen kennen via zelfkennis, regularisatie der intermenselijke betrekkingen en het werken met andere alcoholisten.

Als een alcoholist voor het eerst een groepsvergadering bijwoont, voelt hij zich angstig en onwennig. Het liefst zou hij mijlenver weg willen zijn. Doch hij voelt zich spoedig op zijn gemak als hij ziet dat hier mensen zijn van vlees en bloed, die hem eindelijk eens begrijpen en vertrouwen, want dat had hij de laatste tijd niet meer meegemaakt. Zowel zijn werkgever als zijn familieleden lazen hem steeds maar de levieten. Hier integendeel neemt men helemaal geen berispende houding aan, er zijn hier geen zedenpreken of reprimandes ; hij hoeft geen spitsroeden te lopen. Men stelt hem geen vragen, eist ook helemaal niets van hem. Wil hij spreken dan mag dat, het hoeft echter niet. Hij voelt zich hier niet de uitgestotene, de outlaw, de vertrapte, de paria, de underdog of noem maar op. Hier is hij mens en wordt als zodanig ook aanvaard door andere mensen. Hij bemerkt dat het hier geen gewicht in de schaal legt of men nu dokter, advocaat, metselaar, katholiek, jood of protestant is. Het enige wat in aanmerking genomen wordt is het gemeenschappelijke alcoholprobleem, hier tellen alleen Jan, Piet en Klaas, dat wil zeggen mensen die net als hij moeilijkheden hadden met het hanteren van alcohol. De nieuweling krijgt weer hoop in het leven doordat hij beseft deelgenoot te zijn geworden in een groep en doordat hij ziet dat er mensen zijn die nog erger ontspoord waren in hun drinken dan hij en die niettemin toch beter zijn geworden. Door hun levensloop te vertellen imponeren de oudere leden de jongere, die hier voor zich zien hoe de vertellers van deze levensgeschiedenissen bevrijd zijn van hun drankobsessie. De jongeren identificeren zich gemakkelijk met deze figuren. Deze identificatie is uiteraard niet het einddoel van het herstelprogramma: de wanhopige drinker zal moeten toegeven dat hij machteloos staat tegenover alcohol. Vaak is de neofiet allerminst overtuigd van dit feit, en hij meent dat hij later - als een heer wel te verstaan - opnieuw zal kunnen drinken. Hij zal dit geheim niet verraden. Waarom immers zou hij dit niet kunnen ? Meestal is een verzekering van het tegendeel door andere, ervaren AA-leden onvoldoende om hem tot andere gedachten te brengen. In feite is dit steeds opnieuw pogen om sociaal te drinken oorzaak van veel terugvallen. Zelden



overigens ziet men alcoholisten onmiddellijk droog blijven.

Tijdens zijn eerste vergaderingen leert de AA hem diverse wetenswaardigheden over alcohol en alcoholisme. Zo wijst zij hem bijvoorbeeld op het verband tussen 'stress'-toestanden en zijn drinken of op het 'easy does it' (zachtjes aan, dan breekt het lijntje niet). Ze attendeert hem erop dat het niet komt door een gebrek aan wilskracht dat hij niet kan drinken zoals een ander, maar dat hij een zieke is - iemand die allergisch is t.a.v. alcohol (Althans volgens de AA-lering ! Over de allergische theorie en het gebruik van het begrip allergie spraken we eerder in par. IV.5.1) - en dat die ziekte weliswaar niet kan genezen, maar toch tot staan kan worden gebracht. Maar het allervoornaamste dat hem snel bijgebracht wordt, is dat hij het eerste glas niet mag aanraken ('voor een alcoholist is een glas te veel en tienduizend te weinig'). Feitelijk is deze gouden raad een waarheid als een koe; het is logisch dat wie van het eerste glas afblijft ook nooit dronken kan worden. Toch is deze doodeenvoudige, voor de hand liggende oplossing voor vele alcoholisten een ware openbaring, omdat zij deze logica niet inzagen en er vast van overtuigd waren dat het venijn hem in de staart, i.e. het laatste glas, zat.

Van het eerste glas afblijven moge dan al een truïsme zijn, toch is het voor de nieuweling vaak niet eenvoudig dit in de praktijk om te zetten ; hij heeft soms te kampen met ontzaglijke moeilijkheden als hij hoort nooit meer te zullen mogen drinken. Doch de AA weet zich te redden met een psychologisch handigheidje : ze past namelijk het zgn. '24 urenprogramma' toe. Men geeft de nieuweling niet de raad nooit meer te zullen drinken, maar zulks alleen maar de volgende 24 uur niet meer te doen. Het hoeft geen betoog dat deze conceptie psychologisch verduiveld goed bekeken is. De AA-er zweert de drank dus niet af voor zijn verdere leven, dat heeft hij vroeger ettelijke malen gedaan en het bleef toch altijd bij een dronkemanseed. Alleen vandaag wil hij nuchter blijven. Alleen vandaag. Zegt de AA-er: 'Wat gisteren gebeurde is voorbij en kan toch niet meer veranderd worden: gedane zaken nemen geen keer. Wat morgen brengt weet niemand, misschien ben ik morgen dood. Maar vandaag, en vandaag alleen, drink ik niet'. Dit 'carpe diem' is een houvast voor hem.

Mocht de alcoholist onrustig worden en zichzelf niet vertrouwen, dan kan hij te allen tijde een der leden opzoeken of hem een telefoontje geven. Meestal heeft ieder lid een soort 'helper' die hij als het ware uitkiest. Deze zgn. 'sponsor' (in België 'peter') staat hem met raad en daad bij. Deze 'vader-kind' verhouding is voor de alcoholist iets zeer dankbaars omdat hij op de sponsor kan steunen, die hem wegwijs maakt in vele moeilijkheden; bij deze figuur vindt de alcoholist steeds begrip voor zijn situatie. En hier ligt ook een der enorme voordelen van de AA : ze kan 168 uur per week helpen, een psychiater slechts 4-6 uur per dag.

De eerste tijd begrijpt de alcoholist niet veel van de twaalf stappen, maar luisterend naar anderen, die al langer nuchter zijn, groeit zijn begrip. Hij leert zichzelf kennen en ieder van deze twaalf stappen betekent een stapje dichterbij het zelfinzicht. Deze zelfkennis, dit 'zichzelf kennen', is een van de pijlers van de zo noodzakelijke sociale heropvoeding. Hoe kan de alcoholist immers weten waarin hij zich dient te verbeteren, wat hij moet veranderen aan zichzelf, als hij niet weet wat er aan hem schort, dit is als hij niet zichzelf kent? Welnu bij de AA kan de alcoholist zich confronteren met een groep mensen, die zijn problemen door en door begrijpen omdat ze dezelfde perikelen beleefd en doorleefd hebben. Deze confrontatie en de ermee gepaard gaande groepsdynamische processen leren de alcoholist zichzelf te zien precies zoals hij is: een persoonlijkheid met licht en schaduw, met een debet- en een creditzijde. Door de dialoog in de groep spiegelt hij zich aan het oordeel van de groep over spanningen en problemen. En hij leert niet alleen zichzelf kennen, maar hij wordt bovendien gecorrigeerd waar zulks nodig blijkt. Dit op de vingers tikken gebeurt echter in alle verdraagzaamheid omdat een ieder weet dat ook hijzelf fouten en gebreken heeft. Zo kan de alcoholist in feite de mate van zijn herstel voortdurend toetsen aan het oordeel van de groep. En mocht hij soms proberen de leden van de groep te misleiden dan komt hij al spoedig tot de ontdekking dat dit uiterst moeilijk is, veel moeilijker dan voorheen het om de tuin leiden van zijn omgeving. Geen betere boswachters dan oude stropers!

Deze zelfkennis leidt uiteindelijk tot een loutering, een catharsis. Ze betekent een eerste belangrijke schrede naar de sociale heropvoeding.

Bij de pogingen om te komen tot zelfkennis zij de alcoholist op zijn hoede voor wat de Duitsers noemen 'grübeln'. Alcoholisten begaan vaak de fout te diep te willen delven in de ondoorgrondelijke dieptes van hun Ik. Ze woelen hun hele verleden om, in de ijdele hoop het primum mobile van hun drinken bloot te leggen. Dit eeuwige gepieker brengt hen niet verder, integendeel. Al hun getob brengt het niet denkbeeldige gevaar voor terugvallen met zich mee. En, op de keper beschouwd, wat komt het eigenlijk voor hem erop aan te weten waarom hij gedronken heeft? Een AA-er zei me ooit (zeer gevat!): 'Wat maal ik erom te weten waarom ik dronk, belangrijker is te weten hoe ik het moet aanleggen om nuchter te blijven.' Wat inderdaad juist is. Inderdaad: of de oorzaak hem nu al dan niet duidelijk gemaakt wordt, de alcoholist kan toch nooit drinken zoals een ander; zijn therapie is van het eerste glas af te blijven. The rest is silence. En hij kan het intussen rustig aan de geneeskunde overlaten om het hoe en waarom van het alcoholisme tot op de draad uit te pluizen.

Buiten de zelfkennis, is de regularisatie van de intermenselijke betrekkingen een andere vereiste tot de heropvoeding van de alcoholist. Tijdens zijn drinkcarrière

heeft de alcoholist het bij vele mensen verbruid : liegen, bedriegen en bestelen was voor de alcoholist schering en inslag. Het hoeft wel geen betoog dat zulke praktijken aanleiding gaven tot eerder ongezonde intermenselijke betrekkingen. Om opnieuw te komen tot gezonde sociale verhoudingen, ligt het dan ook voor de hand dat de alcoholist poogt te herstellen wat hij misdeed. Bij deze restitutie moet uiteraard vermeden worden oude wonden te openen en soms is het dan ook diplomatischer de zaak blauwblauw te laten.

Ad 5. Met de ervaring van anderen gewapend en met een beter inzicht in zichzelf wordt het nieuwe lid meer en meer in het actieve werk van de groep betrokken. In het zelf-actief-zijn liggen trouwens zijn beste kansen op herstel, niet in het alleen maar passief steunen op de sponsor. Het geloof zonder werken is immers een dood geloof ; de AA-er moet gebonden worden aan zijn groep door middel van zijn eigen activiteiten en prestaties; hij moet beginnen actief deel te nemen aan de discussies in zijn groep, zelf al eens het woord voeren op een zgn. ‘open’ vergadering (In de AA onderscheidt men ‘open’ en ‘gesloten’ vergaderingen. De gesloten vergaderingen zijn voorbehouden aan alcoholisten; het gaat hier feitelijk om groepstherapeutische sessies. De ‘open’ vergaderingen daarentegen zijn niet alleen bestemd voor alcoholisten, maar ook voor sympathisanten: welkom is iedereen die interesse aan den dag legt voor het alcoholisme. De open vergaderingen worden in de regel om de maand belegd en het programma is gewijd aan typische alcoholproblemen. Meestal bespreekt een alcoholist een of ander onderwerp (spreker kan echter ook niet-alcoholist zijn !) en daarna volgt een gedachtenwisseling tussen de spreker en het publiek.) en last but not least ‘twaalf stappen zetten’, dit is de boodschap doorgeven aan andere alcoholisten, als deze erom vragen. Inderdaad, de AA-ers helpen alleen op verzoek, ze zullen zich aan niemand opdringen; de AA-er zegt: ‘een rijpe vrucht valt vanzelf.’

De twaalfde stap vertegenwoordigt in het AA-herstelprogramma als het ware een culminatiepunt. Volgens de AA is deze stap een zeer gewichtige stap doordat hij de nuchter geworden alcoholist belet opnieuw te gaan lijden aan zelfoverschatting en hoogmoedswaanzin, wat een direct gevaar voor terugvallen impliceert. De beste therapie tegen terugvallen, zo leert de AA, is het werken met andere alcoholisten en pogen deze knapen nuchter te maken. Zo blijft de nuchtere AA-er in nauw contact met de werkelijkheid en loopt hij niet het risico te verstarren tot een dorre theoreticus, die aan zijn eigen alcoholisme nog slechts vage herinneringen heeft. Het is noodzakelijk voor een nuchter geworden alcoholist, zegt de AA, geconfronteerd te worden met wat hijzelf ooit geweest is en opnieuw worden kan. Overigens is het de enige manier waarop hij zijn schuld aan de AA kan vereffenen : wat men voor hem deed is immers onbetaalbaar, omdat het niet kan of mag worden vergoed met

geld.

Op dit ogenblik van het AA-Programma is de leerling leermeester geworden ; de alcoholist is opgeklommen van de laagste plaats van het herstelprogramma naar de hoogste. Zijn egocentrische, destructief gerichte activiteit is nu omgebogen tot een stel positieve eigenschappen. Er vond een inflatie plaats van zijn Ik, zijn angstgevoelens verdwenen of werden althans getemperd en zijn eeuwige hostiliteit en onverdraagzaamheid werden beteugeld. In plaats daarvan komt zelfkennis; de nuchtere alcoholist kan een grotere objectiviteit t.a.v. zichzelf aan den dag leggen, hij leert de verhoudingen zien en aanvaarden in hun ware grootte, hij leeft niet meer met het hoofd in de wolken, maar staat nu met beide voeten op de grond. De relaties met zijn medemensen zijn gezond geworden. Hij is nu ootmoedig en tevens eerlijk t.a.v. zichzelf en de anderen; zijn zelfverlies ruimde het veld voor zelfverzekerdheid en zelfvertrouwen. Uit dit alles vloeit uiteindelijk een toestand van ‘peace of mind’ voort, van gemoedsrust, wat meteen de sleutel tot de gelukkige nuchterheid betekent.

De reclassering via de AA komt maar heel langzaam tot stand. Ze heeft maar een doel, te weten de alcoholist weer acceptabel te maken voor zichzelf en de gemeenschap zonder alcohol. Mogelijk hebben AA-ers na 5 jaar nuchterheid hun fundamentele problemen nog net zoals voorheen, maar via” de groep kunnen ze zich weer maatschappelijk handhaven. De psychiater LANDUYT formuleerde dit ooit kernachtig toen hij, na een behandeling, aan een mijner patiënten vroeg: ‘Vriend ben je nu gegroeid en zijn jouw problemen kleiner geworden ?’

We wezen er reeds op dat ook de dagelijkse omgeving van de alcoholist geïnformeerd en geholpen dient te worden. Te dien einde heeft de AA ‘nevenorganisaties’ in het leven geroepen voor hulp aan de partners (AL ANON) en zelfs aan de kinderen van de alcoholist (ALATEEN). Het relevantste probleem dat de partners en de tieners moesten oplossen, luidde : ‘Hoe leren wij beter met onze partners om te gaan ?’ Het antwoord hierop vinden ook zij in de twaalf stappen.

De eerste AL-Anon-groepen werden opgericht in Chicago en Toronto; in 1939 werd in New York een commissie gesticht, waaruit later de ‘AL Anon Family Groups’ ontstonden. AL-Anon-groepen bestaan ook in Nederland en België. De adressen hiervan kunt u vinden in de appendix D.

De AL-Anon-groepen sorteren minder effect dan de AA. Volgens ESSER zijn hiervoor drie factoren aansprakelijk, met name:

1. Er is een groter absentisme ;
2. De leden wisselen sneller, en
3. Er is geen eigenlijk programma, d.i. geen houvast buiten de bijeenkomsten (er

worden ook geen 12 stappen gezet.)

Het hoeft niet gezegd te worden dat niet alle alcoholisten baat vinden bij de AA. Waarom het in sommige gevallen wel, en in andere gelijksoortige gevallen niet tot een nuchter worden via de AA komt, zullen we pogen uiteen te zetten in par. X.3.

#### **10.2.4 De twaalf tradities**

Terwijl de twaalf stappen het persoonlijke herstelprogramma van de alcoholist omvatten, garanderen de twaalf tradities het verder blijven bestaan van de AA als beweging. Volgens de AA leert de ervaring dat de alcoholist recidiveert, als hij buiten de groep moet leven. Dit wil met andere woorden zeggen dat hij een vogel voor de kat is als de AA-groepen mochten ophouden te bestaan. Of dit werkelijk met de waarheid strookt zou ik zo maar niet durven beweren (cf. hoofdstuk XI). Hoe het ook zij, volgens de AA moet de groep als groep blijven bestaan ; hun voortbestaan is als het ware een *conditio sine qua non* voor de nuchterheid van de alcoholist, zegt de AA. De tradities nu behandelen allerlei problemen, inherent aan de groep als groep, bijvoorbeeld de relaties van de groep met de buitenwereld en met andere groepen.

Zomin als bij de twaalf stappen gaat het hier, volgens de AA, om dogma's, reglementen of verplichtingen. Ook de twaalf tradities zouden volgens de AA-lering enkel suggesties zijn, voortgevloeid uit een proces van 'trial and error'. Zo is het bijvoorbeeld voor geen enkele AA-er een bindend voorschrift de anonimiteit te respecteren, hoewel de twaalfde traditie zulks ten stelligste aanbeveelt. In de kinderjaren van de AA was er trouwens helemaal geen sprake van anonimiteit; vrijwel iedere nuchter geworden alcoholist pronkte in het openbaar met zijn 'genezen alcoholisme'. Kijk maar eens hoe ver ik het geschopt heb! Men werd echter spoedig gewaar dat deze handelwijze uit de toon viel omdat ze tot een opmerkelijk aantal terugvallen aanleiding gaf. Pas toen groeide de idee die nu in de twaalfde traditie gekristalliseerd is, met name: 'Anonimiteit is de geestelijke grondslag van al onze tradities, die de gedachte levend houdt dat de principiële overwegingen voorrang hebben boven persoonlijke'. Hoe al deze tradities evolueerden kan men lezen in een interessante AA-brochure: 'AA-tradition; How it developed'. In 1946 werden de tradities in hun huidige vorm geformuleerd en gepubliceerd.

#### ***De Twaalf tradities***

1. Ons gemeenschappelijk werk moet vooropstaan; persoonlijk herstel is afhankelijk van de eendracht in de AA
2. Wij erkennen in onze groep slechts een uiteindelijke autoriteit : een liefhebbende

God, zoals Hij zich openbaart in het geweten van onze groep. Onze leiders zijn toegewijde dienaren - zij regeren niet.

3. De enige vereiste voor het AA-lidmaatschap is het verlangen om op te houden met drinken.
  4. Elke groep moet autonoom zijn, behalve in aangelegenheden die andere groepen raken dan wel de AA als geheel.
  5. Elke groep heeft slechts een uitgesproken doel: de boodschap door te geven aan de alcoholisten die nog gebukt gaan onder hun drankzucht.
  6. Een AA-groep mag nooit als gemachtigde optreden voor enige bevriende relatie of onderneming of deze financieren of helpen door het gebruik van de naam AA toe te staan, aangezien problemen verband houdend met geld, eigendom of prestige ons afleiden van onze vooropgezette geestelijke doelstelling.
  - 7 Een AA-groep moet zichzelf volkomen bedruipen en bijdragen van buitenstaanders afwijzen.
  8. AA moet zich altijd bepalen tot vrijwillige medewerkers, maar onze instellingen kunnen speciale medewerkers in dienst nemen.
  9. AA als zodanig mag nooit speciaal worden georganiseerd, maar wij kunnen instellingen in het leven roepen of comités die direct verantwoordelijk zijn voor hen, in wier belang zij werken.
  10. AA als zodanig houdt er geen mening op na wat betreft aangelegenheden die niet met de AA verband houden. De naam van AA mag daarom nooit betrokken worden in enig publiek meningsverschil.
  11. Onze gedragslijn inzake publiciteit is meer gebaseerd op persoonlijke werfkracht dan op reclame. Ten aanzien van pers, radio en film moeten wij altijd onze persoonlijke anonimiteit handhaven. De Anonimiteit is de geestelijke grondslag van al onze tradities, die de gedachte levend houdt dat de principiële overwegingen voorrang hebben boven persoonlijke anonimiteit handhaven.
  12. Anonimiteit is de geestelijke grondslag van al onze tradities, die de gedachte levend houdt dat de principiële overwegingen voorrang hebben boven persoonlijke. Deze twaalf tradities zijn, volgens de AA, de beste leefregel om de beweging een lang leven te beschermen. Bovendien sorteert een AA-groep meer effect, kan hij m.a.w. beter alcoholisten helpen, naarmate hij beter de tradities respecteert, doordat hij dan als het ware de echte AA-geest uitstraalt. Tot een beter begrip van de AA lijkt het me dan ook niet overbodig de tradities bondig te belichten.
- Ad 1. Het is zonneklaar dat er in de AA-groep een hechte eenheid moet bestaan. Om

de groepsdynamische processen ten volle te kunnen exploiteren is het volstrekt nodig dat de groep een lijn trekt en niet innerlijk verdeeld is in klikjes. Rivaliteit, spanningen en conflicten kunnen leiden tot dramatische situaties binnenin de groep, ja zelfs tot een volledige breuk. Zonder samenhang is een AA-groep ten dode opgeschreven wat meteen de ondergang impliceert van de meeste aangesloten alcoholisten. Het algemeen belang moet dus primeren, boven de persoonlijke profijtjes.

Ad 2, 8 en 9. De groep erkent slechts een autoriteit, met name een hogere macht, dat wil zeggen een liefhebbende God, zoals Hij zich openbaart in het geweten van de groep. Volgens de AA deelt er in de groepen niemand de lakens uit ; er zijn in feite geen leiders of functionarissen, die de scepter zwaaien en er alles voor het zeggen hebben. Niemand heeft er iets te bevelen of te verbieden ; wat de groep beslist geschiedt, niet wat een of andere knaap ten eigen bate wenst.

Toch ligt het voor de hand dat zelfs in dergelijke informele groepen werk moet worden verricht : er moeten vergaderingen gehouden worden, er moeten contacten gelegd worden met andere groepen enzovoorts. Er moeten dus personen gevonden worden die zorgen voor het schrijfwerk, voor vergaderlokalen, voor koffie en versnaperingen enzovoort. Dat dit alles met heel wat rompslomp gepaard gaat spreekt vanzelf en een minimum aan organisatie is dus vrijwel onvermijdbaar.

Om dit probleem op te lossen stellen de meeste groepen bepaalde leden aan door middel van verkiezingen; de verkozenen dragen dan de verantwoordelijkheid voor deze taken. Zo kennen vele groepen een chairman (voorzitter), een secretaris en een penningmeester. In de regel oefenen deze leden dergelijke prerogatieven slechts gedurende een beperkte tijd uit; meestal worden deze functies bij toerbeurt toegekend aan anderen van de groep ('rotatiesysteem'). Hoe vaak deze rotatie dient plaats te vinden is een zaak die elke groep voor zich moet uitmaken; mij persoonlijk lijkt dat een tijdsspanne van zes maanden niet te lang of te kort is.

De AA vindt het wenselijk deze functies zoveel mogelijk toe te vertrouwen aan nieuwelingen, tenminste als ze al een tijdje nuchter zijn: dit stimuleert hun zin voor actieve medewerking. Het rotatiesysteem werd klaarblijkelijk door de AA ingesteld om te beletten dat bepaalde individuen machtsposities zouden innemen.

Alcoholisten dienen immers ootmoedig te blijven en niet te gaan lijden aan zelfoverschatting en prestige, wat het gevaar voor recidives in de hand werkt. Toch is het niet steeds te voorkomen dat bepaalde knapen die goed van de tongriem gesneden zijn en die iets meer overwicht hebben, de leiding nemen of krijgen. Hiertegen is geen bezwaar zolang dit niet ontardt in een soort zucht tot overheersing.

Kunnen kleinere groepen de administratieve taken aan, zonder het uiteindelijke doel 'nuchter te worden en het te blijven' uit het oog te verliezen, dan is dit voor grotere groepen vaak niet meer uitvoerbaar. Deze bezigheden worden dan inderdaad zo tijdrovend dat men een andere oplossing moet vinden. Vaak worden daarvoor speciale werkcomités in het leven geroepen, die dan zorgen voor de administratieve beslommeringen en rekening en verantwoording afleggen t.a.v. de groep.

Tot nu toe behandelden wij de werkverdeling die zich in een AA-groep kan voordoen. Doch er zijn aangelegenheden die niet een groep raken, maar wel de AA als geheel. Bijvoorbeeld: er moet documentatie geschreven, gedrukt en verspreid worden; er moeten inlichtingen verstrekt worden zowel aan pas opgerichte als aan langer bestaande groepen; er moet geantwoord worden aan geneesheren, geestelijken, zakenlieden en andere personen die informatie inwinnen betreffende de AA; er moeten gezonde 'public relations' in het leven geroepen worden om contacten te leggen met Jan Publiek o.m. via de massacommunicatiemiddelen. Het spreekt haast vanzelf dat dit niet het werk kan of mag zijn van elke groep afzonderlijk. Er dient een centrale organisatie opgericht te worden, die zich met deze taken belast en die direct verantwoordelijkheid verschuldigd is aan hen in wier belang zij werkt. Uiteraard gaat het hier enkel om een dienende, d.i. een service verlenende organisatie. Hoewel ze bijgevolg aan geen enkele AA-groep enig bindend voorschrift kan opleggen, wordt deze Centrale organisatie (vaak 'Raad van Advies' genoemd) toch vaak beschouwd als een vraagbaak inzake tradities en worden de uitgebrachte adviezen over het algemeen niet in de wind geslagen. De centrale organisatie heeft dus feitelijk een tweeledig doel:

1. service verlenen en
2. de tradities hoeden.

Zulke centrale organisaties werden zowel op nationaal als internationaal niveau opgericht. Op internationaal niveau vermelden wij 'The General Service Board of Alcoholics Anonymous', die de bewaarder is van de tradities. Vragen omtrent tradities worden steeds graag door deze organisatie beantwoord. Het uitvoerend orgaan is 'The Alcoholics Anonymous General Service Office' dat de verantwoording draagt voor de public relations. Beide zijn gevestigd te New York. Op nationaal vlak kennen zowel Nederland als België een Raad van Advies.

Over de salariering van het in dergelijke diensten werkende personeel zijn de AA-meningen wel eens verdeeld. Voor zover het niet-alcoholistisch personeel betreft is er vanzelfsprekend geen dispuut mogelijk : wie werkt behoort betaald te worden. Maar als er sprake is van alcoholisten tegen bezoldigingen aan te werven gaan sommige AA-leden steigeren. Zij menen namelijk dat dit een regelrechte aanslag betekent op de achtste traditie ; toch snijdt zulks volgens mij geen hout. Waarom



zou een gedeelte van het personeel niet mogen bestaan uit alcoholisten ? Ook zij immers hebben recht op arbeid en ze hebben alvast dit voor op niet-alcoholisten dat ze het probleem kennen. Als het om full employment gaat, zoals in de USA het geval is, is het logisch en rechtvaardig dat de in die diensten tewerkgestelden alcoholisten betaald worden voor hun arbeid, zoals de anderen : Voor gelijk werk behoort gelijk loon. Ten onzent is het probleem der salariëring (nog) niet zo scherp doordat de AA-werkzaamheden niet dermate uitgebreid zijn dat ze een full employment scheppen. Tot nu toe kan het werk inderdaad nog op vrijwillige grondslag geschieden omdat de AA-leden, buiten hun dagtaak, nog voldoende vrije tijd kunnen overhouden voor dergelijke administratieve beslommeringen.

Het opvallende in deze drie tradities is dat de AA theoretisch wel een zeer democratische instelling is. Er bestaat - theoretisch slechts een minimum aan formele organisatie. Noch in de AA-groep an sich of in de centrale organisaties is in reglementen,

voorschriften of regels voorzien : niemand heeft het recht om bevelen te geven of straffen op te leggen. Zo kan bijvoorbeeld geen enkele AA-er als lid geschorst of geroyeerd worden. Niemand ook kan een AA-er verplichten een vergadering bij te wonen.

Ik moge hier echter opmerken dat deze zgn. 'geest van vrijheid' in de AA zeer fraai klinkt, in theorie althans. In de praktijk echter, dunkt mij, ademt de AA een geest van dogmatiek. Hierover meer in hoofdstuk XI.

Ad 3 en 10. Hiervoor zeiden we reeds dat de AA - theoretisch althans - een unieke democratische instelling vertegenwoordigt. Dit blijkt ook uit de derde en de tiende traditie. De enige voorwaarde inderdaad om AA-lid te worden is dat men een alcoholist is die het oprechte verlangen vertoont met drinken op te houden ; geen enkel lid hoeft contributie te betalen. De AA is bijgevolg - in theorie althans - geen exclusieve club, ze staat te allen tijde open voor welke alcoholist ook ongeacht zijn religie, politieke overtuiging, stand, ras of geslacht. De AA als zodanig immers houdt er geen mening op na wat aangelegenheden betreft die niet met de AA verband houden. Zulks ligt eigenlijk voor de hand. Zou de AA dit wel doen dan werd ze ook meteen een exclusieve club omdat dan het gevaar bestaat kandidaat-AA-ers die het met de desbetreffende AA-mening niet eens zijn, voor de horst te stuiten. Zo wordt hen alle lust ontnomen ooit nog in contact te treden met de AA.

Toch wil ik de aandacht erop vestigen dat de groepen ten onzent minder gemêleerd zijn, doordat alcoholisten uit de verschillende bevolkingslagen zich niet zo goed in groepsverband verenigen als dat in de USA het geval is. Vooral de beter gesitueerde alcoholisten zijn hiervan het slachtoffer; high brow alcoholisten bijvoorbeeld

hebben het vaak niet makkelijk zich in een groep te incorporeren. De andere groepsleden stoten ze weliswaar niet uit maar toch voelen ze er zich vaak als een vreemde eend in de bijt. Ook voor vrouwelijke alcoholisten is dit soms het geval : in de USA neemt ongeveer 1 vrouw op 5 mannen deel aan de AA-groepsbijeenkomsten, maar wat België en Nederland betreft is het aantal vrouwelijke AA-leden vrij laag. (In België werd dit probleem gedeeltelijk ondervangen door de oprichting van AA-groepen voor vrouwen. Dergelijke groepen bestaan op het ogenblik te Antwerpen, Kortrijk en Roeselare (medio 1969).).

Er zijn twee scheve begrippen over de AA die in tamelijk hoge mate verbreid zijn. Het eerste beschouwt de AA als een religieus genootschap, het andere voor een drankbestrijdersvereniging. De bespreking van de tiende traditie lijkt mij de meest geschikte plaats om deze onjuiste voorstellingen recht te zetten.

Hoewel het AA-herstelprogramma ontegensprekelijk gebaseerd is op het aanvaarden van bepaalde spirituele waarden, kan noch mag de AA op dezelfde voet gesteld worden als een religieus genootschap. De AA vereist inderdaad geen bepaalde godsdienstige overtuiging om als lid te worden opgenomen en het AA-lid mag de tweede stap van het programma naar goeddunken interpreteren. De AA heeft geen banden met welke bestaande religie ook, hoewel veel geestelijke autoriteiten de AA-gedachte onderschreven. In de rangen van de AA treffen we zowel protestanten als joden en katholieken aan, ja zelfs een kleine minderheid atheïsten en agnostici.

Evenmin is de AA een drankbestrijdersvereniging of een matigheidsbond of wenst ze zich daarmee te identificeren. AA-ers kunnen zeer goed de zon in het water zien schijnen en hebben helemaal niets tegen alcohol en alcoholgebruik, alleen drinken ze zelf niet, omdat ze weten dat ook maar een glaasje alcoholhoudende drank voor hen de terugval vertegenwoordigen kan. Zo schrijft Jack ALEXANDER: Wanneer een AA-er bezoek krijgt of een instuif geeft, schenkt hij bier of borrels aan zijn gasten, of als hij een 'uitje' heeft, gaat hij met vrienden naar het café; hijzelf drinkt dan limonade of koffie... Ik ken een verkoopsleider, AA-lid, die zelf de cocktails mixt op zijn jaarlijkse clubvergadering en naderhand de beschonkenen met zijn wagen naar huis rijdt...' Dat men zich omtrent dit aspect van de AA vergist wordt begrijpelijker als men overweegt dat vele mensen niet eens de zin van de afkorting AA kennen; vaak wordt gedacht dat AA zoiets betekent als antialcoholisten.

Ad 4,6 en 7. De AA-groepen zijn geheel autonoom en onafhankelijk van elkaar. Iedere groep heeft zijn eigen gewoonten en werkwijzen. Elke groep kookt met andere woorden zijn eigen potje en erkent maar een autoriteit: een liefhebbende God, zoals deze zich openbaart in het geweten van de groep. Enkel in aangelegenheden die andere groepen raken of de AA als geheel wordt een

gemeenschappelijke houding uitgestippeld.

De zesde traditie behoeft, zo dacht ik, geen nadere toelichting omdat ze voor zichzelf spreekt. Toch wil ik opmerken dat men hieruit niet tot het besluit mag komen dat de AA haar samenwerking zou weigeren aan projecten voor hulp aan alcoholisten, uitgaande van andere instellingen dan de AA. De AA verleent integendeel volgaarne zulke medewerking, maar dan onder het motto: 'Cooperation but not affiliation'. De AA is dus wel bereid mede te werken, maar ze affilieert nooit. Deze politiek wil een politiek van outsiders in de AA voorkomen en op deze wijze beletten dat dezen het er voor het zeggen zouden hebben. Volgens de AA zou dit alleen maar leiden tot controversen en terugvallen.

Het is trouwens ook op grond van deze beschouwingen dat de AA zichzelf behoort te bedruipen en bijdragen van buitenstaanders ook legaten - dient af te wijzen. Enkel vrijwillige bijdragen van de leden worden aanvaard ten einde diverse kosten te dekken, zoals bijvoorbeeld de huur van vergaderzalen, de consumptie zoals koffie en allerlei versnaperingen, de aankoop van brochures enzovoort. Daarvoor houdt men aan het einde der vergadering een collecte, meestal 'met de hoed' en een ieder draagt bij wat hij wil : 5 frank, een kwartje of helemaal niets.

Ad 5. We hebben er reeds herhaaldelijk over gesproken en we kunnen er niet genoeg op blijven hameren dat het enige doel van de AA is of althans zou moeten zijn : nuchter te worden en het te blijven. Een der hulpmiddelen die de nuchterheid in de hand werken, zo leerde ons de twaalfde stap van het AA-herstelprogramma, zou het helpen van andere alcoholisten zijn. Als deze twaalfde stap werkelijk zo gewichtig is als ons wordt voorgehouden dan behoort de vijfde traditie als het ware een der hoofdbekommernissen van de groep uit te maken. Dit impliceert m.i. onder meer dat de groep een aanzienlijk gedeelte van zijn administratieve werkzaamheden aan de gesproken en geschreven informatie moet besteden. De AA is inderdaad bij machte een belangrijke rol te spelen bij de verspreiding van de ziekteconceptie van het alcoholisme, waarbij - moet dit eigenlijk nog gezegd worden - hoofdzakelijk de nadruk dient te worden gelegd op de kennis van de vroegste symptomen. Hoewel dit informatieve aspect van de AA zeer reëel is, wordt het jammer genoeg wel eens uit het oog verloren.

Ad 11 en 12. Deze twee tradities handelen over de anonimiteit. Een der pijlers van de AA.

De eerste vijf jaar van haar bestaan (1935-1939) droeg de beweging helemaal geen naam; ze ontleende die pas aan het in 1939 gepubliceerde 'Alcoholics Anonymous' ('The Big Book'), waarin diverse alcoholici hun drinkcarrières beschreven. Het boek kende een aardig succes en werd een eerste stimulus voor de groei van de

beweging. Een tweede stimulus was ALEXANDERS befaamde in 1941 in 'The Saturday Evening Post' verschenen artikel.

Het mag ons als leek misschien vreemd in de oren klinken dat de AA-ers zichzelf nog steeds als alcoholist beschouwen, vooral als we weten dat de AA leden telt die al meer dan twintig jaar nuchter zijn. Toch wordt deze zienswijze begrijpelijk als we het AA-adagium indachtig zijn : 'Eens een alcoholist, steeds een alcoholist'. In de AA kent men geen ex-alcoholisten, alleen maar nuchtere of nog actieve. Slechts een glas, zegt de AA, scheidt een nuchtere alcoholist van de terugval, zelfs al dronk hij zijn laatste glas twintig jaar geleden. AA-ers vertellen u graag het verhaal van een vijftwintigjarige alcoholist - het kan ook dertig geweest zijn, die aan lagerwal was, plotseling het besluit nam niet meer te drinken en daar, in zijn eentje, ook in slaagde. Hij werd een ware werkduivel en boerde dermate goed dat hij zijn schaapjes op het droge had toen hij vijfenvijftig werd. Toen vond hij dat het welletjes was en dat hij het er eens goed van kon nemen. Hij liet een pracht van een villa bouwen, voorzien van het meest moderne comfort en kocht zich een peperdure slee. Kortom hij leidde een leven als God in Frankrijk. Hij dacht: 'ik heb nu dertig jaar niet meer gedronken, alles ging prima, en of schoon ik niet van plan ben opnieuw te gaan zuipen, vraag ik me toch af waarom ik me aan tafel niet te goed zou mogen doen aan een lekker wijntje en 's avonds niet aan een klein slaapmutsje. Zijn vreugde bleek echter van korte duur, want alras dronk hij opnieuw als een tempelier en voor het jaar om was had hij er, door zijn drinken, het leven bij ingeschoten.

Begrijpen we dus waarom de AA-ers zich nog steeds alcoholist noemen, dan rest ons nog de vraag wat de term 'anoniem' in de afkorting AA komt doen, met andere woorden waarom wensen de AA-ers anoniem te zijn ?

De AA-ers wensen anoniem te zijn omdat uit de AA-ervaring is gebleken dat alleen de anonimiteit de instandhouding van de beweging kan waarborgen. Leden die de anonimiteit prijsgeven lopen in hoge mate kans te recidiveren omdat ze een der elementaire AA-begrippen verwaarlozen, met name de nederigheid. Een AA-er dient er zich wel bewust van te blijven dat hij een nietige aardworm is, die geen glaasje alcohol aankan. Het schenden der anonimiteit nu doet de nederigheid in het gedrang komen. De AA-er loopt immers de kans bekend te worden bij het grote publiek als een 'genezen' alcoholist met naam en toenaam, ja soms zelfs met foto's in de krant. Als de alcoholist op dat ogenblik bewierookt en opgehemeld wordt, zoiets in de zin van 'kijk eens hoe ver die knaap het geschopt heeft', dan ontstaat er gevaar voor terugvallen. Als de alcoholist niet opgewassen is tegen de druk van zijn populariteit, doordat zijn eigenliefde gestreeld wordt, wordt er inderdaad een uitermate explosieve toestand geschapen. De alcoholist leeft dan bij manier van spreken op een vulkaan die elk moment tot uitbarsting kan komen. Maurice, een

Franstalig AA-er zei hier over ooit: 'Certains alcooliques doivent apprendre a boire de l' eau sans devenir orgueilleux'.

Dit is niet de enige reden der anonimiteit. Vele alcoholisten zouden waarschijnlijk weigerachtig zijn om voor hulp bij de AA aan te kloppen, als ze niet zeker waren van een volkomen discretie. Tot hun geruststelling zij gezegd dat wat in de AA-keuken gebeurt vrijwel nooit op straat gebracht wordt ; de meeste AA-ers klappen niet uit de school. De anonimiteit en de 'geheimen' van de AA worden over het algemeen zeer goed door de leden gerespecteerd. De AA mag, met de hand op het hart, verklaren dat het vertrouwen van de nieuweling door de AA-ers niet geschonden wordt. De leden begrijpen immers het beste de moeilijkheden van de neofiet ; ze herinneren zich hun eigen angsten om in het openbaar te worden gedoodverfd als 'alcoholist', dat een schrikwekkend woord was in hun ogen. In de anonimiteit ligt overigens ook de reden waarom de AA-ers elkaar bij hun voornaam noemen.

Bij de praktische toepassing van de anonimiteit onderscheidt de AA twee situaties, te weten:

1. de anonimiteit t.a.v. de openbaarheid, d.i. de public relations;
2. de anonimiteit t.a.v. de dagelijkse omgeving.

De anonimiteit dient enkel strikt in acht genomen te worden in zoverre het de openbaarheid i.e. de public relations betreft. In de dagelijkse omgeving van de alcoholist (werkgever, vrienden en kennissen, familie) speelt de anonimiteit geen rol en is het integendeel sterk aan te raden te vertellen dat men niet meer drinkt resp. AA-er is geworden. Zo schakelt men gelegenheden tot drinken uit. Immers hoe kunnen vrienden en kennissen weten dat de alcoholist niet meer drinkt als hij het ze niet heeft gezegd ? Als de nieuwbakken AA-er geen blad voor de mond neemt dan zullen ze meestal niet aandringen om toch te drinken - en in de eerste dagen der nuchterheid valt het soms hard te weigeren. Als het nieuwe AA-lid deze politiek t.a.v. zijn dagelijkse omgeving niet durft te volgen, bijvoorbeeld uit (ingebeelde !) schrik zich belachelijk aan te stellen, dan kan hij zich maar het liefst geen illusies maken.

Zijn omgeving zal de kentering snel genoeg ontdekken. De meeste alcoholisten genoten toch al een slechte reputatie op het ogenblik dat ze zich bij de AA aansloten; het is zeldzaam dat hun drinken een goed bewaard geheim bleef. De alcoholist moet er zich bijgevolg niet over verwonderen dat hij met zijn nuchterheid over de tong gaat. Soms spottend, soms afgunstig, maar vaker nog met respect.

Wat de public relations daarentegen aangaat, beveelt de AA het nauwgezette naleven van de anonimiteit aan. Als een AA-er contacten legt met pers, radio, film, TV.

enzovoort dan valt de juiste gedragslijn, volgens de AA, uiteen in twee mogelijkheden :

1. Ofwel spreekt de AA als AA-er, noemt zich dan alleen bij de voornaam en verzwijgt zijn naam en toenaam.
2. Of wel spreekt hij als meneer Peeters of Janssens en verheelt zijn AA-lidmaatschap.

Nochtans staat het hem vrij een andere, door de AA afgekeurde gedragslijn te volgen, met name: zeggen dat hij, meneer Peeters of Janssens, tevens lid van de AA is. De AA kan hem inderdaad niets verbieden, enkel maar de correcte weg suggereren. Volgens de AA evenwel moeten we bedenken dat het sterke benen zijn die de weelde kunnen dragen.

Tenslotte moge nog worden opgemerkt dat de AA meer voelt voor persoonlijke werfkracht dan voor groots opgezette publiciteitscampagnes; leringen wekken, voorbeelden trekken, oordeelt de AA, misschien wel terecht. Dit wil uiteraard niet zeggen dat de AA een goede voorlichting versmaadt.

### **10.2.5 Wat kan de AA voor de alcoholist doen ?**

Een goed gerichte AA-therapie kan heel wat voor de alcoholist doen, zoals blijkt uit een aan ESSERS 'Alcoholisme' ontleende tekst. Ik citeer verbatim en litteratim :

1. De AA geeft hoop. Het is werkelijk mogelijk voor een alcoholist om niet te drinken. Kijk maar eens naar deze welvarende AA-man, die al in een paar jaar niet gedronken heeft.
2. De AA geeft inzicht in hetgeen alcoholisme is : een verslavingsziekte. Dit ziekte-inzicht neemt een ondraaglijke last van de schouders van de aan alcohol verslaafde af.
3. De AA geeft een goede gelegenheid aan nieuwe leden tot identificatie, d.w.z. zich te identificeren met andere leden van de groep (leidende figuren van de groep). Het eenzaamheidsgevoel wordt hierdoor weggenomen. Hij behoort weer ergens bij.
4. Hij krijgt een maatschappelijke status terug en wordt terstond geaccepteerd.
5. De twaalf stappen geven hem een werkprogramma. Ze zijn voor alles een toetssteen voor zijn vorderingen op de weg naar herstel en daarnaast stappen van inzicht. De vrije tijd van de alcoholist wordt nu gevuld met werken voor de gemeenschap van anonieme alcoholisten. Het zelfrespect wordt herwonnen, en zijn

gedrag dwingt ook bewondering af bij niet-alcoholisten.

6. De AA leert de alcoholist 24 uur niet te drinken. Aan het einde van iedere dag kan hij met voldoening terugzien op het met succes volbracht hebben van een niet te zware taak. Van zijn beloften nooit meer te zullen drinken was nimmer iets terechtgekomen.

7. De AA-bijeenkomsten zijn een vorm van besloten 'groepstherapie'. Ze zijn natuurlijk geen therapie in de enge betekenis van het woord, maar wel een middel om via de dynamiek van de groep tot een betere aanpassing te komen.

8. Men krijgt weer een hobby. Door een ander met succes te helpen stijgt het gevoel van eigenwaarde nog meer.

9. Het samenwerken in groepsverband brengt de alcoholist terug in een soort groot gezin.

10. De alcoholist leert hier weer zijn leven over te geven aan een macht die groter is dan hijzelf is. Gebed, kerk en geloofsleven krijgen voor het eerst of opnieuw zin voor de drinker.

Mijns inziens mag hier nog een andere creditpost geboekt worden, namelijk de daadwerkelijke en zelfvergetende AA-hulp die, in tegenstelling met bijvoorbeeld psychiatrische bijstand, 168 uur per week ten dienste van de drinker staat. Als hij in moeilijkheden verkeert, mag hij inderdaad te allen tijde bij een of ander AA-lid aankloppen. Dit is ongetwijfeld een belangrijk voordeel van de AA

### **10.3 Disfuncties van de AA**

Tot nu toe heb ik getracht een beeld te schetsen van de AA zoals ze zichzelf graag ziet en in de vorige paragraaf heb ik, aan de hand van ESSERS overwegingen, het positieve in de AA onderstreept. Om de objectiviteit recht te laten wedervaren, meen ik dat het mijn plicht is ook de keerzijde van de medaille te bekijken. Niet bij iedere alcoholist functioneren de groepsdynamische processen van de AA en, vaker dan wellicht gedacht wordt, komt zulks mijns inziens op rekening van de AA zelf.

Waarom nu deze groepsdynamische processen het niet bij iedere alcoholist doen is het vraagstuk dat we in deze paragraaf zullen aansnijden.

In de grond is de therapie van het alcoholisme een therapie van 'alles of niets'. Of wel drinkt de alcoholist helemaal niet meer en is hij chemisch resp. gelukkig nuchter ofwel blijft hij integendeel verder drinken. Of om het met andere woorden uit te drukken : de therapie van het alcoholisme is succesvol of ze is het niet d.w.z. ze leidt of wel tot gunstige of wel tot ongunstige resultaten.

Als de AA-therapie goed functioneert brengt ze de stabilisatie i.e. de gelukkige

nuchterheid teweeg, waarin een toestand geschapen wordt van 'peace of mind' ; d.w.z. dat de alcoholist gemetamorfoseerd wordt in een weer aan de sociale normen aangepast individu, dat helemaal geen alcoholproblemen meer kent (zoals CAIN zegt: 'He can forget about it'). Terloops zij gezegd dat de gelukkige nuchterheid ook tot stand kan komen via andere kanalen.

Soms schiet de AA-therapie tekort en komt het tot ongunstige resultaten, dat wil zeggen

1. of wel wordt de alcoholist helemaal niet nuchter
2. ofwel wordt de alcoholist alleen maar chemisch nuchter en dan bevindt hij zich op een terrein met voetangels en klemmen. We wezen er reeds herhaalde malen op dat dit soort nuchterheid inderdaad niet voldoende is om nuchter te blijven. Bij alcoholisten die alleen maar chemisch nuchter zijn zonder meer behoren multiple terugvallen niet tot de zeldzaamheden.
3. ofwel kent de alcoholist periodes van (uiteraard chemische) nuchterheid, afgewisseld met langdurige drinkperiodes (multiple terugvallen). Uiteindelijk zijn ook hier twee mogelijkheden: Of hij wordt gelukkig nuchter Of hij blijft verder drinken. Deze multiple terugvallen kunnen voortvloeien uit de vorige categorie. In deze derde klasse komen helaas nog te veel alcoholisten voor. Het is mijn overtuiging dat veel meer alcoholisten gelukkig nuchter zouden kunnen worden mits een betere therapie zou worden angewend (mag ik het herhalen : AA is een onderdeel van een alcoholbehandeling, niet de essentie ervan !).

Een of meer terugvallen mogen wij niet a priori als een ongunstig resultaat beoordelen. Terugvallen komen in feite vaak als een normaal verschijnsel in het begin van een behandeling voor. Vele auteurs (ESSER, REYSS-BRION) stellen zelfs dat een goede therapie terugvallen impliceert.

Een en ander hangt natuurlijk ook af van het 'productief inzicht'. Het aantal alcoholisten dat via de AA tot gunstige resultaten komt kennen we niet, omdat tot nu toe hiervan nooit een ernstige studie gemaakt werd. Het ons hierover bekende cijfermateriaal is dus noodgedwongen gebaseerd op schattingen, die uiteraard nogal sterk uiteenlopen. Bepaalde AA-bronnen maken gewag van 75% gunstige resultaten, andere auteurs houden het op 50%, terwijl nog anderen deze raming aan de hoge kant vinden en 30-40% vooropzetten. De vraag die zich opdringt is natuurlijk: wat verstaan wij onder 'gunstige resultaten' ? Bedoelen de auteurs de chemisch nuchtere alcoholist of de gelukkig nuchtere ? Mijn persoonlijke evaluatie is dat er door de AA-therapie alleen 30 % alcoholisten chemisch nuchter wordt en dat het percentage van de in en door de AA gelukkig nuchter geworden alcoholisten zeker niet meer bedraagt dan 5 %, ten hoogste 10 %. Hierbij dient te worden vermeld dat deze schatting berust op een vijfjarige ervaring met -weliswaar - slechts



een AA-groep van om en nabij 80 – 100 leden (Vlaamse AA-groep te Brussel).

We attendeerden reeds op de klassieke AA-lering der terugvallen, die deze doodverft als het gevolg van een ‘wishful thinking’. Ik meen dat de zaken niet zo simplistisch mogen worden voorgesteld. De multipele terugvallen of de totale mislukking in de AA-therapie komen, zo dacht ik, op rekening van een aantal oorzaken, waarvan ik zal trachten de voornaamste op te sommen. Vooraf wens ik een onderscheid te maken tussen :

1. oorzaken te wijten aan de alcoholist en
2. oorzaken te wijten aan de groep.
  1. Oorzaken te wijten aan de alcoholist
    - a. Gebrek aan ziekteinzicht. Dit is, volgens mij, een van de meest voorkomende oorzaken. In AA-terminologie betekent dit dat de alcoholist de eerste stap van het AA-herstelprogramma niet kan zetten. De drinker begrijpt niet dat hij alcoholist is en voelt dan ook helemaal geen behoefte met het drinken op te houden.

Vaak kwam hij enkel en alleen naar de AA om iemand plezier te doen. Hier past de spreuk : ‘Wat baten kaars en bril als de uil niet zien en wil ?’ Het zetten van de eerste stap behelst natuurlijk eveneens dat de alcoholist beseft dat hij nooit meer zal kunnen drinken. Soms ziet de drinker wel in dat hij zou moeten ophouden met drinken, maar kan hij er zich niet bij neerleggen dat juist hij alcoholist is. Als ik dit anders mag uitdrukken zou ik zeggen dat zijn verstand het wel snapt, maar dat hij als het ware te hoogmoedig is om in de waarheid te berusten, omdat hij zichzelf altijd op een voetstuk gezien heeft.
    - b. Gebrek aan intelligentie. De alcoholist moet bij machte zijn een minimum aan begrip op te brengen om het AA-Programma te begrijpen. Het ligt voor de hand dat debielen, imbecielen of idioten bij de AA geen baat zullen vinden voor hun drankzucht. Evenmin zullen geestelijk zwaar-gehandicapten (schizofrenen, epileptici, psychopaten e.d.) of knapen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (e.g. dwangneurotici) geholpen worden.
    - c. Gemis aan morele waarden. Om in staat te zijn een hogere macht te aanvaarden, moet men morele waarden bezitten. Vele alcoholisten struikelen over het godsbegrip, of schoon dit, zoals we reeds opmerkten, zeer ruim geconcipieerd mag worden.
    - d. Tekort aan contact met de groep. Indien men duurzame resultaten beoogt, spreekt het vanzelf dat een geregeld contact met de groep onmisbaar is. Hoe zouden in godsnaam anders de groepsdynamische processen hun effect kunnen sorteren. Een tekort aan contact kan liggen zowel op kwantitatief als op kwalitatief terrein. Als de drinker niet vaak genoeg de

groepsvergaderingen bijwoont, kunnen we spreken van een kwantitatief tekort aan contact. In de grond zijn er wel geen vaste regels voor het aantal bij te wonen vergaderingen, want dit moet een ieder voor zichzelf uitzoeken, maar toch is een minimum vereist omdat het gevaar voor terugvallen immens groot is als de AA-er de groep in de steek laat. In het begin van de aansluiting bij de AA zijn wekelijkse vergaderingen aan te bevelen, nadien zou, althans volgens mij, een AA-er minstens om de maand naar de vergadering dienen te gaan. Hoofdzaak is dat de drinker verbonden blijft met zijn groep tot hij werkelijk gelukkig nuchter is. Helaas verlaten sommige drinkers de AA voor ze echt gelukkig nuchter zijn, dat wil zeggen voor de toestand bereikt is die CAIN noemt : ‘he can forget about it’.

Bij het kwalitatieve tekort liggen de zaken anders: de drinker woont wel voldoende de vergaderingen bij maar dat gebeurt niet in de diepte. Hij blijft niet in staat echt deel uit te maken van de groep en kan niet actief meewerken. Er komt geen reëel contact tot stand en daardoor kan hij zich niet incorporeren.

- e. Grübeln. Sommige alcoholisten recidiveren tengevolge van wat de Duitsers ‘grübeln’ noemen. Dat wil zeggen dat ze recidiveren door steeds maar te piekeren over het primum mobile van hun drinken. Het zijn als het ware je reinste herkauwers ! Dat ze uiteindelijk met al hun gepluis en gewroet in een kringetje rondraaien hoeft ons niet te verwonderen. Niemand is er ooit in geslaagd de diepste oorzaak van zijn drinken aan het licht te brengen.
- f. Culpabilisatie. Dit aan rechter C. VERSELE ontleende begrip slaat op overdreven schuldgevoelens. Soms verwijt de alcoholist zich dat hij het veel verder zou gebracht hebben als hij niet gedronken had. ‘Als ik niet zo gezopen had, zou ik dit of was ik dat...’ Het hoeft wel geen betoog dat een dergelijke irreële en steriele visie geen zoden aan de dijk zet. Integendeel. Zo’n houding impliceert het gevaar van terugvallen. De alcoholist moet leren beseffen dat gedane zaken geen keer nemen, dat gisteren voorbij is en dat alleen vandaag telt, vandaag alleen.
- g. Gezinsfactoren. We merkten reeds herhaaldelijk op dat de dagelijkse omgeving van de alcoholist een grote rol speelt in zijn leven. Een begrijpende omgeving kan de nuchterheid van de alcoholist in hoge mate bevorderen. Als de alcoholist daarentegen moet optornen tegen het onbegrip van zijn omgeving, is het voor hem soms een harde noot om te kraken. We kunnen ons levendig voorstellen dat het bepaald moeilijk wordt voor een drinker, als zijn vrouw hem steeds maar weer zijn verleden blijft aanwrijven, niettegenstaande hij bijvoorbeeld reeds zes maanden nuchter is. Evenmin,

meen ik, valt het hem gemakkelijk altijd maar het eerste glas te weigeren, waarvan hij weet dat het fataal voor hem is, maar dat zijn niet-begrijpende echtgenote hem tijdens een of ander feestje halsstarrig wil opdringen. ‘Op een instuif als deze mag je nou toch wel eens een enkel glaasje drinken, schattie ! ! Misschien weet het mens niet beter en meent ze het bovendien nog goed met hem, maar het hoeft wel niet gezegd te worden dat dergelijke handelwijzen de alcoholist ernstig kunnen dwarsbomen in zijn stabilisatieproces, vooral in het begin. Als hij

niet vast in zijn schoenen staat en niet durft door te bijten kan het onbegrip van zijn omgeving tot multipele terugvallen of tot totale mislukking leiden.

- h. De sociale druk (‘het menselijk opzicht’). De angst om door zijn vroegere vrienden en kennissen te worden geridiculiseerd brengt soms terugvallen teweeg, vooral als de alcoholist geen haar op de tanden heeft. Te noteren valt dat de hier opgesomde oorzaken ook redenen voor terugvallen kunnen zijn bij alcoholisten die geen AA-therapie ondergaan.

## 2. Oorzaken te wijten aan de groep

- a. Gebrek aan medische hulp. Ik kan er niet genoeg de nadruk op leggen dat de AA eigenlijk slechts een onderdeel vormt van de alcoholbehandeling : medewerking met de medici is in hoge mate noodzakelijk. Te meer daar juist het gebrek aan medische hulp een belangrijk percentage van de terugvallen vertegenwoordigt bij de AA-therapie.
- b. Gebrekkige groepseenheid. Op de relevantie van de groepscohesie, het saamhorigheidsbesef, COOLEYS ‘wijgevoel’, kunnen we niet vaak genoeg terugkomen. Als het waar is dat de AA-methode berust op groepstherapeutische principes dan volgt daaruit dat de therapeutische groep een d.i. goed samenhangend dient te zijn. Conflicten, spanningen en kliekgeest begunstigen allerm minst de groepscohesie en het is dan ook zonder meer duidelijk dat dergelijke situaties een voedingsbodem par excellence vormen voor terugvallen.

Een fraai voorbeeld van het in gevaar brengen van de groepseenheid haalt BALES aan. Bepaalde individuen die hun gehele omgeving domineren en niet alleen goed van de tongriem zijn gesneden maar bovendien ook hun eigen visie volgen, slagen er soms in een groep naar hun hand te zetten. Ze stellen reglementen op, boren alle hun onwelgevallige initiatieven de grond in, kortom ze zwaaien er de scepter. Het is buiten kijf dat dit onvermijdelijk tot ernstige conflicten binnenin de groep leidt, waarbij verscheidene AA-ers kunnen recidiveren en soms zelfs de hele groep te niet gaat.

c. Inadequaat toegepast Sponsorship. Het Sponsorship vertegenwoordigt in de AA een vitale relatie; het speelt een gewichtige rol met een dubbel karakter. Ten eerste is het Sponsorship het middel bij uitstek voor de voortplanting van de groep en ten tweede bekleedt het een centrale plaats in het therapeutische proces van de individuele alcoholist, op basis van een 'vader-kind' -verhouding. De sponsor en zijn protégé kunnen inderdaad vergeleken worden met een vader en zijn kind. De sponsor is de vraagbaak voor het nieuwe AA-lid 'hij is zijn gids en zijn raadsman', hij licht hem voor en hij helpt hem.

Nieuwe leden die incorrect geïnformeerd of door de sponsor en de andere groepsleden niet voldoende gesteund worden, kunnen dan ook recidiveren.

Toch meen ik, en hierover ben ik het met BALES eens, dat er in het Sponsorship een dualisme voorhanden is. Behalve de voornoemde positieve karakteristieken treft men er ook een potentiële bron van jaloezie aan, wat tot terugvallen leiden kan. BALES staft deze visie aan de hand van diverse voorbeelden. Ik citeer: '... Als de sponsor een protégé krijgt, wordt die man als het ware zijn 'baby'. Bij de komst van een tweede 'baby' voelt de eerste zich soms verwaarloosd - al dan niet terecht. Hoe het ook zij, om weer de aandacht voor zich op te eisen, kan het voorvallen dat de eerste 'baby' uitschuift...' Een andere crisistoestand kan geschapen worden als de protégé zich van zijn sponsor vervreemdt omdat hij zich meer aangetrokken voelt tot, ja zelfs geheel oor is voor de visie van andere groepsleden. Ditmaal kan de sponsor zelf 'uitschuiven' tengevolge van wrokgevoelens of om in het oog te vallen... Een andere benarde situatie kan zich voordoen op het ogenblik dat de 'baby' de kinderschoenen ontgroeid is en zichzelf bedruipen kan. Hij wordt nu op zijn beurt sponsor en soms zelfs een succesvollere en productievere dan zijn eigen peet, die zich dan oud, voorbijgestreefd en tekort gedaan kan voelen. Dit tekort poogt hij somtijds te compenseren door een topfunctie te viseren in de groep, waar hij zich dan kan koesteren in het respect en de verering, die een 'oud' AA-lid meestal te beurt valt. Als hij daarin evenwel niet slaagt, zoals bij snel groeiende groepen vaak gebeurt, kan hij uitschuiven... Wij mogen niet uit het oog verliezen dat de met respect en verering gepaard gaande topfuncties zo maar niet voor het grijpen liggen. Er is ergens een plafond en bovendien zijn velen geroepen, maar weinigen uitverkoren. Als het plafond eenmaal bereikt is en onze sponsor is niet uit de kou, dan staat de weg open voor politieke conflicten. Er groeien spanningen in de groep, wat het ontstaan van klikjes in de hand kan werken. Deze conflicten kunnen soms elegant opgelost worden door de bestaande klik te

gebruiken als basis voor het stichten van een nieuwe groep, liefst in een andere omgeving. Wordt dit procédé niet gevolgd dan vormt de kliek in de groep een mogelijke bron van emotionele stoornissen, zoals ongezonde competitie, afgunst en wrok, wat terugvallen kan teweegbrengen...'

- d. Het bestaan van een intellectuele en sociale barrière. Of schoon het AA-herstelprogramma theoretisch ter beschikking staat van iedereen, kunnen we niet blind zijn voor het voortbestaan van een wezenlijke intellectuele en sociale barrière. We merkten reeds op dat de AA-groepen in de USA heterogener zijn dan ten onzent, dat wil zeggen dat de alcoholisten uit de verschillende Amerikaanse bevolkingslagen zich beter in groepsverband verenigen dan dit bij ons het geval is. In Nederland en België treft men inderdaad grotendeels personen aan uit een klasse, namelijk de volksklasse (dit in tegenstelling met de USA waar alle klassen broederlijk verenigd zijn in een groep). Alcoholisten met brains of beter gesitueerden gevoelen zich in dit min of meer homogene milieu niet zo snel thuis, hoewel ze er eigenlijk niet verstoten worden. Toch kan ik me zeer levendig voorstellen hoe een grootindustriële of iemand met een flinke intellectuele bagage, e.g. een professor, zich moet voelen in de omgang met minder ontwikkelde lieden, op vergaderingen waar steeds maar dezelfde goedkope waarheden en dooddoeners herhaald worden en waar elk transcendent gesprek stuit op een muur van onbegrip of wantrouwen. Ongetwijfeld is er een zekere graad van ootmoed vereist en of de alcoholist nu rijk of arm is, highbrow of lowbrow, alcoholist is hij en blijft hij. Toch dienen we rekening te houden met de realiteit : er bestaat effectief een intellectuele en sociale barrière, die, mijns inziens, aansprakelijk gesteld moet worden voor sommige terugvallen. Als deze barrière niet uitgewist kan worden dan is het de plicht van de AA te overwegen of er geen andere oplossingen voorhanden zijn om dergelijke personen in een groep te incorporeren. Las ik daar bijvoorbeeld niet dat er in de USA, de bakermat der AA, een groep bestaat uitsluitend voor medici ?
- e. Lage tolerantie van bepaalde AA-groepen t.a.v. terugvallen. Of schoon de AA het alcoholisme wel beschouwt als een chronische ziekte, leggen bepaalde AA-groepen een lage tolerantie aan den dag t.a.v. terugvallen. Als een lid in dergelijke groepen 'uitschuift' wordt hij bekritiseerd en op de vingers getikt. Het is dan ook evident dat de in dergelijke groepen 'uitgeschoven' AA-ers in het vervolg liever als een graf zullen zwijgen. Daardoor vervreemden ze natuurlijk van de groep wat tot hun totale mislukking in de AA-therapie leiden kan.
- f. De dogmatische en rigide houding van de AA of schoon de AA er prat op

gaat dat ze iedereen in zijn doen en laten volkomen vrij laat - de zogenaamde unieke democratische instelling - kan een scherp waarnemer zich niet van de indruk ontdoen dat de AA verstart in een dogmatische en rigide houding, waar voor een reële vrijheid van gedachten geen plaats meer overblijft met het gevaar dat juist daardoor vele alcoholisten niet meer geholpen zullen kunnen worden. Ik wil er met klem op wijzen dat deze dogmatische en rigide houding zeer zeker niet in de oorspronkelijke bedoeling lag van de AA-stichters, maar dat ze op rekening komt van bepaalde sociologische processen.

Laten we het voorlopig bij deze overwegingen houden, het hoe en het wat zullen we trachten bloot te leggen in het volgende hoofdstuk. Daarna zullen wij trouwens pogen een evaluatie van de AA-therapie voorop te zetten.

- g. Een andere oorzaak van terugvallen meent CASSELMAN (Leuven, 1969) het feit te zijn dat de AA-groepstherapie zonder therapeut werkt. Volgens hem leidt dit : (Persoonlijke mededeling)
1. ofwel tot goed functionerende groepen die zich echter inkapselen in een soort 'splendid isolation' zodat de groep niet verder uitgroeit en kandidaat-AA-ers in de kou laat staan.
  2. ofwel slecht functioneerde groepen doordat de therapeut als moderator ontbreekt. Zo ontstaan er in de groep spanningen, conflicten en wrijvingen waardoor de groep uiteenvallen kan.

Als oplossing stelt CASSELMAN twee mogelijkheden voorop :

1. de bestaande AA-groepen werken met een therapeut samen
2. er moeten therapeutische groepen opgericht worden buiten de AA

In Leuven werd deze laatste richting ingeslagen omdat de AA daar de samenwerking met therapeuten pertinent van de hand wees. Dit wijst, zo dacht ik, inderdaad op een zeer dogmatische houding, omdat de AA er in feite van uitgaat dat alleen alcoholisten in staat zijn andere alcoholisten te helpen. Wat verkeerd is. Dat wordt ons duidelijker in hoofdstuk 11.

Tot besluit van deze paragraaf moge ik opmerken dat ik enkel geprobeerd heb u de voornaamste disfuncties van de AA te schetsen zonder aanspraak te maken op volledigheid. Ik ben er mij volkomen van bewust dat er waarschijnlijk nog andere hier niet besproken disfuncties bestaan.

## ***11 COMMENTAAR EN EEN POGING TOT EVALUATIE VAN DE AA-THERAPIE.***

Wat de AA-therapie betreft hebben wij tot hertoe enerzijds de AA-klok horen

luiden : wij hebben gezien wat de AA voor de alcoholist kan doen. Anderzijds hebben wij ook geleerd dat de groepsdynamische processen niet bij elke alcoholist goed functioneren. Wij hebben dus het pro en het contra gehoord en met deze gegevens als basis, wil ik nu pogen de balans op te maken van de werkelijke waarde van de AA als therapeutische methode. Het ligt voor de hand dat deze evaluatie strikt subjectief is ; ik heb niet de pretentie te beweren dat deze visie de juiste is.

Dat de AA soms een therapeutisch succes heeft staat wel vast. Toch rijst de vraag of dit niet van uit een te eng standpunt bekeken wordt. De loutere onthouding van alcohol mag dan misschien door sommigen als een therapeutisch succes worden beschouwd, toch gaat het niet alleen om de drankzucht zelf maar ook om de psychosociale stoornissen die erachter schuilen, om een beeldspraak van ESSER aan te halen : de drankzucht dient vaak als een scherm dat andere problemen aan het oog - ook aan dat van de alcoholist onttrekt (ESSER denkt hierbij vooral aan seksuele problemen). Dergelijke problemen hebben vaak het alcoholische drinkpatroon in hoge mate gestimuleerd; maar doordat zulks niet altijd in de sfeer van het bewustzijn plaatsvindt is het de taak van de medicus om eventueel storende factoren aan de oppervlakte te brengen. Bij niet al te sterk in hun persoonlijkheid gestoorde drinkers kan een AA-groep voldoende invloed hebben op de gevoelens en de gevoelsreacties van de leden van de groep om hun leven te normaliseren : angst en onzekerheid, schuldgevoel en spanning worden door de groep in belangrijke mate gereduceerd. Ernstige stoornissen in de persoonlijkheidsstructuur echter blijven nog steeds een individuele behandeling vragen. We moeten dus met andere woorden bij elke alcoholist een zo volledig mogelijke behandeling aanwenden, zo niet zullen wij nooit bij machte zijn hem gelukkig nuchter te maken (de AA is slechts een onderdeel van de behandeling, mag ik het nog even herhalen ?). Het is met die problematiek dat volgens mij het onderscheid tussen chemische en gelukkige nuchterheid in direct verband staat.

Welnu, mijn stelling is dat de AA veel meer alcoholisten zou kunnen helpen gelukkig nuchter te worden op voorwaarde dat ze een aantal geboorneerde opvattingen aan kant zet, dat wil zeggen dat ze bepaalde door haar tot dogma verheven dwaalbegrippen herwaardeert. Het is immers juist dit dogmatische en ridige karakter van de AA dat aansprakelijk is voor het ontstellend lage aantal der via. de AA gestabiliseerde d.w.z. gelukkig nuchtere alcoholisten (5-10 %). Waarom de AA dogmatisch is en welke gevolgen dat met zich brengt moge ik aan de hand der volgende pagina's bewijzen. Dit impliceert uiteraard een herdachte visie op de AA die ik gereserveerd heb voor het einde van dit hoofdstuk. Voor zover ik weet zijn deze ideeën origineel omdat ze gedeeltelijk voortspruiten uit aan CAIN, JONES en BALES ontleende gedachten en gedeeltelijk uit eigen intellectueel kweeksel. Het

is niet altijd gemakkelijk deze twee bronnen uiteen te houden omdat ze elkaar soms overlappen.

Wij mogen niet ontkennen dat de AA in haar kinderjaren de informele organisatie was, die ze - ten onrechte - pretendeert nog steeds te zijn. Zoals welke andere groepering ook is AA immers onderhevig aan allerhande sociologische wetten en processen waardoor ze van lieverlede, maar toch onvermijdbaar, geformaliseerd en geïnstitutionaliseerd werd. Dit impliceert meteen haar dogmatische en rigide karakter wat overigens het lot is van welke groepering of vereniging dan ook. Hoe informeel een groepering ook moge zijn, er ontstaan altijd spelregels, statuten, reglementen of weet ik veel, wat uiteindelijk ten koste komt van improvisatie en elasticiteit.

Hoe dan ook, de huidige AA-mentaliteit kan men eufemistisch omschrijven als doctrinair. Ten gevolge van bepaalde sociologische wetten is de AA een 'cultus' geworden (naar het woord van CAIN) en daardoor zeilt ze vaak in verkeerd vaarwater. Zolang de AA zich beperkte tot een louter informele organisatie was alles prima ; maar toen de originele AA-gedachten allengs verwrongen werden tot zuiver ritueel en dogma ging het de verkeerde kant uit. En dat dit inderdaad zo is blijkt mijns inziens uit diverse aspecten, waarvan we er enkele zullen belichten.

Een eerste dogma, dat volslagen onjuist is, is bijvoorbeeld het geloof in de allergische aard van het alcoholisme. Deze theorie weerlegde ik in par. IV.5.1. Ik schreef toen dat het verre van mij was me te willen inlaten met de gebruiken van de AA-keuken zodat het mij dan ook in feite onverschillig laat of de AA de term 'allergie' al dan niet verkiest voor haar interne zaken. Toch moeten de AA-ers er zich voor hoeden dit dogma aan de publieke opinie te willen opdringen. Er zijn al te veel dwaalbegrippen over het alcoholisme in omloop en de waarheid heeft tenslotte ook haar rechten.

Een ander, veel ongelukkiger, dogma ligt besloten in de slogan dat alleen alcoholisten (lees: AA-ers) in staat zijn andere alcoholisten te helpen. Wat deze slagzin betreft moet eigenlijk erbij gedacht worden dat knapen die bij de AA geen baat vinden of wel halve garen zijn ofwel helemaal geen alcoholist. De AA matigt zich dus als het ware het monopolie van de alcoholtherapie aan, wat niet alleen een flagrante maar bovendien een gevaarlijke onjuistheid is. Immers bepaalde alcoholisten die bij de AA niet kunnen aarden zouden dan kunnen gaan denken hopeloze gevallen te zijn - wat niet waar is - met alle gevolgen vandien, dat wil zeggen : ze kunnen blijven verder drinken in een voor hen uitzichtloze situatie. Het is onbetwifelbaar zo dat de empathie bij de alcoholtherapie een relevant hulpmiddel vormt, maar toch zijn er ook alcoholisten die nuchter geworden zijn zonder de AA,



ja misschien zelfs ondanks de AA. Zei niet MARTENSEN-LARSEN: Niet altijd is een alcoholist de beste adviseur voor een andere alcoholist, soms bereiken leken meer. Alcoholisten kunnen wel de beste raadgevers zijn, maar vaak ook zijn ze de strengste rechters zodat de hulpbehoevende alcoholist van die hoer dan ook geen eieren wil...' We moeten ons wel indachtig zijn dat heel wat alcoholisten gestabiliseerd werden door 'pastoral counseling' of door medische, psychiatrische en psychotherapeutische hulp of door een combinatie van deze middelen, terwijl de AA bij deze gevallen geen zoden aan de dijk kon zetten. Dat alleen de AA bij machte is alcoholisten te helpen is een tragisch dwaalbegrip dat mijns inziens berust op en gedijt door de groeiende rigiditeit van de AA Deze stelregel doet ons nu tevens inzien waarom de AA elke echte samenwerking van de hand wijst met personen of organisaties die buiten de AA staan. Een ander uit de AA-cultus voortgesproten misverstand is het concept (lees: dogma) van de nuchterheid als einddoel in het leven. Laten we elkaar vooral goed begrijpen! De nuchterheid is überhaupt het einddoel van elke alcoholtherapie - dus ook van die van de AA - maar onze meningen terzake lijken nogal te divergeren. De AA ziet de nuchtere alcoholist in een ander perspectief dan ik. En dit is te wijten aan de verschillende betekenis die het woord 'nuchterheid' kan hebben.

Om het verdere betoog te verduidelijken wil ik nog even de definities belichten die ik in par. 10.3.1. besproken heb, te weten : die van de chemische resp. de gelukkige nuchterheid.

Onder het begrip 'chemisch nuchtere alcoholist' verstaan wij die alcoholist die alleen maar fysiek nuchter is. Eensdeels heeft hij als het ware geleerd met zijn ziekte om te gaan, ermee te leven, maar anderdeels heeft hij het verlangen naar de roes nog niet werkelijk verloren: hij is er (nog) niet in geslaagd dit verlangen te transcenderen. Daarom dient de chemisch nuchtere alcoholist ook blijvend aan zijn nuchterheid te 'werken', zo niet loopt hij het gevaar te recidiveren. Wij mogen dus in zekere zin zeggen dat hij de slaaf van zijn nuchterheid is.

Onder de 'gelukkig nuchtere alcoholist' daarentegen verstaan wij die alcoholist, die zowel fysiek als psychologisch ontvoogd is t.a.v. de alcohol omdat hij geleerd heeft 'happy' te leven zonder alcohol en doordat hij gelukkiger is zonder alcohol behoort hem dan ook de 'peace of mind'. De gelukkig nuchtere alcoholist kent helemaal geen alcoholprobleem meer, het drinken of de gedachte eraan laat hem Siberisch ; hij verlangt niet meer naar de roes, zelfs al zou hij die kunnen bereiken zonder de nadelige gevolgen ervan te ondervinden. In tegenstelling met de chemisch nuchtere alcoholist hoeft hij niet meer aan zijn nuchterheid te werken, dat wil zeggen hij moet geen vergaderingen meer bijwonen of gebruik maken van welke vorm van therapie ook ('pastoral counseling', medische hulp, psychiatrische hulp enzovoort). Hij kan

het leven zonder alcohol in zijn eentje aan. Dit sluit evenwel niet uit dat hij geen AA-vergaderingen meer mag of kan bijwonen noch twaalfde-stappen zetten, doch als hij verkiest dit te doen, dan gebeurt zulks omdat hij dat wenst of omdat hij iemand behulpzaam wil zijn, maar niet omdat hij het nodig heeft voor zijn eigen nuchterheid. 'He can forget about it', zegt CAIN. Terloops moge ik opmerken dat ook een gelukkig nuchtere alcoholist kan redden hoewel dit toch exceptioneel geschiedt.

Met deze beschouwingen voor ogen beseffen we dat het niet opgaat het begrip 'nuchter' te gebruiken zonder meer. Nuchterheid immers betekent niet alleen de loutere afwezigheid van alcoholintoxicaties. Of zoals CAIN poneert: '... Wat telt is niet of men nuchter is, maar wel wat men met die nuchterheid doet...'

We wezen er reeds op dat het vanzelf spreekt dat men eerst chemisch nuchter dient te zijn alvorens men gelukkig nuchter kan worden. Deze twee toestanden vormen, naar een volgens CAIN uitgewerkte beeldspraak, de twee oevers van een brede stroom. Om van de ene oever, i.e. de chemische nuchterheid, naar de andere te gaan, i.e. de gelukkige nuchterheid, hebben we de beschikking over verschillende bruggen, met name: de AA, 'pastoral counseling', medische, psychiatrische of psychotherapeutische hulp. Het is hierbij helemaal niet van belang hoe we het beredderen, d.w.z. welke brug we verkiezen, maar we moeten in elk geval, via een of meerdere bruggen, de andere oever bereiken. Zo niet dan blijven we immers chemisch nuchter zonder meer, zodat we dan kunnen zeggen, samen met JONES, dat: '... We slechts de ene vorm van abnormaal gedrag (i.e. het alcoholisme) door de andere vervangen...' Welnu, ik stel dat de AA zichzelf niet ziet als een brug tussen de chemische en de gelukkige nuchterheid. Het bewijs voor deze thesis vindt men volgens mij o.m. in het ontstellend lage cijfer der via de AA gestabiliseerde (= gelukkig nuchtere) alcoholisten (5-10%). Vele AA-leden zullen wellicht het gevoel hebben dat de gedragsvorm, dit is de symptomen die zij in ruil voor hun drankzucht accepteerden, verre de voorkeur hebben. Inderdaad zijn er bepaalde AA-gedragingen die hen in staat stellen de verbrijzelde brokstukken van hun leven en hun zelfrespect weer op te rapen en samen te voegen, maar dit impliceert tegelijkertijd dat ze slaaf worden van hun nuchterheid. Voor deze via de AA chemisch nuchter geworden alcoholisten immers is de AA een onontbeerlijke compensatie geworden, ik zou bijna zeggen een bittere noodzaak, doordat ze immers niet bij machte zijn op eigen benen te staan om nuchter te blijven. Om niet te recidiveren dienen ze: als het ware voortdurend aan hun nuchterheid te 'werken'. Ze zijn m.a.w. de slaaf geworden van hun nuchterheid.

In een dergelijke nuchterheid nu weiger ik het einddoel van een alcoholtherapie te zien ; om het CAIN na te zeggen: 'Sobriety but not slavery'. Ik ben van oordeel dat

de AA geen doel op zichzelf kan zijn in het leven; de AA-therapie, dit geldt overigens voor welke alcoholtherapie dan ook, mag enkel beschouwd worden als een middel om een doel te bereiken, niet als een doel op zichzelf. En het doel dat bereikt moet worden is de gelukkige nuchterheid, waar de alcoholist van niets of niemand de slaaf hoeft te zijn. Om het in de termen van onze beeldspraak uit te drukken : de AA mag enkel en alleen beschouwd worden als een brug tussen de chemische en de gelukkige nuchterheid.

Ik houd het erop dat de AA dit zo gewichtige onderscheid tussen de chemische en de gelukkige nuchterheid niet inziet of niet wil inzien. Ze concentreert zich te veel, zo dacht ik, met het louter chemisch nuchter maken van de haar toevertrouwde alcoholisten. Ik poneer dat de AA meer destabiliseerden, d.w.z. gelukkig nuchteren, zou tellen in haar rangen als ze zich inderdaad meer op deze begrippen zou bezinnen. Mag ik op deze plaats nog even herhalen dat de AA o.a. meer alcoholisten zou kunnen stabiliseren als ze haar leden ertoe zou aanzetten beroep te doen op medische, psychiatrische en psychotherapeutische hulp. De AA slaat deze middelen weliswaar niet expliciet van de hand, maar haar dogma van het monopolie der alcoholtherapie bevordert evenmin een nochtans gewenste innige samenwerking. En uiteindelijk is het medisch gezien toch zo dat de AA slechts een (belangrijk) onderdeel vormt van de behandeling.

Dat er bij de AA zo bedroevend weinig gelukkig nuchteren zijn kunnen we indirect opmaken. Bijvoorbeeld aan de hand van het verwrongen sjabloon waarin de gedragingen van haar leden geperst worden. Dit blijkt mijns inziens uit niets duidelijker dan uit de exhibitionistische, masochistisch getinte, denigrerende tonelen, die bij elke samenkomst voor volle en enthousiaste zalen worden opgevoerd. (De tamelijk agressieve, fel geschilderde adjectieven in deze zin stammen van JONES.)

Het is soms ronduit walgelijk alcoholisten hun, met een sausje van valse nederigheid overgoten, morele striptease voor het voetlicht te zien brengen. Als het alcoholisme een ziekte is en daarvan ben ik heilig overtuigd, dan rijst toch de vraag waarom juist alleen

alcoholisten zich aan dergelijke taferelen dienen te vergooien. Nooit heb ik ook maar een diabeticus of hartlijder zich in het openbaar op zijn ziekte en op het herstel ervan weten te beroemen. Kunt u zich trouwens voorstellen : 'Mijn naam is Pol en ik ben diabeticus, mijn ziekte begon in 1965...' en dan het gehele gedaas tot en met het zogenaamde herstel. Diabetici en hartlijders zullen zich nooit aan dergelijke praktijken bezondigen. Waarom zouden ze ook ? Zij hebben geen behoefte aan bewieroking noch hoera-geroep, het enige wat deze mensen verlangen is genezing

en met vrede gelaten te worden.

Vele alcoholisten daarentegen - en dit vreemde gedrag stel ik op rekening van het AA-ritueel - hebben deze tegen de borst stuitende praktijken wel nodig om aan de goegemeente te laten zien welke toffe jongens ze wel zijn en hoe ver ze het geschopt hebben. Zo'n houding getuigt, zo dacht ik, van een niet volgroeide persoonlijkheid en wijst er meteen op dat die alcoholisten alleen maar chemisch nuchter kunnen zijn. Ze zijn inderdaad nog niet toe aan hun stabilisatie ; ze zijn te trots op hun verleden en scheppen er behagen in steeds maar weer oude kost op te warmen, zogenaamd om anderen te helpen en voor te lichten, maar in werkelijkheid om hun eigen ijdelheid te strelen. Zei ik niet reeds dat 'certains alcooliques doivent apprendre a boire de l'eau sans devenir orgueilleux?' Dergelijke alcoholisten-strippers hebben als het ware een pseudo roes nodig.

Een gelukkig nuchtere alcoholist is noch trots op noch beschaamd over zijn verleden; in hem is geen verlangen dit te doen herleven niet via een alcoholroes of via een pseudo roes. Hij heeft er helemaal geen trek in zijn memoires uit te braken voor een welwillend auditorium; hij voelt daar in het geheel geen behoefte aan. Hij heeft te veel om handen en zijn tijd is te kostbaar om steeds in hetzelfde kringetje te draaien rondom de alcohol. Hij is nu 'happy' en kent de 'peace of mind'. Zijn alcoholprobleem zegt hem niets meer: 'he can forget about it'. De gelukkig nuchtere alcoholist is, in tegenstelling met zijn chemisch nuchtere broeder, geen slaaf van zijn nuchterheid.

Ons betoog tot nu toe kunnen we als volgt samenvatten. De AA is een rigide en dogmatische institutie met een eigen ritueel geworden. Dit blijkt uit diverse facetten, zoals:

1. het dogma van de allergische aard van het alcoholisme;
2. het dogma van de alleenzaligmakende therapie;
3. het vooropzetten van de chemische nuchterheid als einddoel, door het onbegrip omtrent het onderscheid tussen gelukkige en chemische nuchterheid. In feite zouden deze wanbegrippen langs mijn koude kleren afglijden zolang ze gereserveerd bleven voor intern AA-gebruik. Als informatieorgaan infiltreert de AA evenwel de publieke opinie met haar ideeën zodanig dat Jan, Piet en Klaas uiteindelijk volledig scheve begrippen hebben over het alcoholisme, wat uiteraard kan schaden aan de verdere evolutie van de alcoholproblematiek. Bovendien kunnen deze onjuiste concepties de streng wetenschappelijke benadering van het alcoholvraagstuk in het gedrang brengen.

Hoe het ook moge zijn, ik ga nog een stap verder en poneer dat de AA door haar dogmatiek en dan hoofdzakelijk door haar niet begrijpen van de begrippen

‘nuchter’, een soms moeilijk te omzeilen hinderpaal vormt op de weg naar de gelukkige nuchterheid. Ik houd het erop dat de AA een vlotte overgang van de chemische naar de gelukkige nuchterheid remt en als het al gebeurt dat een alcoholist deze kaap toch te boven komt en via de AA gelukkig nuchter wordt, dan vraag ik me uiteindelijk af of hij deze status niet bereikt heeft ondanks de AA.

Ik ben er me ten volle van bewust dat de AA deze uiteenzetting beschouwt als het summum van heiligschennis, omdat ik me vermeten heb kritiek uit te oefenen op haar filosofie. Men moet immers van het heilige AA-huisje afblijven. Toch ben ik van oordeel dat er bij de AA iets scheef gaat als ze verontwaardigde protesten slaakt of banbliksems slingert over iemand, alleen maar bij de loutere suggestie dat het AA-herstelprogramma misschien toch geen goddelijke openbaring is. Gezonde kritiek, zo dacht ik, is een weldaad waaruit de nodige lessen getrokken kunnen worden. Men zal me misschien voor de voeten werpen dat ik door deze visie slapende honden wakker maak, doordat ik twijfel zaai in de harten der lauwe AA-ers en zodoende eventuele terugvallen van deze knapen op mijn geweten kan hebben. Laat rust waar rust is, zo redeneren deze muggenzifters. Dat is natuurlijk ook een standpunt, maar naar mijn weten werd nog nooit een zaak gediend door het ‘achteroverdrukken’ van de waarheid. En als deze AA-ers werkelijk zo lauw zijn, dan zullen ze vroeg of laat ook zonder mijn interventie recidiveren; als men een hond wil slaan dan kan men licht een stok vinden.

Overigens ligt het niet in mijn bedoeling het AA-gebouw tot op de grond af te breken zodat geen steen op de andere gelaten wordt. Ik stel niet dat de AA geen pracht van een organisatie is. Integendeel ! Ze heeft onbetwistbaar ruime verdiensten en ik ben bereid die te erkennen. De AA heeft inderdaad een nieuw geluid gebracht in de alcoholtherapie en wel op een ogenblik – 1935 - dat deze zeer ondankbare resultaten afwierp. Pas veel later ontstonden excessen als dogmatisme en rigiditeit. Mijn kritiek is juist gericht tegen deze excessen, niet tegen de AA-idee als zodanig. Met andere woorden ik meen dat er grenzen zijn aan het vermogen van de AA. Hieruit volgt mijns inziens dat de AA, wil ze aantrekkelijk blijven voor alcoholisten, het over een andere boeg dient te gooien. Ze moet zich bezinnen over haar politiek, zo niet dan zal ze, jammer genoeg, meer en meer alcoholisten afstoten. Omtrent het herdenken van de AA-politiek bracht CAIN een opmerkelijk standpunt, waarmee ik het trouwens volkomen eens ben. De AA, zegt CAIN, zou moeten geconcipeerd worden als een ‘first aid station’, waar de hulpbehoevende alcoholist door middel van de groepsdynamische processen opgekalfaterd wordt tot een chemisch nuchtere alcoholist. De sponsor speelt hierbij een relevante rol. De chemische nuchterheid is inderdaad de eerste stap - en de *conditio sine qua non* ! - op de weg naar de gelukkige nuchterheid. (De AA is slechts het onderdeel van een

behandeling. Medische en psychiatrische hulp blijft altijd de aangewezen weg.) Om chemisch nuchter te worden dient de alcoholist zowel op emotioneel als op praktisch niveau ondersteund te worden tot hij sterk genoeg is om op zijn eigen benen te staan. Daarom moet hij kunnen rekenen op empathie, sympathie, begrip en ervaring, iets wat eigenlijk alleen een andere alcoholist hem geven kan. Hij moet een plaats hebben waar hij zich thuis kan voelen (AA-bijeenkomsten) en hij moet eveneens vrienden hebben waarop hij zich te allen tijde verlaten kan (sponsor of anderen). Dit alles kan de AA hem schenken en daar juist ligt dan ook haar onmetelijk grote waarde. Volgens mij is het jammer dat niet alle alcoholisten de kans krijgen om met de AA in contact te treden ; vele therapeuten of instellingen die zich met het alcoholisme bezighouden, staan namelijk weigerachtig tegenover de AA. God weet waarom. Het moet gezegd worden dat deze mensen aan hun patiënten gewichtige aspecten van de alcoholtherapie onthouden.

Hoe het ook zij, na een variabele periode (3-6 maanden of langer) is de alcoholist in zijn chemische nuchterheid zover gevorderd dat de spinnenwebben in zijn hersenen voldoende weggevaagd zijn om opnieuw helder te kunnen denken. Op dit ogenblik breekt een uiterst gewichtige fase in zijn behandeling aan, hij moet namelijk leren zichzelf te bedruipen. Dat wil zeggen dat hij de moeilijke weg naar de gelukkige nuchterheid moet inslaan, of zoals CAIN het zegt: 'Het vogeltje moet worden aangemoedigd zijn vleugels uit te slaan...' Hij moet leren zichzelf te ontwikkelen en een programma uitstippelen om zich intellectueel, sociaal, emotioneel en spiritueel te ontplooien. Hij moet werken om enig productief inzicht te verkrijgen. Hij heeft nu een ander soort begrip, een begrip dat de AA alleen hem niet kan geven, met name: een objectief, koel en klinisch begrip. Misschien vindt hij dit begrip en deze hulp bij een 'pastoral counseling' of wordt hem dit bijgebracht via andere kanalen zoals medische, psychotherapeutische of psychiatrische middelen of bij een of andere in het alcoholisme onderlegde vriend en misschien zelfs bij de AA. Om het even. Waar het echter op aankomt is dat hij niet blijft steken in de fase der chemische nuchterheid. En hier zou de AA hem desnoods een handje moeten helpen door hem erop te wijzen dat hij, het koste wat het wil verder moet ; dat hij de moeizame brug naar de andere oever over moet, omdat hem daar een rijke beloning wacht. Helaas zover heeft de AA het nog niet geschopt. Toch is deze gelukkige nuchterheid zijn einddoel, want dan en pas dan, is hij volkomen mens geworden. Dan, pas dan vindt hij de 'peace of mind' en dan, pas dan hoeft hij op niemand meer te steunen om nuchter te blijven, niet op de AA noch op enig ander therapeutisch middel.

Dit wil niet zeggen, o, AA-ers van mijn hart, dat een gelukkig nuchtere alcoholist geen andere alcoholisten meer mag helpen (= twaalf-stappen-zetten) : hij mag dat

zeer zeker. Trouwens zijn aanwezigheid in de AA kan nut hebben voor anderen : heeft hij de AA niet nodig, dan kan de AA hem nodig hebben. En als de AA hem nodig heeft is het zijn plicht aanwezig te zijn. Hij mag zich niet beroepen op Kaïns woord: 'ben ik mijn broeders hoeder?'. Hij moet zijn broeders hoeder zijn. Ik bedoel maar dat een gelukkig nuchtere alcoholist het niet meer nodig heeft voor zijn eigen nuchter-zijn. Wil hij helpen dan mag dat, maar hij hoeft het niet (voor zichzelf) te doen. Hij kan immers nuchter blijven op zijn eentje, omdat het alcoholprobleem hem langs zijn koude kieren afglijdt. Dezelfde opmerkingen gelden uiteraard ook wat het bijwonen der AA-vergaderingen betreft.

Tot nu toe ben ik het met CAIN eens ; zijn verdere betoog echter kan ik niet onderschrijven. Hij gaat namelijk nog een stap verder en poneert dat het ogenblik waarop de alcoholist 'can forget about', ook het ogenblik is waarop hij kan leren opnieuw normaal te drinken, mits bet volgen van een door CAIN uitgewerkt programma. CAIN heeft proefnemingen op touw gezet waaruit volgens hem zou blijken dat zijn thesis de juiste is ; hij wijst er echter op dat men dit programma niet aankan zonder zijn supervisie. Hij attendeert tevens op het paradoxale feit dat dit 'normale' drinken enkel aangeleerd kan worden op het ogenblik dat de alcoholist gelukkig nuchter is. Dat wil zeggen op het ogenblik dat hij in feite helemaal niet meer verlangt te drinken !

Ik geloof niet in CAINS thesis omdat ik er heilig van overtuigd ben dat wie eens een alcoholist was, dit ook steeds blijft , daarom ben ik van oordeel dat dergelijke experimenten vroeg of laat moeten uitlopen op terugvallen. Overigens zie ik niet goed de zin van dit 'normale' drinken in : wat baat kan het de gelukkig nuchtere alcoholist opbrengen? Al met al acht ik dat een dergelijk gedoe aardig wat weg heeft van kinderen die met vuur spelen.

Ik zou dit hoofdstuk willen besluiten met de opmerking dat er in de AA een stel positieve factoren zijn en mits de erkenning dat er bepaalde grenzen zijn aan haar vermogen, mogen we tot de slotsom komen dat een goed opgevatte AA-kuur een ereplaats veroverd heeft in de alcoholtherapie.

## **12 DIVERSE ANDERE THERAPEUTISCHE TECHNIEKEN**

In het bestek van dit boek kan ik uiteraard niet alle therapeutische technieken onder de loep nemen. Ik moge volstaan met enige ervan te vermelden:

1. de lekentherapie volgens de PEABODY-methode of volgens de MC.GOLDRICK-methode;
2. de behandeling met glucose en insuline ;
3. de hypnose ;
4. de narcoanalyse volgens HORSLEY (hieronder kan men theoretisch ook de L.S.D.-therapie klasseren) ;

5. de therapie volgens DENT;
6. de behandeling met anti-alcoholserum volgens immunologische principes, (In Polen zou door een groep medici dergelijk vaccin scherp gesteld zijn.)
7. de modern gerichte gezinstherapie. De geïnteresseerde lezer verwijs ik graag naar uitgebreidere studies, zoals O.m. naar ESSERS belangwekkende boek over alcoholisme. Hij vindt er een bron van wetenswaardigheden.

Of schoon het hier hoofdzakelijk gaat om matigheidsbonden of geheelonthoudersverenigingen, stip ik toch terloops het bestaan aan van instellingen zoals 'La Croix d'Or', 'La Croix Bleue', 'Pioniers van het Heilig Hart', 'Vie Libre', 'Caritas', 'Sobrietas' en 'De Internationale Orde der Goede Tempeliers', die zich, gedeeltelijk althans, met curatieve alcoholistenzorg belasten.

In dit hoofdstuk wilde ik echter vooral uw aandacht vragen voor een door ESSER gevormd programma van twaalf stappen, dat klaarblijkelijk geïnspireerd werd op het AA-model (ESSER is een fervent bewonderaar van de AA). Zijn twaalf stappen zijn mijns inziens echter veel belangrijker omdat ze praktischer in elkaar zitten en meer rekening houden met de alledaagse realiteit dan de originele AA-stappen. Als u ze nader bekijkt geeft u me zeker gelijk. Mag ik erop wijzen dat ESSERS '12-stappen-programma' geen behandeling an sich vormt, maar enkel richtlijnen wil geven voor reeds dokterende alcoholisten.

## **ESSERS 12 stappen**

1. Ik kwam tot het inzicht dat ik niet in een café moet komen, aangezien dit voor mij en anderen, de plaats is waar het meest gedronken wordt.
2. Ik kwam tot het inzicht dat leugens geen begrip voor mijn drankmoeilijkheden kunnen geven en houdt me aan de regel: 'Vandaag lieg ik niet'.
3. Ik weet uit ervaring dat ik maar een ding grondig en goed tegelijk kan doen, Of drinken Of eten. Voel ik de neiging om te gaan drinken opkomen, dan bestel ik snel mijn lievelingsgerecht. Ik kom dan helemaal niet meer aan drinken toe.
4. Ik kan alleen de kracht niet opbrengen om zonder alcohol te leven, daarom zoek ik de AA en neem er ieder middel te baat om meer inzicht te krijgen in mezelf en in mijn drankmoeilijkheden.
5. Ik heb leren inzien dat regelmaat voor mij moeilijk is en dat ik mij aan vaste gewoonten, dagindeling, vaste werktijden, vaste maaltijden enzovoort moet houden. Een vaste indeling van de dag dus.
6. Ik kwam tot het inzicht dat conflicten en spanningen door mij tot nu toe steeds gebruikt werden om mijn drinken te rechtvaardigen. Ik moet ruzies vermijden.
7. Ik leerde inzien dat het beter is ongelijk te krijgen, dan door te drinken weer ongelijk te hebben.
8. Ik leerde inzien dat het hebben van spanningen een algemeen menselijk



verschijnsel is, maar dat drinken slechts de spanningen doet toenemen.

9. Ik kwam tot het inzicht dat mijn slaapstoornissen de uitdrukking zijn van mijn geheel ontregelde leven en dat slaapmiddelen alleen maar de toestand kunnen verslechteren. Zij kunnen mij een nieuwe verslaving bezorgen. Als ik zonder alcohol leer leven zal ik ook beter kunnen slapen ; hetzelfde geldt voor hoofdpijn en hoofdpijntabletten.
10. Ik kwam tot het inzicht dat het gevoel van leegte dat ik heb, niet het gevolg is van mijn niet-drinken, maar van mijn genivelleerd zielenleven.
11. Ik leerde inzien dat ik anders reageer op zelfs zeer kleine hoeveelheden alcohol en dat ik nooit sociaal kan leren drinken.
12. Ik leerde inzien dat het onmogelijk is mijn dromen anders te verwerven dan door nuchtere inspanning en aanpassing aan mijn leef- en werkmilieu.

### ***13 DE BEHANDELING VAN JELLINEKS DELTA-ALCOHOLISME***

Over de behandeling van JELLINEKS delta-alcoholisme moge ik kort zijn. Ik herinner eraan dat deze vorm van alcoholisme hoofdzakelijk aangetroffen wordt in Frankrijk en andere wijnproducerende landen, maar ook ten onzent, weliswaar als minderheidsfenomeen. Aan de grondslag van het delta-alcoholisme liggen sociale, economische en culturele factoren, alhoewel de meeste auteurs ook het voorkomen van psychologische vulnerabiliteiten voorstaan, maar dan in mindere mate dan bij het (gamma)-alcoholisme (cf. regel van JELLINEK). Sociale, economische en culturele factoren an sich zijn dus niet voldoende om het fenomeen delta-alcoholisme te verklaren, er moet bij de alcoholist 'in spe' een zekere 'proneness to alcohol' voorhanden zijn. Het drinkpatroon is gekarakteriseerd door een gestadig alcoholgebruik, de gehele dag door; het gebeurt zelfs dat de delta-alcoholist nooit apert geintoxiceerd is. De delta-alcoholist legt geen controleverlies aan de dag, maar vertoont daarentegen een ander hinderlijk verschijnsel : hij is niet in staat, zelfs maar gedurende 1-2 dagen, zich van alcohol te onthouden zonder typische onthoudingsverschijnselen te vertonen. Met andere woorden hij kan niet 'go on the waterwagon'. Bij het delta-alcoholisme ontstaat vooral een fysieke afhankelijkheid t.a.v. alcohol, terwijl een psychologische afhankelijkheid zich kan voordoen maar ook in het geheel niet bestaan.

Uit deze premissen vloeit een behandeling als het ware logisch voort. De preventieve therapie zal voornamelijk gericht zijn op opvoeding en informatie, terwijl men tevens zal moeten pogen de sociale, economische en culturele factoren te beïnvloeden. De curatieve therapie bestaat in het stukmaken van de fysieke afhankelijkheid, d.w.z. in een ontgiftigingskuur, zoals die beschreven werd voor het

(gamma) -alcoholisme. Doordat de psychologische factoren in het delta-alcoholisme een veel kleinere rol spelen, valt het gemakkelijk te begrijpen dat de behandeling ervan ook veel makkelijker is dan die van het (gamma)-alcoholisme. Waar psychologische vulnerabiliteiten voorhanden zijn, zorg men voor correctie door middel van psychotherapie, tranquillanta, AA enzovoort.

#### **14 SLOTCOMMENTAAR**

Aan elk boek komt onvermijdelijk een einde, ook aan dit. Ik ben me er wel van bewust dat vele zaken onbesproken zijn gebleven, maar het is in dit bestek uiteraard onmogelijk alles van stukje tot beetje te gaan analyseren. Bepaalde onderwerpen, die weliswaar in hoge mate fascinerend zijn, konden dus niet worden belicht. Bijvoorbeeld: alcoholisme en zelfmoord, alcoholisme en werkmilieu, de alcoholvoorziening in diverse staten ter wereld. Misschien is mijn keuze van de hier behandelde onderwerpen vrij arbitrair geweest, maar per slot van rekening beschouwde ik het alcoholprobleem voornamelijk van uit medisch standpunt, wat voor de hand ligt, aangezien ik medicus ben en bijgevolg medisch denk. Ik heb toch gepoogd het essentiële van het alcoholisme naar voren te brengen.

Een recapitulatie maken van wat in dit boek allemaal gezegd werd is niet eenvoudig, maar ik wil toch pogen het allervoornaamste nog even te belichten, zaken die, volgens mij, niet uit het oog verloren mogen worden.

Wij spraken af de term ‘alcoholisme’ an sich voor te behouden aan JELLINEKS gammatype, dat in onze streken de boventoon voert; terwijl we andere vormen van alcoholisme resp. excessief drinken telkens voluit noemden, bijvoorbeeld : JELLINEKS delta-alcoholisme, JELLINEKS alfa-alcoholisme. Als ziekte beschouwden we overigens alleen JELLINEKS gamma- en deltatype. Volgens de moderne conceptie inderdaad, staat het vast dat het bij het alcoholisme (i.e. zowel JELLINEKS gamma- als deltatype) om een ziekte gaat. Meer bepaald om een toxicomanie. Wij treffen er namelijk de farmacologische criteria van een verslaving aan, te weten : het geadapteerde celmetabolisme, met daaruit voortvloeiende onthoudingsverschijnselen, verhoogde weefseltolerantie, craving en controleverlies resp. de onmogelijkheid zich te onthouden (dit laatste bij JELLINEKS delta-alcoholisme).

Het vroegtijdige diagnosticeren van het alcoholisme is, zoals voor welke andere ziekte ook, zeer belangrijk. Wat het (gamma)alcoholisme aangaat, lette men voornamelijk op het hier veelvuldig voorkomen van black-outs na een vrij middelmatig alcoholgebruik, op het heimelijk drinken, op het schielijk drinken, op de alcoholpreoccupatie enzovoort. Ook aandoeningen, zoals vetlever, levercirrhose, polineuropathie e.d. moeten aan een onderliggend alcoholisme doen denken.

De evolutie van het alcoholisme is progressief en zijn prognose infaust als wij er niet in slagen de alcoholist met het drinken te laten ophouden. Het stukmaken van zijn rationalisatiesysteem is soms een harde noot.

Hoewel de etiologie duister is, mogen wij toch een polymorfe grondslag aanvaarden. De meeste auteurs leggen de nadruk op de primordiale rol van psychologische momenten, zoals angst, spanningen, frustraties enzovoort in het wordingsproces van het alcoholisme. Deze momenten zouden het initiale drinken op gang brengen, terwijl de bestendinging ervan op rekening zou komen van andere psychologische mechanismen: regressiedrift, genot en het leerproces volgens CONGER. Voor de verslaving zelf zijn vermoedelijk (ons tot nu toe onbekende) fysiopathologische processen aansprakelijk. Het is weinig waarschijnlijk dat fysiopathologische aandoeningen of stoornissen het primum mobile zijn van het drinken, of schoon zij wel een incipiënte verslaving in de hand kunnen werken.

De behandeling van het alcoholisme is uiterst complex. Wij wezen op het enorme verschil tussen de chemische en de gelukkige nuchterheid en willen nogmaals onderstrepen dat steeds moet worden gestreefd naar de gelukkige nuchterheid, waar dit ook maar mogelijk is. Een alcoholist die alleen maar droog is zonder meer, recidiveert vroeg of laat. Relevant in dit verband is het zich verwerven door de alcoholist van een productief inzicht. Bij de therapie is hoofdzaak dat de alcoholist inziet dat hij alcoholist is met alle daaraan verbonden implicaties, onder meer dat hij nooit 'sociaal' zal kunnen drinken.

De ideale therapie van het alcoholisme ligt in het preventieve uitroeien ervan door middel van opvoeding en informatie : voorkomen is inderdaad nog altijd beter dan genezen. Zo ver hebben we het echter nog niet gebracht en we mogen ons afvragen of dit met een vrij utopiaans doeleinde zal blijken te zijn. Voor het ogenblik is de reële situatie zo dat we met het alcoholprobleem nog lang niet afgerekend hebben en dat dit, naar alle waarschijnlijkheid, evenmin binnen afzienbare tijd het geval zal zijn. Met andere woorden gezegd is het vraagstuk der curatieve therapie nog steeds aan de orde, ik mag zelfs zeggen dat het acuut is.

We attendeerden er reeds op dat een succesvolle behandeling diverse facetten in het oog moet houden. Ze moet:

1. de fysieke en psychologische afhankelijkheid stukmaken die de drinker t.a.v. alcohol aan den dag legt;
2. de aan de grondslag van het drinken liggende psychologische momenten viseren;
3. een aanpassing vinden voor de sociale moeilijkheden van de drinker en,
4. zijn lichamelijke stoornissen verzorgen.

De behandeling van het alcoholisme behoort, zo dacht ik, tot het domein van de medicus. Een kardinaal punt in de behandeling is het warm-menselijk benaderen van de alcoholist; een bestraffende of diskwalificerende houding is uit den boze. De eigenlijke behandeling bestaat uit een ontgiftigingsfase, die ofwel klinisch ofwel ambulant plaats vindt en uit een fase van ontwenning, controle en nazorg. In deze laatste fase kunnen diverse methodes aangewend worden, zoals medicamenteuze therapie, individuele psychotherapie en groepstherapie, gezinstherapie enzovoort. Veel aandacht moet worden besteed aan het tot stand komen van een productief inzicht, omdat alleen op die wijze een gelukkige nuchterheid mogelijk is.

Aan welke behandelingsmethode de voorkeur dient te worden gegeven, kunnen we slechts beantwoorden vanuit het individuele vlak. Zoiets als een therapie par excellence bestaat helemaal niet. Wil men voor het alcoholisme toch een behandelingsschema grosso modo schetsen, dan denk ik dat dit als volgt kan geconcipieerd worden. Allereerst verwijze men de alcoholist naar een terzake bevoegd medicus, die de fysieke afhankelijkheid van de drinker t.a.v. alcohol stukmaakt en die tevens zorg draagt voor zijn fysiek herstel (medicamenteus, sedativa enzovoort). Daarna kan een individuele psychotherapeutische behandeling overwogen worden door een in het vak onderlegd geneesheer, die een psychiater kan zijn maar het niet hoeft te zijn. Deze behandeling kan al dan niet gekoppeld worden aan disulfirampreparaten. Ook kan deze individuele psychotherapie aangevuld worden met groepstherapeutische maatregelen (bijv. AA of groepen die buiten de AA staan). Soms, maar toch vrij zelden is een groepstherapeutische behandeling alleen voldoende: zulks hoeft ons trouwens niet te verbazen, aangezien deze behandelingstechniek slechts een onderdeel van de globale behandeling vertegenwoordigt. Mag ik er hier nogmaals wijzen op het belang van goed functionerende consultatiebureaus, waarvan de oprichting in versneld tempo gepland zou moeten worden.

Volgens sommige auteurs heeft niet iedere alcoholist een medisch therapeutisch behandeling nodig. Wat dat betreft, zegt ESSER, vallen de alcoholisten met MULLER uiteen in 4 groepen :

1. Drinkers die niet meer voor verbetering vatbaar zijn, die hun hele leven gedronken hebben en die reeds allerhande behandelingsmethodes hebben gevolgd, zonder resultaat.
2. Drinkers die zwakzinnig zijn of te weinig begrip hebben om baat te hebben van een psychotherapeutische benadering. Zij hebben soms wel steun aan medicamenten of aan een voorwaardelijke reflextherapie.
3. Drinkers, wier persoonlijkheidsstructuur geen duidelijke afwijkingen vertoont. Zij hebben pas problemen gekregen in de loop van hun excessieve drankgebruik.

Zijn ze intelligent en niet te oud, dan zijn zij uiterst geschikt voor een medische psychotherapie. 4. De grote groep der gewoontedrinkers die veelal baat hebben bij groepsdiscussies.

Hoe het ook zij, het ligt voor de hand dat we met de huidige therapeutische mogelijkheden niet bij machte zullen zijn iedere alcoholist te helpen, maar ik meen dat we met deze methode aardig wat alcoholisten kunnen stabiliseren.

Ik ben ervan overtuigd dat de oplossing van het curatieve vraagstuk op het groepstherapeutische gebied ligt. Uit de werkwijze van de AA is immers gebleken dat er heel wat muziek kan zitten in hun methode. (Dit blijkt ook uit het kopiëren van het AA-Programma door bijvoorbeeld de 'Smokers Anonymous'.

Maar dan lijkt het me allereerst noodzakelijk dat de AA haar dogmatische en rigide houding herziet. Een belangrijke stap voorwaarts zou bijvoorbeeld zijn dat de AA haar deuren open zet voor samenwerking met groepstherapeuten, zoals dit o.m. in de Haarlemse werkgroep gebeurt (loffelijke maar naar mijn weten jammer genoeg een alleenstaande uitzondering). Daar laat men een groepstherapie voorafgaan aan de eigenlijke bijeenkomst van de AA-groep. Na de groepsdiscussie verlaat de therapeut de zaal, terwijl de AA verder bijeen blijft. Deze methode zou, volgens ESSER, zeer vruchtbaar gebleken zijn.

Ook kunnen er wellicht betere methodes ontwikkeld worden om personen psychisch te behandelen in groepsverband, volledig los van de AA. Het is inderdaad onbetwistbaar een belangrijk voordeel als de patiënt behandeld kan worden, samen met soortgelijke personen en niet in de besloten sfeer van de spreekkamer van de arts (empathie en groepsdynamische processen spelen een niet te onderschatten rol). Dit wil natuurlijk niet zeggen dat de arts er niet bij hoort. Integendeel. Toch blijft het nog altijd meer een klinische dan een reële levenssituatie; er ligt nog een distantie tussen de behandelingsprocedure en de processen die zich in het leven afspelen. Mijns inziens is een verdere studie over de groepstherapie vereist om te kunnen komen tot het ontwerpen van een reeks blauwdrukken waaraan dit bezwaar in mindere mate zou kleven. JONES oppert bijvoorbeeld de idee van de therapeutische gemeenschap, waarop ik hier niet verder wens in te gaan ; alleen wil ik nog zeggen dat de 'Synanon' misschien zeer dicht bij een dergelijke therapeutische gemeenschap staat. ('Synanon'-groepen bestaan tot nu toe uitsluitend in de USA, ze beogen de behandeling van toxicomanieën. Personen die zich wensen te laten verzorgen, worden opgenomen in een soort vrije gemeenschap van toxicomanen.)

Geïnteresseerde lezers vinden over de idee der therapeutische gemeenschap meer in JONES' 'Alcoholisme' (Aulareeks, nr. 241).

De bestrijding van het alcoholisme staat overal nog in de kinderschoenen, zeker op

sociaal niveau, maar in Nederland en België is de alcoholvoorziening nog mondjesmaat. De bestrijding van het alcoholisme kan in theorie op touw worden gezet ofwel door de overheid, ofwel door het particuliere initiatief en ze kan op drie niveaus plaatsvinden, met name: curatief, preventief of repressief (dit laatste uiteraard alleen door de overheid i.e. de staat) . Van alle organisaties, die zich met alcoholvraagstukken inlaten, is de staat vanzelfsprekend het best gesitueerd om een geheel van effectieve maatregelen te treffen. Mede doordat het ziektebegrip van het alcoholisme nog verre van algemeen aanvaard wordt, is de toestand in onze lage landen echter zo dat de staatsinterventie alleen de acute intoxicatie in het algemeen viseert en hierbij geen rekening houdt met de specifieke acute intoxicatie van de alcoholist (JELLINEKS deltatype inclus). De wetgevers scheren, ten onrechte overigens, de intoxicatie van de ‘sociale’ drinker en die van de alcoholist over een kam. Bijgevolg is de wetgeving in de eerste plaats repressief, d.i. beteugelend georiënteerd (verkeersongevallen !)

Op curatief en preventief terrein - en dit is natuurlijk ook het gevolg van het niet erkennen van de ziekte aard van het alcoholisme - presteerden noch de Nederlandse noch de Belgische overheid tot nu toe iets noemenswaardigs. Op dit gebied wordt slechts reële arbeid geleverd door het particuliere initiatief, terwijl de door de staat genomen maatregelen vooral berusten op onrechtstreekse hulp, bijvoorbeeld in de vorm van doorgaans krap toegemeten subsidies. Wat de preventieve therapie aangaat heeft de overheid weliswaar enige wetten uitgevaardigd (bijvoorbeeld de wet Van der Velde in België) of enige maatregelen getroffen (bijvoorbeeld het Nederlandse systeem van vergunningen), maar ik ben van oordeel dat het hier gaat om halve maatregelen, ik zou bijna durven zeggen een slag in de lucht. Ik wees er trouwens reeds op dat dergelijke wetten en maatregelen voornamelijk de ‘sociale’ drinker treffen, terwijl de categorie voor wie ze bedoeld zijn, i.e. de alcoholisten, helemaal geen hinder ervan ondervindt. De in Nederland en België vigerende alcoholvoorziening zou men een pleister op een houten been kunnen noemen. De effectieve hulp is inderdaad beneden alles.

Is het wellicht omdat de overheid onbekend is met het ziektebegrip van het alcoholisme ? Dan is het onze taak haar hiervan op de hoogte brengen. Of is het omdat de overheid te kampen heeft met gebrekkige financiën ? Ik meende dat voor een nijpend sociaal probleem als dit toch geld behoorde te zijn. De overheid is immers dikwijls genoeg niet zo erg op de centen als men nagaat hoe ze ‘s rijks financiën beheert (met onze centen, nota bene !). Hoe vaak smijt ze het geld niet door deuren en vensters naar buiten voor allerhande nutteloze prullaria ? !

Voorbeelden hiervan zijn er zowel in Nederland als in België bij de vleet, maar daar ik in dit boek geen politiek bedrijven wil, laat ik een ieder vrij om zijn eigen

voorbeelden te kiezen, al naargelang zijn politieke geaardheid.

Hoe het ook moge zijn, de overheid, die normaliter instaat voor de volksgezondheid, zou op haar begroting voldoende geld moeten uittrekken voor een effectief alcoholprogramma. Dit effectieve alcoholprogramma - mag ik nog eens mijn geliefd stokpaardje berijden - steunt volgens mij op een trias: opvoeding, informatie, research. Met dit grondplan in het hoofd kan een fatsoenlijk werkprogramma uitgekend worden. Vooral mag niet uit het oog worden verloren dat het preventieve bestrijden primeren moet. Uiteindelijk zal het alcoholprobleem niet opgelost worden door degenen te behandelen die aan dit probleem ten gronde zijn gegaan, maar zal de oplossing moeten bestaan in een betere opvoeding en informatie van degenen die anders het toekomstige slachtoffer van de demonische drank zouden worden.

Ongetwijfeld kunnen we in andere landen (Polen, Finland, Tsjecho-Slowakije enzovoort) veel opsteken over de praktische aanpak van het alcoholvraagstuk en ik vraag me zelfs af of men door een vergelijkende studie van alle bestaande maatregelen niet bij machte zou zijn een ideale formule te brouwen waardoor het alcoholisme voorgoed uit de wereld geholpen wordt. Mag ik nog een kleine tip geven? De overheid mag niet vergeten consultatiebureaus op te richten en/of de bestaande het leven te vergemakkelijken. De rest laat ik over aan de 'experts' van de volksgezondheid.

Tenslotte hoop ik de lezer licht te hebben verschaft in het alcoholprobleem en hem te hebben doen inzien dat de alcoholist een zieke is en geen paria, geen verworpene, geen outlaw, geen underdog. De alcoholist is een mens die recht heeft op begrip, een mens die, eenmaal bevrijd uit zijn slavernij, kan uitgroeien tot een volwaardig lid der gemeenschap. Inderdaad: ook de alcoholist is een mens.

Graag wil ik op deze plaats mijn vrouw bedanken voor de liefde en het begrip die ze me schonk, ik die haar toch vele uren ontstolen heb, de lange jaren gedurende welke dit boek groeide.

Wolvertem, 14 juli 1969

## ***APPENDIX A***

In dit appendix wil ik de lezer kennis laten maken met enige gebeden en meditatie's uit de AA-milieus.

### ***1. DE AA EN HET OPPERWEZEN***

Om zijn weldaden uit te delen heeft God, in zijn oneindige wijsheid, deze groep dronkaards uitverkoren. Niet de verhevene, de machtige, de roemvolle of de vermaarde koos Hij daarvoor uit, maar de ongelukkige, de zieke, de dronkaard, het uitvaagsel van de maatschappij. Dit mag bevreemding wekken, maar heeft Hij niet gezegd :

‘In uw beverige, zwakke handen heb ik een ongelofelijke kracht gelegd. Aan u heb ik geschonken wat Ik niet eens gegeven heb aan de meest verlichte onder uw gelijken, te weten het redden van alcoholisten. Noch de geleerde, noch de staatsman, noch de moeder, noch de echtgenote ontvingen die gave uit Mijn handen; alleen gij, gij alleen. En daarom rust op u een zware verantwoordelijkheid, want ge zult die gave moeten gebruiken. Dag en nacht, zonder moeheid of verzwakking. Geen enkele taak mag u te moeilijk, geen enkele inspanning te groot zijn. Ge zult niet bekrompen van geest mogen zijn ; geen enkel vooroordeel inzake ras, godsdienst of geloof mag u aan uw plicht doen verzaken. Ge zult het mikpunt zijn van kritiek, ondankbaarheid wordt alledaagse kost. Men zal uw daden verkeerd beoordelen, met u de draak steken en u door het slijk sleuren.

Hou stand in deze beproevingen, want de weg naar de geestelijke vervolmaking is geplaveid met tegenspoed. Troost u echter : van u wil Ik niets eisen dat boven uw krachten gaat.

Ik heb u niet uitverkozen omdat gij zulke lichten zijt. Als uw inspanningen vruchten dragen, verlies dan niet uit het oog dat dit niet het gevolg is van uw persoonlijke verdiensten, maar wel van de kracht van uw gave. Als ik me voor deze taak geleerden had gewenst, dan had Ik die kracht kunnen schenken aan de medicus of aan de wetenschapsmens ; of aan de redenaar, als Ik de welsprekende verkozen had. Ik had veel bekwamere en bereidwilliger assistenten kunnen vinden dan gij. Maar als Ik het vroeg aan u dan was dat omdat gij verworpenen zijt met een heel klein tikje dronkemanservaring, die u in staat stelt of toch zou moeten stellen gehoor te verlenen aan de angstkreten van uw confrateralcoholisten, waar ook ter wereld.

Denk er steeds om : Ik heb u de hand gereikt na die eerste stap bij de AA, na uw bekentenis van onmacht, na uw beslissing uw leven en uw wil in Mijn hand en te leggen:

(gebed van de Canadese AA)

## **2. God geef ons :**



Sereniteit om te aanvaarden wat we niet kunnen veranderen

Moed om te veranderen wat we kunnen veranderen

Wijsheid om tussen deze twee onderscheid te maken.

(vertaling van het ‘Serenityprayer’)

3.

Aanschouw vol eerbied deze dag,

Want hem behoort de levensbron,

Hij is het leven van het leven zelf.

Alles vind je er, kort in saamgebald :

De hele waarheid, de hele werkelijkheid van ‘t bestaan.

Het zoet geluk der blije kinderjaren,

De luister van het werkzaam zijn,

De praal die van de macht getuigt...

Want wat er gister was is maar een korte droom

En wat ons morgen brengt is nog een droomgezicht.

Maar wie de kunst verstaat de dag te leven zo het hoort,

Die maakt van ieder gisteren een dag vol dromen van geluk

En iedere morgen wordt voor hem een droomgezicht dat zwanger

is van hoop.

Dus geef dan ook nauwkeurig acht op deze dag.

### ***Sanskritisch spreekwoord***

(Vertaald overgenomen uit een door de Canadese AA uitgegeven meditatieboekje: ‘Vingt-quatre Heures par jour’).

4.

Alleen vandaag...

Alleen vandaag zal ik proberen juist deze dag door te brengen, en mijn kop niet te breken over mijn hele levensprobleem. Gedurende twaalf uur kan ik gemakkelijk iets volhouden dat mij zou ontzetten indien ik het voor mijn hele leven zou vergen.

Alleen vandaag wil ik gelukkig zijn. De meeste mensen zijn voor zover gelukkig als dat ze er hun gedachten van maken.

Alleen vandaag zal ik mezelf aanpassen aan wat rondom mij bestaat en niet proberen alles naar mijn eigen wensen te beschikken. Ik wil mijn kans wagen als het komt en mezelf eraan aanpassen.

Alleen vandaag zal ik pogen mijn geest te versterken. Ik zal studeren. Ik wil iets nuttigs leren. Ik wil geen geestelijke leegloper zijn en iets lezen dat inspanning, aandacht en concentratie vraagt.

Alleen vandaag zal ik mijn ziel op drie manieren oefenen: ik zal iemand een goede dienst bewijzen zonder er hem iets voor terug te vragen ; indien iemand anders het te weten komt telt het niet mee. Ik wil tenminste twee dingen doen die ik niet graag doe alleen als oefening. Ik zal niemand tonen dat mijn gevoelens gekwetst zijn ; mogelijks worden ze het wel, maar ik wil het niemand tonen, vandaag.

Alleen vandaag wil ik vriendelijk zijn. Ik wil er zo goed mogelijk voorkomen, mij naar beste vermogen kleden, zachtjes spreken, galant handelen, niemand bekritisieren, nergens fouten in zien en niet proberen - behalve dan mezelf - te verbeteren.

Alleen vandaag zal ik een programma hebben. Mogelijk volg ik het niet helemaal op de letter, maar ik wil me eraan houden. Ik wil me twee plagen besparen : haast en twijfel.

Alleen vandaag wil ik me een rustig half uur voorbehouden en me ontspannen. Gedurende dit half uur wil ik er enkele minuten aan wijden om een beter perspectief in mijn bestaan te vinden.

Alleen vandaag wil ik niet bevreesd zijn. In geen geval wil ik bevreesd zijn om van het schone te genieten, en er vast van overtuigd zijn dat als ik iets aan de wereld geef, de wereld mij ook iets zal schenken.

Uit het Engels vertaald door mijn goede vriend Frans I van de Vlaamse AA-groep te Brussel.

Enkele bedenkingen over de bespreking van AA, rekening houdend met de evolutie, die de AA-groepen doorgemaakt hebben tussen 1970 en 1978.

Voor de huidige AA-leden zal de beoordeling van de Vlaamse AA (X 3. Disfuncties van AA) wel hard aankomen.

Daarom had de echtgenote van de overleden auteur mij gevraagd om de kritiek zo mogelijk te verzachten.

Maar gezamenlijk zijn wij tot het besluit gekomen dat niemand het recht heeft om deze tekst te wijzigen. Het is de eerlijke mening van de auteur. Einde de jaren '60 was de houding van sommige Vlaamse AA-leden inderdaad erg dogmatisch en rigied; alhoewel dit niet kon gezegd worden van alle leden. Daarom leze men "sommige AA-ers", waar er staat ..AA...

Gelukkig is de jongere Vlaamse AA-generatie opengebloeid en legt zij zoals de

Amerikaanse AA-vrienden contacten met alle personen, verenigingen en instellingen, die evenals de AA zelf als doel hebben de alcoholist te helpen. De overgrote meerderheid van de huidige Vlaamse AA-ers gelooft niet meer in de idee van het alleen-zaligmakend-karakter van de AA-therapie ; te meer nu de overheid het eindelijk heeft mogelijk gemaakt dat de ambulante diensten voor alcoholistenzorg gekwalificeerd personeel kunnen inschakelen en dit op multidisciplinaire basis.

Steeds meer gaat men in Nederland en België het alcoholisme zien als een ziekte, met fysische, psychische en vooral met sociale aspecten. Zodoende wordt stilaan het ideaal van de auteur werkelijkheid.

Wij danken de personen en diensten in België en Nederland, die ons de gegevens ter beschikking gesteld hebben om de “nuttige adressen” te herwerken in de geest van de auteur.

Wij danken ook prof. dr. W.K. van Dijk uit Groningen.

Prof. dr. J. Casselman KUL. danken wij voor zijn kritisch doornemen van deze nieuwe uitgave en voor de recente bibliografische gegevens.

Tenslotte danken wij dhr. R. Deberdt uit Kortrijk voor zijn bijdrage over het hedendaagse drankprobleem bij jongeren.

Frans Larridon

docent K. I.H. Oostende