

IV.6.2 Verslaving - Ethische aspecten

F.L.E de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

Het gebruik van drugs roept een groot aantal ethische vragen op, die deels persoonlijk en deel sociaal van aard zijn [1: W.J. Eijk. Sociaal-ethische vragen met betrekking tot drugs. In: Eijk WJ, Lelkens JPM, editors. Medewerking verantwoord?, Oegstgeest: Colomba; 1996, 89-101.] [2: L. Ciccone. Salute e malattia. Questioni di morale della vita fisica. Milano: Edizioni Ares; 1986, II.] (Sgreccia 1991, 175-210). Deze vragen hangen echter onderling nauw met elkaar samen. Omdat de verantwoordelijkheid van de maatschappij tegenover de drugsproblematiek primair afhankelijk is van de ethische beoordeling van het drugsgebruik in zich, worden eerst de persoonlijke aspecten ervan aan de orde gesteld.

6.2.1 Persoonlijk-ethische vragen rond drugsgebruik

6.2.1.1 Ethische analyse van het drugsgebruik als zodanig

De analyse van het drugsgebruik volgens het model van object (middel), intentie (doel) en omstandigheden levert het volgende beeld op. Velen drinken een glas wijn en roken een sigaar om even op verhaal te komen, zich te ontspannen of zich na een zware vergadering die tot laat in de avond of de kleine uurtjes is uitgelopen, van een goede nachtrust te verzekeren. Een kort moment van welbevinden waarin men zijn problemen even van zich af kan zetten, helpt om daarna weer goed te kunnen functioneren. De geregelde doch matige consumptie van alcohol of tabak schaadt de gezondheid niet en heeft ook geen verslavend effect. Volgens Ashley en O'Rourke (blz 353) [3: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. Health Care Ethics. A Theological Analysis. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.] is het gebruik hiervan niet ethisch verkeerd, mits de vrijheid erdoor niet opvallend wordt beperkt. Matig gebruik van deze stoffen kan daarom worden gekwalificeerd als een therapeutisch middel met als doel zich te ontspannen. Natuurlijk valt het gevaar van afhankelijkheid en verslaving niet uit te sluiten, wanneer mensen steeds meer alcohol en tabak gaan gebruiken. Dit risico dreigt met name, wanneer ze er hun toevlucht toe nemen om hun stemming te verbeteren.

Bij drugsgebruik gebeurt iets anders dan bij matig alcohol- en tabaksgebruik. Drugs, met name harddrugs, tasten ingrijpender het bewustzijn aan en belemmeren ogenblikkelijker het denken en willen. Drugsgebruik is daarom altijd ongeoorloofd

*'... omdat het inhoudt dat men zonder rechtvaardiging en op irrationele wijze ervan afziet om te denken, te willen en te handelen als vrije personen (...) We kunnen niet spreken van de 'vrijheid om drugs te gebruiken' of het 'recht op drugs', want de mens heeft geen recht om zichzelf schade toe te brengen, noch het recht om van zijn persoonlijke waardigheid af te zien, die van God komt' [4: H. Johannes Paulus II. Toespraak tot het Centro Italiano di Solidarietà voor de Werelddag tegen drugs (24 juni 1991). Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 1991
doi:https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1991/june/documents/hf_jp-ii_spe_19910624_ex-tossicodipendenti.html.]*

Een van de belangrijkste gevolgen van drugsgebruik voor de persoon zelf zijn de lichamelijke en psychische afhankelijkheid, waardoor zijn vrijheid wordt aangetast. Drugs die hallucinaties veroorzaken, ontregelen het kenvermogen. Bovendien kunnen bepaalde drugs leiden tot het ontstaan van psychosen. De aantasting van de

rede, de wil en de vrijheid impliceert de schending van een intrinsieke waarde van de mens en is daarom een intrinsiek kwaad effect. In de menselijke vrijheid manifesteert zich namelijk het meest uitdrukkelijk dan de mens is geschapen naar Gods beeld en gelijkenis. Drugsgebruik staat dan ook haaks op het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid (zie Hoofdstuk 1.2.2.4.). Uiteraard worden het kenvermogen en de vrijheid ook onderdrukt bij anesthesie of bij palliatieve sedatie, maar dat valt dan te verdedigen binnen het kader van therapeutische toepassingen. Van therapie is echter geen sprake als men drugs gebruikt om in een roes te raken.

Er zijn dus intrinsieke bezwaren ook tegen eenmalig drugsgebruik. Weliswaar blijft het gedrag (beperkt) vrijwillig, maar het wordt compulsief.

Het gebruik van drugs kan de lichamelijke gezondheid rechtstreeks ondermijnen of secundair door infectieuze aandoeningen, waaronder longabcessen, endocarditis, AIDS en virale hepatitis, als gevolg van de toediening van verontreinigde drugs, het gebruik van niet-steriele injectiespuiten en onvoldoende desinfectie van de huid. Geregeld drugsgebruik kan daardoor leiden tot de dood en komt dan neer op een langzame vorm van suicide.

Bij een verslaafde met sterk autodestructief gedrag zou men zich wellicht kunnen afvragen, of de langzame suicide niet een beoogd, dus direct effect is. In de regel gaat het de drugsgebruiker echter om het gevoel van welbevinden, dat door drugs wordt teweeggebracht. Hij beoogt niet de ondermijning van zijn psychische en lichamelijke gezondheid, ook al zijn het – wanneer hij goed geïnformeerd is – risico's die hij voorzien kan en dus willens en wetens accepteert. Men zou daarom hier kunnen bespreken van een indirecte, dat wil zeggen op zich niet beoogde maar als neveneffect toegelaten, suicide of aantasting van de geestelijke vermogens. Deze effecten zijn echter niet op basis van het principe van de handeling met dubbel effect (zie Hoofdstuk 1.2.2.6.2.) te rechtvaardigen. Dit is het geval omdat het beoogde doel, een moment van welbevinden, uiteraard niet tegen de ernst van de consequenties opweegt.

Veel is gediscussieerd over de vraag of ook gelegenhedengebruik van cannabis het risico inhoudt dat men verslaafd raakt, eventueel ook aan andere, zwaardere drugs. Dat dit verband inderdaad bestaat blijkt uit een Australisch onderzoek waarin 1943 middelbare scholieren vanaf de leeftijd van 13 à 14 jaar gedurende tien jaar zijn gevolgd [5: L. Degenhardt, C. Coffey, J.B. Carlin, W. Swift, E. Moore and G.C. Patton. Outcomes of occasional cannabis use in adolescence: 10-year follow-up study in Victoria, Australia. Br J Psychiatry 2010, 196, 290-295 doi:10.1192/bjp.bp.108.056952.] Wekelijkse cannabisgebruikers liepen hoog risico, maar ook bij gelegenhedengebruikers was er een zij het minder uitgesproken, maar toch grotere kans op verslaving aan drugs en problemen als gevolg van drugsgebruik dan niet-gebruikers en hen die met cannabis beginnen na de adolescentiefase. Bij jongeren die af en toe cannabis gebruikten, bleek de kans om als twintiger hard drugs te gebruiken 3 maal groter. Bij wekelijks gebruik was dat risico 12 maal groter.

Overigens levert ook het gelegenhedengebruik een bijdrage aan de winst die met de handel in drugs wordt gemaakt.

6.2.1.2 De subjectieve verantwoordelijkheid van de drugsgebruiker

Naast de objectieve analyse van het drugsgebruik als zodanig stelt zich de vraag in hoeverre de drugsgebruiker subjectief verantwoordelijk is voor zijn verslaving. Zoals onder zal blijken uit de bespreking van de sociaal-ethische aspecten van het drugsgebruik is de persoonlijke verantwoordelijkheid van de drugsgebruiker voor zijn verslaving vaak sterk verminderd. Culturele factoren, afkomst, milieu, traumatische jeugdervaringen en het gebrek aan psychisch evenwicht dat eigen is aan bepaalde leeftijdsfasen spelen een zeer grote rol bij het ontslaan van een drugsverslaving. Toch is het niet goed om de persoonlijke verantwoordelijkheid van de drugsgebruiker voor zijn conditie geheel weg te redeneren door deze aan factoren toe te schrijven, waarop hij geen enkele greep zou hebben. Zo wordt hem echter als menselijke persoon tekort gedaan, omdat hij daardoor

in zekere zin tot een gedetermineerd, dus subhumaan wezen wordt gedegradeerd.

Eenmaal drugsverslaafd zal de vrijheid van de betrokkene en zijn helderheid van geest zijn aangetast, zodat hij in die fase verminderd toerekeningsvatbaar kan worden geacht. De verantwoordelijkheid betreft daarom primair het ontstaan van de verslaving. Om deze verantwoordelijkheid waar te maken is zelfbeheersing en moed nodig, waardoor men de moeilijkheden van dit leven onder ogen durft te zien en de verleiding hiervoor te vluchten kan weerstaan.

Zelfbeheersing is geen eigenschap waarover iedereen in elke fase van zijn leven in dezelfde mate beschikt. De puber die worstelt met zijn identiteit en zich vaak onzeker voelt, kan door toeval of uit nieuwsgierigheid met drugs in aanraking komen en zodoende deze als vluchtweg leren gebruiken voor de uitdagingen die hij dagelijks tegenkomt. Onwetendheid en gebrek aan levenservaring spelen hierbij een niet te onderschatten rol. Het is niet voor niets dat de drugsmarkt zich primair richt tot pubers en jonge adolescenten op middelbare scholen. Voorts zijn problemen in het gezin thuis, met de studie of op het werk en werkeloosheid factoren die predisponeren tot drugsgebruik. Is in het bijzonder de drugsproblematiek uitdrukking van een culturele en spirituele deprivatie? Zeker is dat het hier – zoals gezegd – om een complexe problematiek gaat met zowel morele, sociale, economische, als medische kanten. In ieder geval is het zaak rekening te houden met de vele manieren waarop zij slachtoffer zijn van krachten die voorbij hun individuele krachten liggen (Ashley en O'Rourke blz 54) [6: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. *Health Care Ethics. A Theological Analysis*. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.].

Persoonlijkheidsstoornissen en een genetische aanleg, die betrokkene voor een verslaving extra gevoelig maken, zijn factoren die de persoonlijke verantwoordelijkheid verminderen.

De persoonlijke schuld is onder de geschetste omstandigheden zeker verminderd. Toch blijft staan dat verslaafd raken uiteindelijk een persoonlijke beslissing is, omdat men op een gegeven moment besluit het aantrekkelijke effect van drugs in toenemende frequentie te zoeken en er zodoende prioriteit aan geeft. Het benadrukken van de persoonlijke verantwoordelijkheid – ook al is deze verminderd – blijft cruciaal, omdat psychotherapie zowel bij drugsverslaving als in andere gevallen alleen kans van slagen heeft, als de betrokkene de wil heeft te genezen en aan de behandeling mee te werken.

De eigen morele verantwoordelijkheid van de verslaafde ligt in de plicht om hulp van anderen te vragen en te ontvangen wanneer deze wordt aangeboden, want therapie helpt niet tenzij de verslaafde deze accepteert [7: B.M. Ashley. *Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis*. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]. Het gaat hier om de toepassing van het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid (zie Hoofdstuk I.2.2.4.). Dit beginsel stelt dat de mens zelf in eerste instantie verantwoordelijk is voor eigen leven en gezondheid. Stigmatisering, stereotypering en sociale afkeuring geassocieerd met verslaving weerhoudt mensen er vaak van hulp te zoeken. Het is desondanks hun verantwoordelijkheid om dat toch te doen. Die hulp moet dan uiteraard wel beschikbaar zijn. Verslaafden hebben ook op dit punt dezelfde rechten op gezondheidsvoorzieningen als ieder ander. Vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid is gelijke toegang vereist voor iedereen die zulks behoeven, tot alle gezondheids- en zorgvoorzieningen.

6.2.2 De sociaal-ethische vragen

De relatie tussen het individu en de gemeenschap is wederzijds. Enerzijds heeft het individu verplichtingen tegenover de gemeenschap waartoe hij behoort. Door drugsgebruik kan hij in deze op verschillende manieren

aan de gemeenschap tekort doen, bijvoorbeeld door eventueel criminele handelingen die nodig zijn voor de aanschaf van de dagelijkse dosis drugs en door bij te dragen aan de verspreiding van gevaarlijke infectieziekten door op onhygiënische wijze (gezamenlijk) drugs te consumeren. De gemeenschap moet voorts geld uittrekken voor zijn behandeling, terwijl hij van zijn kant wat betreft zijn functioneren binnen en ten behoeve van de gemeenschap in gebreke blijft. Bovendien kan hij door zijn verslaving en de gevolgen ervan het gezinsleven of het leven van de groep waar hij deel van uitmaakt, ondermijnen.

Anderzijds draagt de gemeenschap zorg voor het individu. Op de eerste plaats zal zij therapeutische opvang realiseren van degenen die eenmaal verslaafd zijn. Tevens is het haar taak door preventieprogramma's de risicofactoren voor verslaving te elimineren of te reduceren. Preventieprogramma's verscherpen in het bijzonder de perceptie dat drugs slecht zijn voor de gezondheid. Preventie is dan ook uiteindelijk de beste strategie. Een actuele vraag is of het bestaande wettelijke verbod op het gebruik van roesmiddelen een zinvolle vorm van drugspreventie is. Andere middelen tot preventie zijn de bestrijding van de productie van drugs en de handel erin en de voorlichting over drugs.

6.2.2.1 Het creëren van therapeutische opvang

De oprichting en financiering van klinieken die in de therapeutische begeleiding van drugsverslaafden zijn gespecialiseerd, is een taak van de gemeenschap. De directe therapeutische begeleiding van drugverslaafden is een taak van artsen, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, pastores en tevens van familieleden.

Een adequate therapie omvat drie fasen: het afkicken, de psychotherapeutische begeleiding en de sociale reïntegratie. Alleen medische hulp bij het overwinnen van de lichamelijke afhankelijkheid zet geen zoden aan de dijk. De verslaafde zal moeten worden geholpen zich een gezond gevoel van eigenwaarde en zelfrespect te verwerven, zodat hij met de moeilijkheden die een mens dagelijks op zijn pad tegenkomt, op een volwassen manier kan omgaan en zichzelf kan beheersen. Voor een blijvend gevoel van eigenwaarde is tevens cruciaal dat hij zich temidden van anderen leert staande te houden, zijn plaats in de maatschappij (terug)vindt en zinvol werk kan verrichten. Een dergelijke alomvattende behandeling blijkt het beste in groepstherapie te kunnen worden gerealiseerd.

Binnen het geheel van therapeutische mogelijkheden bekleedt de verstrekking van methadon, een lang werkend morfinomimeticum, een omstreden plaats. Vanaf de zestiger jaren is dit medicament in gebruik ter vervanging van morfine als een legaal verkrijgbaar middel in het kader van ontwenningsskuren. Na een zekere periode waarin methadon dagelijks in dezelfde hoeveelheid wordt ingenomen, wordt de dosis geleidelijk verminderd. In Engeland is wel heroïne door behandelcentra verstrekt. Dit biedt echter geen voordelen boven methadon, terwijl de kans bestaat dat de verslaafde de aldus verkregen heroïne op straat verhandelt.

De moeilijkheid verbonden aan de methadonverstrekking is dat de arts een drug toedient met dezelfde nadelige eigenschappen als heroïne. Het gebruik van methadon -evenals dat van drugs - is an sich geen intrinsiek kwaad. Het is dat pas wanneer door het gebruik de menselijke vrijheid wordt aangetast. Als de methadonverstrekking tijdelijk is en deel uitmaakt van een alomvattend therapeutisch programma dat op het geheel van de persoon van de verslaafde is gericht, dan is zij in ieder geval een therapeutisch middel om hem van zijn verslaving af te helpen [8: Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg. Church: drugs and drug addiction. Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2002, 229.]. Voor de methadonverstrekking kan daarom een plaats zijn weggelegd, wanneer een drugsvrije therapie heeft gefaald. Aldus wordt het de verslaafde mogelijk gemaakt om aan therapie te blijven deelnemen, doordat hij niet meer via de straathandel en eventueel door het plegen van vermogensdelicten in zijn behoefte aan drugs moet voorzien. In 2005 waren

er in Nederland circa 26.000 verslaafden aan heroïne, van wie er 12.000 van een methadon-onderhoudsprogramma gebruik maakten (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2005, 9). Men moet er wel tegen waken dat methadonverstrekking een geïsoleerde behandeling wordt, los van het overige aanbod aan verslavingszorg (ibid., 14). Door een dergelijke behandeling, dus los van een alomvattende, persoonsgerichte therapie, wordt immers feitelijk een verslaving onderhouden en harm reduction voor de samenleving het enige doel. Zulk een 'vrije verstrekking' van methadon moet op grond hiervan als een niet te verantwoorden medewerking aan een kwaad worden afgewezen (zie Hoofdstuk I.2.2.6.3.).

Een grensvlak tussen preventie en therapie vormt de gedwongen opname en behandeling van drugsverslaafden in speciale klinieken. Evenals dat bij psychiatrische patiënten het geval is, bestaat de mogelijkheid om drugsverslaafden onder dwang op te laten nemen en therapie te laten ondergaan, wanneer zij door hun gedrag een onmiddellijk gevaar voor zichzelf en anderen betekenen. Tevens kunnen zij wegens delicten in hechtenis worden genomen. Verslaafden die tamelijke ernstige delicten hebben gepleegd, worden voor de keuze wordt gesteld ofwel deel te nemen aan een therapeutisch programma, ofwel in voorlopige hechtenis te blijven [9: E. Borst-Eilers, W. Sorgdrager and J. Kohnstamm. Het Nederlandse Drugbeleid; continuïteit en verandering. Tweede Kamer Handelingen, Den Haag 1995, 24077, Vergaderjaar 1994-1995, 28-29.]. Sinds 2001 bestaat er evenwel ook de mogelijkheid van gedwongen afkicken in de gevangenis bij crimineel gedrag binnen het kader van harm reduction.

6.2.2.2 Preventie door voorlichting en drugsbestrijding

Een gewaarschuwd mens telt voor twee, zo zegt een oude volkswijsheid. Een zeer belangrijk preventiemiddel betreft de voorlichting over drugs. Het probleem hierbij is dat de voorlichters moeten opboksen tegen de huidige tijdsgeest die eist dat er voor alles een pil moet zijn; en tegen de postmoderne claim dat alles mogelijk is en iedereen zijn leven geheel vrij en naar believen kan inrichten (tenzij hij een ander daarmee een ander schade toebrengt)). De tendens in de cultuur is bovendien anti-autoritair zodat ouders, die met hun opvoeding hun kinderen willen weghouden van drugs, in hun pogen gefrustreerd worden.

Zonder twijfel speelt onwetendheid onder pubers en adolescenten een grote rol bij hun eerste experimenten op drugsgebied. Vandaar dat voorlichting over de gevaren van drugsgebruik een van de belangrijkste middelen tot preventie is. Hier ligt een taak voor de overheid, de school, de media en niet in de laatste ouders zelf. Van groot belang is dat ouders voorgelicht zijn over de eventuele tekenen die erop kunnen wijzen dat hun kind drugs gebruikt. Bij preventieprogramma's dient men overigens vooral te letten op de kritische fasen in het leven van een jongere die zich voordoen als zij bijvoorbeeld van school veranderen, verhuizen en dergelijke.

Preventie op een geheel ander vlak betreft de belemmering van de productie van verdovende middelen en het afsnijden van de drugshandel. De gedachte ligt voor de hand dat met de verwoesting van de coca-, hennep of papaverplantages de algehele productie van drugs zou kunnen worden lamgelegd en aldus het drugsprobleem met wortel en tak uitgeroeid. Of dat militair gezien te realiseren valt is nog maar de vraag. Centraal staat echter dat de middelen die men ter bestrijding van het drugsgebruik in het geweer brengt, in zich geoorloofd en aan het doel geproportioneerd moeten zijn. Een vernietigingsoorlog gericht op de verwoesting van de zeer uitgestrekte plantages voor de cocaïneproductie in met name Bolivia, Peru en Colombia of van de opiumplantages in het midden en verre oosten (met name de 'gouden driehoek,' Myanmar, Thailand en Laos) zouden met een aantal slachtoffers onder onschuldige burgers gepaard gaan, dat in geen verhouding tot de mortaliteit onder drugsgebruikers zou staan. Tevens zou de lokale bevolking, waarvoor de plantages de enige bron van inkomsten zijn, dan economisch volstrekt gedupeerd zijn. Haar subjectieve schuld is vaak verminderd door de nijpende armoede, waaronder zij gebukt gaat. De enige oplossing is dat de rijke landen de drugsproducerende landen vervangende bronnen van inkomsten aanbieden, bijvoorbeeld door hen in staat te

stellen andere gewassen te verbouwen [10: H. Johannes Paulus II. Message to the representatives of the international conference on "Drug abuse and illicit trafficking" (4 juni 1987). Vaticaanstad 1987.]. Dit is echter een kwestie van lange adem en zal slechts door internationale samenwerking op wereldschaal tot stand kunnen komen.

Als men de productie van drugs niet kan tegenhouden, zouden dan niet de toevoerroutes ervan kunnen worden afgesneden? Ook dit is een immense opgave, gezien het feit dat soms staten als geheel en vaak internationaal opererende criminele organisaties, zoals de maffia, de drugshandel controleren en er gigantische winsten mee behalen. De grote leiders verdienen de zwaarste straffen, maar blijven helaas veelal buiten schot. Zij zijn verantwoordelijk voor wat Johannes Paulus II heeft genoemd 'de organisatie van de dood op intercontinentaal niveau' [11: H. Johannes Paulus II. Toespraak tot de jongeren van de therapeutische gemeenschap voor drugverslaafden S. Crispino (27 mei 1984). Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 1984.]. Een milder oordeel treft de kleine handelaar, die zelf vaak verslaafd is en daardoor een speelbal in de handen van degenen die feitelijk aan de touwtjes trekken.

De teleurstellende ervaringen met de aanpak van de drugshandel heeft de vraag doen rijzen of de bestrijding ervan wel zin heeft. Zou het niet veel beter zijn de verstrekking van drugs te liberaliseren en deze op één lijn te stellen met andere genotmiddelen zoals alcohol en tabak, zodat de verslaafde langs legale weg in zijn behoefte hieraan zou kunnen voorzien? Dit zou de internationale drugshandel pas echt lamleggen, omdat zij niet langer winstgevend zou zijn. Tevens zou de drugscriminaliteit verdwijnen, omdat de gebruiker voor een redelijke prijs aan drugs zou kunnen komen. Bovendien zouden de risico's voor de gezondheid en de overdracht van besmettelijk ziekten, die nauw aan het illegale drugsgebruik gekoppeld zijn, worden ingedamd.

De Werkgroep Drugslegalisatie heeft in de jaren '90 een plan ontwikkeld voor een gefaseerde overgang naar legalisatie van alle thans verboden roesmiddelen, dus van soft en hard drugs, volgens een tweesporenbeleid [12: Werkgroep Drugslegalisatie. Drugsbeheersing door legalisatie. Heemstede: Stichting Drugs Vrij; 1994.]. Er zou een medisch circuit moet komen voor de verstrekking van drugs aan verslaafden met een problematische drugsafhanke-lijkheid om hen tot zelfregulering te brengen – dus niet tot volkomen abstinentie – en een algemeen circuit dat voorziet in de verstrekking van drugs aan alle personen van 18 jaar en ouder met een drugspas ter vervanging van de zwarte markt. Een totaal drugsverbod zoals wij dat nu kennen, zou onwerkzaam zijn en een onrechtvaardige discriminatie betekenen van drugsverbruikers tegenover drinkers en rokers. Bovendien zou het de rechtsstaat ondermijnen doordat justitie zoveel tijd aan de drugsbestrijding moet besteden, terwijl door legalisering het drugsgebruik beter te beheersen zou zijn.

In Nederland zijn noch hard noch soft drugs gelegaliseerd [13: E. Borst-Eilers, W. Sorgdrager and J. Kohnstamm. Het Nederlandse Drugbeleid; continuïteit en verandering. Tweede Kamer Handelingen, Den Haag 1995, 24077, Vergaderjaar 1994-1995, 28-29.]. De verkoop van cannabis in de coffeeshops wordt tot een hoeveelheid van vijf gram per persoon per dag gedoogd [14: Tweede Kamer. Vergaderjaar 1994-1995. Handelingen 1995, 24077, 40-41.]. Zoals boven is opgemerkt, geeft matig alcoholgebruik de mogelijkheid om op een legitieme manier afstand te nemen van de dagelijkse stress. Kan over het recreatieve gebruik van soft drugs hetzelfde worden gezegd? De vraag is wel gerezen of er niet iets te zeggen valt voor legalisering van cannabis, vanuit de veronderstelling dat bij matig gebruik geen lichamelijke afhankelijkheid noch lichamelijk schade te verwachten valt. Een argument daarbij zou zijn of het niet beter is verslaafden uit de illegaliteit te halen zodat de maatschappij beter beschermd kan worden en individuen beter begeleid. De Pauselijke Raad voor het Gezin [15: Pauselijke Raad voor het Gezin. Should soft drugs be legalized? . L'Osservatore Romano, weekly edition in English 1997.] is tegen legalisering van cannabis. Door een dergelijke maatregel wordt aan het zicht onttrokken dat de werkelijke oorzaak van het drugsprobleem gevonden moet worden in het individu dat met

onbeantwoorde gevoelens en vragen zit en – binnen het kader van de opvoeding vaak in de steek gelaten – bevangen wordt door escapisme. Een legalisering zou in feite leiden tot legitimering van de oorzaken die leiden tot drugsgebruik. Bovendien zou het aantal verslaafden dan ongetwijfeld stijgen. Het zou de verslaafden niet makkelijker gemaakt worden om van hun verslaving af te komen, als hun drugs vrijelijk te koop zijn. Hoe zit het voorts met de werkgelegenheid voor deze mensen? Met de verloren kansen en levensjaren van vele verslaafden? En met de onvermijdelijke toename van de kosten voor zorg van verslaafden ten laste van de gemeenschap? Het algemeen Welzijn komt in het gedrang. Want via een verslaafd individu wordt ook het gezin waarvan hij deel uitmaakt bedreigd. En met het gezin de hele samenleving.

Polak, die zich in een artikel in Medisch Contact opwerpt als een vurig pleitbezorger van de liberalisering van drugs, verwijt de tegenstanders ervan dat zij over onvoldoende argumenten zouden beschikken, de risico's zouden overdrijven en niet hebben bewezen dat gebruik van soft drugs het pad baant tot de verslaving aan hard drugs [16: F. Polak. Legalisatie roesmiddelen is in het belang van de volksgezondheid. Medisch Contact 1995, 50, 787-790.]. Er zou zelfs sprake zijn van 'een constante stroom van misleidende informatie over de gevaren van drugs'.

Opmerkelijk is dat Polak in hetzelfde artikel moet toegeven dat ook over het effect van de legalisering van drugs weinig met zekerheid te zeggen valt: 'Er bestaat niet veel empirisch onderzoek op basis waarvan kan worden voorspeld hoe de gebruikspatronen zich na legalisatie zullen ontwikkelen'. Er zijn echter wel degelijk aanwijzingen dat het gebruik van cannabis schadelijk is. Er is toenemende evidentie dat cannabisgebruik het risico van een latere psychotische stoornissen vergroot [17: K.F. Gunning. Farmacologie van soft (?) en hard drugs. In: Eijk WJ, Lelkens JPM, editors. Medewerking verantwoord?, Oegstgeest: Colomba; 1996, 67-77.] [18: D.H. Linszen, M. Dingemans and M.E. Lenoir. Samenhang tussen gebruik van cannabis en recidief/exacerbatie van psychose bij patiënten met schizofrenie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1995, 139, 502-507.] (Nationale Drugs Monitor 2007). In paragraaf 6.2.1.1. is al onderzoek geciteerd waaruit blijkt dat ook gelegenhedengebruik van cannabis in ieder geval tijdens de adolescentie predisponeert voor verslaving aan cannabis en eventueel ook andere drugs.

Niet mag worden vergeten dat tegenover het aanbod van de drugshandelaar een vraag van de kant van de drugsgebruiker staat. Onze huidige cultuur predisponeert tot drugsgebruik en -verslaving, doordat zij als gevolg van het ontbreken van een levensbeschouwing of godsdienst die het leven zin geeft, geen houvast biedt. Dat drugsbestrijding wel degelijk werkzaam en effectief kan zijn, moge het restrictieve drugsbeleid in Zweden duidelijk maken, waarmee – getuige het significant afgenomen drugsgebruik onder jongeren – zichtbaar gunstige resultaten zijn geboekt [19: Landelijk Comité Drugpreventie. Het hasj-boekje. Amsterdam 1994.].

De vergelijking met andere maatschappelijk aanvaarde genotmiddelen als alcohol en tabak gaat niet op, omdat deze stoffen – zoals boven gezegd – bij matig gebruik de vrijheid niet aantasten en de meeste mensen die regelmatig alcohol gebruiken, hieraan niet verslaafd raken en lang niet alle rokers aandoeningen van de luchtwegen en hart- en vaatziekten oplopen, ook al is het risico daarop verhoogd. Geregeld drugsgebruik leidt in een veel hoger percentage tot verslaving met ernstige consequenties. Als men parallellen wil trekken, dan zou de alcoholproblematiek ons er juist van moeten weerhouden om mensen aan nog grotere risico's bloot te stellen.

In de laatste jaren is er een groeiende weerstand tegen het gedogen van de verkoop van cannabis in coffeshops. In haar rapport Geen deuren maar daden komt de Commissie Drugsbeleid tot de bevinding dat coffeshops – in tegenstelling tot wat men ervan verwachtte – niet leidt tot een naar verhouding kleiner aantal cannabisafhankelijken in Nederland dan in andere Europese landen. In de grensstreek brengen coffeshops een

forse toename van drugsgrensverkeer met zich mee. De verkoop van cannabis staat bovendien haaks op artikel 72 van de Overeenkomst ter uitvoering van het Akkoord van Schengen (1991), waarmee de ondertekenende partijen zich verplichten om de illegale uitvoer, verkoop, verstrekking en aflevering van verdovende middelen en psychotrope stoffen, waaronder cannabis, bestuurlijk en strafrechtelijk tegen te gaan. [20: Commissie Drugsbeleid. Geen deuren maar daden. Nieuwe accenten in het Nederlands drugsbeleid. 2009.].

De drugscriminaliteit die men met de liberalisering hoopt te bestrijden, mag niet worden onderschat, maar vormt niet het grootste probleem van het drugsgebruik. Dat is de schade die de drugsgebruiker zichzelf berokkent door de aantasting van zijn intrinsieke geestelijke vermogens, rede en wil, en van zijn lichamelijke gezondheid [21: Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg. Church: drugs and drug addiction. Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2002, 229.].

6.3.2.3 Drugs, ethiek en maatschappijvisie

Men zou zich kunnen afvragen waarom er in Nederland zo'n breed draagvlak voor de liberalisering van drugs wordt gevonden, ondanks het feit dat de risico's van drugs welbekend zijn en het restrictieve drugsbeleid in Zweden zijn sporen heeft verdiend.

Het streven naar liberalisering van drugs heeft een diepere ondergrond, namelijk de visie op de verhouding tussen het individu en de gemeenschap of de staat. Toegespitst op de drugsproblematiek luidt de vraag: mag de staat met zijn wetgeving een individu die zich verder van criminele activiteiten onthoudt en geen vlieg kwaad doet, verbieden drugs te gebruiken? Waar haalt de staat dat recht vandaan?

Onze cultuur toont een sterke tendens om de autonomie (het zelfbeschikkingsrecht) van het individu centraal of zelfs absoluut te stellen. Wie dat doet, zal geneigd zijn om aan de gemeenschap of de staat slechts een autoriteit toe te kennen, die zich beperkt tot de wederzijdse consensus van de individuele leden van de samenleving en op geen enkele manier de autonomie van het individu mag schenden. Hooguit zou de overheid het individu een halt moeten toeroepen, wanneer het het principe-van-geen-kwaad-berokkenen overtreedt, dat wil zeggen wanneer zijn gedrag schadelijk wordt voor anderen en hun autonomie in gevaar brengt. Mocht de staat het individu tegen zichzelf willen beschermen, bijvoorbeeld door drugsgebruik te verbieden, dan zou hij weliswaar een goede intentie hebben, maar zich schuldig maken aan paternalisme (vaderlijke bevoogding) door het individu goed te doen tegen diens wil in. Zo zou diens zelfbeschikkingsrecht worden geschonden.

Wie dit als intrinsiek kwaad ziet, zal concluderen dat drugsgebruik moet worden toegestaan en de gebruiker niets in de weg moet worden gelegd, zolang zijn gedrag voor anderen niet hinderlijk is. Zou liberalisering van drugs inderdaad tot het verdwijnen van de criminaliteit en de clandestiene handel in drugs leiden, dan zou tegelijkertijd worden voorkomen dat de drugsgebruiker het principe-van-geen-kwaad-berokkenen zou overtreden.

Het streven naar de liberalisering van drugs legt een innerlijke contradictie van de autonome ethiek bloot. Iemand zou voor zichzelf mogen uitmaken of hij drugs gebruikt of niet. Wordt hij daardoor verslaafd, dan wordt echter zijn wilsvrijheid, de essentiële voorwaarde voor de uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht, aangetast. Ook van de soft drugs is – zoals gezegd – beschreven dat zij naast een verslavend effect ook een schadelijk invloed op de hersenfuncties uitoefenen. Is de aantasting van de wilsvrijheid dan geen schending van het autonomie-principe? Liberalisering van drugs betekent uiteindelijk dat men iemand vrij laat om het autonomieprincipe te schenden, waarvan men aanneemt dat het nooit ofte nimmer zou mogen worden geschonden (zie Hoofdstuk I.2.1.). Ofwel men moet aannemen dat liberalisering van drugs ook op basis van de autonome ethiek niet valt te rechtvaardigen, ofwel men moet aannemen dat de autonome ethiek met zichzelf in strijd is. Dit laatste ligt het meest voor de hand.

Zoals boven is gezegd, is het leven van de menselijke persoon een intrinsieke waarde, waarover hij geen beschikkingsrecht heeft en dat hij dus niet om lichtvaardige redenen op het spel mag zetten (zie Hoofdstuk I.2.2.1.). De waarde ervan is een objectief gegeven en kan niet door hem autonoom worden vastgesteld. Dit geldt ook voor zijn intrinsieke vermogens, waaronder de rede en de wil.

De staat heeft de zorg voor het algemeen welzijn, dat – tenzij men aanhanger is van een collectivistische ethiek – uiteindelijk het goed van de individuele personen tot doel heeft. Wanneer een individu, bijvoorbeeld de puber die worstelt met innerlijke onzekerheid, zelf niet in staat is zijn objectieve goed, het functioneren van zijn rede en wil en zijn lichamelijke gezondheid, te realiseren of te bewaken, dan moet de gemeenschap hem hierbij helpen.

Dit kan op geen enkele manier worden uitgelegd als een schending van zijn vrijheid. De autonome ethiek blijft staan bij een eenzijdige opvatting van de vrijheid. Zij gaat uit van een externe autonomie, een vrijheid van dwang van buitenaf, hier van de kant van de overheid. Wie de objectieve waarde van het menselijk leven en van de intrinsieke vermogens als de rede en de wil erkent, gaat uit van de intrinsieke autonomie, die gebonden is aan het goed functioneren van de rede en de wil. Voorkomen dat iemand in een moment van zwakheid middelen gebruikt die de rede en wil aantasten, door aan zijn externe vrijheid beperkingen op te leggen, betekent het voorkomen van een aantasting van zijn intrinsieke autonomie, zijn innerlijke vrijheid om te handelen overeenkomstig objectieve waarden.

6.2.2.4. Drugsgebruik en cultuur

Hoezeer ook onze cultuur bewondering afdwingt vanwege haar vooruitgang op technisch gebied, toch mag men haar keerzijden niet voorbijzien. Zij is geneigd het technisch denken op het terrein van de ethiek over te dragen. Geseculariseerde ethiek wordt vaak een nutsethiek, een ethiek van het succes, waarin de moeilijkheden, de tegenslagen en de teleurstellingen van het leven geen plaats hebben. Deze kunnen uiteindelijk alleen als vruchtbaar worden gezien, als men echte idealen en een objectief waardepatroon erkent die het leven op dieper niveau zin geven. In de opvoeding en het onderwijs worden deze echter niet meer uitgedragen. Met zijn teleurstellingen en tegenslagen staat men bovendien in onze cultuur vaak alleen door het hyperindividualisme en gebrek aan solidariteit. De samenleving van het eerste deel van deze eeuw wordt algemeen als kil ervaren. De autonome ethiek mag dan het ideaal van het respect voor de vrijheid van de ander prediken, in de praktijk kan het vrijlaten van de ander bij de keuze van zijn waarden ook desinteresse in zijn doen en laten impliceren.

Op langere termijn zullen oplossingen van het drugsprobleem alleen van een cultuuromslag verwacht kunnen worden. Het is echter een lange weg van de cultuur van de dood, waarin de dood als een laatste redmiddel wordt gezien en de waarde van het leven aan het persoonlijk oordeel van het individu wordt overgelaten, naar een cultuur van het leven, waarin ieder geholpen wordt de objectieve waarde van het menselijke leven te leren kennen en respecteren (Evangelium Vitae, speciaal de hoofdstukken I en IV) [22: H. Johannes Paulus II. Encycliek Evangelium Vitae: Over de waarde en de onschendbaarheid van het menselijk leven (25 maart 1995). 1995, 23, 213-288.] [23: H. Johannes Paulus II. Toespraak tot het Centro Italiano di Solidarietà voor de Werelddag tegen drugs (24 juni 1991). Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 1991
doi:https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1991/june/documents/hf_jp-ii_spe_19910624_ex-toss-icodipendenti.html.].

6.2.2.5. Preventie door genetische screening

Stel dat we genoeg van de psychiatrische genetica zouden weten en een grootschalige genetische screening kunnen laten plaatsvinden teneinde psychiatrische ziekten te voorkomen. Reduceert men dan niet te zeer de rijkdom van het menselijk gedrag. De consequentie ervan zou een wereld zijn zonder Van Gogh en Rimbaud.

Een vervolgvraag is of instanties die besluiten tot genetische screening, ook niet bereid moeten zijn om te interveniëren, met alle ethische problemen van dien zoals stigmatisering, privacy en consent)? Is eigenlijk de identificatie als potentiële drugsgebruiker op zichzelf niet onacceptabel? Men zou dan immers kunnen gaan lijden onder een negatief gekleurd zelfbeeld. En ook: als iemand gescreend wordt en positief scoort, dan wordt hij benadeeld wanneer deze informatie in handen valt van werkgevers en verzekeringsmaatschappijen, met name als laatstgenoemden direct toegang hebben tot zorgdossier dan wel een genetisch screeningsonderzoek deel laat zijn van de entreevoorwaarden. Kun je iemand dit alles aandoen op basis van waarschijnlijkheden en niet op basis van zekerheden? Screening is immers denken in kansen. Een probleem van screening is voorts dat er spanning ontstaat als gevolg van de toenemende kloof tussen vroege opsporing en de beschikbaarheid van therapie.

De Gezondheidsraad [24: Gezondheidsraad. Betekenis van nanotechnologieën voor de gezondheid. Den Haag 2006.] verwacht op het terrein van de screening in de nabije toekomst nieuwe ontwikkelingen als gevolg van de invloed van de nanotechnologie [25: European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission (EGE). Opinion on the Ethical Aspects of Nanomedicine, Opinion 21. Luxemburg: Office for the Official Publications of the European Communities; 2007.]. Dit laatste doordat ziekten meer en meer tot op moleculair niveau te herleiden zijn. Zo kunnen onderzoekers steeds beter via nanobiomarkers ziekten diagnosticeren, in de toekomst met een hand-held, lab-on-a-chip.