

# Verslaving en autonomie: een drielaags model voor herstel<sup>1</sup>

A. SNOEK

**ACHTERGROND** Verslaving wordt vaak gelijkgesteld aan verlies van autonomie. Echter, waar dit verlies van autonomie uit bestaat, is vaak moeilijk te duiden omdat verslavingsgedrag zowel onvrijwillige als vrijwillige elementen heeft. Een beter begrip van hoe mensen met een verslaving controle over hun leven verliezen, geeft meer aanknopingspunten voor herstel.

**DOEL** Inzicht krijgen in de verschillende factoren die autonomie in verslaving ondermijnen en het ontwikkelen van een model om deze factoren in kaart te brengen.

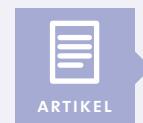
**METHODE** Longitudinaal kwalitatief onderzoek (n = 69) onder mensen met (voornamelijk) opiaat- en alcoholafhankelijkheid. Respondenten werden vier keer geïnterviewd over 3,5 jaar, om zo inzicht te krijgen in hun doelen en hoe deze gefrustreerd werden.

**RESULTATEN** Op basis van de interviews en literatuur heb ik een drielaags model ontwikkeld om controleverlies bij verslaving te verklaren. Zelfcontrole kan op drie verschillende niveaus uitgeoefend worden: om onze intenties uit te voeren (intentioneel), om onze doelen te halen (instrumenteel), of om te leven in overeenstemming met onze waarden en zelfbeeld (normatief). Deze drie lagen van zelfcontrole beïnvloeden elkaar: zowel bij verlies van zelfcontrole als bij herstel. Tevens demonstreer ik het model aan de hand van een casus.

**CONCLUSIE** Verlies van zelfcontrole bij verslaving kent bijna nooit één oorzaak, maar is het resultaat van een complexe set van factoren die elkaar beïnvloeden. Het drielaagse model expliciteert de verschillende vormen van zelfcontrole (intentioneel, instrumenteel en normatief) en biedt belangrijke aanknopingspunten voor herstel.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)7, 575-581

**TREFWOORDEN** autonomie, kwalitatief onderzoek, self-control, verslaving, zelfcontrole



ARTIKEL



‘Weet je’, zei een van mijn respondenten, ‘ik haat het idee dat verslaafden geen controle hebben over hun gedrag. Maar waarom gebruik ik dan elke dag weer, ook al weet ik dat het me eigenlijk geen goed doet?’ Verslavingsgedrag heeft iets tegenstrijdigs. Het voornaamste verschil tussen middelengebruik en verslaving lijkt dat bij verslaving mensen de controle over hun gebruik verliezen: ze gebruiken meer of vaker dan ze zouden willen. Echter, dit controleverlies is niet van dezelfde aard als bijvoorbeeld een epileptische aanval, waarbij het gedrag van mensen zich volledig aan hun wil lijkt te onttrekken. Verslavingsgedrag heeft vaak een element van planning en keuze. Mensen

met een verslaving besteden veel tijd, geld en energie aan het plannen van gebruik en consumeren van middelen. Maar tegelijk lijkt het onwaarschijnlijk dat verslaving een keuze is en dat mensen willens en wetens hun gezondheid, werk en relaties op het spel zetten voor drugs of drank. Hoe kunnen we deze spanning tussen vrijwillige en onvrijwillige elementen in verslavingsgedrag duiden? Hoe beïnvloedt verslaving autonomie of zelfcontrole nu precies? Ik gebruik hier autonomie en zelfcontrole als inwisselbare begrippen. Het Engels kent het prachtige, gelaagde woord ‘self-control’, hier is niet echt een gangbare Nederlandse vertaling voor. Zelfcontrole refereert toch eerder

aan zelfbeheersing, terwijl het Engelse self-control veel breder is. Het Nederlandse begrip dat dit het beste benadert, is autonomie. Dit heeft echter in het Engelse vakgebied een heel andere betekenis. Ik gebruik hier dus het Nederlandse woord 'zelfcontrole' als technische term, voor de manier waarop mensen controle uitoefenen over hun gedrag (zelfcontrole) en leven (autonomie).

### Hoe beïnvloedt verslaving autonomie of zelfcontrole?

De huidige modellen die controleverlies bij verslaving verklaren, zitten vaak vast in deze dichotomie: verslaving is óf een ziekte, óf een keuze. Hierdoor kunnen de modellen vaak maar een deel van het verslavingsgedrag verklaren. Bijvoorbeeld, recente ontwikkelingen in de neurowetenschappen hebben aangetoond hoe herhaaldelijk middelengebruik de hersenen verandert en capaciteiten voor zelfcontrole erodeert (Leshner 1997; Robinson & Berridge 2000; Kalivas & Volkow 2005; Baler & Volkow 2006). Echter, de neurowetenschappen kunnen niet verklaren waarom mensen soms, als ze een bepaald inzicht in zichzelf krijgen, van de ene op de andere dag succesvol stoppen met middelengebruik.

Keuzemodellen daarentegen laten zien waarom mensen gebruiken: omdat ze er door ontspannen of genot ervaren of als zelfmedicatie voor heftig psychisch lijden en trauma (Foddy & Savulescu 2010; Pickard 2012). Keuzemodellen uit de gedragseconomie beargumenteren dat verslaving een probleem is van bijziendheid: middelengebruik is vaak een kortetermijnstrategie om de huidige dag het effectiefst door te komen, op de langere termijn daarentegen zijn mensen die overdadig middelen gebruiken vaak slechter af dan mensen die dat niet doen (Becker & Murphy 1988; Heyman 2009). Deze theorieën kunnen niet goed verklaren waarom mensen het vaak toch lastig vinden om te stoppen als ze tot het inzicht komen dat de tol van hun middelengebruik te hoog is geworden en de voordelen van het gebruik niet meer opwegen tegen de nadelen.

Deze dichotomie tussen verslaving als vrijwillig of als onvrijwillig gedrag zorgt ervoor dat de theorieën elkaar vaak beconcurreren in plaats van dat ze kijken hoe ze zich tot elkaar verhouden en hoe ze elkaar aanvullen. Maar als we luisteren naar de levensverhalen van mensen met een verslaving, dan wordt duidelijk hoe de huidige theorieën elkaar aanvullen, maar ook welke aspecten van falende zelfcontrole bij verslaving ze niet adequaat kunnen duiden. Deze hiaten in de huidige verklaringsmodellen zijn het gevolg van het feit dat de huidige theorieën een beperkte opvatting hebben over wat zelfcontrole is.

In discussies over zelfcontrole ligt vaak de nadruk op 'control' en niet op 'zelf'. Echter, als we kijken waarom we zelfcontrole uitoefenen, dan blijkt controle niet het doel

#### AUTEUR

**ANKE SNOEK**, postdoc onderzoeker, Universiteit Maastricht, Maastricht.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Anke Snoek, Universiteit Maastricht, afd. Health, Ethics and Society (HES), Postbus 616, 6200 MD Maastricht.  
E-mail: a.snoek@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-1-2020

op zich. We oefenen zelfcontrole uit omdat we het belangrijk vinden om ons leven te sturen in overeenstemming met onze waarden, zodat we de persoon kunnen worden die we willen zijn. Zelfcontrole heeft een sterk normatief element en dat is in de huidige theorieën vaak onderbelicht (Kennett 2001, 2013; Kennett & Matthews 2008; Horstkötter 2009; Horstkötter & Snoek 2013; Snoek 2017). Hoewel de huidige theorieën inzicht verschaffen in een aantal manieren waarop zelfcontrole bedreigd kan worden, blijft er tegelijkertijd een hele waaier aan factoren buiten beschouwing. Deze factoren kwamen aan het licht tijdens de empirische studie die ik uitgevoerd heb en leidden tot het ontwikkelen van een hiërarchisch model van zelfcontrole dat gebruikt kan worden om controleverlies bij verslaving te analyseren en herstel te ondersteunen.

#### METHODE

Om te onderzoeken hoe mensen met een verslaving zelf de controle over hun leven en gebruik zien, heb ik een longitudinale, kwalitatieve studie opgezet, in samenwerking met onderzoekers van Macquarie University, in Sydney, Australië. Tussen 2012 en 2015 heb ik 69 mensen met, voornamelijk, een alcohol- en een opiatenafhankelijkheid gevolgd (32 met alcoholafhankelijkheid, 35 met opiaatafhankelijkheid en 7 met amfetamineafhankelijkheid, er is overlap vanwege multimiddelengebruik). Respondenten werden gerekruteerd in een detoxificatiekliniek en een methadonverstrekkingfaciliteit. Respondenten waren tussen de 23 en 64 jaar oud, 71% waren man en 29% vrouw, hetgeen representatief is voor de populatie. Veel respondenten hadden een lage sociaal-economische achtergrond. Het eerste interview was een levensloopinterview waarin het levensverhaal van de respondent centraal stond: hoe waren ze op dit punt in hun leven gekomen? Maar ook keken we naar de toekomst: Waar zie je jezelf over een jaar? En hoe beïnvloedt je verslaving je mogelijkheden om het leven te leiden dat je wilt leiden?

Jaarlijks zocht ik hen weer op en evalueerden we samen hoe hun jaar was gegaan, of hun doelen waren behaald of veranderd en waarom. De respondenten werden vier keer geïnterviewd over 3,5 jaar. Er was een hoge uitval, 18 mensen namen deel aan alle vier de interviews, 33 deden minstens twee interviews. In totaal werden er 146 interviews afgenomen.

## RESULTATEN

### Introductie van het model

Deze gesprekken hebben geleid tot een drielaags model om zelfcontroleverlies bij verslaving te duiden en zo meer handvatten voor herstel te krijgen. Dit model is ontwikkeld door iteratief inzichten te verbinden uit drie bronnen: 1. bestaande literatuur over zelfcontrole en verslaving, 2. een filosofische analyse over wat zelfcontrole is, 3. de kwalitatieve studie.

Dit model incorporeert niet alleen huidige theorieën over zelfcontroleverlies bij verslaving, maar laat ook zien hoe de geleefde, existentiële context van mensen hun zelfcontrole beïnvloedt. Met existentiële context wordt bedoeld hoe mensen de situatie waarin ze leven ervaren en betekenis geven. Aan de hand van een casus van een van de respondenten zal ik het drielaags model demonstreren en illustreren. Deze casus laat op een mooie manier de kracht en hiaten van de huidige modellen zien.

### GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 30-jarige vrouw, had een fijne jeugd, ze beschreef haar gezin als warm en liefdevol. In haar adolescentie begon ze te experimenteren met alcohol en cannabis om gevoelens van depressie de baas te blijven. Ze kreeg de diagnose *attention deficit disorder* (ADD) en kreeg methylfenidaat voorgeschreven. In deze fase was haar gebruik onder controle, een welkome zelfmedicatie.

Het ging mis toen ze haar opleiding als verpleegkundige afgerond had en ging werken. Op haar werk had ze toegang tot morfine en pethidine. Op haar 21ste werd ze ontslagen omdat ze deze middelen op haar werk ontvreemd had. Haar wereld stortte in en ze begon methamfetamine ('crystal meth') te gebruiken. Het eerste keerpunt kwam op haar 22ste toen ze ontdekte dat ze zwanger was. Ze stopte radicaal met elk middelengebruik, vond een baan in de kinderopvang en kreeg veel steun van haar ouders bij het opvoeden van haar kind. Ze beschreef dit als een heel gelukkige periode in haar leven.

### Verklaring

Tot zover kon patiëntes verhaal goed verklaard worden door theorieën uit de gedragseconomie. Volgens deze theorie is verslaving het gevolg van een spanning tussen

korte- en langetermijnkeuzes. Vaak maken mensen in hun adolescentie kortetermijnkeuzes, waaronder middelenmisbruik, maar als ze ouder worden en er meer op het spel komt te staan (een kind, een baan), schakelen ze automatisch over op langetermijnkeuzes en stoppen ze met middelengebruik, het zogeheten *maturing-out* effect (Heyman 2009).

Patiënte zei in een van de interviews: 'Ik wil niet terugvallen. Ik weet dat als ik terugval, dat dan al mijn harde werken voor niets was (...) De clou is, dat je wat meer in de lange termijn gaat denken en na gaat denken over de consequenties. (...) Ik word er niet jonger op en als ik dat beseft raak ik soms een beetje in paniek. (...) Om je de waarheid te vertellen, soms heb ik nog wel zin in ice [methamfetamine] te gebruiken, het verlangen is altijd daar (...) als ik dat heb, dan denk ik na over de consequenties en wat ik allemaal ga verliezen.'

Een uitzondering op deze maturing-outtheorie zijn mensen die ook psychische problemen hebben. Voor hen blijft middelengebruik vaak een belangrijke functie hebben als zelfmedicatie. Dit leek ook het geval met onze patiënte, de hervonden stabiliteit in haar leven bleek niet van lange duur.

### Vervolg gevalsbeschrijving

Op haar 27ste kreeg ze een eetstoornis, viel terug in haar opiatengebruik en raakte haar baan kwijt. Haar ouders zetten haar het huis uit, haar zoon bleef bij hen. Zij zei dat ze in deze periode elke controle over haar leven kwijt was, haar methamfetaminegebruik nam alles over. Een jaar lang zag ze haar zoon niet, had niet echt een stabiele verblijfplaats en werkte als sekswerker, hoewel ze dat vreselijk vond.

Na een jaar begon dit leven zijn tol te eisen: patiënte stortte fysiek in en er werd hepatitis C gediagnosticeerd bij haar. Ze ondernam een nieuwe poging om het roer in haar leven om te gooien. Ze startte een opiaatonderhoudsbehandeling, begon een studie radiologie en de weekenden ging ze langs bij haar ouders en haar zoon.

Op dit punt in haar leven interviewde ik patiënte voor het eerst en in de twee jaar die volgden, zag ik hoe ze langzaam aan haar nieuwe leven opbouwde. Het studeren viel haar zwaar, de overgang van haar oude leven naar haar nieuwe leven vroeg nogal wat van haar aanpassingsvermogen. Maar ze was erg blij dat de relatie met haar ouders en zoon herstellende was. Ze hoopte een baan te kunnen vinden als haar studie afgerond was, zodat ze een eigen huis kon vinden en haar zoon bij haar kon wonen. Ze zou graag een partner vinden en trouwen. Gevraagd naar haar plannen voor de toekomst, beschreef ze die als 'huisje, boompje, beestje'.

Toen ik patiënte het derde jaar interviewde, was haar leven weer helemaal uit elkaar gevallen. Ze vertelde dat ze gezakt was voor het laatste practicum en dat toen haar hele wereld instortte. Ze was weer dakloos, was gestopt met haar studie en had geen contact met haar familie. Afgelopen jaar had ze verschillende keren in het ziekenhuis gelegen na een overdosis, waarbij ze ook zenuwshade had opgelopen. Het grootste deel van de dag sliep ze.

## Verklaring

Hoe moeten we deze nieuwe terugval duiden? Volgens het neurowetenschappelijke ziektemodel zorgt herhaaldelijk middelengebruik voor langdurige of zelfs permanente veranderingen in de hersenen. Mensen blijven verslavingsgevoelig, zelfs nadat ze jaren abtinent zijn geweest. Door hun middelengebruik zijn ze geconditioneerd geraakt op bepaalde signalen uit hun omgeving die middelengebruik voorspellen (een bierdopje triggert verlangen naar alcohol, 'bij koffie hoort een sigaret'). De aandacht wordt automatisch naar deze signalen toetrokken en het zien van de signalen roept een sterk verlangen op naar gebruik (Robinson & Berridge 1993; Kalivas & Volkow 2005).

Onze patiënte had een onderhoudsbehandeling voor haar opiaatafhankelijkheid, hetgeen het verlangen onderdrukte. Maar er is geen onderhoudsbehandeling voor haar methamfetamineafhankelijkheid, en het verlangen naar deze drugs bleef heel sterk. Patiënte beschreef dit ook tijdens een van haar interviews: 'Mijn craving kan echt verschrikkelijk sterk zijn (...) Je wilt dan alleen maar drugs en dan doe ik echt alles om te gebruiken.' En: 'Ik heb een aantal hele slechte beslissingen genomen in mijn leven. (...) Ik dacht toen als een verslaafde (...) Ik wist dat het de verkeerde beslissing was, maar ik kon mezelf niet stoppen.' De neurowetenschappen werpen een belangrijk licht op dit aspect van haar ervaring: haar sterke verlangen naar drugs, ook als ze al lange tijd abtinent is. Echter, als we nader kijken naar haar verhaal blijken ook andere factoren een belangrijke rol te spelen in haar terugval.

Patiënte beschreef dat ze zich slecht thuis voelde op de universiteit. Ze vertelde hoe ze door haar jaren van drugsgebruik, dakloosheid en sekswerk onzeker was geraakt over haar identiteit. 'Ik ben altijd bang wat andere mensen over me denken. (...) Ik denk dat ze aan mij kunnen zien dat ik verslaafd ben geweest. (...) Ik was veel gewicht verloren en daardoor zag ik eruit als een verslaafde.'

Patiënte had het gevoel dat ze geen controle had over de constructie en definiëring van haar identiteit. Ze voelde zich erg onzeker, ze had het gevoel dat haar lichaam een deel van haar identiteit onthulde dat ze liever verborgen hield. Ze wist niet zo goed hoe ze zich moest gedragen op de universiteit: hoe je je gedraagt op straat, hoe je je staande

houdt als sekswerker, is behoorlijk verschillend van hoe je geacht wordt je op de universiteit te gedragen.

Patiënte beschreef dat ze het erg moeilijk vond om in zichzelf te geloven, ze was altijd bang dat het goede leven eigenlijk niet voor haar was weggelegd en toen ze faalde met het practicum gaf ze zich helemaal over aan dit negatieve beeld van zichzelf. En dat terwijl ze eigenlijk haar identiteit als verslaafde ook niet als haar ware zelf zag: 'Ik wil niet beschouwd worden als een drugsverslaafde, ik wil dat mensen me zien als een goede moeder.'

Patiëntes verhaal beschrijft hoe controleverlies bij verslaving niet alleen gaat om het verlies van bepaalde capaciteiten, maar ook een verlies van het zelf kan zijn. Haar verslaving veranderde haar lichaam en daarmee was ze bang dat ook haar sociale identiteit veranderd was. Ze had het gevoel dat ze de controle verloren was over haar identiteit en daarmee ook over welke doelen ze zichzelf kon stellen. Hoewel het falen van een practicum voor de meeste studenten makkelijk te overkomen is, was het voor patiënte een bevestiging van de angst dat het leven dat ze nastreefde niet voor haar was weggelegd. Of, zoals een andere respondent zei: 'we willen allemaal deel uitmaken van iets positiefs, maar door een gebrek aan geloof in onszelf maken we keuzes die een negatieve impact op ons leven hebben.'

## EEN HIËRARCHISCH MODEL VAN ZELFCONTROLE

We zagen in deze gevalbeschrijving dat de bestaande theorieën over verlies van zelfcontrole maar een gedeelte van haar gedrag kunnen verklaren. Hoe kunnen we haar laatste terugval precies begrijpen? Is haar laatste terugval een verlies van zelfcontrole, of een keuze voor een leven met middelenaafhankelijkheid?

Het moeilijke is dat de huidige theorieën over verlies van zelfcontrole niet definiëren wat ze hieronder verstaan. Wanneer is gedrag onder de controle van de persoon? We moeten dus terug naar de vraag wat zelfcontrole precies is en waarvoor deze wordt uitgeoefend. Hierbij kunnen inzichten uit de normatieve filosofie helpen. De normatieve filosofie (Kennett 2001; Horstkötter 2009) stelt dat zelfcontrole drie lagen heeft:

- intentionele zelfcontrole;
- instrumentele zelfcontrole;
- normatieve zelfcontrole.

### Intentionele zelfcontrole

Intentionele zelfcontrole gaat over doen wat je je voorgenomen hebt: ik wil mijn moeder bellen en laat me niet afleiden door inkomende berichtjes als ik mijn telefoon pak. Intentionele zelfcontrole kan bijvoorbeeld bedreigd worden door verleiding of door gewoontegedrag. Je neemt je voor vanavond vroeg naar bed te gaan, maar gaat toch Netflix kijken. De neurowetenschappen laten zien hoe

herhaaldelijk middelengebruik de hersenen veranderen, zodat aandacht automatisch toegeleid wordt naar signalen die gerelateerd zijn aan middelengebruik en deze signalen roepen een sterk verlangen op naar middelengebruik. Hierdoor wordt het gedrag bijna automatisch en onbewust gestuurd richting middelengebruik. Deze automatismen overtroeven intentioneel gedrag (Stacy & Wiers 2010). Intentionele zelfcontrole wordt ook wel beschreven als ‘doen wat je wilt doen’. Maar over het algemeen zien we mensen die dagelijks doen wat ze willen doen niet noodzakelijkerwijs als autonoom en in het bezit van zelfcontrole. Neem bijvoorbeeld iemand die zegt: ‘vanavond is een leuke voetbalwedstrijd en bij een goede voetbalwedstrijd hoort drank’. Zo iemand lijkt in eerste instantie zelfcontrole te bezitten: hij heeft een intentie om te drinken en voert deze uit. Maar als we weten dat hij de volgende dag een belangrijk sollicitatiegesprek heeft voor een baan die hij heel graag wil en waar hij al veel energie in gestoken heeft en dat teveel drinken dit doel bedreigt, dan kunnen we ons afvragen of hij wel zo autonoom is.

### Instrumentele zelfcontrole

Een hiërarchisch model van zelfcontrole laat zien dat deze persoon wel intentionele zelfcontrole heeft, maar geen instrumentele. Instrumentele zelfcontrole gaat over het behalen van bepaalde doelen, doelen die voor ons belangrijk zijn, doelen die een uiting zijn van onze waarden. Zelfcontrole gaat niet alleen over onze intenties uitvoeren, maar vooral ook over het sturen van ons gedrag in een bepaalde richting, over langere tijd, zodat we in staat zijn om onze doelen te halen.

Vaak wordt er vanuit gegaan dat intentionele zelfcontrole noodzakelijk is voor instrumentele zelfcontrole: als we ons intentionele gedrag niet onder controle hebben, kunnen we ook onze doelen niet halen. Echter, het hebben van een doel kan motivationele kracht hebben om controle uit te oefenen over ons intentionele gedrag.

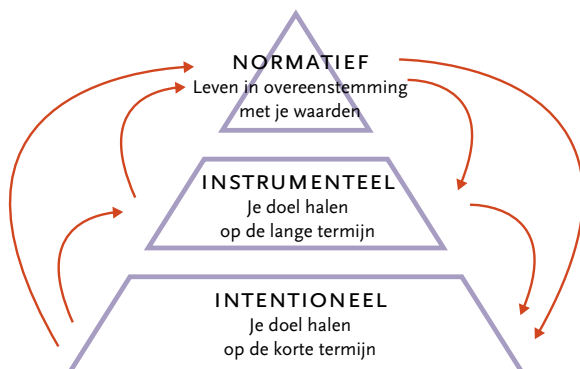
### Normatieve zelfcontrole

Bovenin de hiërarchie staat normatieve zelfcontrole. Normatieve zelfcontrole gaat over hoe we ons gedrag in overeenstemming brengen met de persoon die we willen zijn en het leven dat we willen leven. Bijvoorbeeld: een roker haalt zijn kinderen uit school. Het regent. Op het moment dat hij bijna bij de school is, merkt hij dat hij geen sigaretten meer heeft, hij draait om eerst sigaretten te kopen, maar realiseert zich op dat moment: ‘ik wil niet het type persoon zijn die zijn kinderen in de regen laat staan om sigaretten te kopen.’ Vanaf dat moment stopt hij met roken (Miller 2003).

Normatieve zelfcontrole wordt uitgeoefend door onszelf actief te zien als een bepaald type persoon. Het gaat hier niet zozeer om doen wat we willen, maar om te bepalen of we ook daadwerkelijk willen wat we willen. Als we ons zelfbeeld (her)definiëren, worden ook bepaalde handelingen aannemelijker voor ons terwijl andere handelingen naar de achtergrond verdwijnen. Als ik mezelf primair zie als een opofferende moeder, wordt ander gedrag aannemelijker voor me dan als ik mezelf zie als een vrijbouter of een carrièretijger.

Ook hier geldt dat normatieve zelfcontrole kan volgen op de andere vormen van zelfcontrole: projecten waar we ons aan wijden, definiëren ons vaak als persoon. Maar instrumentele zelfcontrole hoeft niet noodzakelijkerwijs tot normatieve zelfcontrole te leiden. We kunnen bijvoorbeeld doelen nastreven die we niet normatief ondersteunen, bijvoorbeeld als we een carrière nastreven onder druk van ouders. Succesvol zijn in het behalen van hun doelen betekent niet noodzakelijkerwijs dat iemand het leven leeft dat hij wil leven. Normatieve zelfcontrole staat aan de top van de hiërarchie, want waar het uiteindelijk om gaat, is of we in staat zijn het leven te leven volgens onze eigen waarden en de persoon te worden die we willen zijn (zie **FIGUUR 1**).

**FIGUUR 1** Het drielaags model om verlies van zelfcontrole in verslaving te duiden



De huidige theorieën over verslaving en zelfcontrole richten zich vooral op intentionele en instrumentele zelfcontrole: op de capaciteiten die daarbij horen en de bedreigingen van deze vormen van zelfcontrole. De normatieve kant van zelfcontrole en de capaciteiten en bedreigingen die daarbij horen, blijven vaak onderbelicht. Maar als we naar het verhaal van onze patiënte kijken, dan zien we dat haar terugval ook veroorzaakt wordt door het falen van haar normatieve zelfcontrole: haar onzekerheid over haar identiteit, het gevoel dat haar lichaam getekend is door haar verslaving, de angst dat anderen dat deel van haar identiteit zien dat ze probeert af te schermen en de invloed van de sociale context op haar waarden, keuzes en handelingen.

Patiëntes verhaal laat het belang van het zelf in zelfcontrole zien en dit zelf is een belichaamd zelf, een sociaal zelf en een narratief zelf. Haar zelfbegrip, en daarmee een belangrijk deel van haar zelfcontrole, wordt gevormd door hoe verslaving haar lichaam tekent, hoe haar zelf in sociale relaties vorm krijgt, en de verhalen die ze over zichzelf vertelt. Als we deze factoren goed begrijpen, hebben we meer mogelijkheden om herstel te ondersteunen.

## CONCLUSIE EN PRAKTIJKANBEVELINGEN

Het drielaags model van zelfcontrole biedt belangrijke handvatten in het analyseren van controleverlies in verslaving. Verlies van zelfcontrole in verslaving heeft bijna nooit één oorzaak, het gaat vaak om een complexe constellatie van factoren die elkaar beïnvloeden. Het drielaagse

model expliciteert de verschillende vormen van zelfcontrole (intentioneel, instrumenteel en normatief) en biedt belangrijke aanknopingspunten voor herstel.

Het model is hiërarchisch, want hoewel alle drie de vormen belangrijk zijn voor succesvolle zelfcontrole, is om te beoordelen of iemand zelfcontrole heeft, normatieve zelfcontrole doorslaggevend. Waar het uiteindelijk om gaat is of mensen in staat zijn het leven te leven dat ze willen leven en de persoon zijn die ze willen zijn en niet of ze alleen intentionele of instrumentele zelfcontrole hebben. We zien in het verhaal van onze patiënte dat alle drie de niveaus een rol spelen in haar herstel: methadon helpt haar om de craving te onderdrukken en meer een langetermijnvisie op haar leven te krijgen, het hebben van doelen motiveert haar lange tijd om haar gebruik onder controle te krijgen, echter, op het normatieve vlak had ze meer ondersteuning kunnen gebruiken.

Professionals moeten oog hebben voor de autobiografische en existentiële context waarin mensen met een verslaving hun keuzes moeten maken en hun zelfcontrole moeten uitoefenen. Verslaving verandert niet alleen de hersenen van mensen, maar ook hun lichaam, hun sociale relaties, hun geloof in zichzelf en hun zelfbeeld.

## NOOT

1 Dit artikel is mede gebaseerd op het proefschrift van de auteur: 'Addiction, self-control and the self: an empirical, ethical study' (Sydney: Macquarie University; 2017; <http://hdl.handle.net/1959.14/1260972>).

## LITERATUUR

- Baler RD, Volkow ND. Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends Mol Med* 2006; 12: 559-66.
- Becker GS, Murphy KM. A theory of rational addiction. *J Polit Econ* 1988; 96: 675-700.
- Foddy B, Savulescu J. A liberal account of addiction. *Philos Psychiatr Psychol* 2010; 17: 1-22.
- Heyman GM. *Addiction: a disorder of choice*. Cambridge: Harvard University Press; 2009.
- Horstkötter D. Self-control revisited. *Varieties of Normative Agency*. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2009.
- Horstkötter D, Snoek A. The importance of the self for autonomous behavior. *AJOB Neurosci* 2013; 4: 62-3.
- Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1403-13.
- Kennett J. *Agency and responsibility: a common-sense moral psychology*. New York: Clarendon Press; 2001.
- Kennett J. Just say no? Addiction and the elements of self-control. In: Levy N, red. *Addiction and self-control: perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 144-64.
- Kennett J, Matthews S. Normative agency. In: Mackenzie C, Atkins K, red. *Practical identity and narrative agency*. New York: Routledge; 2008. p. 212-31.
- Leshner AL. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45-7.
- Miller WR. Comments on Ainslie and Monterosso. In: Vuchinich R, Heather N, red. *Choice, behavioral economics, and addiction*. Boston: Pergamon; 2003. p 1-31.
- Pickard H. The purpose in chronic addiction. *AJOB Neurosci* 2012; 3: 40-9.
- Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev* 1993; 18: 247-91.
- Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction* 2000; 95: 91-117.
- Snoek A. *Addiction, self-control and the self: an empirical, ethical study*. Sydney: Macquarie University; 2017.
- Stacy AW, Wiers RW. Implicit cognition and addiction: a tool for explaining paradoxical behavior. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 551-575.

## SUMMARY

# Addiction and self-control: A three-layered model to support recovery

A. SNOEK

**BACKGROUND** Loss of self-control in addiction is often hard to understand. addictive behaviour has both voluntary and involuntary aspects. A better understanding of how people with addiction lose control over their lives gives more options for recovery.

**AIM** To gain insight in the different factors that undermine self-control in addiction, and to develop a model to better identify these factors.

**METHOD** Longitudinal, qualitative research (n = 69) among people with (mostly) opioid and alcohol dependency. Respondents were interviewed four times over 3,5 years to gain a better understanding of their goals and what frustrated the achievement of those goals.

**RESULTS** Different theories have a different understanding of what self-control is, or when behaviour counts as self-controlled. Self-control can be exercised on three different levels: to carry out our intentions (short term), to achieve goals (long term), or to live life according to our values and self-understanding. These three layers of self-control influence each other, as well in loss of self-control as in recovery.

**CONCLUSIONS** Loss of self-control or agency in addiction almost never has a single cause, but is caused by a set of complex, interacting factors. The three-layered model of self-control makes these different levels of self-control (intentional, instrumental, normative) explicit and offers important leads for recovery.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)7, 575-581

**KEY WORDS** addiction, agency, qualitative research