

**OUTONOMIE VERSUS SORG IN DIE BEHANDELING VAN  
ALKOHOL-AFHANKLIKHEID: ETIESE PERSPEKTIEWE**

**WILLEM PETRUS PIËNAAR**

Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad  
Magister in die Filosofie (Toegepaste Etiek)  
aan die Universiteit van Stellenbosch



**Studieleier:  
Prof A.A. van Niekerk**

**Desember 2000**

## **VERKLARING**

Ek die ondergetekende, dr Willem Petrus Pienaar, verklaar hiermee dat die werk in hierdie werkstuk vervat my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

---

WP Pienaar

---

Datum

## OPSOMMING

Die gemeenskap in die Wes-Kaap gaan gebuk onder die ernstige gevolge wat alkoholverslaafdheid meebring. Alkoholmisbruik is baie algemeen en het ernstige tot vernietigende gevolge, nie net vir die individu nie, maar ook vir die gesin en die gemeenskap as geheel. As daar na antwoorde vir hierdie probleem in die gemeenskap gesoek word, verdiep die probleem en kom dit duidelik aan die lig waarom die probleem van alkoholmisbruik nie suksesvol aangespreek kan word nie. Die verslaafde persoon weier behandeling, die gemeenskap respekteer die individu sy outonomieit en die probleem sleep voort. Die gemeenskap het ook baie wanopvattinge omtrent die oorsake en instandhouding van die verslaafde se patologiese drinkgedrag en is dus nie met die nodige kennis toegerus om die korrekte ingrepe vir hierdie fisiese en psigiese siektetoestand voor te stel nie. Daar is ook kommer dat die gemeenskap 'n persoon se outonomieit menseregte só hoog aanslaan dat die toepaslike hantering van dié ernstige verslawing nie tot sy reg kom nie. Hierdie werkstuk ondersoek die oorsake van alkoholisme en die faktore wat die persoon se drinkgedrag versterk. Die alkoholverslaafde se outonomieit word uitgedaag en in diepte ondersoek. Die gewig wat 'n persoon se outonomieit en 'regte' in die gemeenskap dra, word bevraagteken en met ander belangrike moreel etiese beginsels van die dag gebalanseer.

Alkohol is 'n dwelm wat fisiese en psigiese verslaafdheid veroorsaak. Verslaafdheid beteken letterlik 'onder die beheer' van daardie substans. Alkohol gebruik is sosiaal 'n aanvaarbare gewoonte. Alkohol se psigotrope effek (kalmerend) dien as 'n effektiewe stut of ontvlugting vir stres in die lewe van die individu. Daar is ook 'kwesbare' individue in die gemeenskap waar 'n genetiese predisposisie die persoon meer 'vatbaar maak vir die ontwikkeling van alkohol afhanklikheid. Ten spyte van die feit dat alkohol-afhanklikheid 'n verworwe fisiese toestand is, raak niemand 'moedswillig' aan alkohol verslaaf nie.

Met die kennis van die krag wat verslawing op die individua se lewe uitoefen as agtergrond word daar voorts gekyk na die outonomie en die verslaafde se vermoë tot rasionele besluitname. Die gewigtigheid van die besluit tot behandeling vir die individu, sy gesin en die gemeenskap word met kompetensie tot besluitname gebalanseer. Argumente word gebou wat tot die gevolgtrekking lei dat die alkohol-afhanklike inderdaad nie outonoom is en nie die kapasiteit vir die neem van behandelingsbesluite besit nie. Indien die verslaafde se outonomieit dan bevraagteken word, word die gemeenskap se verdere hantering van die

persoon 'n groot morele dilemma. Die gemeenskap se verantwoordelikheid van sorg teenoor die individu en die groter gemeenskap kom in gedrang. Die etiese beginsels van deontologie (reëls), konsekwensialisme (die beste vir die meeste), outonomieit versus goedwilligheid, sorgsaamheid, deug, menseregte en ander beginsels word in diepte bespreek. Daar word voorgestel dat die gemeenskap se plig tot sorg, in die geval van endstadium alkoholisme, moreel sterker is as bloot die respek vir outonomie.

Daar word tot die gevolgtrekking gekom dat dit 'goed' is om op 'n sekere stadium van verslawing in die lewe van 'n persoon in te gryp. Nie-vrywillige behandeling word voorgestel as bloot een van die aanslae vanuit die gemeenskap om die ernstige probleem van alkoholmisbruik wat besig is om die gemeenskap te oorweldig aan te pak. Praktiese voorstelle word gemaak om huidige behandelingsstrukture en wetgewing opnuut tot voordeel van die verslaafde en die gemeenskap aan te wend.

## SUMMARY

The community of the Western Cape carries the burden of the serious consequences of alcohol addiction. Alcohol abuse is very common and the consequences range from severe to devastating, not just for the individual but also for the family and the community as a whole. If answers are sought within the community, the problem deepens, and it becomes apparent why the problem of alcohol abuse is not being successfully addressed. The addict refuses treatment, the community respects the autonomy of the individual, and the problem drags on. The community also has many misperceptions concerning the causes and perpetuation of the pathological drinking behaviour of the addict, and are thus not equipped with the knowledge necessary to suggest the correct interventions for this physical and psychological illness. There is also concern that a person's autonomy and human rights are so highly regarded in the community that the appropriate treatment necessary for this serious disorder of addiction does not receive the attention it deserves. This paper investigates the causes of alcoholism and the factors which reinforce a person's drinking behaviour. The autonomy of the alcoholic is challenged and examined in depth. The importance currently assigned to autonomy and individual rights is questioned, and balanced against other important moral and ethical principles of our time.

Alcohol is a drug which causes physical and psychological addiction. Addiction literally means "under the control" of something. Alcohol use is a socially acceptable habit. The psychotropic (calming) effect of alcohol serves as an effective support in or escape from stress in the life of the individual. There are also "vulnerable" individuals in the community in whom a genetic predisposition increases the chance of the development of alcohol dependence. In spite of the fact that alcohol dependence is an acquired physical condition, nobody intentionally becomes addicted to alcohol.

With the knowledge of the power that addiction exercises over the life of the individual, attention is now given to the autonomy of the addict, and his/her capacity for rational decision making. The significance of the decision to request treatment for the individual, his/her family and the community is balanced against competency to take the decision. Argument is developed towards the conclusion that the alcoholic is indeed not autonomous, and does not have the competency to make decisions concerning treatment. If the autonomy of the addict is thus questioned, the way in which the person is then treated by the community becomes a

difficult moral dilemma. The community's responsibility of care towards the individual and the wider community are jeopardized. The ethical principles of deontology (rules), utilitarianism (the best result for the greatest number), autonomy versus beneficence, solicitude, virtue, human rights and other principles are discussed in depth. A solution is sought that will eventually be "good" for the addict and the community. The conclusion is reached that it is "good" to intervene in the life of the addict at a certain stage of addiction. Involuntary treatment is suggested as one possible way of attacking the problem of serious alcohol abuse that is threatening to overwhelm the community. Practical suggestions are offered for the renewed application of existing treatment structures and legislation to the benefit of the addict and the community.

**Opedra aan die personeel van Neurokliniek D in Stikland-hospitaal:  
Vir julle toegewydheid en energie, en liefde vir ander.**

## INHOUDSOPGAWE

OPSOMMING  
SUMMARY  
BEDANKINGS

<b>DEEL EEN</b>	<b>DIE MORELE DILEMMA</b>	<b>1</b>
<b>DEEL TWEE</b>	<b>DIE KLINIESE ASPEKTE VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID</b>	
1.	Inleiding	5
2.	Alkoholisme in perspektief	9
3.	Die oorsake van alkoholafhanklikheid	13
4.	Die dinamiek van alkoholafhanklikheid en die fases van die siekte	20
5.	Iets verfrissends uit die verlede	24
6.	Die pad na soberheid	27
7.	Die gevolge van alkoholmisbruik vir die persoon, die familie en die gemeenskap	35
	7.1 Gevolge vir die persoon	36
	7.1.1 Fisies	36
	7.1.2 Verlies van Funkzionering	36
	7.2 Gevolge vir die gesin of familie	37
7.3	Die gevolge vir die gemeenskap	38
<b>DEEL DRIE</b>	<b>ALKOHOL AFHANKLIKHEID EN SELFBESKIKKING: 'N MORELE EN ETIESE HERBESOEK</b>	
1.	Inleiding	41
2.	Beginsel-gebaseerde morele oorwegings	46



3. Deug-gebaseerde morele oorwegings	61
4. 'n Probleem eie aan alkohol	64
5. Die alkoholafhanklike se aanspraak op regte	67
6. Die gemeenskap se betrokkenheid met alkoholisme	71
7. Hoe swaar weeg die behoefte van sorg?	72
8. Utilitarisme en die behandeling van alkoholafhanklikheid	78

#### **DEEL VIER      PERSKEPTIEWE EN UITDAGINGS**

1. Bespreking	81
2. Die skrywer se kritiek teen voorgestelde aksie	85
3. Gevolgtrekking	87

<b>VERWYSINGS</b>	<b>88</b>
-------------------	-----------

## **BEDANKINGS**

Professor Jan de V Lochner, Dekaan van die Fakulteit Geneeskunde wat op 'n goeie dag die kursus MPhil in Toegepaste Etiek onder my aandag gebring het.

Professor RA Emsley, Hoof van die Departement Psigiatrie, vir sy ondersteuning en aanmoediging tydens die deeltydse studie.

Professor Anton van Niekerk, Hoof van die Departement Filosofie, prof Willie van der Merwe, prof Johan Hattingh, prof Paul Cilliers, mnr Willem Verwoerd en alle uitgenooide lektore van die kursus, vir 'n wonderlike leerervaring die afgelope twee jaar.

Spesiale woord van dank aan Lulu (mev L Botha) vir haar spesiale bystand.

Dr Mickey Gerber, Kleintjie Pienaar, Mirna du Toit en dr Sue Hawkridge wat my gehelp het om die tesis taalkundig te versorg.

Die span van Neurokliniek D, weer eens, vir die baie jare wat ons die wa saam on trek.

Dankie aan al my pasiënte wat my geloof in die krag van die individu onderhou het. Hierdie tesis sou sonder julle sukses nie moontlik gewees het nie.

My gesin, vriende en kollegas vir hul ondersteuning.

## DEEL EEN

### DIE MORELE DILEMMA

Die mens wil graag sy wêreld verstaan en organiseer sodat sy optrede binne die gemeenskap meer rasioneel, gemaklik en funksioneel kan wees. Die mens leer vanaf moederskoot deur lewenservarings. Dit is nie die inhoud van die ervarings wat van essensiële belang is nie, maar die konsepte wat gevorm word om hierdie ervarings te verstaan en daaraan betekenis te gee. Intellektuele konsepte is belangrike instrumente in menslike denke; dit gee sin aan die mens se ervarings en word ingespan om die lewe te organiseer en struktuur daaraan te gee. Dié konsepte gee die agtergrond en raamwerk waarom die lewe gekonstrueer kan word. Dit gebeur egter in die praktyk dat ons bestaande konsepte en daaropvolgende handeling nie meer die gewenste resultate in samelewing lewer nie. Hierdie geïnternaliseerde konsepte, bestaande geloofstelsels en ideologieë waaruit die mens sy lewe rig, kan uitgedien raak of nie meer moreel aanvaar word nie. Vrae wat bestaande konsepte uitdaag, ontstaan nie net as gevolg van gevestigde praktyke wat moreel gesuiwer moet word nie, maar ook vanweë nuwe situasies wat in die samelewing ontstaan en nuwe antwoorde soek. Dit is vrae en antwoorde wat te doen het met die mens se lewensvraagstuk, sy visie, fundamentele beginsels, en die begrippe rondom dit wat betekenis aan die lewe van elke individu verleen.

Waarom is dit nodig om weer na die instrumente van menslike denke terug te gaan? Die rede hiervoor is onder andere prominente ongemak, onsekerhede en onbeantwoorde probleme wat in die mens se daaglikse lewe voorkom. Veranderinge in tyd, bring verandering in die tegnologie, verandering in die mens se interaksie met sy omgewing. Ook in die mediese professie ontstaan daar probleme rondom bestaande 'aanvaarde' praktyke. Daarom is dit nodig dat dit wat ons in die dokter-pasiëntverhouding wil bereik, of dit wat ons nie wil bereik nie, voortdurend herevalueer word. Die konsepte en idees wat betekenis gee aan die dokter-pasiënt interaksie en wat hierdie wisselwerking in medisyne laat voortleef, moet moreel verantwoordbaar wees en moet daarom van tyd tot tyd herbesoek word.

Die doel van hierdie werkstuk is om só 'n kliniese terapeutiese dilemma, naamlik die dokter-pasiëntverhouding in die behandeling van alkoholisme, te herondersoek. Elke terapeut behoort gevoelig te wees vir die onsekerhede wat in sy/haar beroep as gevolg van veranderde omstandighede, spesifieke omstandighede en nuwe omstandighede ontstaan. Onsekerhede en

kliniese ongemak ontstaan onder andere omdat, ongeag die terapeut se opleiding, beroepsondervinding en lewensroeping (dit wat die terapeut graag wil wees), hy/sy nie altyd goed genoeg vir alle *toekomstige* aksies voorbereid is nie. Om klinies relevant te bly is dit daarom noodsaaklik dat die terapeut sy ou konsepte en betekenisgewende idees behoort te herdink en te vernuwe.

Geen mens kan filosofiese vrae vryspring nie. Die onsekerhede van die tot nou toe groeiende, maar steeds onperfekte mediese wetenskap en die fundamentele onsekerhede van menslike interaksie dwing die mens terug na die fundamentele vrae oor die lewe. Die lewe is gedurende die mens se leeftyd inderdaad nooit voltooi, afgehandel of verwesenlik nie. Sekerheid ontglip die mens. Die mens is geneig om te glo dat sy huidige geloofsisteme wat sy aksies motiveer, geldig en korrek is. Gevestigde geloofsisteme lei tot aksies en aksies raak mettertyd instellings of *modus operandi*, of die aanvaarde manier-van-doen. Indien 'n aanvaarde-manier-van-doen eers geïnstusionaliseer is, verander dit moeilik. Daarom verander gevestigde geloofsisteme met problematiese morele inhoude nie sommer nie. Hoekom verander sulke geloofsisteme so moeilik? Die morele kwessies in geloofsisteme gaan dikwels oor ongelyke kragte in menslike verhoudings. Hierdie ongelyke kragte het dikwels te doen met erkende beginsels soos respek vir outonomie, gelykheid, menseregte en regverdigheid. Indien ideologië ongelykhede huisves, bestaan daar magsbasse wat die bestaande ideologie instand wil hou. Dit is daarom elke mens se plig om bestaande ideologië deur nadenke te bevraagteken, te kritiseer en uit te daag.

Op die gebied van dokter-pasiëntverhouding en spesifiek op die gebied van alkohol-afhanklikheid, bestaan daar ook dikwels gevestigde geloofsisteme met ernstige morele wanopvattinge. So sal onaanvaarbare, gevestigde konsepte van die dinamiek van verslawing 'n terapeut van goeie kliniese sorg vir sy pasiënt weerhou. Voorbeelde van wanopvattinge oor die alkohol-afhanklike persoon is: "Hulle val almal weer terug in hulle ou drinkgewoontes." ; "Die alkoholis is onbehandelbaar." ; "Die alkoholis is ongemotiveerd." ; "Alkoholisme is 'n selfgemaakte siekte," ; "Alkoholisme is geen siekte nie." ; "Hulle is moeilike pasiënte." "Hulle móet self besluit." ; "Daar is aan hulle geen salf te smeer nie." ; "Help hulle as hulle uiteindelik om hulp vra." en "solank die drinkende persoon behandeling weier, moet sy outonomie gerespekteer word." Terapeute het moontlik hierdie gevestigde konsepte oor die alkoholis geïnternaliseer en neig daarom om nie by hierdie pasiënt betrokke nie. Hierdie

konsepte sou die terapeut byvoorbeeld ook kon oortuig dat die alkoholis nie 'n pasiënt-status verdien nie.

As dit kom by die konsep van pasiënt outonomie en die dokter-pasiëntverhouding, is die volgende modelle moontlik. Die terapeut se professionele vaardigheid kan bloot as 'n instrument van genesing tot die beskikking van die pasiënte populasie gesien word. Die 'kliënt' kan hierdie instrument gebruik of weier, die terapeut kan die pasiënt se outonomie in hierdie besluit aanvaar en optree volgens die pasiënt se versoek.. Aan die anderkant kan die terapeut sy professionele vaardigheid ervaar as 'n instrument in sy hand om te sorg vir dié wat sy dienste nodig het. Dit verteenwoordig die terapeut se ingesteldheid om te sorg. Só kan die pasiënt se reg om te kies en die terapeut se behoefte om te sorg met mekaar in konflik kom. 'n Ernstige morele vraagstuk ontstaan as die pasiënt se reg tot outonomie en die terapeut se plig tot sorg (as daar inderdaad só 'n plig bestaan) teenoor mekaar te staan kom. Morele vrae ontstaan dan oor die betekenis van outonomie en die plig tot sorg. Bestaande konsepte plaas die respek vir die handhawing van outonomie van die pasiënt oorwegend bó die terapeut se 'plig' tot sorg. Wat is die gevolge van dié kliniese praktyk in ons samelewing vandag? Die uitkomst van die endstadium alkoholverslaafde in die gemeenskap en die ontstellende realiteit daarvan is vir die meeste waarnemers skokkend. Die drinkgedrag en alles wat daarmee gepaard gaan, sleep dikwels eenvoudig voort. Die alkohol-afhanklike sterf dikwels gewelddadig, of in eensaamheid weens sy alkohol misbruik. Ten spyte van die endstadium alkoholis se ooglopende fisiese afhanklikheid, die fisiese en psigiese aftakeling en die ernstige gevolge van die drinkgedrag in die gemeenskap, weier dié persone nog steeds behandeling en raak terapeut selde by hierdie ernstige sosiale dilemma betrokke. Waar hou die respek vir outonomie op en waar begin die terapeut se plig tot sorg? Veral gesien in die lig dat die alkohol-afhanklike se vermoë tot rasonale denke en besluitname direk deur sy siekte beïnvloed word.

Is die balans tussen die plig tot sorg en die respek vir die pasiënt se outonomie nie duidelik versteurd nie? Is daar nie 'n punt waar die alkohol-afhanklike nie meer outonoom is nie? Is dit nie die terapeut se morele plig om sorg te inisieer waar siekte 'n persoon se outonomie belemmer en daardie siekte omkeerbaar mag wees nie? Wat is die fundamentele doel waarheen die terapeut, in hierdie geval, sy professie stuur?

Hierdie werkstuk het ten doel om die dinamiek van afhanklikheid te ondersoek, om moontlike bestaande wanbegrippe, mites, dinkfoute en uitgediende ideologieë oor alkohol-afhanklikheid uit te wys. Die sentrale morele dilemma wat ondersoek word, is die verhouding tussen die respek vir die pasiënt se outonomie en die terapeut se plig en behoefte tot sorg, en die moontlike konflik tussen dié twee. Dit is die terapeut se plig om hierdie betekenisgewende vrae opnuut te vra; in 'n soeke na die ware betekenis van sy professie en dit wat sy professie en rol behoort te wees.

## DEEL TWEE

### DIE KLINIESE ASPEKTE VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID

#### 1. Inleiding

As jong dokter in die platteland herinner ek my aan oom Joos. Doodbenoud van chroniese brongitis en emfiseem, met etter- en bloedbevlekte sputum, 'n suurstofmasker op die gesig, sterwend, gestut teen die kussings in die hospitaalbed, soebat oom Joos by die verpleegster vir 'n sigaret. Die verslaafde se gedrag en gebrek aan insig gaan soms die verstand te bowe! Die krag van gewoontevormende substansie op 'n persoon se lewe is onverklaarbaar groot. Dit is werklik soos Alkoholiste Anoniem se slagspreuk sê: "Ons erken dat ons magteloos is teenoor alkohol – dat ons lewe onbeheerbaar geword het" (Kurtz 1982:43).

Wat hou die stelling "ons lewe het onbeheerbaar geword" vir die verslaafde en vir die gemeenskap in? Wat hou dié stelling vir die mediese wêreld in wat dit met die verslaafde goed bedoel? Is daar by die verslaafde 'n verlies van die vermoë tot selfbeskikking? Kan die gemeenskap inmeng deur die persoon wat aan 'n substansie verslaaf is teen sy sin in 'n rehabilitasie-inrigting op te neem? Kan 'n mens inderdaad verslawing téén 'n persoon se sin behandel? Is verslawing 'n 'siekte' en kan die toestand suksesvol behandel word? Watter rol speel die mediese wetenskap hoegenaamd in die lewe van die enkel mens of in die lewe van die verslaafde? Watter reg het die geneesheer om te oordeel of te peuter aan die besluite, behoeftes en wense van enige mens? Het die geneesheer die reg om 'in te meng'?

Die selfvernietigende gedrag van 'n persoon wat aan 'n gewoontevormende substansie verslaaf is, bly vir die meeste van ons 'n raaisel. Naas die rookgewoonte, is alkoholisme die mees algemene vorm van verslawing. Die sosiale gebruik van alkohol is heeltemal aanvaarbaar en 'n ingeburgerde gewoonte in mense se daaglikse lewe. Aan die ander kant veroorsaak alkoholmisbruik uiterste ongemak in die gemeenskap. Ongeag die feit dat die alkoholis 'n groot gevaar vir die self en die gemeenskap inhou, weier die verslaafde meesal vrywillige hulp tot behandeling. Knelvrae ontstaan. Wat nou? Hoe moet daar in dié omstandighede gehandel word met die persoon wat weier om sy probleem te hanteer? Hoe word die probleem tans hanteer en hoe kan ons daarop verbeter? Sal ons die bestaande houding van die gemeenskap jeens die alkoholis aanvaar, of behoort daar houdingsveranderinge te kom?

Is daar ou gevestigde aannames en oortuigings oor alkoholisme wat afgebreek en herbou moet word? Wat is die beste oplossing vir vandag? Is hierdie oplossing moreel verantwoordbaar vir onself en sal die oplossing vir die gemeenskap deug? Die motivering vir hierdie ondersoek is uit ál die voorafgaande vrae gebore.

Verslawing aan 'n gewoontevormende middel (in hierdie geval alkohol) kan nie apart gesien word van die gemeenskap waarin dit plaasvind nie. Die 'reënboognasie' van Suid Afrika is divers, pluralisties, kompleks, nuut en oud is saamgevoeg, dit omvou premoderne, moderne en postmoderne ideologiese lewenswyses, ag menseregte met erns sedert vrywording, maar is ook tradisioneel kommunitaristies van aard. Die samelewing waarin ons lewe word moeilik gedefinieer, is nie perfek ontwerp nie, is vry van ewige geldige reëls en streef nie na een goed omskrewe ideologie nie. Die samelewing moet daarom sy eie toekoms uitkerf, besluite maak en die verantwoordelikheid van verandering aanvaar. Alkoholgebruik is deel van die sosiaal aanvaarbare gedrag in ons samelewing, deel van die vrug op ons arbeid, deel van ons ontspanning, feesviering en ontvlugting. Menige faktore bestaan in hierdie gemeenskap wat alkoholgebruik bevorder en soberheid ontmoedig.

Hierdie komplekse samelewing kan net oorleef deur 'n proses van saamleef ('n onsigbare 'connectedness'), koestering van diversiteit, prakties op die voete dink wat vir ons eie 'Suiderpunt' goed en reg is (Cilliers 1995:127). Vryheid, individuele regte, koestering van diversiteit en die afwesigheid van ewige reëls bring juis nie 'n losse, amorfe omgewing sonder verantwoordelikheid en verantwoordbaarheid nie (Cilliers 1995:131). Dit blyk hieruit dat verskeie faktore wat alkoholgebruik en -misbruik in die gemeenskap kan beïnvloed deeglik ondersoek behoort te word.

Eerstens is alkohol vrylik beskikbaar. As daar in die gemeenskap 'n houding heers wat verklaar: 'Ek is vry om te doen soos ek voel,' mag daar 'n meer geredelike aanvaarding van intoksikasie in die gemeenskap ontstaan. Dit wil in elk geval voorkom of intoksikasie in restaurante, langs die sportvelde en met werk-etes nou aanvaarde praktyk geword het.

Die tweede faktor wat kommer wek, is die situasie wat ontstaan wanneer die kultuur en gewoontes van die 'eerste wêreld' oorspoel na 'n kultuur wat voorheen nog nie die invloed van alkohol ondervind het nie. 'n Voorbeeld hiervan het plaasgevind tydens die berugte Angolese oorlog toe die Boesmankultuur aan die beskikbaarheid van alkohol en die



drinkgedrag van die moderne soldaat blootgestel is. Die nagevolge van dié blootstelling tydens die oorlog was uit eie waarneming vir die Boesman hartverskeurend.

Derdens, ná die politieke demokratisering van Suid-Afrika het die beheer oor alkohol-verspreiding verder verval en sjebeens het vrylik ontstaan. Dit was moontlik juis die onnodige streng beheer op die wettige verkope van alkohol wat in die verlede veroorsaak het dat die sjebeens as die 'na-ure' verspreider floreer het. Armoede, 'n oorlewingsdrang en entrepreneurskap het ook die bedryf van sjebeens aangemoedig. Tans is die polisiëring van sjebeens ook onvoldoende en gee aanleiding tot ernstige wanpraktyke. Sjebeens word gebruik en uitgebuit vir die verspreiding van ander onwettige dwelms.

Armoede en werkloosheid in die gemeenskap lei ook tot alcoholmisbruik. Die slagoffers van geweld en molesting is kwesbaar vir die ontwikkeling van alcoholmisbruik. Hierdie feite dwing 'n mens om die rol van die gemeenskap en die bestaande beleid te waardeer in die ontstaan, instandhouding en onsuksesvolle behandeling van alcoholmisbruik. Nog 'n rede waarom die *gemeenskap* benadruk word, is die gemeenskap se gevestigde omgang en betrokkenheid met alkohol. Al die pre-vakansie bewustheidsveldtogte in die media oor padveiligheid en sober bestuurgewoontes was tot nou toe onsuksesvol. Hoe ontsnap 'n mens die dinamiek vir die ontstaan van die 'bekommerde gesonde' groep en die 'onverskillige siek' groep? Hoe verander 'n mens gedrag daar waar die probleem werklik bestaan?

Almal in die gemeenskap is pynlik bewus van die gevare en letsels wat alcoholmisbruik meebring. Die reaksie, gewoonlik emosioneel en vergeldend, is egter 'n flou geraas in die storm. Die soeke na kitsoplossings is futiel en die kriminele strafreg bied geen helende oplossing nie. Om oogklappe aan te sit en die probleem te ignoreer, dra niks by tot 'n suksesvolle strategie teen alkohol-afhanklikheid nie. Reaksie sal steeds die plek van aksie inneem solank die gemeenskap nie die konsep 'alcoholisme' en die gepaardgaande feite en realiteite verstaan nie. Vir die groter gemeenskap om die probleem sinvol te bekyk, houdings te verander en rationeel tot aksie oor te gaan, moet 'n vorm van massa psigo-opvoeding eers plaasvind. Dit is een ding om 'wolf' te skree, en 'n ander ding om die wolf hok te slaan.

Die gemeenskap se belangrike rol by alcoholmisbruik lê daarin opgesluit dat die gemeenskap die medium uitmaak waarin drinkgedrag gevorm, verdra en instand gehou word. Die gemeenskap het egter tans onvoldoende meganismes om dié probleem te beveg. Alcohol-

afhanklikheid is anders as ander siektes. Die fisies siek persoon is geneig om hulp te gaan soek, maar die alkohol-afhanklike nie. Die persoon wat alkohol misbruik, wil nie sy probleem erken of daaraan werk nie en dit veroorsaak noodwendig dat die gemeenskap betrokke moet raak. Die gemeenskap se omgang, betrokkenheid en voorgestelde ingrepe tot die hantering van die alkohol probleem in die gemeenskap, word van groot belang. Wat staan die gemeenskap te doen?

Voordat die probleem aangepak word, moet die probleem eers duidelik geformuleer word. Wat beteken die konsep 'alkoholisme' vir die mens? Geen probleem kan opgelos word as die probleem nie deeglik ontrafel en verstaan word nie. Die definisie van alkoholisme is vaag en 'alkoholmisbruik' word los en vas sonder konsekwente inhoud gebruik. 'n Persoon wat niemand ooit pla nie en hom stil-stil oor die jare in lewerversaking indrink, verteenwoordig een 'soort' alkoholis. Die alkoholis wat onder die invloed van drank aggressief raak en sy gesin aanrand, weer 'n ander 'soort'. Die suksesvolle sakeman wat elke dag geïntokiseer raak, maar oënskynlik niks oorkom nie, weer 'n ander. 'n Persoon van sober gewoontes wat eenmalig dronk bestuur en so 'n lewe eis, verteenwoordig weer iets anders. Elkeen van die bogenoemde voorbeelde, en daar is nog baie ander, verg 'n ander manier waarvolgens die gemeenskap sou kon optree.

Alkoholisme benodig 'n oplossing waarmee die die gemeenskap homself kan vereenselwig. Om dit te kan doen, moet daar verstaan word hoe alkoholisme ontwikkel en hoekom die persoon nie sy probleem kan verbaliseer en self oplos nie. Die gemeenskap moet, byvoorbeeld, helderheid hê oor wanneer intoksikasie as verswarende omstandigheid in die hof aangevoer kan word, en wanneer intoksikasie as versagende omstandighede aangevoer kan word. Alkoholisme kan gesien word as siekte, swakheid, 'n antisosiale persoonlikheidstrekk, 'n nagevolg van 'n traumatiese verlede, 'n sosiale euwel, iets wat ander mense oorkom, en baie meer. Die begrip 'alkoholisme' het uiteindelik waarskynlik vir elke individu 'n eie betekenis.

Sóveel mense, sóveel idees oor alkoholisme! Elke mens in die gemeenskap reageer teenoor 'n alkoholis ooreenkomstig sy/haar eie begrip van alkoholisme en huldig ewe uiteenlopende sieninge oor die hantering van alkoholisme in die gemeenskap. In 'n Amerikaanse studie van 1997 rapporteer Schuckit (2000: 80) dat 68.6% van mans en 77.5% van vroue in 'n leeftyd alkohol gebruik. 'n Derde of meer van hierdie persone sal êrens in hul leeftyd 'n alkohol

verwante probleem ondervind en tot 14 % sal 'n kroniese alkohol verwante probleem ontwikkel. Veertien persent van 'n bevolking verteenwoordig 'n skrikwekkende hoeveelheid mense. Alkoholisme is baie algemeen. Suid-Afrika se eie statistiek is meer onduidelik en onbetroubaar, maar daar word in die Wes-Kaap sekerlik per kapita groter hoeveelhede alkohol as in die Amerikaanse bevolking verbruik. Volgens Parry (1999:1) is alkohol in die Wes-Kaap steeds die substans wat die meeste misbruik word en is die alkohol-afhanklikheidsprobleem onrusbarend algemeen.

Die konsep van alkoholisme as 'n *siekte* is beslis nie die mees algemene opvatting in die gemeenskap nie. In die gevalle waar alkoholisme wel as 'n siekte gesien word, het die gemeenskap die houding van "as hulle nie wil dokter toe gaan of hulp gaan soek nie, kan hulle nie gehelp word, nie." Die probleem sleep dus voort. Die lewensmaat, kinders en die gemeenskap bly ly onder die gevolge. Weerstand, woede, verwerping, vergelding en hulpeloosheid ontwikkel. Die voortslepende probleem en die volgehoue weiering van hulp laat die huisgesin en gemeenskap inderdaad magteloos en gekwes. Wat kan ons maak as die persoon sy ooglopende probleem probeer toesmeer en al hoe verder in die 'vat' van mislukking en verdriet 'verdrink'? Kan so 'n persoon téén sy sin behandel word? Kan so 'n persoon inderdaad nog sy eie besluite sinvol neem? Kan die toestand inderdaad behandel word? Kan die toestand hoegenaamd behandel word indien die persoon met alkohol-afhanklikheid nie gemotiveerd aan sy behandeling deelneem nie? Geen wonder die terapeutiese gemeenskap en die groter publiek gooi so dikwels die handdoek in nie. Maar wat staan ons te doen? Wat is ons plig? Wat is werklik agter die kap van die byl? Verstaan ons die 'siekte' werklik? Hoe kan ons, die gemeenskap, van die ou oortuigings ontslae raak en nuut dink?

Alkoholisme, een van die grootste sosiale dilemmas in die gemeenskap, word voorts in meer detail beskryf.

## 2. Alkoholisme in perspektief

Oud-kolonel Mouton ('n skuilnaam), 54 jaar oud, en afgetree weens swak gesondheid, sit in my spreekkamer tydens sy vyfde besoek. Onder druk van sy vrou was hy met sy eerste besoek teenoor my heel eerlik en het hy sy oormatige alkoholmisbruik erken. Hy gebruik vier bottels Whiskey per week, en soms meer. Hy blameer dit op verveeldheid na sy aftrede, maar

in werklikheid is sy swak gesondheid 'n direkte gevolg van sy jarelange ernstige alkoholmisbruik lank vóór sy aftrede. Hy sê die alkohol laat hom ontspan en gee hom 'n blaaskans weg van sy daaglikse probleme.

Dit is duidelik dat hy nou ná sy aftrede finansiële swaarkry. Sy gesondheid laat hom nie toe om motor te bestuur nie, en hy bring sy dae tuis alleen deur terwyl sy vrou nog elke dag aktief werk. In sy dronkenskap raak hy soms aggressief, benat homself en val homself stukkend in die huis. As hy ophou drink, gaan hy deur 'n erge onttrekkingsfase. Objektief is kolonel Mouton in 'n swak fisiese toestand. Hy het 'n vergrote buik, is geelsugtig en het erg geswelde voete. Die onmiddellike optrede waarop besluit is om hom deur die onttrekkingsfase te kry en hom optimaal fisies te stabiliseer, is hospitalisasie. Gelukkig stem hy hiertoe in en opname word gerêel.

Na twee weke van instensiewe sorg word hy ontslaan en is hy bereid om my as 'n buitepasiënt te kom sien vir 'n vyf-konsultasie behandelingsprogram vir alkohol-afhanklikheid. Die notas van die internis wat hom gedurende sy hospitalisasie behandel het, meld dat die pasiënt vir vyf dae deur 'n ernstige onttrekkingsfase gegaan het. Hy het lewersirroze, en as gevolg daarvan lewersversaking met beginnende askitis (vog wat weens die lewersversaking in die buik ophoop) en slukdermspatare, beri-beri kardiomiopatie met kongestiewe hartversaking, anemie as gevolg van sy bloedingsneiging, perifere neuropatie en vitamiengebreke. Die oorsaak van sy fisiese siektes is sy alkoholmisbruik en die meegaande swak eetgewoontes. Sy fisiese toestand kan nie omgekeer word nie, maar kan gestabiliseer word sodat hy 'n kwaliteit lewe kan geniet. Sou hy enigsins aanhou drink, sal hy sekerlik binnekort sterf. Hy is intellektueel sterk en is gelukkig dat hy die intellektuele aftakeling van alkoholmisbruik tot nou toe vrygespring het.

Ons werk vir vyf sessies kliphard aan die probleem. Hy werk hard saam en ontwikkel goeie intellektuele insig in die ontstaan, verloop, aard en genesingsproses van die siekte. Na die vyfde onderhoud, met die voltooiing van die inisiële behandelingsprogram, bedank hy my en sê dit gaan nou baie beter. Hy gebruik nou so een en 'n halwe bottel Whiskey per week. Wat 'n enorme teleurstelling vir die terapeut, en watter sinlose, fatalistiese respons van die pasiënt! Amper onverstaanbaar, ontstellend; hóé werk verslawing dan?

Neurokliniek D is 'n korttermyn alkohol rehabilitasie-eenheid in Stikland-hospitaal. 'n Vier weke binnepasiënt rehabilitasieprogram word hier aangebied. Karel ('n skuilnaam), nou reeds sewe jaar aan die kliniese span bekend, is 43 jaar oud, het geen skoolopvoeding gehad nie, is werkloos, ly aan epilepsie na 'n hoofbesering wat hy tydens 'n geïntoksikeerde episode opgedoen het, en woon meesal in 'n nagskuiling in ons plaaslike gemeenskap. Hy was vir baie jare 'n ernstige alkoholmisbruiker en het gedurende sy onttrekkingsfases dikwels 'horries' of 'DT's' (delirium tremens) gehad. Hy is nou sewe jaar sober, is 'n trotse jong man, fisies gesond, en werk daaglik in tuine vir sy eie selfbehoud. Hy woon sy nasorgprogram gereeld by.

Dié twee voorbeelde is nie daarop gemik om twee gevalle teen mekaar af te speel nie. Die groot waarheid en les hierin opgesluit, is dat 'n mens nooit kan voorspel wie suksesvol gaan rehabiliteer nie. Die krag van verslawing verstom die skrywer nog elke dag ná twintig jaar se werk in alkoholverslawing. Die kragte aan't werk en die dinamiek van verslawing ontwyk die navorsers steeds. Die onpeilbare elemente in die menslike verstand wat veg tussen oorlewing, verslawing en selfbeskikking lyk steeds onbekend. Weer kom die vraag na vore: Moet ek my bemoei met my broer wat in klaarblyklike helder denke in sy verslawing voortploeter? Een ding is duidelik: Die alkoholprobleem in die gemeenskap gaan nie sommer verdwyn nie. Is sekere individue dan meer kwesbaar as ander? Hoekom kan die persoon wat aan alkohol verslaaf geraak het dan nie sy selfvernietigende gedrag stopsit nie? Hierdie vrae moet verder ondersoek word.

Niemand raak moedswillig aan alkohol verslaaf nie. Die gemeenskap se reaksie weens die probleme wat alkoholmisbruik veroorsaak, is egter om die 'moedswilligheid' voor te hou. 'Hulle weet mos wat hulle doen. Waarom hou hulle nie op nie?' Daar is 'n algemene en groot onkunde onder mense oor die proses van verslawing.

Hoe ontstaan verslawing? Alle alkoholverslaafdes begin hul 'loopbaan' in alkoholgebruik waarskynlik heel 'onskuldig.' Dié matige gebruik van alkohol is sosiaal aanvaarbaar en die effek daarvan is 'lekker' (dié 'lekker' word later baie meer deeglik omskryf). Almal gaan deur die fases van eksperimentering, sosiale gebruik, misbruik en dan afhanklikheid. Sommige persone stop na eksperimentering, sommige bly by hul lewe lank by sosiaal gebruik, maar ongelukkig is al die literatuur dit eens dat 'n beduidende persentasie (7% tot 15%) van persone hiervandaan na alkoholmisbruik en -afhanklikheid vorder. Dit is baie belangrik om te

besef dat *almal* in die gemeenskap kwesbaar is. Niemand word oorgesien nie. Dit is juis die adolessent se alomteenwoordige gedagte 'dit sal nie met my gebeur nie' wat maak dat die gevaarlike drinkgedrag voortgesit word. Die proses van verslawing is *nie moedswillig nie*. Niemand besluit óóit doelbewus om 'n alkoholis te word nie.

Kom ons reflekteer weer oor die gemeenskap se algemene houding jeens die alkohol-verslaafde. Die gevoel is meesal een van afkeur, woede, verwerping en 'ruk jouself reg.' Dit is juis hoekom die alkoholis geïsoleerd mag voel en sy probleem ontken en wegsteek. Aan die ander kant word drinkgedrag in die gemeenskap beslis aangemoedig. Intoksikasie en die gepaardgaande 'sosiale' effek van intoksikasie word beloon. Drinkgedrag word dikwels gesien as 'manlik,' 'sterk,' 'snaaks' en die 'in ding' en word weer eens op dié manier beloon. Die eerste belangrike begrip wat 'n mense behoort te internaliseer, is die feit dat niemand moedswillig aan drank verslaaf raak nie. Hierdie begrip mag die beginpunt van 'n houdingsverandering in die gemeenskap en nuwe denke oor die hantering van ons medemens wees.

Ingewikkelde definisies uit handleidings pas nie hier in nie. Derhalwe word prakties aangepaste DSM-IV definisies (American Psychiatric Association 1994:195-196) hieronder aangebied wat verstaan moet word om die verloop van die verslawingsproses te begryp:

**Eksperimentering:** Veral algemeen by kinders en adolessente; eenmalige of enkele episodes van 'probeer' of eksperimenteer met 'n substans.

Probleem: Die gevare van selfs eenmalige intoksikasie soos byvoorbeeld motorongelukke, aanranding, ens. Prakties gevaarlik soos vermeld, maar meesal van verbygaande aard en redelik onskuldig.

**Gebruik:** Sosiale gebruik; nooit oormatig; kan gereeld wees, maar in klein hoeveelhede; ondervind geen 'hangovers' of ander nadelige effekte nie; alkohol in bloedvlak sal nooit die wetlike perke oorskrei nie. Die sogenaamde 'sosiale drinker'. Hierdie persone drink gereeld of ongereeld maar min. Die term 'sosiale drinker' word dikwels misbruik deur drinkers van die volgende stadium. Dit is dan reeds 'n vorm van ontkenning.

**Misbruik:** Gereelde intoksikasie; buite norm van wat sosiaal aanvaarbaar is, selfs gedurende die dag geïntoksikeerd, drink soms buite sosiale konteks, beleef die nagevolge van intoksikasie.

Voorbeelde: Bestuur onder die invloed van alkohol, babbelaas, afwesig van die werk, geïntoksikeerd aan diens, intoksikasie veroorsaak huweliks onmin, raak geïsoleerd, bied verskonings aan, maak beloftes, en ontken sy/haar probleem.

**Afhanklikheid:** Geskiedenis van alkoholmisbruik en; ontwikkel toleransie en onttrekking.

Toleransie: moet meer as voorheen drink vir die gewenste effek.

Onttrekking: As die persoon vir een of ander rede ophou drink verskyn onttrekkingssimptome na 'n paar uur. Voorbeeld : bewe, kopseer, naarheid, angstigheid en sweterigheid. Al wat nou help is nog 'n drankie 'om die kop oop te maak,' die sogenaamde regmaker.

Waar soek 'n mens die waarheid? Wat is waarheid of die realiteit in die geval van die alkohol-afhanklike persoon se volharding in sy drinkgewoontes? Kurtz (1982:47) haal vir Heidegger aan wat sê, "the 'phenomenon' is by definition that which shows, discloses, itself. To search for truth means rather to find the right perspective- the point of view that will allow the phenomenon to reveal itself." Die volharding van die alkoholis in sy drinkgedrag is die 'fenomeen,' is die realiteit wat tot ons spreek.

### 3. Die oorsake van alkohol-afhanklikheid

Hoekom raak sekere mense verslaaf aan alkohol en ander nie?

Eerstens, alkohol is 'n dwelm. 'n Dwelm is 'n substans wat deur mense gebruik word vir 'n psigotrope effek - die psigiese effek (gevoel) van intoksikasie. Waar hierdie substans herhaaldelik gebruik word, ontwikkel die mens toleransie tot die effek en indien die substans gestaak word, ontwikkel daar ongemaklike onttrekkingssimptome. Toleransie beteken dat daar groter hoeveelhede van die substans gebruik moet word vir die gewenste effek. Aan die begin is een bier byvoorbeeld genoeg vir die gewenste effek, maar later moet twee, en dan drie en meer gebruik word vir dieselfde effek..

Daar is ook verskillende vorms van toleransie:

1. Een vorm van toleransie is die aanleer van motoriese vaardighede ongeag intoksikasie.
2. Herhaalde alkoholgebruik induseer ook lewerensiem produksie. So raak groter hoeveelhede ensiem en ander substrate in die lewer beskikbaar om die alkohol af te breek en onskadelik te maak.
3. Onmiddellike toleransie met een intoksikasie is die neurologiese fenomeen dat 'n persoon met die stygende been van intoksikasie (nog besig om te drink) meer geïntoksikeerd is as die dalende been (klaar gedrink en bloed vlak daal nou) van intoksikasie op dieselfde bloedvlak. Dit verteenwoordig 'n onmiddellike neuronale aanpassing, met elke intoksikasie.
4. Na maande en jare ontwikkel 'n permanente sentrale of *serebrale* toleransie. Alkohol is hidrofilies (los in water op) en lipofilies (los ook in vet op). Alkohol word baie vinnig uit die spysverteringskanaal opgeneem en *konsentreer* in die brein. Prakties word dit gedemonstreer deur net terug te dink aan hoe lank dit neem vir die kalmerende effek van alkohol om te verskyn na inname. Die psigotrope effek begin reeds enkele minute na die eerste inname. Die breinselle of neurone se selmembrane bestaan uit 'n dubbellaag fosfolipiede, cholesterol (beide vette) en proteïenmolekules. Alkohol los in vet op en maak die neuronmembraan meer vloeibaar. Hierdie uitwerking van alkohol op die neuronmembraan is een verklaring van die intoksikasie effek van alkohol. Indien alkohol gereeld in groot hoeveelhede misbruik word vind daar permanente neuron aanpassing plaas. Nou is meer alkohol nodig vir die gewenste effek, naamlik sentrale toleransie. Hierdie fisiologiese aanpassing (toleransie) van die liggaaam is volgens alle kliniese waarnemings permanent. Sommige sober alkoholiste kan soberheid handhaaf vir jare en as hulle dan glo dit is weer veilig om 'n drankie te neem, is hulle terug by die oormaat van vroëer en meer, binne weke.

Hierdie sentrale toleransie is onomkeerbaar. Let op hoe ver ons nou is van 'hulle weet mos wat hulle doen, vir wat hou hulle nie op drink nie?'. Om een of twee drankies te drink, maak nou net nie sin nie, dit sal net nie die gewenste effek hê nie.

Sou die persoon met alkohol-afhanklikheid nou besluit om op te hou drink sal onttrekkingssimptome te voorskyn kom. Die neuronmembrane en ander sentrale meganismes, wat onder die onderdrukkende effek van alkohol moes werk, is nou skielik ontslae van die



onderdrukker en 'n staat van hiperprikkelbaarheid ontstaan. Daarom die outonome onstabieleit, die sweet, hartkloppings, bewe, angs en soms konvulsies wat mag volg. Die onttrekkingsfase is uiters ongemaklik en kan in 'n mediese noodtoestand ontaard. Hierdie feite is deel van die rede hoekom die alkoholis nie sommer maar net kan ophou drink nie.

Alkohol is dus ongetwyfeld 'n dwelm. 'n Dwelm wat reeds vir baie jare vrylik gebruik word en aanvaar word in die gemeenskap. Met die gebruik van klein hoeveelhede alkohol (soos in sosiale gebruik), vind hierdie sentrale neuronveranderinge nie plaas nie en die mens kan geredelik die effek geniet sonder gevaar. Die neuronale aanpassingsteorie is baie meer ingewikkeld op molekulêre vlak, maar verklaar op 'n eenvoudige manier wat plaas vind in die brein, sodat die fisiese verslawingsproses deur 'n dwelm begryp kan word. Dit verklaar nog nie hoekom sekere mense en ander nooit aan alkohol verslaaf word nie. Hierdie sentrale veranderinge in die brein vind net plaas as groot hoeveelhede alkohol redelik gereeld gebruik word. Tog ook nie net by gereelde drinkers nie, want dieselfde veranderinge vind ook plaas by die 'binge' drinker wat baie groot hoeveelhede oor kort tye, dae en weke, drink. Wetenskaplikes weet baie eeue reeds dat alkohol gevaarlik is. Klinici weet al vir baie jare dat dit juis dié persone is wat gereeld baie drink en geneig is om te sê: "Ek kan my drank vat," wat aan alkohol verslaaf raak. Té veel alkohol vir té lank.

Tweedens, hoekom drink mense? Omdat alkohol so lekker smaak? Nee, omdat dit (in die volksmond) so lekker 'maak.' Ongeag die wynproewer se sertifikate en die aangeleerde kundigheid oor die kleur, boeket en smaak van kultivare en versnitte, drink die meerderheid van mense hoofsaaklik vir die effek.. Alkohol is 'n psigotrope middel met groot effek op die mens se gemoed. Daar kon nog nie tot nou toe 'n spesifieke reseptor in die brein vir alkohol geïdentifiseer word nie, maar alkohol werk soos die neuro-oordragstof GABA (gamma-amino-bottersuur). GABA is die neuro-oordragstof in die brein wat gemoed stabiliseer, meesal inhiberend, en het daarom 'n kalmerend, ansiolitiese en hipnotiese effek. Die effek van alkohol op die mens is vinnig, duur etlike ure en word deur meeste mense as uiters kalmerend ervaar.

Die effek van alkohol is só effektief dat die persoon amper kan kies watter invloed die alkohol vandag op hom moet hê. Vanaand moet alkohol my moegheid en frustrasie wegvat, môre my spanning of hartseer. Skaam, jong seuns wat nog sukkel met hul sosiale onvaardigheid gebruik alkohol om moed en 'n bietjie selfversekering te kry. Alkohol laat ons toe om van

ons daaglikse probleme te ontsnap, dit laat ons ontspan, dit laat ons vergeet en dit bied 'n kitsoplossing vir die daaglikse probleme. Só raak alkohol my steunpilaar en maat, tot ek uiteindelik deur alkohol ingesluk word. Die komplikasies van my alkoholgebruik vererger my daaglikse probleme en skep nuwe probleme, maar die alkohol bly my chemiese kitsoplossing. Die bouse sirkel is voltooi. Die effek van alkohol is vir die meeste mense so positief, dat drinkgedrag daardeur aangemoedig word. Alkoholgebruik raak 'n patroon, 'n lewensstyl. Alkohol is egter ook 'n dwelm en toleransie, en daarom afhanklikheid, is stadig maar seker aan die ontwikkel.

Hierdie 'vriend' laat mense erg in die steek. Hierdie wondermiddel wat sóveel ontvlugting en plesier verskaf, haal die mens in. Ten spyte van die tydelike psigiese effek van alkohol raak dit ook moeilik om 'n gewoonte af te leer en nog moeiliker om 'n lewensstyl te verander. Met bogenoemde in gedagte, is dit ons plig om weer te dink aan ons mees waarskynlike houding en vertrekpunt: 'Hulle weet mos wat hulle doen, waarom hou hulle nie op nie?' Daar moet dus besin word oor die fisiese en psigiese krag van die dwelm. Maak die fisiologiese afhanklikheid (alkohol is 'n dwelm wat toleransie en onttrekking veroorsaak), die psigologiese afhanklikheid van die effek van alkohol en die verknogtheid aan die lewensstyl die persoon werklik onvermoënd tot selfbeskikking?

Die derde rede waarom mense aan alkohol verslaaf raak, is sosiaal van aard en kan in twee verdeel word. Eerstens is ons 'n drinkende gemeenskap en is dit normaal om te drink. In die Wes-Kaap het ons 'n meditereense klimaat, ons maak van die beste wyne in die wêreld en ons lewensstyl is dikwels sodanig dat ons meestal in ons handel en wandel alkohol gebruik en dit aanvaarbaar vind. Ons bly in die mooiste wynlande en word deur die res van die wêreld beny. Alkohol is 'n multimiljoen rand uitvoerprodukt en word sterk deur die toeristemark ondersteun. Daar is min ingeboude meganismes om die gebruik van alkohol in die gemeenskap te rem. Van die min faktore teenwoordig in die gemeenskap wat alkoholgebruik rem is die Moslems se geloofslewe. Daar is omtrent geen gebruik, funksie, byeenkoms, geleentheid, ritueel of samesyn wat ons kultuur sal laat verbygaan sonder om alkohol te geniet nie. Die Engelse spreekwoord lui: "There will always be a supply if there is a demand." In ons kultuur begin ons self met dié gebruik. Vanaf die liefde vir die tuisgebroude tradisionele bier tot die kwasië 'Single malt Whiskey' snob. Selfs ons taal is vol van die verwysings na ons alkoholgebruik. 'Ons sal oor 'n glasië of twee moet gesels.' 'Ons moet 'n glasië klink op jou sukses.' Let op hoe word ons sport betrek deur borge van die alkoholbedryf. Kyk na die

'gesonde' boodskap wat die advertensie-bedryf uitstuur. Geen wonder die beleidmakers probeer om 'n gesondheidswaarskuwing op alle alkoholprodukte te laat aanbring nie.

Die tweede sosiale faktor is die mens en sy stres. Stres is deel van die alledaagse lewe en almal het genoeg stres om verligting in alkohol te gaan soek. Alhoewel dit 'n meesal onbewuste handeling is, is daar niks soos 'n drankie om die moegheid en probleme te help afgooi wanneer ek vanaand moeg en frustreerd by die huis kom nie. Dit is baie weinig dat ons die verbinding maak of erken, maar voorwaar, die gewoonte staan ons goed.

Stres kan sekerlik onderverdeel word in die 'groter' stres van die moderne tyd. Die geweldige pas van die lewe, die armoede, die geweld, die werkloosheid, die onstabiele politieke bestel, die MIV- en Vigs-epidemie en wêreldtendense van onsekerheid en amorfe beginsels. Stres binne die kultuur, binne die gesin en, laastens, elke persoon se unieke lewensbagasie en bestaan kan hierby gevoeg word. Die mens is baie geneig om die rede tot sy doen en late te eksternaliseer. 'Dit is omdat hulle ---,' 'julle weet nie wat by my werk aangaan nie,' 'julle sal verstaan as julle my kinderdae ken,' 'as hulle hul houding verander dan sal ek ---.' Só het baie mense 'n eksterne lokus van kontrole. Die probleem lê kwansuis 'buite' hom/haarself, terwyl dit ooglopend net die persoon self is wat weens die drinkgedrag ten gronde gaan. Daar word later in hierdie werkstuk teruggekom na hierdie ongesonde beskermingsmeganisme van die mens en die rol wat dit in selfbeskikking speel.

Die argumentering vlot goed tot hiertoe. Daar is baie stres en ongemak in die meeste mense se lewens. Dit is heeltemal normaal om alkohol te gebruik. Alkohol werk so goed. Maar alkohol is 'n dwelm en gaan jou uiteindelik vang. Dit is nou meer duidelik dat die mens nie moedswillig aan alkohol verslaaf raak nie. Die meganismes wat die drinkgedrag aan die gang hou, is ook meer duidelik. Uiteindelik haal die drinkgedrag jou in en jou reaksies, energie en talente word nou gerig om die drinkgedrag instand te hou. Êrens gaan dit seker oor die mens se stres-weerbaarheid, maar ook nie almal met swak stresweerbaarheid raak aan alkohol verslaaf nie. Dit is juis soms verstommend om te sien watter vermoënde mense wel aan alkohol verslaaf raak.

Die vierde rede waarom daar mense in die gemeenskap is wat aan alkohol verslaaf raak, is die sterk moontlikheid van 'n genetiese predisposisie tot alkohol-afhanklikheid. Die feit dat alkoholisme in families voorkom, is reeds vir baie jare bekend. Vir baie honderde jare is dit bekend dat die seun of dogter wat vroeg begin drink en baie drink, juis die persoon is wat aan

alkohol verslaaf gaan raak. Die seun wat sê: 'Ek kan my drank vat,' is die seun wat in die moeilikheid gaan beland. Dit is ook juis hierdie seuns wat 'n familiegeskiedenis van alkohol-afhanklikheid het. Studies op identiese versus nie-identiese tweelinge bewys 'n baie groter konkordansie vir die ontwikkeling van alkoholmisbruik by die identiese tweelinge (Ball en Murray 1994:20).

Robert Cloninger het ook twee groepe alkoholiste beskryf. Die Tipe-1 alkohol-afhanklikheid ontwikkel stadig oor tyd en dit is eers by 'n ouderdom van gewoonlik na 30 jaar dat die negatiewe effekte van alkoholmisbruik merkbaar word. Die Tipe-2 alkoholis begin op 'n vroeë ouderdom drink, drink groot hoeveelhede, het soms 'n kindergeskiedenis van hiperaktiwiteit en swak aandagspan, drink in die openbaar, ontwikkel vroeg antisosiale gedrag en beleef die negatiewe effekte van alkohol reeds voor die ouderdom van vyf-en-twintig jaar. Dit is die laasgenoemde groep wat meesal 'n familie-geskiedenis van alkohol-afhanklikheid het (Cloninger 1987:414). By studies waar die geskiedenis van aangenome seuns ondersoek is, was alkoholisme in die biologiese vader die oorweldigende voorspeller van vroeë drinkgedrag by seuns (Cloninger 1987:414).

Wat geneties oorgeërf word, is steeds onseker. Alhoewel dit nie die primêre doel van hierdie werkstuk is om die oorerflikheid van alkohol-afhanklikheid volledig te bespreek nie word die volgende moontlikhede nogtans kortliks genoem:

1. Persoonlikheidstrekke: As die totale alkoholisme-populasie getoets word vir persoonlikheidseienskappe, sal alle groepe persoonlikhede teenwoordig in die gemeenskap ook in dié populasie gevind word. Daar is nie werklik 'n duidelik prominensie van een persoonlikheidstrek in die alkoholiste populasie nie.
2. Moontlik beleef sommige mense die smaak van alkohol verskillend.
3. Waarskynlik beleef verskillende mense intoksikasie verskillend. Somige mag intoksikasie as baie belonend of positief beleef, en ander as negatief.
4. Daar word baie in die literatuur gepraat van die rol van die neuro-oordragstowwe dopamien, seretonien en die endorfiene in die kondisioneringproses van beloning en aversie deur alkohol-intoksikasie. Elke persoon mag dus sy/haar eiesoortige sentrale neuronale respons en die gepaardgaande vaslegging van die effek van alkohol besit (Diamond en Gordon 1997:1-10; O'Brien, Eckardt en Linnoila 1995:1746-1748). Hierdie biologiese ervaring van die effek van alkohol mag dan geneties vasgelê wees.

5. Bogenoemde outeurs en ander spekuleer ook dat verskillende mense alkohol verskillend kan metaboliseer. As daar sekere mense is wat alkohol vinniger kan metaboliseer as ander, is dit logies dat hulle meer as ander kan drink en so hoë alkoholkonsentrasie pieke in die brein ondervind. Die neuronveranderinge van afhanklikheid sal só gouer ontwikkel.
6. Sommige mense mag fisiologiese toleransie deur onbekende meganismes vinniger op die basis van 'n oorerflikheidsfaktor ontwikkel.
7. Laastens mag ander die ondervinding van intoksikasie anders in hul geheue vaslê. Die geheue van alkohol-intoksikasie wat herroep word, is in dié gevalle meer positief en versterk dus drinkgedrag. In genetiese studies, wat vandag al hoe meer 'n werklikheid word, word die dopamien-2 reseptorgeen uitgesonder as die betrokke (g)een te wees wat die oordraagbaarheid van die 'vatbaarheid' of 'kwesbaarheid' vir die ontwikkeling van alkoholisme bepaal (Noble 1993:119). Die meeste outeurs in die literatuur is egter van mening dat die oordraagbaarheid van die genetiese predisposisie poli-geneties is.

Daar is dus mense wat duidelik kwesbaar is vir die ontwikkeling van alkohol-afhanklikheid. Die toestand moet steeds *ontwikkelt*; alkohol-afhanklikheid bly 'n verworwe toestand. Geen persoon, behalwe die pasgebore baba van 'n drinkende alkoholis-moeder, word as 'n alkoholis gebore nie. Die geneties kwesbare persoon beland net makliker in die slaggat wat alkohol vir hom/haar daarstel. Let nou op dat niemand kan sê nie: "Dit is nie my skuld nie, ek is daarmee gebore." Dit is tog belangrik om te besef dat die biologies oorerflike faktore ook rem aan die persoon se vermoë om op te hou drink. Howe (1997:308) noem dit so treffend die 'biological drivenness' in sy artikel. Die vraag ontstaan, dus: Het die persoon wat aan 'n biologiese (soms oorerflike gepredisponeerde) siekte ly werklik volle outonomie oor sy siektegedrag indien die biologiese en psigiese dinamiek van die siekte die siekte aan die gang hou?

Alkohol-afhanklikheid kan ook ko-morbied tot ander geestessteurings voorkom. Ongeveer 30-40 persent van alkohol-afhanklike persone sal gedurende hulle leeftyd ook ernstig bedruk raak. Alkohol maak uiteindelik mense bedruk. Dit is baie belangrik om in gedagte te hou dat die ko-morbiede toestande van angs en depressie by die alkoholis, eerstens en oorheersend so, deur die alkoholprobleem veroorsaak word. Neem die alkohol probleem weg en die depressie en angs klaar sonder addisionele behandeling op. Alkohol-afhanklikheid wat suiwer sekondêr tot depressie en angs is, is baie skaars. Dit is nogtans bekend dat 25-50 persent van alkoholiste ook ko-morbied aan die diagnostiese kriteria vir 'n angssteuring voldoen. Pasiënte met angssteurings, gemoedsteurings en alkoholisme mag dus wel dieselfde biologiese

kwesbaarheid deel. Ten spyte van die feit dat die alkoholprobleem meestal die primêre en enigste probleem is, moet die terapeut oplet vir 'n meegaande primêre depressie of angssteuring (Kaplan en Sadock 1996:397-398). Alkoholisme is egter gewoonlik nie suiwer sekondêr tot angssteurings nie. Indien alkoholmisbruik wél sekondêr tot 'n geestessteuring is, sal die pasiënt in nóg 'n mindere mate sy/haar outonomie kan uitoefen.

Wanneer die leser nou met nuwe oë na die oorsake van alkohol-afhanklikheid kyk, kan opsommend gesê word dat alkoholisme deur 'n dwelm veroorsaak word wat vrylik in die gemeenskap beskikbaar is, wat deur die meeste mense gebruik word, wat doeltreffende verligting vir die daaglikse stres bied en dat sommige mense 'n genetiese predisposisie tot die ontwikkeling van alkohol-afhanklikheid besit. Die ontwikkeling van dié siekte is nie moedswillig nie.

#### 4. Die dinamiek van alkohol-afhanklikheid en die siekte-fases

Waarom sê die Alkoholiste Anonieme groep "ons is magteloos teenoor alkohol?" Waarom kan die alkoholis nie maar sy alkohol-afhanklikheid erken nie? Waarom kan hulle nie maar net vrywillig vir behandeling gaan nie? Waarom word die siekte deur 'n chroniese verloop en terugvalle gekenmerk? Is die siekte hoegenaamd behandelbaar? Daar is veelvuldige redes hoekom 'n alkoholis nie sy siekte sommer net kan erken en hulp soek nie. Die eerste rede is seker die stigma wat in die gemeenskap aan 'alkoholisme' gekoppel word. Daar word verkeerdlik gespekuleer dat diesulkes bloot moedswillig is, dikwels antisosiale neigings het, swakkeling is wat nie hul eie lewe en stres kan hanteer nie, slegte mense is, die oorsaak van die meeste misdade is en bloot net nooit kan gesond word nie. Indien dít is hoe die gemeenskap my sien sal ek sekerlik die afhanklikheid so lank moontlik wil wegsteek. Die gemeenskap beloon ook dikwels die persoon wat sy/haar alkohol kan 'vat', word beskou as die 'gees van die partytjie,' die ou wat lekker sosialiseer, die gewilde ou of die lekker meisie. 'n Persoon kan dus ook as 'n swakkeling gesien word as hy/sy nie deelneem aan die drinkgedrag in die gemeenskap nie. Des te meer rede om maar voort te ploeter.

Die verslaafde steek ook sy probleem weg omdat hulle uiters bang is vir die onttrekking wat gaan volg as hulle nie drink nie. Die onttrekkingsindroom kan uiters ongemaklik wees en hou dikwels die drinkgedrag in stand. Om hospitaal toe te gaan vir alkohol-detoksifikasie is om te

erken jy het 'n probleem. Die feit dat ek my werk kan verloor, my huwelik op die spel plaas as ek my afhanklikheid erken, hou ook my stilsweye aan die gang. Dan is dit ook so dat die alkohol-afhanklike ook oor só 'n lang tyd op die 'vriend' en die 'kierie' staatmaak dat die nugter lewe onbekend geword het. "Hoe op aarde moet ek sosialiseer, braai, deur die dag kom, sonder alkohol?" Die nugter lewenstyl is nie iets wat na ál die jare se drinkgedrag net maar in my skoot terugval nie. Die alkohol-afhanklike is baie bang vir die nugter lewenstyl. Wat nou gemaak met die vriendekring? Wat nou gemaak met al die drinktyd van vroëer? Wat gaan die persoon gebruik vir die daaglike ongemak, moegheid, hartseer, frustrasie, skaam en spanning? Wat is daar om alkohol te vervang?

Een van die mens se grootste swakhede is juis om sy eie beperktheid te erken. Niemand loop te koop met sy/haar eie swakhede nie. Selfs al het jy nie met opset aan alkohol verslaaf geraak nie, is dit nog baie moeilik om dit vir die wêreld te sê. Selfs om die verslawing aan die self te erken is baie moeilik, want die alternatiewe lewe sonder die effek van alkohol is onbekend. Die houvas wat alkoholverslawing op die individu het, is baie groot - dikwels tot die dood toe groot. Ons nie-verslaafdes raak kwaad, moedeloos, verwyttend, verwerpend, angstig en uifers gefrustreerd as ons ons verslaafde medemens so gade slaan. Kan die alkoholis dan nie al die dinge sien nie? Dit is dan so ooglopend vir ander rondom hom of haar. Besef hulle werklik nie die probleem nie?

As ons kyk na die verloop van die siektetoestand lyk dit meesal soos volg. Aan die begin dink die persoon werklik nie daar is 'n probleem nie. Almal maak mos maar so. Dit is net 'n fase. Later volg die stadium waar die persoon wel bekommerd raak oor sy drinkgedrag. "Ek het gisteraand weer dronk bestuur." "Ek het weer gister uit die werk gebly." "Ek was weer vanoggend erg babbelaas". "Die drank begin my nou te kos". Later volg die stadium waar die persoon begin om gedetermineerd te raak. "Ek sal moet iets doen of ek gaan my werk verloor." "Ek sal moet ophou drink, want my gesondheid gaan agteruit." Nog 'n later fase noem ek die stop-en-begin fase. Die persone hou op met drink, net om weer te begin. "Sien jy, ek het heelweek nie gedrink nie." "Ek het laas naweek nie my mond aan drank gesit nie. Ek kan my drinkery beheer." Net om maar weer te begin. Gedurende die bogenoemde fases is die alkohol-afhanklike, innerlik wel pynlik bewus van sy probleem, maar kan, as gevolg van die verslawingsproses, nie sy drinkgedrag verander nie. Die fisiese en psigiese verslawingsproses hou die verslawing aan die gang en maak die alkoholis 'magteloos teenoor

alkohol.’ Daarom die duisend lëe beloftes en die emosionele speletjies om die drinkgedrag aan die gang te hou.

In die literatuur word na die fases van alkohol-afhanklikheid verwys:

Fase 1. Die fase van sosiale gebruik. Stem ooreen met die DSM IV fase van 'gebruik.' Klein hoeveelhede. Kom nooit geïntoksikeerd voor nie. Werksfunksie, sosiale vaardigheid, en gesinsfunksionering word nie nadelig beïnvloed nie. Kry nooit 'n babalaas nie.

Fase 2. Die pre-alkoholiese fase. Die houding rondom alkohol verander so 'n bietjie. 'n Geleentheid gaan altyd gepaard met alkohol. Alkohol raak belangrik vir sosialisering. Drink nou baie gereeld. Ervaar babalaas die 'volgende oggend.' Begin nou uitsien na die volgende drankie.

Fase 3. Die vroeë fase. Drink nou vir die effek van alkohol. Alkohol laat die persoon 'beter' voel. Drink nou dikwels tot geïntoksikeerd. Kan per geleentheid baie drink, sodat 'gisteraand' nie die volgende dag herroep kan word nie, die sogenaamde 'blackout.' Praat dikwels van 'nog net 'n ietsie'. Vermoë gesprekke oor alkohol of raak kwaad as mense van sy drinkgewoontes praat. Voel soms skuldig en maak verskonings om te drink. Gebruik dikwels die beskermingsmeganismes van rasionalisasie, projeksie, minimalisering, ontkenning en intellektualisering.

Fase 4. Die akute fase. Sporadiese kontrole verlies deur ernstige intoksikasie. Voel dikwels skuldig, maak en breek beloftes aanhoudend. Drink nou amper elke keer te veel. Verdedig sy drinkgedrag baie sterk. Probeer dikwels om soberheid te bewys. Gaan gebuk onder ernstige komplikasies van intoksikasie soos huweliksonmin, swak verhouding met kinders, sosiale skande, dronkbestuur, gesondheidsagteruitgang, werksverlies en baie meer. Kan net nie meer ophou drink nie en alle pogings loop uit op terugvalle.

Fase 5. Die chroniese fase. Daar is nou permanente fisiese skade en agteruitgang van die kognitiewe en persoonlikheidsfunksies.

Die onderskeie fases is nie duidelik afgebaken nie. Fisiese afhanklikheid ontwikkel reeds tussen fases twee en drie. In die werkstuk gaan ek 'n argument uitmaak dat die persoon tussen



fases drie en vier, maar beslis vier sy vermoë tot rasonale besluitname verloor as gevolg van sy verslawing.

Die alkoholis maak gebruik van die volgende beskermingsmeganismes gedurende die bogenoemde fases :

Rasionalisasie : "Alkohol laat my ontspan, ek voel meer op my gemak tussen mense en ek raak regtig meer kreatief as ek iets 'gebruik' het."

Projeksie : "Julle verstaan nie die druk by die werk nie, julle weet nie hoe jaloers is my vrou nie, julle werk nie vir 'n baas soos myne nie."

Minimalisasie : "Sekerlik gebruik ek iets maar dit is nou regtig nie om van te praat nie, glad nie meer as die meeste van mense nie, eintlik drink ek bitter min."

Ontkenning : "Ek gebruik niks alkohol nie, ek het opgehou drink."

Intellektualisering : "Ek het groot geword met alkohol, ek ken die euwels van alkohol, ek herken 'n alkoholis as ek hom sien."

Al hierdie meganismes is nodig om die drinkgedrag aan die gang te hou. Die verslaafde is myns insiens nie moedswillig oneerlik nie, maar het hierdie ontkenningsmeganismes nodig omdat die lewe sonder alkohol nog veels te bedreigend is. Dan gebeur daar iets in sy/haar lewe. Dikwels kom die motivering van buite. Dikwels is die alkoholis geforseer deur die werk, of siekte, of die lewensmaat om te gaan vir behandeling. Die motivering tot behandeling is *meesal* ekstern of van buite. Daar bestaan 'n leke opvatting dat as 'n persoon tot 'n behandelingsprogram gedwing word (motivering van buite), sal die program noodwendig onsuksesvol wees. Die sukses van behandeling hang nie af van hoe die persoon die behandelingsprogram inkom nie, maar wat gebeur gedurende die program. Insig en motivering kom na behandeling. Die genesing van alkoholafhanklikheid berus op behandeling. Behandeling is beskikbaar en suksesvol.

As motivering tot behandeling meesal van buite is, hoe vereenselwig ek as geneesheer myself met hierdie feit. As ek in my praktyk gevoelig is om die gewoonte van paternalisme af te

stref, ontstaan hier nou 'n konflik. Om goed te doen moet ek die skroef aandraai, konfronteer en strek aanbeveel. Later in die werkstuk meer hieroor.

Êrens langs die pad van die alkoholis (gewoonlik na eksterne druk en in behandeling) kom die interne motivering en die besluit tot soberheid. Hoe langer die soberheid volgehou word, hoe minder raak die insidensie van terugvalle. Indien die persoon in terapie bly deur sy opvolg-groepe by te woon of sy portuurgroep-kontak te behou, hoe minder raak die kans op terugvalle. Indien 'n terugval wel gebeur en die opvolggroep of peer ondersteuning steeds aktief is, is terugvalle 'n werklikheid maar nie 'n katastrofe nie. Met 'n terugval, steeds verbind aan ondersteuning, is alles nie verlore wat reeds gewen is nie. Die terugval is kort want die voortgesette veiligheidsnet, wat opvolg-groepe bied, is intakt. So kan 'n gerehabiliteerde alkoholis enkele terugvalle hê, waar die terugvalle insiggewende gebeurtenisse is, maar baie min funksieverlies vir die persoon en sy omgewing tot gevolg het. Dit is wel bekend dat alkohol-afhanklikheid behandelbaar is. Die skrywer is van mening dat die grootste struikelblok tot soberheid in die lewe van die alkohol-afhanklike die meganisme van toetrede tot behandeling is. Die dinamiek van verslawing is so kragtig dat die meeste alkoholiste nooit tot behandeling instem nie. In hierdie werkstuk sal voorts behandel word die outonomie van die verslaafde, ou ideologie en paradigmas sal ondersoek en bevraagteken word en die voor- en nadele van paternalisme heroorweeg word.

## 5. Iets verfrissends uit die verlede

### VER DOPSTEKERS

Op Afrika's grond  
Staat 'n boom o'erals rond;  
Hy is klyn van persoon,  
Mar groter van kroon;  
Krom is hy van hout,  
Di's daarom geen fout;  
Syn bessies is rond  
En regte gesond;  
Ons eet hom ook graag,  
Hy's goed vir die maag;  
Ons druk hom ook fyn,  
Ver wyn en asyn;  
Dan neem ons weer tyd  
En kook nou komfyt;  
Ons kook hom ook fris

Met houtjies en mis;  
Die wasem trek op  
In die ketel syn kop;  
Hy kom deur die slang  
Nou, mense, word bang!  
Di's nou nie meer mos,  
Di's nou nie meer kos;  
Hy is nou net sterk,  
Hy sal met jou werk;  
Versigtig, pasop!  
Hy sal jou nou fop;  
Hy is nou gekook,  
Hy is nou gestook;  
Hy lyk nie so kwaai,  
Mar wat ek jou raai;  
Pas op nou,ou paai!  
Hy kom met een draai;  
Want as je hom drink,  
Jou asem word, stink;  
Jou longe verbrand,  
Jy het geen verstand:  
Dan mors jy jou geld,  
Jy verarm met geweld;  
Jou klere is vuil,  
Jou vrouwtje die huil.

Die bier en die wijn  
Moet bietjie mar syn.  
Gebruik die niet meer  
As om kos te verteer;  
Gebruik dan maar één---  
Net's avons alleen;  
Die beste voor mij  
Set alles op sy;  
Drink koffie en tee,  
Jou vrou drink dan mee.  
Myn liewe ou maat,  
Hoor nou naar mijn raad:  
Laat drank tog mar los'  
Want dan het jy kos;  
Jou vroutjie is bly,  
Haar wens is verkry;  
Laat ons jou nie sien  
In stoor of kantien;  
Blyf liewers tog thuis  
By vroutjie in huis:  
En as jij dan werk,  
Dan is jij ook sterk.

Myn liewe ou paai  
Wees tog nie so taai;

Jou kinders die huil,  
Jou kleere wort vuil;  
Die boom is wel krom,  
Mar jy is nie stom;  
Ek het jou vermaan,  
Ek hoop dit sal gaan;  
Nou seg jij: "Myn man,  
Ek wil as ek kan."  
Mar neem tog myn raad,  
Myn liewe ou maat;  
Stry jij mar met mag,  
Dan kry jy ook krag;  
Wort nie ver my kwaad,  
Ek gé jou maar raad;  
Goei naant, nou myn kind !  
Ek is mos jou vrind !

A – is myn naam,  
H – is myn van,  
Raai dit as jy kan !

*Die Afrikaanse Patriot (1876)*  
*Genootskap van Regte Afrikanders.*

Naskrif: 'Ek kan as ek wil.' Dit waartoe die mens werklik in staat is, verteenwoordig die 'kan'. Die 'wil' verteenwoordig 'n sekere houding of die energie tot die 'kan'. Dit is duidelik dat die mens se houding en/of energie die mens se kan voorafgaan. Die mens *kan* die houvas wat alkohol op hom/haar het, oorkom. Dit is fisies moontlik. Die *wil* verteenwoordig die psigiese dryf, 'n energie. Victor Frankl (1995:154-171) het in sy boekie 'Man's Search for Meaning' gepraat van die 'will to meaning'. As ek nie die *wil* het nie, staan ek magteloos teenoor die aanslae van buite. My besluite kom nie instinktief nie, ek *wil* my besluite. My *wil* word gedryf deur dit wat ek wil put uit my menswees, die skrywe van my lewensverhaal, my telos, my soeke na die 'goeie lewe'. My *wil* kan gerem word deur die proses en dinamiek van verslawing, so gerem word dat dit wat ek graag wil doen dit doen ek nie, en dit wat ek nie wil nie, dit doen ek. As die menslike *wil* deur siekte so onderdruk of gestrem word dat selfvernietigende gedrag die enigste alternatief is, is ek van die opinie dat die terapeut kan ingryp indien 'n groter outonomie vir die persoon teruggegee kan word.

"Stry jij mar met mag,  
Dan kry jy ook krag."

Juis die redenasie dat die persoon wat so lank gebuk gegaan het onder verslawing en 'n 'verloorder' was onder die invloed van alkohol, kan nou 'n wenner kan word. Die Alkoholiste Anomiem het 'n wonderlike bevrydende boodskap wat hulle uitdra, 'It is real to be limited.

To be limited is to be real.' Dit is 'n bevrydende boodskap. Almal van ons is beperk, ek staan nie alleen nie (Kurtz 1982:54, 55 en 58). As ek wil kan ek nou die verantwoordelikheid vir my lewe neem en 'n wenner word. Hierdie gedagte of oorweging kom uiters selde van binne, maar kom sekerlik met terapie wat die pasiënt nou vir die eerste keer in staat stel om die lewels van sy lewe weer op te neem. Ek is van mening dat die terapeut soms mag inmeng en homself bemoei met ander mense. Dat die terapeut wel kan ingryp met die uitsluitlike doel om uiteindelik die betrokke persoon in staat te stel om sy outonomie en *wil* tot sy selfbeskikking te herstel.

'n Laaste gedig om die krag van alkohol weer eens te demonstreer:

'The church is very near,  
but the road is very icy.  
The tavern is very far,  
but I shall walk very carefully.'

*'n Ou Siberiese gesegde* (Verwysing onbekend)

## 6. Die pad na soberheid

Die pad na soberheid is deur behandeling. Behandeling bestaan uit twee dele: Eerstens moet die alkohol-afhanklike gedetoksifiseer word. Hierdie kort behandelingsprogram van 5-10 dae kan op 'n buite-pasiënt basis gedoen word, of as die fisiese onttrekking ernstig is (alkohol onttrekkingsdelirium), en die persoon fisies afgetakel is kan die detoksifikasie program as binne-pasiënt gedoen word. Hierna volg 'n rehabilitasie program. Die persoon kan by 'n buite-pasiënt rehabilitasie program of dagprogramme insluit of, veral as die sober lewe aan die persoon totaal onbekend is en nuwe leefstyle en streshanteringsvaardighede moet aangeleer moet word, kan die persoon aan 'n binne-pasiënt rehabilitasie program deelneem. Indien soberheid suksesvol geïnisieer is, moet daar altyd 'n opvolgprogram in plek wees.

Die literatuur is dit eens dat rehabilitasie programme suksesvol is. 'n Groot volume literatuur is dit eens dat ongeveer 'n derde van pasiënte droog bly vir ongeveer twee jaar na behandeling en opvolg en selfs indien daar terugvalle is, is die alkoholmisbruik baie minder as voorheen. By ongeveer 70 persent van pasiënte is daar 'n baie duidelike afname in die aantal dae wat gedrink word en 'n groot verbetering in hulle gesondheid binne ses maande na behandeling (Mirin 1995:29). Dit is uiters moeilik om 'n definisie te formuleer van suksesvolle

rehabilitasie en nog moeiliker om gestandaardiseerde progamevaluasie in die literatuur te kry. Die wêreld literatuur is dit egter eens dat die behandeling van alkohol-afhanklikheid baie suksesvol is. Die dokters en publiek sien so dikwels net die verkeerde kant van alkohol-afhanklikheid en daarom ontstaan baie van die negatiewe houdings. In die nuutste literatuur blyk korttermyn en buite-pasiënte terapie net so suksesvol te wees as lang binne pasiënt programme (Schuckit 2000:305-311).

Wat belangrik blyk te wees, is vroeë intervensie. Vroeë konfrontasie, motivering en intervensie verseker korter ingrepe op 'n buite-pasiënt basis. Indien die afhanklikheid reeds 'n leefstyl geword het, die sober lewe iets onbekend is aan die pasiënt en daar reeds beginnende kognitiewe en persoonlikheidsskade is, is die pad na soberheid langer. 'n Kort termyn binne-pasiënt behandelingsprogram is ongeveer 4 tot 8 weke en die koste daaraan verbonde vir die staat, baie meer. Indien die organiese skade meer ernstig is en die persoon nie dadelik na opname aan groepsaktiwiteite kan deelneem nie, is dit wel so dat die skade dikwels nog omkeerbaar is, maar dit verg maandelange mediumtermyn-rehabilitasie.

Alkoholisme kom gewoonlik voor op die ouderdom waarin die mens op sy mees produktiewe behoort te wees. As daar te laat ingegryp word, is die skade aan die liggaam en brein onomkeerbaar, sterf die pasiënt in die gemeenskap op 'n relatiewe jong ouderdom of raak hy/sy totaal afhanklik van die staat of ander. Dit is voor-die-hand-liggend dat vroeë ingrepe die aangewese "goed" vir die persoon en die gemeenskap inhou. Die probleem bly steeds dat die pasiënt sê: "Ek kan dit hanteer, ek kan enige tyd ophou. Ek het nie 'n probleem nie. Julle verstaan nie my omstandighede nie." Die slaaf van alkohol-afhanklikheid.

Die regering van die dag en waarskynlik ook die grootste deel van die gemeenskap is baie pynlik bewus van die tragedie van alkoholmisbruik in die gemeenskap. Daar bestaan vandag 'n National Drug Master Plan (1999). Die voorwoord is geskryf deur die vorige Suid-Afrikaanse staatspresident, Nelson Mandela, en lees soos volg: "Our country is faced with a growing problem of substance abuse. This has serious implications for the millions of citizens because it contributes to crime, domestic violence, family disintegration and other social problems. This National Drug Master plan will strengthen our efforts to stamp out drug abuse and its associated problems in a holistic and coordinated manner. Young people are often enticed by drug lords to become pedlars and consumers of illegal substances. We must empower them to become part of the solution instead of the problem. We do not

underestimate the scale of this challenge. However, it is my sincere wish that every one of us will help implement the National Drug Master Plan, so that we can eradicate the drug problem in South Africa. Let us stand together against drugs and make South Africa a better and safer place to live in.’

'n Eerlike en in-diepte respons van die Wes-Kaap Provinsie is gemaak deur die gesamentlike beplanning van die departement Gesondheid en Maatskaplike dienste vir die daarstelling van dienste ten opsigte van substansmisbruik. Alkohol is in die Wes-Kaap steeds die primêre dwelm is wat misbruik word. Daar bestaan drie behandelings uitgangspunte, naamlik primêre, sekondêre en tersiêre voorkoming. Daar is ook op regeringsvlak huidig baie sterk klem gelê op primêre voorkoming van dwelmgebruik.

Primêre voorkoming is daarop gemik om die gebruik van substans te keer voordat dit gebeur. Die resultaat, minder mense sal eksperimenteer en gebruik. Sekondêre voorkoming bestaan uit die vroeë opspoor van misbruik en die vroeë effektiewe behandeling van substans misbruik, sodat die tydsduur van die persoon se betrokkenheid met dwelms so kort as moontlik gehou kan word. Sekondêre voorkoming sal tot gevolg hê dat minder mense op hierdie tydstip (prevalensie) dwelms gebruik. Daar sal egter altyd gewaak moet word teen die nie-beskikbaarheid van fondse vir hierdie behandelingsaspek van dwelmafhanglikheid. Daar is kragte wat primêre voorkoming bo sekondêre voorkoming stel. Hierdie houding weerspieël 'n onkunde van die realiteite in die gemeenskap.

Tersiêre voorkoming is die duurste vorm van behandeling en daarop gemik om die skade wat reeds deur die dwelm aangerig is, om te keer (rehabilitasie programme). Die werklikheid is dat geen een van die drie vorms van voorkoming verwaarloos kan word nie. Die gevolge van alkohol in die gemeenskap is net te groot. Die rehabilitasie-sentra en -programme van die verlede was dikwels nie op standaard wat die nuutste behandelingstegnieke betref nie en dikwels ook onderbefonds. Die behandelingseenhede was ook gebruik deur die bevoorregte minderheid en glad nie toeganklik vir almal nie.

Ongelukkig is dit ook tot vandag toe die ondervinding op die grond dat as daar rasionalisasie van dienste moet plaasvind, word daar eerste aan die sluiting van die substans rehabilitasie-beddens gedink. Daar bestaan dikwels die verwarring oor die 'eienaarskap' van die behandeling van substans afhanglikheid. Daar word maklik aanvaar dat die detoksifikasie-dienste in die hospitaal kan plaasvind, maar as dit kom by rehabilitasie, is dit 'n heen en weer

balspel tussen Gesondheid en Maatskaplike dienste. Die realiteit is dat die een nie sonder die ander een kan funksioneer nie. Dit is slegs 'n volledige, multi-professionele span wat die knoop van effektiewe terapie kan deurhaak. In die Wes-Kaap het die twee departemente nou saamgesmelt, en is dit nou die eerste keer dat ons regtig saam kan praat. Daar is huidige projekte soos die van die De Novo rehabilitasie dienste, voorheen net Maatskaplike dienste, waar daar 'n verfrissende aksie van samewerking tussen die twee departemente is.

Die volgende struikelblok is die gebruik van die dienste. Ons het nou reeds bevestig dat alkohol-afhanklikheid 'n fisiese en psigiese verslawing is. Hierdie verslawingstoestand voldoen beslis aan die definisie van 'n 'siektoestand'. 'n Siekte is enige patologiese proses wat die gesonde ewilbrium van die liggaam of gees versteur. Het 'n bekende of onbekende oorsaaklike faktor, kenmerkende simptome, bewysbare patologie en 'n bekende of onbekende verloop en prognose. Alkoholisme het 'n duidelike oorsaak, bekende simptome, bewysbare fisiese patologie, 'n kroniese of episodiese verloop en het 'n swak prognose sonder behandeling. Hierdie siektoestand is ook, soos reeds aangedui, goed behandelbaar. By die hernuwing van behandelingsdienste in die Wes-Kaap word baie sterk daarop gelet dat die diens so beplan word dat behandeling in die eerste plek beskikbaar is, en in die tweede plek gebruik kan word deur almal. In die voorafgaande bespreking van die dinamiek van verslawing en al die meegaande faktore wat alkoholisme aan die gang hou, is dit duidelik dat daar 'n massa mense is wat nooit die dienste sal gebruik nie. Daar is met ander woorde 'n kloof tussen die groot getalle mense wat ernstig alkohol verslaaf is en die handjie vol wat wel by die dienste uitkom. Hierdie kloof verteenwoordig die groot morele dilemma. Moreel omdat 'n minimum gesondheidsdiens vir almal beskikbaar moet wees, maar agv van bestaande (wan)konsepte omtrent alkohol-afhanklikheid by die gesondheidsbestuurders en beperke finansies, dienste nie genoegsaam beskikbaar is nie.. 'n Morele dilemma agv die dinamiek van die siekte wat veroorsaak dat die meeste van verslaafde persone behandeling weier. 'n Morele dilemma omdat die terapeut verskeurd is tussen die respek vir die outonomie van die verslaafde en sy terapeutiese plig tot sorg. Die alkohol-afhanklike distansieer hom met mag en geweld van behandeling. Dit sou ideaal wees as elke alkohol verslaafde sy afhanklikheid erken en vrywillig hulp soek, maar helaas is dit die uitsondering.

Die teenoorgestelde is eerder waar. Baie min alkoholiste kom spontaan en vrywillig by die beskikbare dienste aanklop vir behandeling. Die kern van hierdie werkstuk draai om die alkohol-afhanklike se 'onvermoë' om dié wilsbesluit tot behandeling te neem. Kan die



gemeenskap dit werklik bekostig om te wag totdat die alkohol-afhanklike eers die wet oortree en dan deur die hof na die rehabilitasie dienste toe verwys word? Meeste alkoholiste sal nooit hulle afhanklikheid erken nie. Meeste alkoholiste pleeg ook nie kriminele dade nie. Hierdie groepe alkoholiste ploeter voort in ernstige disfunksionele gesinne of sterf alleen as gevolg van die fisiese gevolge van alkoholisme, of geweld gedurende intoksikasie.

Ek is sterk van die opinie dat daar (iewers tussen die minderheidsgroep van vrywilligers en dié deur die strafproseswet na rehabilitasie dienste gestuur vir behandeling) 'n oorweldigende groot derde groep bestaan wat nie behandeling sal ontvang indien daar nie baie spesiale motivering van buite kom nie. Hierdie groep mense is geïsoleer en vasgevang in die dinamiek van hul verslawing. Dit is hierdie groep mense wat ook waarskynlik deur die gemeenskap geïsoleer en geïgnoreer word, as gevolg van ons vasgelegde negatiewe geloofstelsels rondom die alkoholis. Die gemeenskap wil homself so graag distansieer van die alkoholis. Beskou die alkoholis as 'n swakkeling, moedswillig en sleg. Die gemeenskap is onkundig en verwag kits-oplossings, soos byvoorbeeld 'ruk-jouself-reg.' Dog aanvaar die gemeenskap die outonomie van die verslaafde as 'n gegewe. 'As hy hom nie self wil help nie, is dit sekerlik sy keuse.' In hierdie werkstuk wil ek graag die outonomie van die alkohol-afhanklike opnuut oordink sodat ons miskien die 'spesiale motivering' kan formuleer.

Indien daar tot die slotsom gekom word dat die outonomie van die alkohol-afhanklike wel beperk is, bestaan daar tans hoofsaaklik drie moontlikhede waarby pasiënte ingevolge die bepalings van sekere landswette gestuur kan word vir rehabilitasie. Eertens, die Wet op die Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanlikheid Nr 20 van 1992 stipuleer dat die naasbestaande van 'n persoon met alkohol-afhanklikheid, wat vrywillige behandeling weier, daardie persoon kan aankla by die landroskantoor (Staatskoerant 1992). Die landdros sal die meriete van die klag oorweeg en op sy beurt 'n maatskaplike werker vra om die saak deeglik te ondersoek en 'n verslag vir die hof op te stel. Die alkohol-afhanklike word dan gevra om voor die landdros te verskyn en die persoon kan deur die landdros "gekommitteer" word tot 'n rehabilitasie inrigting vir behandeling. Indien so'n persoon dan na behandeling die inrigting verlaat bly die persoon nog onder die sorg van die maatskaplike werker en kan die persoon weer terug verwys word vir verdere rehabilitasie indien daar 'n terugval sou wees. Hierdie wet het myns insiens grootliks in onbruik verval en was ook voorheen amper uitsluitlik gebruik vir die bevoorregte minderheid as gevolg van die struktuur van die dienste, en die fassiliteite beskikbaar. Artikel 21 van die wet beskryf die persoon wat ingevolge die wet vir

rehabilitasie verwys kan word, as “...iemand wat van dwelms afhanklik is *en* as gevolg daarvan sy vermoë verkwis *of* sy gesondheid benadeel *of* die vrede in gevaar bring *of* op enige ander manier sy eie welsyn *of* die welsyn van sy gesin benadeel *of* in gebreke bly om vir sy eie onderhoud *of* vir dié van ‘n afhanklike vir wie se onderhoud hy regtens verantwoordelik is te sorg” (Staatskoerant 1992).

Tweedens kan ‘n persoon wat verhoor word onder die Strafproseswet, Nr 51 van 1997 en skuldig bevind word aan die misdryf, maar voldoen aan Artikel 21 van Wet Nr 20 van 1992, eerder onder Artikel 296 (2) (a) van die Strafproseswet gestuur vir ‘n rehabilitasie poging onder Wet Nr 20 van 1992 (Staatskoerant 1997 en 1992). Die diskresie van die landdros is hier van groot belang. Straftoemeting (die term word so gebruik in regskring) is gemik op afskrikking, voorkoming, hervorming en vergelding. Die hof oorweeg ook die belang van die gemeenskap, die erns van die misdryf en die persoonlike omstandighede van die beskuldigde. Waar die Strafproseswet deur Artikel 296 van daardie wet vervang word, met ‘n rehabilitasie-bevel van Wet Nr 20 van 1992 en die persoon nie sy nodige samewerking in die rehabilitasie sentrum gee nie of glad nie baat vind in die program nie, kan daar teruggekeer word na die Strafproseswet en die persoon in die hof toepaslik gevonnissen word.

Derdens, kan die alkohol-afhanklike direk tot ‘n Geestesinrigting toegelaat word, onder Artikel 9 en 12 van die Wet op Geestesgesondheid Nr 18 van 1973 (Staatskoerant 1973). Die stipulasies van hierdie artikels kom neer op wat oor die algemeen in die gemeenskap verstaan word as ‘die sertifisering’ van ‘n persoon, waarna die persoon dan teen sy sin tot ‘n geestesinrigting toegelaat en behandel kan word. In dié wet is daar baie ‘veiligheidshekke’ ingebou vir die beskerming van die regte van die individu. Die wet vereis dat die pasiënt aan ‘n ernstige geestestoestand moet ly wat sy/haar insig en oordeel ernstig belemmer. Dit sluit in siektes waar die pasiënt psigoties is en daarom kontak met die realiteit verloor het. Hierdie pasiënte is kognitief ernstig ingekort, spreek wane uit, reageer op hallusinasies en tree ontoepaslik teenoor hulle omgewing op. Hulle het geen insig in hulle siekte nie en is werklik ‘n gevaar vir hulle self en ander. Ernstige geestesteurings sluit in siektes soos skisofrenie in die akute psigotiese fase, gemoedsteurings (manie en depressie) wat psigotiese afmetings aanneem, en ernstige vorms van demensie. Hierdie pasiënte is ernstig buite kontak met realiteit. Dit noodsaak dan dat daar in hulle lewe ingemeng word om so hul veiligheid te verseker. ‘n Volgende vereiste tot sertifisering is dat die pasiënt as gevolg van sy siekte behandeling en opname tot ‘n hospitaal weier. Die gees van die wet sluit toestande van

delirium (vertroebelde bewussyn as gevolg van 'n mediese toestand), intoksikasie, persoonlikheidssteurings, substansafhanklikheid en geestesvertraagtheid uit. Die rede tot inmenging in die persoon se lewe is nie net vir sy eie veiligheid nie, maar ook om behandeling te inisieer, die siekte so kort moontlik te hou en die outonomie van die pasiënt so gou moontlik terug te gee.

Sertifisering is 'n instrument daar gestel vir die ernstige geestesverteurde persoon en word met groot omsigtigheid net as laaste uitweg gebruik. Sertifisering van 'n persoon ontnem daardie persoon sy vryheid van beweging, sy reg om in die hof te verskyn, sy bestuurderslisensie word ingetrek, professionele registrasies word tydelik ingetrek, hy kan nie aan 'n algemene verkiesing deelneem nie, sy ongeskikheidtoelae (indien enige) word ingetrek en sy kontraktuele regte is ernstig beperk. In die lig hiervan sal dan begryp word dat sertifisering 'n drastiese prosedure is, en slegs in die uiterste van gevalle met groot verantwoordelikheid toegepas word. Soms gebeur dit in die gemeenskap dat die alkohol-afhanklike werklik 'n uiters groot gevaar vir homself inhou en net nie langer in die gemeenskap kan oorleef nie. Hulle slaap een aand in die gevangenis, een aand in die hospitaal, kan geensins meer nugterheid handhaaf nie en laat 'n spoor van tragedie agter hulle. Hierdie persone kan net nie meer nugter raak nie, want die daaropvolgende onttrekking is net te vreesaanjaend. Somstyd sal die situasie so erg raak in die gemeenskap dat die geneesheer die persoon sertifiseer onder Artikel 9 of spoed sertifiseer (Artikel 12) om so die persoon tydelik uit die gemeenskap te verwyder en die dokter in staat te stel om die persoon op 'n menslike manier deur sy detoksifiasie proses te neem.

Binne 5 tot 10 dae is die persoon deur sy alkohol-onttrekking. Nou is die persoon helder van bewussyn, beredeneerd en kan die oorsake en gevolge van sy alkoholmisbruik begryp, asook die implikasies van behandeling verstaan. Dit is nou hier waar die alkoholis maar net weer weier om vrywillig aan enige rehabilitasie program deel te neem. As gevolg van die dinamiek aan't werk in die verslaafde, is die persoon steeds nie instaat om die verslawing se greep af te skud nie. Die dokter, huisgesin en gemeenskap beleef hierdie magtelose situasie elke dag. Die persoon is sekerlik nie meer sertifiseerbaar ingevolge die wet nie, maar sy/haar drinkgedrag is hoogs voorspelbaar. Ware soberheid kom slegs ná behandeling. Die mag van alkohol is bo enige rede. Die alkoholis wat 'uitgedroog' is, is sekerlik nog alkohol-afhanklik maar nou in kontak met realiteit, beredeneerd en kan nie langer teen sy/haar sin gesertifiseerd bly nie.

Moet die definisie van outonomie herbedink word? Kan hierdie alkohol-afhanklike persoon werklik met insig en oordeel sinvol besluit? Kan die gemeenskap nou maar net toelaat dat die publiek en gesinslede weer en by herhaling blootgestel word aan die gevare van dronkenskap? Nadat die persoon uitgedroog is en hy/sy nou vir die honderdste keer sê, “ dankie dokter, die keer het ek my les geleer”, wetende hy/sy is vasgevang in die dinamika van verslawing, is dit dan nie goed om van die gemeenskap se kant af te sê “u het nog nie genoeg outonomie om verdere behandeling te weier nie”? Die toestand is dan goed behandelbaar. Die behandeling is gemik om die persoon sy outonomie terug te gee en ‘n beter kwaliteit lewe te besorg. Is paternalisme dan so ‘n euwel woord? Het ons dan nie ‘n plig om ons siek medemens te help nie? Wat is ons plig en verantwoordelikheid in hierdie geval?

Dit is die kern van die werkstuk om alle klippe om te keer, om alle gevestigde geloofstelsels te skud om opnuut te kyk na outonomie, goedwilligheid, nie-kwaadwilligheid en regverdigheid. Die beginsel van outonomie *per se* en outonomie versus geregtigheid of ‘common good’ in die gemeenskap sal deeglik verder heroorweeg moet word. In die hedendaagse menseregte kultuur, wat reg en goed is, sal drastiese optrede soos die wegneem van die outonomie van die alkoholis baie sterk argumente uitlok. Die erns van die dilemma sal dit noodsaak dat ons kyk na die taal wat ons gebruik in argumentering en die konteks waarin ons moontlike ingrepe aanbeveel. ‘n Verpligte behandelingsprogram beskryf dit wat gaan gebeur met die pasiënt baie beter as die term 'gedwonge aanhouding'. Aanhouding is nie 'n rehabilitasie program nie. Professionele behandeling deur ‘n multi-professionele span is dit wel. ‘n Program beskryf iets met ‘n begin en ‘n einde wat 'n tydelike verpligte inwoning impliseer. Die behandelingsprogram is in ‘n hospitaal, gelei deur ‘n multi-professionele span, met al die ingeboude morele en etiese beginsels van enige terapeutiese program, met die enigste doelwit voor oë om ‘n beter kwaliteit lewe en ‘n groter outonomie aan die persoon terug te gee. Die span veg om die herstel van outonomie en dring aan op die pasiënt se reg op goeie behandeling.

## 7. Die gevolge van alkoholmisbruik vir die persoon, gesin en gemeenskap

Nadat die oorsake, die dinamiek van verslawing en die faktore wat alkohol misbruik in stand hou deeglik besin is, moet daar gekyk word na die gevolge van alkoholgebruik. Dit sal beslis moreel onverdedigbaar wees om die reg tot selfbeskikking, of inderdaad 'n persoon se outonomie tydelik op te skort as alkoholmisbruik 'n onskuldige verskynsel in die gemeenskap was. Daar is reeds melding gemaak dat ongeveer 50% van mense wat 'n drankie geniet nooit ernstige nadelige effekte van hul alkoholgebruik ondervind nie. As daar gekyk word na die drinkpatroon van hierdie persone, drink hierdie populasie min, en meesal ongereeld. Hierdie persone word baie selde geïntoksikeerd en staan nie soggens op met die gevoel van 'babbalaas' nie. Hierdie populasie getuig meesal dat intoksikasie as onaangenaam beleef word.

Die ander 50% van mense wat drink, ondervind êrens in hul drinkleefyd ernstige negatiewe gevolge van alkohol. Hierdie groep drink groter hoeveelhede, meer gereeld, raak geïntoksikeerd en ondervind soggens die babbalaas effek na die vorige aand se intoksikasie. Hierdie ernstige gevolge kan wees dronkbestuur, motorvoertuigongelukke, beserings, aanrandings, verkragtings, afwesigheid van werk, gesinsdisfunksie, swak werksfunksionering en vele meer. Ongelukkig kan heelwat persone in hierdie groep nog 'heel goed' of oënskynlik normaal funksioneer in die gemeenskap. Die subtiele tekens van alkoholmisbruik kan baie lank, veral in die hoër sosio-ekonomiese groep, gemasker word deur die persoon se sekuriteit in werk, finasies, 'n goeie dieet en sy ondersteuningsstelsel.

Later raak die alkoholmisbruik meer gereeld, met gereelde komplikasies soos reeds genoem. Die probleem raak nou meer ooglopend en die persoon, gesin en gemeenskap gaan nou gebuk onder die gevolge van die persoon se drinkery. Steeds sê die persoon, 'ek kan enige tyd ophou' en maak 'n honderd leë beloftes sodat sy drinkgedrag voortgesit kan word. Teen hierdie tyd is alkoholmisbruik ook reeds alkohol-afhanklikheid. Die persoon moet meer drink om die oorspronklike effek te kry of indien die alkohol gestaak word, ondervind hy/sy onttrekkingsimptome, en moet 'regmakers' of 'kop-oop-skieters' gebruik word. Die sirkel is voltooi en raak nou 'n bouse sirkel. Die stigma, die onbekende sober lewe, die ongemak van die onttrekking en 'toesmeer' van my eie swakheid hou die drinkgedrag in stand. Daarom die "ek kan enige tyd ophou!"

## 7.1 Die gevolge vir die persoon:

### 7.1.1 Fisies:

Alkohol is 'n voedselsoort wat beskryf kan word as leë kalorieë sonder die nodige vitamieninhoud. Dit word dikwels gebruik as die enigste voedsel, en wanvoeding ontstaan. Alkohol is toksies vir baie liggaamselle, byvoorbeeld lewerselle, spermselle en neurone. Die liggaam is baie geduldig en kan die aanslag van alkohol vir jare verduur maar as die liggaam eers begin afbreek volg dit 'n waterval-verloop. Stadig, stadig dan al hoe vinniger tot later 'n multi-orgaan ineenstorting. Die vernaamste fisiese siektetoestande wat 'n direkte gevolg van alcoholmisbruik is, is sterfte as gevolg van die onderdrukkende effek van alkohol op die sentrale senuweestelsel, geweldige hoeveelheid beserings en lewensverlies as gevolg van die gevolge van intoksikasie, sisteem aantasting soos kardiomiopatie, hartversaking en hipertensie, gastriese ulsera en gastritis, pankreatitis, diabetis mellitus, hepatitis, lewerversaking en bloedigsneigings, miopatie, testikulêre atrofie, impotensie, perifere neuropatie, ambliopie, Wernicke se ensefalopatie, serebellêre degenerasie, Wernicke-Korsakoff sindroom, demensie, vitamiengebreke, veral Vitamien B, waarvan 'n tiamientekort onomkeerbare breinskade kan veroorsaak (Goodwin en Gabrielli 1997:145).

Dit blyk net nodig te wees om te sê alkohol breek die liggaam stadig maar seker af. Baie van die toestande is omkeerbaar, of verdere agteruitgang stop sodra alkohol gestaak word en sommige toestande is onomkeerbaar.

### 7.1.2 Verlies van Funkisionering:

- Afwesigheid van die werk
- Beserings
- onderprestasie
- geen bevordering en werkverlies
- Verlies van inkomste
- Groot uitgawes aan alkohol
- Geïntoksikeerde man/vrou en pa/ma
- Botsings met die gereg
- Isolasië en uiteindelik die aftakeling van die selfbeeld en selfwaarde
- Alle energie en talente word ingespan om die drinkgedrag vol te hou.

## 7.2 Die gevolge vir die gesin of familie:

In 'n gesin waar daar een of meer huisgenote is wat alkoholmisbruik ontstaan daar disfunksionele sisteme of ook sisteme gefokus op oorlewing. Die manier van oorlewing spruit uit patologiese magsbasisse, ongelyke regte, en bloot maniere om te oorleef. Die dinamika van die verslawings proses hou die drinkgedrag aan die gang en die gesin moet noodwendig 'gebuig' word om in te val by die drinker. Vrees, skaamte en skuldgevoelens is dikwels die emosies wat die drinker by sy gesin afdwing. Die maklikste vir die gesin en geliefdes is om die werklikheid te ontken. Alkohol oorheers die gesin se wel en wee. Die status quo moet bewaar word. Die drinkende persoon mag die rol van die slagoffer, die rebel, 'ek sorg vir julle,' martelaar, swartskaaap, die 'swak ene,' die 'stout kind' of die 'siek een' vervul.

Die vrou, in die geval waar die man die misbruiker is, staan as vrywillige binne die verhouding. As 'n mens dit mooi ontleed ook nie so vrywillig nie, die huis, die skole, die inkomste die gesin, die huwelik as 'n belegging vir almal, maak hierdie verhouding nie net sommer iets wat sy kan afstaan of prysgee nie. Die maat in eg is ook ernstig verstrengel in die patologiese sisteme en raak maklik 'n mede afhanklike (Malherbe 1995:21). Sy raak die instaatsteller, of martelaar, of tussenganger vir die res van die gesin en familie, of 'die heilige' in die oë van ander, of die slaaf van die medelye van ander, of gevestigde, self-verkose enkel ouer wat beide die man en haar eie rolle behartig en die beskermmer van haar kinders en die vrede en aansien van die gesin.

Dit is selde dat die vrou sal vasstaan, die man konfronteer en vaste eise stel wat die man sal dwing tot die neem van verantwoordelikheid. Dit is meesal nodig dat die gesin eers deur 'n terapeut moet bemagtig word. Dit is 'n proses van psigo-opvoeding en bemagtiging om die man en pa se siekte te verstaan en hom daarmee te konfronteer. Die harde realiteite is dikwels om bereid te wees om eers alles prys te gee voordat die persoon instem tot hulp, of dalk nooit instem tot hulp nie en werklik elders nuut te begin. Voorwaar makliker gesê as gedaan.

Die kind in hierdie gesin staan nie vrywillig in die patologiese sisteem nie maar is afhanklik en vasgevang binne die sisteem. Dit drinkgenoot is baie lief om sy drinkgedrag te projekteer op ander en die kinders moet dikwels hoor dit is hulle skuld dat pa so drink. Hulle word dikwels afgejak en beledig en moet die skuld dra vir pa se dronkenskap. Dikwels word die

kinders ook in twee geskeur tussen die ouers se oor en weer bakleiery. Kinders pas aan en soms gaan dit oënskynlik goed met die kinders, maar aan die binnekant hoop die frustrasie, ongeluk en hartseer op. Die aanpassings wat gesien word by die kind is die gesinsheld (die klein grootmensie), die presteerder (dit is die enigste manier om goed te voel), die swartskaa, die 'verlore' kind, die rebel, die vredemaker, die gesinsberader, die gelukbringer (altyd daarop uit om ander te laat beter voel, maar huil binne), die 'nar' (praat altyd spottender wys van pa se dronkenskap) en die dromer wat leef in sy fantasië en verbeelding. Die eindresultaat is 'n kind wat nooit werklik kind kon gewees het nie, 'n gekwesde jong mens met 'n hoop onsekerheid oor eie self, en sy toekoms. Een van die grootste tragedies in die ontwikkeling van die jong mense is dat hulle nooit hulle emosies kon uitleef nie en nou bly sit met 'n onvermoë tot uitdrukking van hulle ware gevoelens.

Daar word so dikwels ernstig gereageer oor kindermishandelig en seksuele molestering. Ek is van die opinie dat die meeste van die gedrag onder die invloed van alkohol plaasvind. Nugter kindermolesteerdes is skaars, nie dat ek pedofilie, in die nugter staat, enigins wil afmaak as iets wat ons maar kan ignoreer nie, maar ek poog om die aandag te vestig op die algemene voorkoms van 'n dronk gesinslid wat seksueel molesteer.

Hierdie gesinspatologie is iets waaraan die gemeenskap dink, maar gou weer vergeet. Dit is iets wat mens liever nie wil hoor nie. Dit is iets wat, as dit nie ons huisgesin betrek nie, ek myself gelukkig ag en dit op die rak sit. Die dinamiek van verslawing en die nadelige gevolge daarvan kan nie genoeg benadruk word nie.

Die gesin is baie blootgesteld aan geweld, emosionele trauma, skande, armoede en 'n lewe sonder koestering en veiligheid. Hierdie feite is algemene kennis en word nie hier weergegee as 'n nuwe bekendmaking nie maar om die gewigtigheid, die erns van alkohol-afhanklikheid in die gesin te beklemtoon. As ons kom by die outonomie en reg van die huisgenoot, moet ons ook dink aan die gevolge vir die gesin en redeneer oor wat regverdig en goed is.

### 7.3 Die gevolge vir die gemeenskap:

Galanter (1993:28) skryf in sy artikel "Network therapy for alcoholism" dat die koste van alkohol- en dwelmmisbruik in die V.S.A. in terme van gesondheidsdienste, verlies van produktiwiteit en regsdienste in 1985 alreeds 119 biljoen dollars beloop het. Dit is meer as



die totale uitgawe aan al die geestesiektes in daardie jaar. Parry (1999:2) rapporteer in die Western Cape Alcohol and Drug Abuse Forum dat alkohol by verre steeds die mees algemene substans van misbruik is in die Suid Afrika en 'n baie groot impak op die geweld en padongelukke het. In die Kaapstad, Durban en Port Elizabeth area was alkohol aanwesig in 71% van trauma as gevolg van geweld en 50% van voertuig ongelukke. Van der Spuy (2000:6) rapporteer die volgende; bestuurders onder die invloed van alkohol 1986 is 3.44% en voetgangers 14.02% en die vergelykende statistiek vir 1995 is bestuurders 7.30 % en voetgangers 16.04 %. Voorts sê van der Spuy dat alkohol 'n katastrofiese impak op trauma en strefte op ons paaie het. Hierdie 7% van geïntoksikeerde bestuurders is verantwoordelik vir 'n derde van al die non-fatale motor ongelukke en die helfte van die fatale ongelukke op ons paaie. Voetgangers verteenwoordig 40 % van strefte op ons paaie. Tot 16% van alle voetgangers is geïntoksikeerd en hierdie 16% van voetgangers verteenwoordig meer as die helfte van nie dodelike beserings en 'n driekwart van die strefte van voetgangers op ons paaie. In nog 'n onlangse studie deur Peden (2000: 252 en 253) was alkoholvlakke van pasiënte wat gebruik gemaak het van die trauma eenheid van 'n groot hospitaal gemeet. Veertig persent van die die pasiënte was sober, 26.4% het 'n alkoholvlak gehad onder 0,08g/100ml, 14.5% tussen 0,08-0,15g/100ml, 10,8% tussen 0,16-0,23g/100ml en 7,6% meer as 0,24g/100ml. De Miranda (1988:83) postuleer dat tot 30% van bedbesetting in algemene hospitale is te wyte aan alkohol verwante toestande. Van der Spuy (1996:9) beskryf geweld as die oorsaak van 34.2% van alle trauma en 53.2% van alle trauma sterftes in die Kaap en meer as 'n drie-kwart van volwassenes wat gewelddadig sterf is geïntoksikeerd.

Hierdie statistieke is gekonsentreerd rondom trauma, geweld en padveiligheid en is insiggewend maar vertel nie die hele waarheid nie. Hans Laurel, president van die International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, het by die verwelkomingstoespraak by die 15<sup>th</sup> International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety in Stockholm Swede Mei 2000 vir Leonard Evans aangehaal wat gesê het, "Statistics is like a bikini bathing suit – what it reveals is interesting, but what it conceals is crucial" (Laurell 2000). Met moeite kan daar seker bepaal word wat die probleem van alkohol ons land kos. Ingesluit in hierdie bedrag moet wees: verlore werksure, verskuilde mediese onkoste, mannekrag verlies as gevolg van sterftes en ongeskiktheid, swak produksie, koste van die kriminaliteit en geregtelike verhore, aanhouding in korrektiewe inrigtings, rehabilitasie, koste van assuransië eise, koste van die disfunksionele gesinne. Hierdie syfer in geld verteenwoordig nog net die konkrete, tasbare verliese. Die emosionele skade en

‘beskadigde jongmense’ se pyn kan nie bepaal word nie. Alkohol dra geweld, armoede, verwaarlosing en emosionele teistering die gesin binne. Die baie derduisende gesinne wat stil-stil hul pyn verduur as gevolg van hul geïsoleerde, magtelose situasie teenoor die drinkgenoot is ‘n werklikheid, maar is darem ver van ons lyf af. Seksuele molesting is een van die groot euweldade teenoor ‘n jong meisie en seun. Die disinhiberende effek van alkohol dra grootliks by tot kindermolesting.

Een gevolg van alkohol-afhanklikheid moet uitgesonder word: Fetale Alkoholsindroom. As die swanger moeder in swangerskap alkohol misbruik mag daar intrauterine groeivertraging plaasvind en dit kan mikrocefalie, kraniomalfomasies, hartdefekte en misvormde ledemate tot gevolg hê. Die risiko is baie groot. Die kindertjies is dikwels leergestrem tot ernstig verstandelik vertraag. Dit is ‘n 100% vermybare situasie. Van die distrikte in die Wes-Kaap het die hoogste insidensie van Fetale Alkoholsindroom in die wêreld. ‘n Studie onder die leiding van Dr. Denis Viljoen (1998), Professor in die departement Menslike Genetika, Universiteit van Kaapstad het in die Wes-Kaap, Wellinton area bevind, dat in ‘n verteenwoordigende steekproef onder skoolgaande kinders, by minstens drie persent van die kinders ‘n diagnose van Fetale Alkoholsindroom gemaak kan word. By nog vyf persent van die kinders was die diagnose onseker en moes verdere ondersoek gedoen word. Hierdie syfers is baie ontstellend. Die agterstand en die kwesbaarheid van hierdie kinders in die gemeenskap wek kommer. Die morbiditeit van die kinders, die uiteindelijke las op die gemeenskap, die onbehandelbaarheid van die neurologiese toestand en die feit dat die toestand totaal voorkombaar is, is ‘n tragedie wat hom tans in die gemeenskap afspeel.

Die probleem van alkoholgebruik in die gemeenskap is duidelik. Elke individu voel dit amper aan sy lyf. Die omvang van die probleem is skrikwekkend. Die toestand van alkohol-afhanklikheid is goed behandelbaar. Steeds is die gemeenskap gekonfronteer met die individu wat sê. “ek kan dit hanteer, ek kan enige tyd op hou, dit is julle wat my na drank dryf.”

Die feite is op die tafel. Die kompleksiteit van die toestand van verslawing beskryf. Die probleem duur voort. Wat staan die gemeenskap te doen om die kloof tussen die alkohol verslaafde se weiering van behandeling en dit wat uiteindelik goed is vir die individu en die gemeenskap te oorbrug? Kan die gemeenskap in hierdie geval die outonomie van die verslaafde persoon tydelik opskort en behandeling inisieer?

## DEEL DRIE

### ALKOHOL-AFHANKLIKHEID EN SELFBESKIKKING: 'N MORELE EN ETIESE HERBESOEK

#### 1. Inleiding

Die individu en die gemeenskap wil graag die wêreld verklaar, verstaan en weet hoe om met mekaar te handel. Dit alles tot die voordeel en goed van almal en ter wille van vooruitgang. Baie dokumente is daar vir elkeen om te bestudeer, soos die Bybel, die Koran, die geskrifte van die klassieke filosowe op soek na die 'goeie lewe,' kontemporêre filosofie, die grondwette van nasies asook die werke van vegters vir menseregte en gelykheid. Die hedendaagse mens bly egter steeds onseker, ongemaklik en blywend op soek na wysheid. Durkheim (1998:868), 'n Franse sosioloog, het reeds laat in die 19de eeu verklaar dat die geskiedenis só snel verander dat die mens nie vinnig genoeg daarby kan aanpas nie. Die spoed van die wêreldgeskiedenis laat die mens 'anoniem,' dit wil sê, sonder naam. Dit is onrealisties om te dink dat die morele waardes en teorieë wat 'gister' gegeld het, vandag ook nog geld. Tyd, omstandighede en plek laat nie vaste, universele beginsels of reëls toe nie. Daar is wel vir baie eeue geglo dat vaste reëls en beginsels moontlik is, maar die kompleksiteit van die postmoderne wêreld noodsaak die mens om ou geloofstelsels, instellings en paradigmas uit te daag en nuut te dink. Tradisie, die geskiedenis van ons ontwikkeling deur die eeue en beginsels gelouter deur tyd en verandering is uiters noodsaaklik, maar kan slegs dien as riglyne, wegspringblokke, 'n houding of 'n ingesteldheid. Ten spyte van 'n 'gemeenskaplike-goed' wat in die geskiedenis talm, bly filosofie en morele denke 'n nodige intellektuele respons op vandag se probleme in die gemeenskap. Ou geloofstelsels en paradigmas moet as gevolg van die ongemak wat in die gemeenskap ontstaan, uitgedaag word. Bauman (1992,xxvi) beskryf die postmoderne tyd van vandag as 'n 'reality-in-the-process-of-becoming.' Nie 'n 'vry vir almal nie,' maar 'n bevryding van nie-funksionele ewige reëls. 'n Deelname aan die probleme van vandag en 'n verantwoordelikheid vir vandag se probleme.

Die probleme wat alkohol-afhanklikheid in die gemeenskap veroorsaak, is enorm. Deehan, Marshall & Strang (1998:1781) skryf dat die algemene praktisyn in die gemeenskap baie effektief in die lewe van die verslaafde kan ingryp. Die negatiewe ervarings met die verslaafde en die gebrek aan goeie opleiding op die betrokke gebied stem dié dokters egter

baie negatief teenoor die verslaafde. Hierdie publikasie uit Engeland weerspieël ook die ervaring van klinici in Suid Afrika. In die daaglikse verwysing van pasiënte na die plaaslike rehabilitasie-klinieke is dit duidelik dat die dokters 'vuisvoos' voel omdat daar nêrens vandaan daadwerklike hulp of aanmoeding kom nie en die alkoholis maar bly voortdrink. Faktore wat maak dat die alkoholis eerder weggestoot word, is baie meer as die faktore wat die alkoholis nadertrek. Die mortaliteit, morbiditeit en koste van alkohol-afhanklikheid in die gemeenskap is onrusbarend. Die verslaafde weier meesal enige behandeling en gaan met selfvernietigende gedrag voort, terwyl die primêre geneesheer nie genoegsaam opgelei is om die pasiënt doeltreffend te hanteer nie. Nie almal in die gemeenskap koester dieselfde indruk van die alkohol-afhanklike nie. Indien die verslaafde wat ooglopend dringende hulp benodig behandeling herhaaldelik weier, ontstaan groot konflik by mense in die gemeenskap oor hoe om teenoor die verslaafde op te tree. Williams & Bloom (1989:83) verklaar dat die verslaafde se reg om behandeling te weier verskillend deur die gesondheidsdienste, die gemeenskap en die regstelsel interpreteer word. Hierdie stelling word ook gestaaf deur Rosenman (1998:787-789) wat skryf oor die verskille in opvatting wat in die gemeenskap en algemene geneeskunde oor die aard van geestessteurings bestaan. Daar is, eweneens, verskille in opvatting tussen terapeute en die beleidmakende strukture oor die moontlike terapeutiese aksies wat geneem behoort te word. Rosenman tref 'n duidelike onderskeid tussen toepaslike optrede vir kliniese siekte en die toepaslike aksies vir gedragsteurings, wat eerder afwykende persoonlikheid as siekte, verteenwoordig. Rosenman stel meer geredelike paternalistiese nie-vrywillige ingrepe vir die kliniese redes van siekte voor. Hierdie groep mense kan baat vind by die behandeling wat hulle ontvang. In die geval van gedragsteurings of die aksies van persoonlikheidssteurings stel hy voor dat hierdie groep mense eerder verantwoordelik gehou moet word vir hulle gedrag en sal paternalistiese ingrepe deur terapeute van minder waarde wees.

Daar moet dus duidelik onderskeid getref word tussen siekte en gedragsteurings. Die gevolg van hierdie uiteenlopende opvattinge oor siekte, gedrag en behandeling is ontoepaslike kliniese ingrepe, herhaalde onderlinge verwysings tussen die regstelsel en gesondheidsdienste, en gevolglike groot ongemak in die gemeenskap. Alkohol-afhanklikheid voldoen baie beslis aan die definisie van beide 'n mediese en geestesiekte en is suksesvol behandelbaar. Die bestaande riglyne vir die oplossing van alkohol-afhanklikheid in die gemeenskap moet egter hersien word. Soos reeds volledig bespreek verteenwoordig alkohol-afhanklikheid 'n kroniese siektetoestand wat gekenmerk word deur episodes van soberheid en herhaalde

terugvalle. Indien die siekte nie behandel word nie, is die verloop en prognose baie ongunstig. In die normale verloop van 'n siekteproses sal die siek persoon by die terapeut gaan hulpsoek en deelneem aan die behandelingsproses, of so is die ideaal. In die geval van die endstadium alkohol-afhanklike word hulp nie gesoek nie en enige siekte dikwels ten sterkste ontken. 'n Siekte wat baie duidelik vir almal rondom die persoon baie ernstige gevolge inhou, word ontken en behandeling geweier. Beskerm en respekteer die terapeut nou die pasiënt se fundamentele reg tot privaatheid en outonomie, of het die terapeut 'n plig tot sorg, selfs al weier die pasiënt behandeling. Wat sal 'n deugsame persoon doen? Wat van die respek vir die outonomie van die pasiënt versus die gevolge van die persoon se drinkgedrag in die gemeenskap? Indien die alkohol-afhanklike persoon se outonomie gedeeltelik belemmer word deur die siekte en die siekte is behandelbaar, raak die terapeut se plig tot sorg dan nie sterker as die individu se reg tot outonomie nie? Die morele dilemma verdiep as die terapeut in opregtheid die behoefte het om te sorg, en sy sorg 'n lewe kan red, maar die siekte juis die siekte instand hou. 'n Oop-einde dinkproses word hiervoor benodig. Die norme en waardes wat met groot oortuiging gekoester en gebruik word om morele dilemmas te argumenteer (respek vir die persoon se outonomie, onderlinge goedwilligheid, nie-kwaadwilligheid en geregtigheid) moet weereens versigtig ontleed word. Wat word werklik verstaan onder die reg tot selfbeskikking? Is daar konseptuele verwarring in mense se verstaan van selfbeskikking en reg of plig tot sorg? Argumenteer mense korrek oor die daaglikse konflikte en hanteer hulle die praktiese morele konflikte tussen beginsels toepaslik, byvoorbeeld die reg tot outonomie en geregtigheid? Is die gewigte wat aan hierdie beginsels verleen word nie dalk misleidend nie? Birnbaum (1960) was die eerste wat verwys het, nie na die reg om behandeling te weier nie, maar die persoon se reg tot behandeling. Leong & Silva (1988) brei hierop uit deur daarop te wys dat die gevolge van die weiering van behandeling deur pasiënte swak bestudeer is. Indien terapeute maar net aanvaar dat pasiënte behandeling kan weier is die uiteinde vir daardie pasiënte nie altyd goed bekend nie. Dit wil voorkom asof die gemeenskap tevrede is wanneer die persoon se outonomie respekteer word, ongeag die uitkoms daarvan vir daardie persoon en die gemeenskap. Moet daar nie na balans gesoek word tussen pasiënte outonomie en die terapeut se plig tot sorg nie? Of is die mens vasgeval in 'n oortuiging wat net nie meer die gemene goed verteenwoordig nie? Dit is die plig van die gemeenskap om nie net nuut te dink nie, maar ook te reflekteer oor watter 'goed' moontlik langs die pad verlore gegaan het en weer nader getrek moet word om balans te herstel. Die probleem strek egter dieper. Ek voel oortuig dat daar groot konsensus sal wees oor die oortuiging dat geen sorg op 'n volle outonome mens afgedwing kan word nie. Die is waar die

outonomie van die mens belemmer is, die verminderde of afwesige outonomie tydelik en omkeerbaar deur sorg is, dat die plig tot sorg en beperke outonomie moreel gebalanseer moet word. In die praktyk behoort selfbeskikking aan elke mens gegun word sonder dat hy of sy daarvoor moet vra. Respek vir outonomie moet elke terapeut se wegspringplek wees. Indien die konsep van paternalisme beteken dat die dokter die ongelyke dokter-pasiëntverhouding misbruik, kan paternalisme net nooit moreel regverdig word nie.

In die laat sestiger jare het daar in die Kaliforniese regstelsel 'n besliste rigtingsverandering plaasgevind waarvolgens die staat se beheer oor geestesversteurde pasiënte beperk is. Hierdie verandering in houding het ook die gemeenskap en regsisteem se algemene negatiewe houding teenoor psigiatriese behandeling uitgelig (Gutheil & Rogers versus Commissioner 1985:213-214). Behandeling in 'n psigiatriese inrigting en die medikasie wat pasiënte soms gebruik, is dikwels as drakonies beskou. Onkunde rondom psigiatriese sturings en die behandeling daarvan was en is steeds 'n onnodige remskoen in die lewering van 'n goeie gesondheidsdiens. Hierdie houding het gelei tot 'nie-intervensie,' of die 'mins- ingrypende ingreep' en gevolglik dikwels hospitalisering sonder aktiewe behandeling. Appelbaum en Gutheil (1979:308-310) het verwys na "Patients rotting with their rights on". Hierdie houding lei daartoe dat klinici in die geval van pasiënte met akute geestessiekte wat nie kompetensie tot besluitname besit nie en behandeling weier, dié besluit noodgedwonge moet respekteer en behandeling moet weerhou indien die pasiënt nie 'n duidelike gevaar vir hom/haarself en ander is nie. Hierdie pasiënte kan nog teen hul wil toegelaat word, maar indien hulle behandeling weier, word hul besluit om nie medikasie te neem nie gerespekteer. Die klem het, dus, met hierdie verwickeling van behandeling na skade-voorkoming verskuif (Appelbaum 1988:414). Dié nuwe houding het 'n stryd tussen radikale voorstanders van menseregte, die regsisteem en die klinici meegebring. In hierdie situasie redeneer die klinikus dat die persoon se vryheid hom ontnem word as die gesondmakende behandeling nie verskaf word nie. Om hierdie rede het baie mense geredeneer dat die terapeut steeds soos 'n klinikus dink wanneer hy/sy as 'regter' moet optree. Dit het tot gevolg gehad dat die gewig van kliniese besluitneming in baie gevalle na die regsgeleerdes verskuif het (Bloom, Faulkner & Holm 1984:315-317).

Die literatuur wys egter op die paradoks waarvolgens regters, wanneer hulle in hierdie gevalle as 'regters' moet optree, soos terapeute redeneer en behandeling in tot 90% van pasiënte met siekteverwante inkompetensie toelaat (Hoge, Gutheil & Kaplan 1987:165-167 en Veliz &

James 1987:64). Gedurende hierdie jare was pasiënte baie dikwels nie-vrywillig tot psigiatriese hospitale toegelaat, maar het die pasiënte nie medikasie ontvang nie. Hierdie tendens geld nog in sekere hospitale reg oor die wêreld. Hierdie oorweldigende respek vir die pasiënt se outonomie het nuwe dilemmas en bekommernis in die dokter-pasiënt-verhouding ontketen. Dit blyk uit die literatuur dat hierdie vrese in die geval van die ernstige geestesversteurde pasiënt meesal ongerond is. Wat die endstadium alkohol-afhanklike egter betref, dui die denke van die gemeenskap, die meeste regsgeleerdes en sommige terapeute ongelukkig daarop dat hulle nog nie van die alkoholis se inkompetensie tot besluite oortuig is nie. Die 'siekte'-begrip van alkohol-afhanklikheid en die feit dat hierdie siekte die persoon onvermoënd laat tot rasionele besluitname, is maar net nie behoorlik gevestig nie.

Dit lyk dus aangedui dat 'n argument oor die relatiewe kompetensie van die alkohol-afhanklike op die verskillende stadia van verslaafdheid gemaak behoort te word. Indien konsensus oor die verslaafde se gedeeltelike inkompetensie verkry is, behoort daar gekyk te word na die behandelbaarheid van die siekte, die las van die siekte op die persoon, die gesin en die gemeenskap, die las van die behandelingsprogram op die pasiënt en die gemeenskap en, belangrik, die groter gemeenskap se houding teenoor die welstand en toekoms van die verslaafde.

Die waardes, norme en beginsels wat die alkohol-afhanklikheidsprobleem in die gemeenskap uitdaag, word vervolgens verder ondersoek. Wat in die voorafgaande opvallend is, is die mens se geneigtheid om te oorreeger en om te polariseer in 'n poging om balans te verseker. Hierdie aksies en reaksies in die gemeenskap beaam dog die mens se onderlinge betrokkenheid en getuig van 'n gesonde bemoeienis met mekaar. Ongelukkig is die mens ook 'n gewoonte-dier en kan die 'gewoontes' maklik geïnstansionaliseer raak en 'n onbevraagde deel van die daaglikse handel en wandel word. In hierdie vinnig veranderende wêreld word die mens elke dag gekonfronteer met nuwe morele vrae, is dit goed dat ons ou konsepte sowel as ideologieë bevraagteken en besig bly met die intellektuele oefening van filosofie. Sonder filosofiese vrae en die soeke na antwoorde sal die vooruitgang in die geskiedenis nooit plaas gevind het nie.

## 2. Beginsel-gebaseerde morele oorwegings

Die gemeenskap het 'n groot behoefte aan 'n gemene moraliteit wat 'n gemene goed vir die gemeenskap ten doel het. Die riglyne om dié gemene goed te probeer bereik, kan in vier beginsels saamgevat word. Hierdie beginsels is outonomie, goedwilligheid, nie-kwaadwilligheid en geregtigheid (Beauchamp & Childress 1994: Hoofstukke 3-6). Beginsels is nie bedoel om afdwingbaar te wees soos in die geval van die meeste reëls nie en verteenwoordig slegs 'n fondament waarop orde en harmonie in 'n diverse, pluralistiese gemeenskap gebou kan word. Hierdie beginsels is nie volledig nie en, alhoewel prima facie 'n plig, bly die beginsels eerder 'n stel waardes van of riglyne vir die groter gemeenskap se onderlinge optrede. Hierdie stel waardes koester die individu en die gemene goed in die gemeenskap.

Outonomie is van die Griekse woord *autos* wat beteken “self” en *nomos* wat beteken “wet” of “bestuur.” Die essensie van persoonlike outonomie is gesetel in *selfbeskikking in die afwesigheid van beïnvloeding, inmenging en persoonlike beperktheid* wat betekensvolle keuses sou kon belemmer. Die persoon is ‘n agent van vrye wilsbesluite en handeling, en sy reg tot outonome besluite moet gerespekteer word. Beauchamp & Childress (1994:121) skryf, “Toward this end, we start with what we take to be essential to personal autonomy, as distinguished from political self rule: personal rule of the self that is free from both controlling interferences by others and from personal limitations that prevent meaningful choice, such as inadequate understanding. The autonomous individual freely acts in accordance with a self-chosen plan, analogous to the way an independent government manages its territories and sets its politics. A person of diminished autonomy, by contrast, is in at least some respect controlled by others or incapable of deliberating or act on the basis of his or her desires and plans. For example, institutionalized persons, such as prisoners and mentally retarded, often have diminished autonomy. Mental incapacitation limits the autonomy of retarded, and coercive institutionalization constrains the autonomy of prisoners.” Twee beginsels behoort hiervolgens teenwoordig te wees, naamlik: vryheid (ongehinderd) en kapasiteit tot wilsbesluite en aksie. Wat besluitname betref, val die klem sterker op die *outonome* keuse as die kapasiteit tot besluitname. Selfs persone met baie goeie kapasiteit tot besluitname neem soms swak besluite, maar die klem val op *vrye* keuse. Dit is wél so dat ‘n persoon *tydelik* nie die kapasiteit tot besluitname mag hê nie, byvoorbeeld die ernstige bedrukte pasiënt, die delirieuse pasiënt en moontlik die alkohol-afhanklike pasiënt. Aan die ander kant kan persone



met 'n swak kapasiteit tot besluitname, byvoorbeeld die verstandelik gestremde persoon en die akuut psigotiese pasiënt, ook keuses uitoefen. Keuses soos wat om te eet vir ontbyt, watter klere hulle vandag wil dra en na watter musiek hulle wil luister, verg tog die minimum van kapasiteit tot keuses. Selfbeskikking gaan oor die vryheid tot keuses.

Die volgende boublok in die beredenering van *selfbeskikking* is 'keuses.' Die gewig van keuses is baie belangrik. Die vraag is: indien die ernstig bedrukte pasiënt weens die versteurde gemoed 'n egosintoniëse besluit geneem het om selfmoord te pleeg, kan die terapeute en medemens bloot terugstaan en daardie persoon sy/haar selfbeskikking toelaat? Kan ons die alkoholis, voorheen 'n talentvolle en vermoënde mens en nou feitlik vernietig deur die verslawing, bloot maar net toelaat om te vergaan? Die outonomie van 'n besluitnemer behoort in te sluit 'n intensie om te besluit, 'n sekere mate van begrip en die afwesigheid van beherende invloede. Die intensie om te besluit, is volledig outonoom. Besluitname en aksie kan net intensioneel of nie-intensioneel (outomatises is 'n werklikheid, soos byvoorbeeld in epilepsie, maar uiters raar) wees. Begrip en beïnvloeding van 'n keuse lê beslis op 'n spektrum en 'n persoon kan in sy/haar besluit óf baie óf min begrip vertoon, maar nooit volledige begrip nie. So kan 'n persoon ook óf baie óf min beïnvloed word. In die dokter-pasiëntverhouding is dit die plig van die dokter om die pasiënt sou inte lig dat die pasiënt 'n ingeligte besluit kan neem. Hierdie psigo-opvoeding moet gedoen word om die pasiënt instaat te stel om vry 'n wilsbesluit te kan maak. 'n Dokter sou paternalisties optree as hy die inligting so aanbied dat die pasiënt gelei word na die besluit wat die dokter dink die beste besluit sou wees.

Die alkoholis se besluit om aan te hou drink ten spyte van die oorweldigende komplikasies van sy drinkgedrag is ernstig beïnvloed deur die krag van verslawing. Op die stadium van ernstige verslawing is die persoon se begrip ook belemmer deur die direkte effek van alkohol op die brein. Sy fatalistiese "ek kan dit hanteer" stellings is geen outonome besluit nie, maar tipies van iemand wat vasgevang is in die greep van verslawing waarteen hy nie alleen opgewasse is nie. Daar is verskeie invloede in hierdie persoon se pad tot rasonele besluitname, naamlik die fisiese en psigiese afhanklikheid, die vasgelegte lewenstyl, die noodsaaklikheid om die probleme wat alkohol veroorsaak verder in alkohol te wil verdrink (bose kringloop) en die persoon se isolasie in hierdie stadium van verslaafdheid. Die outonomie van die persoon is derhalwe in hierdie stadium ernstig belemmer.

In die moderne literatuur is daar 'n duidelik neiging om te sterk op die individu se *onafhanklikheid* van ander te fokus. Die kritici teen hierdie neiging beweer dat die belang van onderlinge intieme verhoudings en *afhanklikheid* baie belangrik is en 'n kragtige deel van elkeen se lewe is. Veral omdat mense weet dat hulle hul nie van dinge en mense rondom hulle kan losmaak nie. Dié wederkerige verhouding vervul een van die mens se belangrikste behoeftes, naamlik om te *behoort* (Maslow 1954:89). Die mens se daaglikse lewe verloop binne 'n gemeenskap (*in* en *deur* die gemeenskap) en ontwikkel en vestig die self in 'n harmonieuse sosiale omgewing. Dit is verkeerd om outonomie en gemeenskapslewe teenoor mekaar op te weeg, al sou die kragte in die gemeenskap sodanig wees dat die individu se reg op outonomie ernstig geskend word. Sóveel onmenslike wanpraktyke het al ontstaan weens die gemeenskap se onmenslike reëls, instellings, gebruike, vooroordele en houdings (byvoorbeeld diskriminasie teen ras, geslag, geloof en ouderdom), dat die beginsel van individuele outonomie baie sterk ondersteun moet word. Die outonome individu en die gemeenskap is hiervolgens voortdurend in wisselwerking met mekaar. Dit absoluut noodsaaklik dat die outonomie van elke mens respekteer moet word. Só kan die mens vry wees om te ontwikkel as geheel-erkende mens in sy omgewing en op sy beurt aan ander dieselfde respek en vryheid gun. Hierdie verhouding tussen die individu en sy omgewing impliseer ook wedersydse verpligtings teenoor mekaar. As voorbeeld sal die individu graag wil weet dat die gemeenskap 'n hand sal uitsteek en ingryp as hy siek raak en sy outonomie ernstig belemmer is. Dit sal gewis nie vir die meeste mense aanvaarbaar wees nie om te weet dat hulle outonomie só gerespekteer word dat hulle weens lewensbedreigende en behandelbare siekte sal sterf bloot omdat hul outonomie bo alles respekteer moet word. Indien 'n persoon deur siekte inkompetent tot besluitname gemaak word, kan daardie persoon sekerlik verwag dat sy onmiddellike geliefdes, of die mediese professie, vanweë ons verbintenis mekaar en plig tot sorg, sal ingryp, beskerm en behandel. Ons verhoudings met mekaar verseker betrokkenheid, omgee, deernis en 'n wedersydse verantwoordelikheid tot mekaar. 'n Duidelike balans tussen die individu se outonomie en die gemeenskap se verantwoordelikheid is noodsaaklik. Die kern van die onopgeloste vraag is die mate (erns, graad) waartoe die siek persoon, in die geval die alkoholis, se outonomie belemmer is en wanneer die plig tot sorg die respek vir oorblywend outonomie verbysteek. Indien daar hoegenaamd 'n situasie kan bestaan waar die plig tot sorg moreel sterker kan staan as die respek vir, selfs beperkte, outonomie. Dit mag die moontlikheid van die 'slippery slope' argumentering meebring. Die mediese wetenskap, met al sy gesofistikeerde behandelingsmodaliteite, mag al hoe gouer en gouer plig tot sorg by die siek pasiënt voor

outonomie begin stel. Wie gaan die balans verseker? Wanneer moet die siek persoon se outonomie tydelik of permanent opgeskort word? Hierdie vrae oor pasiënte se outonomie word gestel met die tergende sosiale probleem in gedagte van die verslaafde wat steeds pleit: "Ek kan enige tyd ophou drink."

Is daar dan situasies waar die gemeenskap en terapeut wél mag ingryp as die pasiënt se outonomie belemmer is? Beauchamp & Childress (1994:125) skryf oor *respek vir outonomie* dat daar 'n verskil bestaan tussen om outonoom te wees en om outonomie van 'n persoon te respekteer. Om outonomie te respekteer is nie slegs lippetaal nie, maar 'n aksie om persone in staat te stel om outonoom te kan wees. 'n Persoon hoef dus nie aan te dring op outonomie nie, dit moet aan ander gegee word ongeag of hulle daarna vra, of nie.

In Beauchamp & Childress (1994:125-127) word na Immanuel Kant en John Stuart Mill se sienings oor outonomie verwys. Kant het beweer dat *outonomie* uit die feit voortspruit dat elke individu *onvoorwaardelike* waarde en die kapasiteit tot selfbeskikking besit. Mill was van meining dat elke persoon volgens sy eie waarde en sonder die inmenging van ander moet ontwikkel, solank die individu nie met die vryheid van ander mense inmeng nie. Mill het hiermee saam ook beweer dat 'n mens soms moet inmeng as ander mense se menings baie swak begrip toon. Daar bestaan baie menings in die literatuur oor die omvang van die individu se reg tot selfbeskikking. Elke kompetente persoon het sekerlik 'n reg tot selfbeskikking. Indien die regte van 'n individu lynreg teen die regte van ander te staan kom, moet daar om op 'n regverdigde manier, na deeglike refleksie en balansering van al die feite, besluit word wie se reg in hierdie omstandighede eerste gerespekteer moet word. Die outonomie van 'n persoon gaan gepaard met verantwoordelikheid en verantwoordbaarheid teenoor ander en is dus nie 'n alles oorheersende beginsel nie. 'n Persoon se outonomie is aan die einde van die dag 'n prima facie reg (net op die oog af verpligtend). Dit bring mee dat 'n situasie mag ontstaan waar 'n persoon, agv siekte, dringend hulp nodig het, maar die persoon aandring op sy selfbeskikking en behandeling weier. In hierdie geval, as dit kom by die dokter-pasiëntverhouding, sal die dokter magteloos staan om die nodige hulp te verleen. Om goedwillig op te tree word deur respek vir die outonomie van 'n persoon, voorkom. Die konflik tussen twee beginsels bestaan daaruit dat dit goed is om outonomie te respekteer en dit ook goed is om goedwillig te wil optree.

Die vraag kan gevra word of dit geregverdig is om die outonomie van 'n pasiënt tydelik vir die doel van behandeling op te skort om sodoende sy kapasiteit tot outonomie te herstel. Die

dilemma ontstaan weereens by die konsep, kapasiteit tot outonome besluite. Wie en hoe word besluit wie kompetent, gedeeltelik kompetent of geheel inkompetent is tot besluitname. Die antwoord hierop is sekerlik dat dit afhanklik is van die regte diagnose en 'n deeglike ondersoek van die situasie. Vir só 'n stap om geneem te word, moet die omvang en die gewigtigheid van die drankprobleem vir die persoon, sy geliefdes en die gemeenskap van só 'n aard wees dat lewens in gevaar verkeer. Hiermee saam moet die kapasiteit tot outonomie en besluitname só drasties deur die dinamiek van verslawing ingekort wees dat die persoon nie meer hierdie gewigtige besluite self kan neem nie. Die argument kan gemaak word dat, in ag genome die ernstige kollektiewe gevolge van endstadium-alkoholisme, dit die beste vir die meeste, en vir daardie persoon, is dat daar te midde van verlies van outonomie ingegryp word en so 'n persoon behandel word. Beauchamp en Childress (1994:126) sê: "Thus , the respect for autonomy is often less prominent than expressions of beneficence and compassion."

In elke terapeutiese omgewing moet respek vir die outonomie van die individu die vertrekpunt van elke interaksie met ander wees, maar outonomie bly 'n prima facie reg en nie die enigste beginsel van morele optrede nie.

Die dokter-pasiëntverhouding is 'n unieke verhouding. Dit is 'n 'kitsverhouding' waar vertroulike inligting met die eerste bymekaarkom onderling gedeel word, terwyl interpersoonlike verhoudings gewoonlik stadig ontwikkel en met tyd groei. Die kliënt stap egter die dokter se spreekkamer binne en dadelik is daar 'n kunsmatige of gedwonge kits vertrouensverhouding. Die kliënt wat die spreekkamer besoek het vooraf sóveel fisiese of psigiese ongemak beleef dat 'n besoek aan die dokter nodig geblyk het. Die kliënt het dus 'n probleem, hy soek 'n oplossing, beskou die dokter as iemand met die nodige kennis wat professioneel is en die leiding in die konsultasie sal kan neem. Hierdie situasie beskryf die kliënt se *afhanklikheid* van die dokter. Die dokter het die kennis en ondervinding, voel hy weet wat is die beste vir die pasiënt, maar het dikwels min tyd beskikbaar en kan daarom maklik voorskriftelik raak. Die kliënt se 'afhanklikheid' en die dokter se professionele 'status' maak dat paternalisme maklik in die kliniese situasie ontstaan. Enige paternalisme in die dokter-pasiëntverhouding is egter gevaarlik, want die dokter-pasiënt se *sinergistiese* verhouding lei skade en die pasiënt kan maklik uitgebuit word. Die dokter *moet* derhalwe 'n houding van *gedeelde* verantwoordelikheid in die dokter-pasiëntverhouding kweek.

*(Dit is belangrik om duidelikheid te kry oor die begrippe paternalisme en sorgsaamheid. Paternalisme getuig altyd van 'n terapeut wat onder die dekmantel van 'goeddoen' sy eie professionele mag in 'n ongelyke dokter-pasiëntverhouding laat geld. Alhoewel die definisie van paternalisme nie altyd so negatief in die woordeboeke verskyn nie, word paternalisme in die konteks van die dokter-pasiëntverhouding as negatief verstaan. Die plig of behoefte tot sorg in die dokter-pasiëntverhouding, aan die anderkant, word positief verstaan. Sorg getuig van 'n professionele vaardigheid wat tot die pasiënt se beskikking is. Sorg beteken ook 'n houding van sorgsaamheid. Die terapeut sal indien die pasiënt hom nodig het en daarna vra, of in die geval waar die pasiënt onvaardig geraak het om deel te neem aan eie besluitname en hulp nodig het, ingryp en sorg.)*

Wat is nou eintlik die dokter se verantwoordelikheid? Daar word van die dokter verwag om die regte diagnose te kan formuleer, hierna psigo-onderrig in die eise van die diagnose te verskaf, daarna die geleentheid vir vrae bied en onduidelikhede op te klaar, dan die korrekte 'resep' tot genesing voor te stel en toesig te hou oor die pasiënt se vordering deur 'n opvolg konsultasie te reël en op die pasiënt se samewerking te let. Die pasiënt moet die verantwoordelikheid vir die eise van die siekte neem deur vrae te vra, besluite oor eie gesondheid of siektegedrag te neem, aktief aan behandeling deel te neem, lewenswyse aanpassings te maak en opvolgkonsultasies na te kom. Hierdie interaksie beskryf voorwaar 'n gedeelde verantwoordelikheid tussen pasiënt en dokter.

Indien die dokter paternalisties optree deur die pasiënt uit te sluit uit eie besluitname, kweek dit afhanklikheid by die pasiënte en ontnem die dokter die pasiënt sy outonomie. Aan die ander kant kan sekere pasiënte die spreekkamer met voorbedagte eise binnestap. Dán raak die dokter bloot die pasiënt se 'agent' en 'n instrument waarmee die pasiënt sy behoeftes bevredig. Voorbeelde hiervan sal wees: eise om siekteverlof, werksongeskiktheid en onbillike eise om plastiese chirurgie. Die geneesheer behoort in hierdie gevalle ook die dinamiek van die versoeke te kan herken en te verstaan en die beginsels van outonomie, goedwilligheid, nie-kwaadwilligheid en geregtigheid in sy professie uit te leef. Geneeshere is te dikwels geneig om 'people pleasers' te wees. Die nodigheid ontstaan dan om weer eens te vra: "wat is in die langtermyn voordeel vir my pasiënt, is die prosedure goed en toepaslik vir my professionele standaard en die uiteindelijke beswil van my pasiënt?" Die vraag en aanbod moet gebalanseerd wees en 'goed' inhou vir die pasiënt en die groter gemeenskap.

Wright (1998:35) bevraagteken die dokter se ontsteltenis as die pasiënte nie saamwerk nie. Hy beweer dat die dokter vanuit 'n paternalistiese siening reken dat die pasiënt nie wil maak soos die dokter aanbeveel nie. Sodoende verwerp hy die woord 'non-compliance.' Psigo-opvoeding is vandag die wagwoord in die goeie dokter-pasiëntverhouding en om kliënte breedvoerig te onderrig, is om pasiënt-outonomie te verseker. Selfs die woord "kliënt", in plaas van "pasiënt" is 'n poging om tweerigting-besluitname in die kliniese situasie te verseker. Playle en Keely (1998:304) bevestig die skewe konsep van pasiëntsamewerking in die terapeutiese situasie. Pasiënte is nie passiewe deelnemers aan behandeling nie, maar aktiewe besluitnemers van hul behandeling en toëkoms. Dit maak die dokter se paternalistiese siening van "non-compliance" irrasioneel. Fogarty (1997:1277-1279) sê dat dit juis die *samewerking* is wat dokters van hul pasiënte verlang wat meebring dat die pasiënt bedreig voel en gevolglik swak saamwerk. Gerber (1993:19) haal vir Masur aan wat verkies om vir hierdie selfde rede die term 'adherence' bo 'compliance' te gebruik, "because of its implied greater active, voluntary collaborative involvement of the patient in a mutually acceptable course of behavior to produce a desired preventive or therapeutic result." Hierdie feite onderstreep die pasiënt se betrokkenheid by besluite, soos bemagtig deur die psigo-onderrig wat die terapeut aanbied.

Binne die dokter-pasiëntverhouding is dit steeds onduidelik watter besluite en aksies die terapeut se grense vorm, wat is toepaslik en behoort binne die 'kitsverhouding' gehandhaaf word? Wat presies is toepaslike of ontoepaslike spreekkamer-praktyk? 'n Eerste antwoord op dié vraag is vervat in die grense wat die betrokke vakgebied daar stel, die klinikus se eerstehandse kennis van die betrokke vakkennis, die relatiewe vaardigheid waarmee die terapeut sy vak beoefen. Hiermee saam sy ingesteldheid teenoor, sensitiwiteit vir en kennis van mediese etiek wat sekere waardes en norme in die gemeenskap weerspieël en dit wat die terapeut uit ondervinding en van sy goeie rolmodelle aanleer en sy swak rolmodelle vermy.

Die kernbetekenis van *outonomie* word deur hierdie verhouding tussen dokter en pasiënt gedemonstreer. Die verhouding is, soos beskryf, van die begin af ongelyk en kompleks. Die dokter en die pasiënt is in terme van siekte nie gelyk wat kennis, mediese vaardigheid en ondervinding betref nie. Die dokter moet die pasiënt sy outonomie gun sonder dat die pasiënt ooit daarom hoef te vra. Die geneesheer het die plig om die pasiënt in staat te stel om eie besluite te neem. Die dokter moet ook aanleer om pasiënte se besluite te aanvaar, al dink hy nie dat die besluite tot die pasiënt se beste voordeel is nie. In die geval van alkoholgebruik in

die praktyk, is dit die dokter se plig om die pasiënt so vroeg moontlik met sy gevaarlike drinkgedrag te konfronteer. Konfrontasie beteken dat ek vir jou omgee en daarom jou met die realiteite konfronteer. Voorwaar 'n 'sagte' woord. Daarna moet die dokter die pasiënt deeglik in al die aspekte van alkoholverslawing onderrig en só die pasiënt in staat stel om outonome besluite te neem. Hierdie aksie spreek van respek vir die pasiënt se outonomie. Ten spyte van die aksie sal die endstadium alkohol-afhanklike, as gevolg van die verslawing, steeds sê, "ek kan enige tyd ophou."

Wat nou van pasiënte wat die kapasiteit tot outonomie verloor het? Dié verhouding is nóg meer ongelyk en die non-outonome pasiënt (of dié met beperkte outonomie) is nog méér kwesbaar. In die praktyk is die pasiënt met alkohol-afhanklikheid 'n tipiese voorbeeld van iemand wie se kapasiteit tot outonomie ingekort is. Dié ingekorthed moet altyd beskou word teen die agtergrond van die moontlikheid dat die alkoholis se kapasiteit tot outonomie met die korrekte terapie herstel kan word. Die alkoholis se weiering tot toepaslike behandeling ontstaan vanuit die beperkende dinamiek van verslawing. Daar behoort in die praktyk probeer te word om 'n besliste onderskeid tussen verkeerde besluite en nie-outonome besluite te tref. Aan die een kant is dit bekend dat selfs die mees outonome persone verkeerde besluite neem en praktisyns is pynlik bewus hiervan. Dit is waarskynlik so dat die breër gemeenskap van mening is dat die alkoholis nêr verkeerde besluite neem en irrasioneel of onredelik is omdat hulle 'net nie hul drinkery wil los nie.' Die argument wat in hierdie werk aangebied word, is dat die ernstig verslaafde pasiënt nie bloot moedswillig is nie, maar nêr nie meer outonoom is om die belangrike besluite teen alkohol-inname te kan neem nie.

Kompetensie om outonome besluite te kan neem, is die volgende aspek wat in hierdie werk ondersoek word. *Outonomie* en *kompetensie* is verskillende begrippe. *Outonomie* beteken selfbeskikking en *kompetensie* die vermoë om 'n taak te verrig. In die harde werklikheid is dié twee begrippe egter in betekenis baie naby aan mekaar. As iemand *kompetent* is om 'n besluit te kan neem (reg of verkeerd) moet die persoon eerstens in staat wees om te kan besluit, en die besluit kan verbaliseer of uitoefen. Die funksie van *instaat wees om te besluit*, die *verbalisering of uitoefening* van die besluit het inhoudelik niks te doen met die kwaliteit oordeel, begrip, rasionaliteit wat daarmee gepaard gaan nie. Die konsepte *in staat wees* en *kompetensie* mag derhalwe ver van mekaar verwyder wees.

Die besluitnemende persoon moet, tweedens, ook die nodige intellektuele vermoë, oordeel en begrip hê om op eie stoom, oor tyd, of met die hulp van relevante informasie sonder ontoepaslike inmenging of beïnvloeding van ander tot 'n toepaslike besluit te kan kom. Sy emosionele en kognitiewe staat tydens besluitneming moet sy premorbiede potensiele vermoëns en begrip verteenwoordig of nie buitensporig beïnvloed nie (die mens se mees irrasionele besluite word gewoonlik onder die invloed van emosionele stres geneem). Kompetensie tot besluitname is ook nie 'n globale entiteit nie. Daar is nie 'n manier om te sê iemand besit dit, of nie. Kompetensie moet in die lig van 'n *spesifieke* besluit beoordeel word. Die alkoholis is oënskynlik in die meeste fasette of take van sy lewe gereedlik in beheer, maar wat besluite rakende sy alkohol-inname betref, is sy kompetensie ernstig belemmer. Die psigodinamika van alkohol-afhanklikheid is só sterk dat die persoon nie kompetent is om 'n besluit oor voorgenome soberheid te kan neem nie. As daar met 'n alkohol-afhanklike persoon 'n onderhoud gevoer word, veral ná uitdroging en die persoon heeltemal geïntegreerd en 'normaal' voorkom, verstom sy onvermoë tot besluitname telkens die terapeut en die gesin. Alkohol-afhanklikes sê dikwels dat hulle diep onderliggend weet dat hul toestand hopeloos is en dat hulle na soberheid smag, maar die mag van verslawing is oorweldigend. Kompetensie is dus nie 'n alles-of-niks situasie nie. Dit is eerder korrek om in terme van besluitname van 'n spektrum drempelwaardes te praat. Die drempelwaarde van kompetensie word beïnvloed deur die *spesifieke* besluit en die gewig wat aan die besluit toegeskryf word. Nie almal wat kompetent is, is ewe kompetent nie, en nie almal wat inkompetent tot besluitname is nie is ewe inkompetent nie. Beauchamp en Childress (1994:137) beskryf Appelbaum en sy medewerkers se voorgestelde rangorde van take en vermoëns van 'n persoon om uiteindelik volwaardig kompetent te wees. Die rangorde strek vanaf die mees uitgesproke onvermoë tot besluitname tot by die onvermoë om die redelike-persoon standaard te bereik:

1. Die onvermoë om 'n voorkeur of besluit uit te druk of te kommunikeer.
2. Die onvermoë om jou situasie en die moontlike gevolge daarvan te verstaan.
3. Die onvermoë om relevante informasie oor die besluitname te verstaan.
4. Die onvermoë om redes vir besluitname te verstrek. (Enige redes ook ongeldige redes)
5. Die onvermoë om rasonale redes besluitname te verstrek. (Goeie, feitelike redes)
6. Die onvermoë om die risiko, winste of redes vir besluitname te verskaf. (In diepte redenasie)
7. Die onvermoë om 'n redelike-persoon standaard te bereik



Die persoon met ernstige alkohol-afhanklikheid sal tussen rangordes (3) en (4) hierbo inpas. Die redenasie oor inmenging, of nie, sal nou afhang van die gewigtigheid van die besluit vir die persoon self, sy gesin en die groter gemeenskap. Behandeling met die doel om te genees, pyn te verlig of om kwaliteit lewe te verbeter of in stand te hou is die hoof motivering in geneeskunde. Goedwilligheid is die hoofdoel in die wêreld van genesing. Genesing ten alle koste? Genesing altyd eerste? Het daar deur die jare só 'n groot waarde aan die behandelingsaspek van medisyne gekoppel geraak dat die outonomie en privaatheid van die pasiënt tweede kom? Sekerlik nie. Respek vir outonomie bly steeds die vertrekpunt in die geneeskunde en baie goeie redes moet aangevoer word alvorens die pasiënt se outonomie tweede geplaas sou kon word. Dit gaan hier oor die winste van behandeling, die ongemak en gevaar wat die siekte en/of die behandeling vir die persoon inhou en, laastens, die vermoë van die pasiënt om outonoom te kan besluit.

Die evaluasie van 'n pasiënt se kompetensie is 'n suiwer kliniese taak. Die boustene van kompetensie waarvolgens die terapeut evalueer en 'n kliniese oordeel fel bestaan uit die betrokke persoon se intellek, bewussynstoestand, gemoedstoestand, graad van vryheid van buite-invloede en die spesifieke omstandighede waaronder die besluit geneem word. By die endstadium-alkoholis is die eersgenoemde boustene van kompetensie klinies ernstig belemmer. Howe (1997:308) wys uitdruklik daarop dat die verslaafde se selfvernietigende gedrag biologies gedryf word en rasonale besluitname teëstaan. Simon, Dwyer & Goldfrank (1999:366-367) in hul artikel "The Difficult Patient" verwys eerder na 'n interne beherende faktor (die fisiese en psigiese faktore van alkohol-afhanklikheid) wat die pasiënt hom sy vryheid tot rasonale besluite ontnem. Hulle sê voorts dat selfs die nugter besluite van die alkoholis, nie vrye keuses is nie. Die skrywers wys ook daarop dat die moeilikste pasiënte waarskynlik die kwesbaarste is. Indien die terapeut hom/haarself empaties in die pasiënt se situasie sou kon voorstel, die absolute benardheid van die verslawingsdinamiek gou duidelik sal word. Die finale boodskap wat in bogeneoemde twee artikels deur kom, is 'n baie sterk oproep vir die terapeut om betrokke te raak. 'n Oproep om sorg vir die alkohol-afhanklike pasiënt te begin is baie duidelik.

Elliott (1997:113-115) vestig, eweneens, die terapeutiese wêreld se aandag op die feit dat emosionele faktore die persoon se vermoë tot besluitname beperk. Alkohol in klein hoeveelhede is biochemies gesproke 'n gemoedstabiliseerder. In groot hoeveelhede, egter, is alkohol 'n definitiewe depressant en die endstadium alkoholis is gevolglik meesal erg bedruk.

Die meeste alkohol-afhanklike pasiënte wat by die Stikland-hospitaal Alkohol Rehabilitasie-Eenheid opgeneem word, word onder andere met antidepressante en ansiolitika behandel. Na twee weke is hierdie middels grotendeels onnodig en word dit gewoonlik gestaak. Laasgenoemde is nóg 'n voorbeeld van onvermoë gedurende siekte en die sukses van behandeling.

Silverman (1997:171 en 173) is 'n outeur wat hom ook sterk uitgespreek het oor die rol wat emosies in daaglikse besluitname speel. Hy beweer dat besluite op grond van kognitiewe en affektiewe funksies geneem word en dat emosies as 'n bron van kennis dien. Dit maak die mens bewus van gevoelens oor situasies, opsies en moontlike uitkomst. Emosies dien dus as 'n bron van motivering en kan nie geïgnoreer word nie. Terapeute behoort pasiënte aan te moedig om feite en emosies te beleef as informasie wat gedrag motiveer, om te ondersoek hoe hulle oor 'n verskeidenheid uitkomst sal voel en om emosies te beleef as deel van die ervaringswêreld wat hulle slyp. Later in die werkstuk sal daar meer gepraat word oor die beginsel van sorgsaamheid en die mens se emosionele verbintenis met ander.

Die tweede beginsel waarop die dokter in die praktyk bou, is dié van *goedwilligheid*, soos reeds genoem. Die dokter wil graag goed doen, maar nie dit wat die geneesheer as 'goed' sien nie, maar die 'goed' waarop die pasiënt sal besluit. Daar ontstaan groot ongemak by die dokter as die pasiënt blatant verkeerd besluit, of anders besluit as wat verwag is. Indien die pasiënt outonoom is, moet die dokter die pasiënt se wense respekteer, of anderssins psigo-opvoeding doen indien dit in belang van die pasiënt nodig geag word. In hierdie verhouding wat van die begin af 'ongelyk' is, is daar dikwels konflik tussen die respek vir die pasiënt se outonomie en goedwilligheid. Die grense van waar plig tot sorg ophou en negatiewe paternalisme begin, is gewoonlik in die daaglikse praktyk heel duidelik. Waar die pasiënt nie outonoom is nie, of 'n blatante verkeerde besluit deur die pasiënt sy lewe daadwerklik bedreig, raak die beste morele optrede in daardie omstandigheid 'n dilemma. Pollack, Stephen & Billick (1999:304-305) verwys in hulle artikel na *spesifieke* behandelingsbesluite en *spesifieke* kompetensie en sê dat hierdie kapasiteit by die pasiënt eerder deur die dokter as deur die regsgeleerde getoets moet word. Die handeling van 'n dokter wat van mening is dat die pasiënt in die spesifieke geval nie-outonoom is, sal neerkom op 'n sorgvuldige balansering van voor- en nadele verbonde aan behandeling versus nie-behandeling. Hierdie aksie of beginsel behoort altyd 'n kliniese funksie te bly. Indien die pasiënt se vermoë tot selfbeskikking beperk is, sal goedwilligheid noodwendig meer gewig dra.

Die derde beginsel, dié van nie-kwaadwilligheid, kom ook in die geval verslaafdes ter sprake. Nie-kwaadwilligheid beteken dat die dokter geen aksie sal loods wat die pasiënt tot nadeel sal strek nie. Indien die dokter sou besluit om die pasiënt se outonomie te ignoreer en nogtans in te gryp (soos in die geval van die endstadium alkohol-afhanklike met beperkte kompetensie tot eie besluite) mag die aksie om in te gryp in die lewe van die afhanklike as kwaadwillige professionele optrede gesien word. Indien die persoon sy outonomie tydelik weens siekte verloor het, behoort die dokter die beginsels van goedwilligheid, kwaadwilligheid en geregtigheid onderling in die spreekkamer te probeer balanseer. Volgens Beauchamp en Childress (1994:138-141) kan daar in hierdie gevalle van 'n glyskaal gebruik gemaak word. Hoe meer gewigtig of lewensbedreigend die probleem, hoe meer sal daar verwag word dat die pasiënt die besluit met groter insig sal kan neem. Met ander woorde, in geval van besluite wat lae-risiko gevolge inhou, mag 'n kompetensie graad van 1 of 2, soos voorheen uiteengesit, aanvaarbaar wees. Waar hoë-risiko besluite egter geneem moet word, sal verwag kan word dat die pasiënt 'n kompetensie graad van 6 of 7 moet kan handhaaf. Indien hierdie norm sou gebruik word, wie bepaal die reëls vir die glyskaal, wie weeg die feite in elke spesifieke situasie en wie bepaal die morele standaard? As dit uiteindelik sou kom by die graad van outonomie en die gewigte van die voor- en nadele van die besluit, kan die morele 'agent' of finale besluitnemer nie uitgeskakel word nie. Hierdie finale besluitnemer staan alleen, ten spyte van die beginsels, regte, reëls, konsewensies, plig tot sorg en deug. Wie bring balans tussen dié wat outonomie ten alle koste repekteer en die gees van medisyne wat ten alle koste wil genees? Hier raak die geneesheer se verantwoordelikheid besonder groot. Die gevaar bestaan dat paternalisme in die ongelyke verhouding in die dokter-pasiëntverhouding elke keer kan seëvier. Selfs die glyskaal, soos voorgestel, bly 'n redelik vae riglyn.

Die alkohol-afhanklike se probleem is baie gewigtig vir die self, die gesin en die gemeenskap. As die alkoholis se outonomie en besluite op die endstadium van verslaafdheid slaafs gerespekteer word, sê ons by implikasie dat die persoon die verantwoordelikheid van sy besluite moet aanvaar. Dit beteken óf eensaam en geïsoleerd sterf óf die kriminele gevolge van sy dade dra. Dit sal beteken dat die alkoholis, weens sy siekte en die dikwels geassosieerde kriminaliteit, eerder deur die korrektiewe dienste hanteer sal word en nie in 'n rehabilitasiesentrum behandeling behoort te ontvang nie. Die korrektiewe dienste het nie rehabilitasie-programme nie – wel in beginsel, maar nie in werklikheid nie. Alkohol-onttrekking kan 'n lewensbedreigende mediese noodtoestand wees en katastrofiese gevolge in die gevangenis-opset hê. Soos verwag van 'n behandelbare siekte, volg soberheid op

behandeling en nie op die ingrepe van korrektiewe dienste nie. Gaan die gemeenskap in 'n poging om die persoon se outonomie te respekteer die gevangenisstraf toelaat bo die moontlikheid van rehabilitasie en genesing? Dit kom in die kliniese praktyk dikwels hierop neer.

Die Wet op Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanlikheid No 20 van 1992 word baie selde gebruik en daar is sprake dat die wet onder hersiening geneem gaan word omdat die individu se regte en outonomie nie daarin erken word nie. Die argument is, weer eens, dat die alkoholis aan 'n behandelbare siekte ly en op 'n gesette stadium van die verslawingsproses nie kompetent is om besluite te neem wat voordeel inhou vir die self, die gesin en die gemeenskap nie. Outonome besluite kan slegs geneem word deur persone met volle insig, beredeneerdheid en wat voldoen aan die redelike-persoon standaard. Menige alkoholis op die endstadium van die siekte bereik nie die standaard waar hy *verantwoorde* redes vir sy besluite kan gee nie. As die geleentheid hom by die huis voordoen, in die spreekkamer, by die werk en in die hof, sal die verslaafde weens sy siekte alles probeer om sy drinkgedrag voort te sit. Die geleentheid doen hom nou voor om sy outonomie deur rehabilitasie te herstel. Glitsch et al. (2000:177) sê uitdruklik dat geleenthede tot behandeling beslis deur die hof gemis word en dat die oortreders eerder in die korrektiewe sisteem opgeneem word. Daar moet in gedagte gehou word dat die pasiënt die probleem juis weens sy siekte ontken en dat die korrekte behandeling sy motivering, insig en herstel van outonomie kan meebring. Eksterne motivering van die pasiënt om behandeling te inisieer, is goed. Die gesin, geneesheer, gemeenskap en die hof hoef nie altyd die siek persoon se outonomie voor behandeling stel nie, maar op 'n gesette siekestadium behandeling inisieer om die persoon se outonomie te herstel. Indien die gemeenskap net elke keer aan die alkoholverslaafde se ontkenning en beloftes sou toegee, word hy deur die gemeenskap in staat gestel om verder te drink. Ingryp in die lewe van die verslaafde verteenwoordig 'n aksie deur die gemeenskap wat moontlik as kwaadwillig gesien kan word, maar na deeglike oorweging van al die feite, eerder staan vir goedwilligheid.

As die pasiënt se siekte hom inkompetent laat, skuif die verantwoordelikheid van sorg, in 'n mindere of meerdere mate, weg van die siek individu en meer na die verantwoordelikheid van die terapeut. By die kompetente pasiënt sal selfbeskikking nie bevraagteken word nie.

Psigo-opvoeding word benodig om die pasiënt te bemagtig om sy eie besluite te kan neem. Dit is klinies absoluut noodsaaklik dat daardie realiteite, kennis, risiko's, behandelingsstrategieë en gevolge van die substansafhanklikheid aan die verslaafde oorgedra word. Sommige mense sien hierdie handeling as inmenging of beïnvloeding, en hulle is waarskynlik korrek. Aan die ander kant, is die gee van relevante feite, realiteite, risiko's en gevolge nie eerder bemagtiging nie? Die feite van alkohol-afhanklikheid (soos volledig in Deel I van hierdie werkstuk bespreek) spreek hard en het groot oortuigingswaarde in die kliniese een tot een situasie. Dit is die outeur se oortuiging dat die terapeut sy nering as terapeut sou prysgee indien die pasiënt nie volledig ingelig en met al die relevante feite gekonfronteer is nie. Hierdie optrede word egter nooit as afskrikmiddel gebruik nie, maar as motivering om die pasiënt te bemagtig. Dié optrede is verteenwoordigend van die woorde aan die pasiënt: "Dit wat u wil doen, is moeilik, maar moontlik. Daar is hulp, daar is behandeling beskikbaar en 'n 'beter' lewe daar buite." Dit is duidelik uit die literatuur en uit ervaring dat 'afskrik' metodes as motivering vir gedragsverandering net nie suksesvol is nie. Sagte, ferm oordra van realiteite en die geleentheid aan die pasiënt gegun op eie keuses, is die korrekte manier van doen. Botsende emosies lei na nêrens. Beredeneerde, begeleiding kan houdings verander en om 'n houding te verander is halfpad na sukses.

In die voorafgaande skrywe word daar dikwels na 'n 'stadium van verslawing' verwys. Die kwesbaarheid van die argumente tot dusver in hierdie werkstuk lê in die daadwerklike betekenis van hierdie stelling opgesluit. Op watter stadium verloor die persoon wat alkohol misbruik sy vermoë tot rasonale besluitneming? As hierdie stadium nie vasgepen word nie kan ingrepe tot nie-vrywillige behandeling hopeloos te vroeg gemaak word. 'n 'Slippery slope' argumentering en 'n nagmerrie in die kliniese praktyk kan ontstaan. Die Wet op Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanglikheid Nr. 20 van 1992 onder Artikel 21 beskryf so 'n persoon soos volg: "Iemand wat van dwelms afhanglik is *en* as gevolg daarvan sy vermoë verkwis, *of* sy gesondheid benadeel, *of* die vrede in gevaar bring, *of* op enige ander manier sy eie welsyn en die welsyn van sy gesin benadeel, *of* in gebreke bly om vir sy eie onderhoud *of* vir dié van 'n afhanklike vir wie se onderhoud hy regtens verantwoordelik is te sorg." Die beskrywing begin met dwelmafhanglikheid *en* ----, daarna word net die woorde *of* gebruik en nooit weer die *en* nie. Dus kan enigiemand wat alkohol-afhanklik is *en* sy eie gesondheid nadelig beïnvloed ingevolge die wet volgens die diskresie van die landdros of regter gestuur word vir nie-vrywillige rehabilitasie. "Alkohol-afhanklikheid en sy vermoë verkwis," "alkohol-afhanklikheid en die welsyn van sy gesin benadeel," "alkohol-

afhanklikheid en in gebreke bly om vir sy eie onderhoud te sorg" is elkeen in eie reg 'n rede wat in die hof vir nie-vrywillige behandeling gebruik kan word. Dit is een van die redes waarom die wet moontlik in onbruik verval het. Die wet sou baie maklik misbruik kon word en menseregte-skendings kon aan die orde van die dag wees. Die wet is derhalwe té oop vir misbruik. Hoe moet daar in die gemeenskap te werk gegaan word om die alkohol-afhanklike persoon suksesvol te motiveer omm vir behandeling aan te meld?

Die ideaal is dat behandeling grotendeels vrywillig behoort te wees. Eksterne motivering behoort, waar nodig en toepaslik, vanaf die kant van die gesin, dokter, gemeenskap en howe plaas te vind en 'n betekenisvolle persentasie sal met genoeg druk van buite wel 'vrywillig' vir behandeling gaan. Eksterne motivering as die toegangsdeur tot 'n rehabilitasie-poging is goed. Daar moet weer eens in gedagte gehou word dat motivering en insig slegs ná behandeling kom. Indien die alkohol-afhanklikheid tot by die endstadium gevorder het, is die argument reeds gemaak dat hierdie persone nie meer volwaardig outonoom is nie. Slegs dán sal 'n persoon, na herhaalde weiering van behandeling, sy/haar outonomie verbeur en nie-vrywillige behandeling aan beveel word. Wet 20 van 1992 Artikel 21 maak hiervoor voorsiening. Die gebruik van die wet, soos reeds gesê, het in onbruik verval. Moontlik omdat die wet te maklik deur die howe misbruik kon word en mense regte so geskend kan word.

Ter wille van duidelikheid word Artikel 21 van Wet Nr 20 van 1992 herhaal. Artikel 21 beskryf só 'n persoon soos volg: "Iemand wat van dwelms afhanklik is *en* as gevolg daarvan sy vermoë verkwis, *of* sy gesondheid benadeel, *of* die vrede in gevaar bring, *of* op enige ander manier sy eie welsyn en die welsyn van sy gesin benadeel, *of* in gebreke bly om vir sy eie onderhoud *of* vir dié van 'n afhanklike vir wie se onderhoud hy regtens verantwoordelik is te sorg." Dit is my mening dat Artikel 21 verander moet word na; "Iemand wat van dwelms afhanklik is *en* as gevolg daarvan sy vermoë verkwis *en* sy gesondheid benadeel *en* op enige ander manier sy eie welsyn *en* die welsyn van sy gesin benadeel *of* in gebreke bly om vir sy eie onderhoud *of* vir dié van 'n afhanklike vir wie se onderhoud hy regtens verantwoordelik is te sorg. *Of* iemand wat van dwelms afhanklik en die vrede in gevaar bring." Indien geweld en substansafhanklikheid gesamentlik voorkom, is dit reg dat die gemeenskap ingryp. Die beslissing of hofuitspraak tot die nie-vrywillige behandeling van enige persoon, behoort nie gedoen word sonder 'n deeglike ondersoek nie. Die graad van disfunksie van die persoon is in hierdie geval baie belangrik. 'n Volledige verslag van die siekteverloop, graad van afhanklikheid en die dreigende gevolge behoort noukeurig saamgestel te word sodat daar met

beslistheid opgetree kan word indien die afhanklike persoon weens die siekte inkompetent geraak het en nie meer tot rasonale besluite kan kom nie en daarom herhaaldelik behandeling weier. Daar is nou deeglik besin, die riglyne neergelê vir nie-vrywillige behandeling is toepaslik, beide die individu en die gemeenskap se belange is in aanmerking geneem, 'n deurtastende ondersoek gaan elke beslissing vooraf en die uiteindelijke besluit kan opgevolg word met effektiewe behandeling. Op hierdie manier sal die outonomie van elke persoon in die gemeenskap gerespekteer en beskerm word. Die winste van behandeling word gedeel deur die alkohol-afhanklike, die gesin en die gemeenskap.

Die vierde beginsel, die beginsel van geregtigheid, kom ook baie sterk na vore by die hantering van die alkoholis in die gemeenskap. Dié beginsel omskryf *billikheid*, *regverdigheid* en *na verdienste*. Daar word ook hierna verwys as die "common good principal." Geregtigheid is iets waarop die individu kan staat maak, maar in dieselfde mate óók almal in die gemeenskap. Die beginsel van geregtigheid plaas dikwels individue of individu en gemeenskap teenoor mekaar, met gevolglike onderlinge konflik. Aspekte wat deesdae in die gemeenskap juis die grootste konflikte tussen die individu en die gemeenskap meebring, is die alkohol-afhanklike se lêe beloftes en die uitkring van die gevolge van sy drinkgedrag na die gesin en die gemeenskap. Al die voorkomingsaksies wat die gemeenskap geloods het, het min verander aan die verwoesting en hartseer wat alkohol aan die persoon, die gesin en die gemeenskap aanrig, gebring. Sou dit dan nie billik en regverdig wees as die gemeenskap besluit om in die lewe van die alkohol-afhanklike in te gryp nie? 'n Verdere motivering is die feit dat die verslawing deur behandeling omkeerbaar is. Die doel van behandeling is immers nie nét die veiligheid en harmonie van gesinne en die gemeenskap nie, maar om vir die verslaafde sy outonomie terug te gee.

### 3. Deug-gebaseerde morele oorwegings

Deugsamheid kom van binne, word 'n persoonlike eienskap waaraan die persoon erken kan word. 'n Deugsame persoon volg nie slegs die sosiale reëls omdat dit voorskriftelik is nie, maar omdat (en net omdat) die reël *goed* inhou. Alhoewel die deugsame persoon die grootste kans het om goed te besluit en só op te tree, neem hy/sy natuurlik nie altyd die regte besluit en voer die regte aksie uit nie. Die deugsame persoon mag ook oordeelsfoute maak, maar deug vorm die medium of karakter-eienskap waaruit goeie dade gebore word. Dit is selde dat deug

die persoon sal in die steek laat. 'n Deugsame persoon het die beste kans om goed te doen, sy/haar vertrekpunt is reg. As dit kom by ander mense se gevoelens, bekommernisse en houdings is dit menslikheid en sensitiwiteit (deug), eerder as reëls en riglyne, wat 'goed' sal verseker. Deug kan nie in 'n bundel saamgevat en in my daaglikse optrede soos reëls ingebou word nie. Deug ontwyk die mens, deug moet gesoek word, deug moet vanuit die omgewing aangeleer word en slegs diegene wat gevoelig en honger hiervoor is, sal dit met moeite kan bekom. Deug is 'n strewe, 'n ingesteldheid en is groter as die persoon self. Die deugsame persoon sal probeer om die 'self' op die agtergrond te plaas en die medemens eerste te koester.

Fuller (1998:2) in sy boek Making Sense of MacIntyre haal dié filosoof soos volg aan: “The hypothesis which I wish to advance is that in the actual world which we inhabit the language of morality is in.....grave disorder... What we possess, if this view is true, are the fragments of a conceptual scheme, parts of which now lack those contexts from which their significants derived. We possess indeed simulacra of morality, we continue to use many of the key expressions, but we have – very largely, if not entirely – lost our comprehension, both theoretical and practical, of morality. Modern philosophy is caught in contradiction..... rival theorists – utilitarians, Kantians, Darwinians, Christians, relativists, emotivists – never actually seem able to reach agreement....” Die punt wat MacIntyre wil maak is dat die mens moet wegkom van tradisies, universele reëls en beginsels van die ‘rasionele’ mens wat ons telkens in die steek laat en dat die mens se soeke na sy telos weer sy morele denke en aksies motiveer.

Die menslike doel (telos) of soeke na dit-wat-ons-behoort-te-wees moet die mens se sentrale filosofiese mikpunt wees. MacIntyre noem dit die “tradition of virtues” en keer so terug na die werk van Aristotle en St. Thomas Aquines. Fuller (1998:8) “The Aristotelian/Thomist tradition: - human flourishing understood as the capacity for each particular individual to realize the full potential of their generic form.” Also “– this greatest good is also the common good and can only be achieved in the company of others: ethics is inseparable from politics, individual virtues from the civil virtues and from tradition-bound practices.” Die menslike motivering moet kom vanuit sy besef van swakheid, eie beperktheid, sy kapasiteit tot deug en 'n ingesteldheid om te soek na wat hy behoort te wees.

Hoe sal die deugsame persoon dan teenoor die alkoholverslaafde optree? Deug verteenwoordig nie 'n blindelinge 'goedheid' nie. Deug soek die waarheid en wysheid, wat dit in die geval van die alkoholis moeilik maak. Dit wat op die oog af 'n swakheid, moedswilligheid of antisosiale gedrag blyk te wees, is in wese 'n diepgewortelde verslawing,



'n vasgelegde drinkpatroon waarvan die verslaafde nie sommer kan ontsnap nie. Die geweldige houvas van alkohol op die persoon en die klomp 'stukkende' mense langs sy pad laat menige buitestaander sonder empatie. As die deugsame terapeut werklik die patologie verstaan, sal daar 'n behoefte wees om te help. Die deugsame persoon sal nie bloot toekyk terwyl die siek persoon homself verder vernietig nie. 'n Deugsame persoon is eerlik en het die moed van sy/haar oortuiging en sal, as voorbeeld, sy beste vriend teen verdere alkoholmisbruik waarsku. 'n Deugsame persoon sal alles in sy/haar vermoë doen en die persoon aanmoedig om hulp te soek. Die realiteit het egter bewys dat die alkoholis as gevolg van die dinamiek van verslawing, nie uit sy eie hulp soek nie en telkens ook die hand wat na hulle uitgesteek word verwerp. Dit is noodsaaklik dat daar ferm opgetree moet word. Dit is goed om dit vir die verslaafde persoon onmoontlik te maak om verder te drink. Die gesin en vriende wat omgee en deugdsam wil optree, moet deur die terapeut geleer word hoe om goed, maar ferm te wees, omdat die enigste kans op herstel behandeling is. As 'n mens deug kan toets, glo ek die meeste mense sal sê dit is 'n deug om te sê: "Ek is lief vir jou, maar kan nie langer met jou drinkery saamleef nie. Daar is hulp daarbuite." Hierdie gedrag vanuit die gemeenskap wat spreek van omgee en medemenslike betrokkenheid mag egter erg paternalisties voorkom. Misleide respek vir die verslaafde se 'outonomie' in hierdie geval hou in om hom/haar óf op die afdraande pad te verlaat óf om hom/haar verder in staat te stel om aan te hou drink. Geen redelike persoon sal dié aksie van verwerping of verdere instaatstelling as 'n deug erken nie.

Die volgende stap is daarom effens meer drasties vir 'n meer drastiese situasie. Dit is daarop gerig om die persoon tydelik sy outonomie te ontnem en te behandel om 'n beter kwaliteit lewe moontlik te maak en outonomie te herstel. Die argument moet gemaak word dat dit goed is dat die klinikus in hierdie geval inmeng en hom/haar met die medemens te bemoei. Die bekommernis ontstaan dat die kliniese wêreld 'respek vir outonomie' mag as 'n skuiwergat kan voorhou om nie by die baie moeilike pasiënt betrokke te raak nie. Só 'n situasie kan juis ontstaan omdat baie terapeute moedeloos en gefrustreerd gemaak word deur die pasiënt se 'swak motivering' en herhaalde terugvalle, rasionalisasie, minimalisering, projeksie, ontkenning en intellektualisering. Die deugsame terapeut is egter iemand met baie energie en vasberadenheid ten bate van die pasiënt. Die deugsame terapeut sál ingryp. Caputo (1993:5) het geskryf: "The power of obligation varies directly with the powerlessness of the one who calls for help, which is the power of powerlessness."

Die motivering van menslike gedrag of die motivering tot *verandering* van vasgelegde gedragspatrone hang nou saam met dit wat die gedrag in die eerste plek ontlok het en aan die gang hou. 'n Voorbeeld hiervan is die verslaafde wat sê: “*Alkohol is 'n goeie gemoedstabiliseerder en doen vir my wonder.*” Tweedens het gedragsverandering te doen met die pyn en ongemak wat dit vir die persoon inhou om gedrag te verander, en of verandering inderdaad moontlik is en die verliese wat die persoon daardeur gaan ly. 'n Voorbeeld hiervan is die *proses van alkohol-onttrekking en die verlies van die 'metgesel.'* Derdens moet die winste van die veranderde gedrag groter as die verliese en ongemak daarvan wees. Vir die verslaafde is *die winste taamlik onbekend omdat die nugter lewe so dikwels 'n onbekende is.* Dit is hiervolgens weer eens duidelik dat alkohol self op hardnekkige wyse drinkgedrag instand hou, die verslaafde gevange hou en dat die deugsame persoon goed sal doen om tydelik in te gryp en sy medemens te behandel. Die deugsame persoon kan nie koud staan teenoor sy medemens in nood nie. Die siekte eis van die terapeut om ten spyte van die kontroversie, die moontlike konfrontasie en konflik tog in die lewe van die alkoholis in te gryp.

#### 4. 'n Probleem eis aan alkohol

As 'n probleem in 'n kliniese situasie beredeneer moet word, moet al die relevante feite en stellings wat die probleem sal verhelder in ag geneem word. Dit sal verkeerd wees om uit die staanspoor net vanuit 'n stel regte, beginsels en pligte te argumenteer. In die praktyk is onvolledige informasie en 'n onduidelike probleemstelling die grootste fout wat in probleemoplossing gemaak word. Die spesifieke probleem mag uiters kompleks wees en daar mag 'n magdom relevante informasie daarvoor tersake wees. Hierdie informasie mag baie konflikte in die teorieë van regte, beginsel en pligte na vore bring. Dit is hoofsaaklik die probleem se kollektiewe kompleksiteit wat meebring dat regte, beginsels en pligte bots, dat daar teruggegaan moet word na 'in hierdie geval' om al die relevante argumente feitelik teen mekaar op te weeg, te vergelyk, te balanseer en tot die beste antwoord te kom. Die spesifieke situasie verg egter dikwels meer buigsaamheid as wat regte, beginsels en pligte die mens toelaat. Die omvang en kompleksiteit van die spesifieke situasie is die *eerste* oefening in die morele deliberasie en die regte, beginsels en pligte die *tweede* oefening.

Respek vir die mens se outonomie is die beginpunt van alle verhoudings en onderhandelings met die medemens. As respek vir die persoon se outonomie die wegspringplek vir die morele

beredenering by die alkohol-afhanklike persoon is, word die komplekse groter geheel misken (veral 'in die spesifieke geval'). In hierdie “spesifieke geval” is die argument dat alkohol-afhanklikheid die persoon alreeds van sy outonomie beroof het en dat die persoon daadwerklik reeds ‘n slaaf van alkohol is.

Die probleem kring nou ook uit na die gesin en die gemeenskap. Die feite aangaande die dinamiek van afhanklikheid het oorhand oor die persoon se redelike denke gekry. Om te 'oorleef' word die verslaafde gedryf om die drinkgedrag ten alle koste in stand te hou. Die rasionalisering, minimalisering, ontkenning, intellektualisering en projektering is verwyderd van sy 'beterwete.' Hierdie aksies verteenwoordig slegs sy patologiese verdedigingsmeganismes gemik daarop om sy drinkgedrag in stand te probeer hou. In hierdie bespreking word terugverwys na die graad van afhanklikheid en aantasting met die gevolge soos beskryf in Artikel 21 van die Wet op Voorkoming en behandeling van Dwelm-afhanklikheid No 20 van 1992. Die endstadium alkohol-afhanklike drink nou daaglik groot hoeveelhede, die persoon, gesin en gemeenskap beleef ernstige gevolge as gevolg van die persoon se intoksikasie. Indien die persoon nie alkohol kan inneem nie ontstaan ernstige onttrekkings simptome. Behalwe die verliese van intoksikasie en onttrekking, kring die negatiewe gevolge van alkoholmisbruik nou geweldig uit en 'littekens' strek baie verder as die persoon. In 'hierdie geval' is dit die omvang van die informasie, die feite, die uitkring en kompleksiteit van die probleem dus die eerste en belangrikste oefening om te bemeester, voordat die regte, beginsels en pligte die arena van argumentering betree.

Respek vir outonomie kan slegs beredeneer word indien daar in die sogenaamde “spesifieke situasie” baie noukeurig gekyk word na die afhanlike se vermoë tot outonome besluite. Vir 'n persoon om rasionele besluite te kan neem, of om as kompetent beskou te kan word, moet die volgende funksies intakt wees:

1. Helderheid van bewussyn om sodoende die kognitiewe vermoëns te kan benut (bewussyn).
2. Gemiddelde of hoër intelligensie (kognitief).
3. Afwesigheid van 'n ernstige gemoeds- of angsteuring en redelike emosionele beheer (affektief).
4. Die vermoë om gedragspatrone te kan verander. Byvoorbeeld moet dit moontlik wees om uit die drinkomgewing te kan kom (konatief).

5. Vry wees van oorheersend beherende faktore binne hom/haarself (die dinamika van die verslawingsproses) en buite hom/haarself (faktore in die gemeenskap).

Met bogenoemde in gedagte is dit nodig om die faktore wat die outonomie (en daarom kompetensie) van die alkohol-afhanklike kan aantas weer te ondersoek, naamlik:

1. Beide intoksikasie en onttrekking kan die bewussyn só ernstig onderuk dat rasionele besluitname onmoontlik word.
2. Geringe, matige tot ernstige kognitiewe uitvalle ontstaan dikwels weens chroniese alkoholmisbruik. Intellektuele agteruitgang en persoonlikheidsveranderinge weens langdurige alkoholmisbruik is baie algemeen.
3. Die vrees vir onttrekkingssimptome weerhou die verslaafde van rasionele besluite.
4. Gemoed- en angssteurings weens alkoholmisbruik belemmer die verslaafde se besluitname. Veral die depressiewe simptome weerhou hom/haar van die vermoë tot selfbeskikking. Alkohol gee tydelike verligting van depressie, maar vererger die bedruktheid op die lange duur.
5. Die psigiese afhanklikheid van die effek van alkohol maak dat die persone nie daarsonder kan klaarkom nie. Daar is 'n konstante psigiese versugting na die effek van die substans. Dié behoefte versterk die drinkgedrag.
6. Die sober lewe is vir verslaafdes onbekend en hulle vrees die onbekendheid.
7. Die stigma wat in die gemeenskap aan alkoholisme gekoppel word, weerhou hulle om hulle afhanklikheid te erken.
8. Die mens is dikwels nie instaat om dit wat deur ander as 'n swakheid beskou word as 'n eie beperking te erken nie. Die alkoholis se ego-grense is erg beskadig, die selfbeeld afgetakel. Hulle hou vas aan die laaste bietjie egosterkte wat hulle nog ervaar. Vandaar die rasionalisasie: "Ek kan dit hanteer."
9. Alkohol is op hierdie stadium van verslawing die enigste ontvlugting in 'n uiters ongemaklike bestaan.
10. Die primêre angssteuring of gemoedsteuring (depressie) mag sonder alkohol weer herhaal ('n werklike, maar baie skaars oorsaak van alkoholmisbruik).

Kombinasies van die bogenoemde aspekte maak die alkoholis onbevoeg tot rasionele besluitname. Subjektief smag dié mense na soberheid, objektief (overt) verklaar hulle met wankelrige selfvertroue: "Ek kan enige tyd ophou drink."

Wie kan na beste die verslaafde se vermoë tot kompetensie en rasionele besluitname evalueer? Die geneesheer is weens die kompleksiteit van die gepaardgaande organiese en dinamiese faktore die beste geskik vir hierdie moeilike taak. Ongeag die geneesheer se behoefte om te behandel, bly hy/sy die enigste persoon wat optimaal toegerus is om kompetensie te evalueer. Die kwessie van die inkompetente pasiënt se regte is die brëer morele vraagstuk waarmee almal moet worstel en besin. Debat en samewerking tussen dokters, die publiek, die beleidmakers en die regsisteem is noodsaaklik.

Daar bestaan 'n groot gaping tussen die deursnee persoon se konsep van alkoholisme en die daadwerklike dinamiek van die verslaafde persoon. Die mens kan nie beter handel as sy kennis nie. Indien die gemeenskap gaan reageer, beplan en aksie neem om die probleem van alkohol-afhanklikheid met al die bestaande verwronge konsepte te wil hanteer, kan rasionele aksie en die 'common good' vir die gemeenskap nie bereik word nie. By alkoholisme kan inkompetensie nie beperk word tot persone met delirium 'n koma of ernstige intellektuele inkorting nie. Die verslaafde se onvermoë tot selfbeskikking ontstaan weens 'n sameloop of opeenhoping van verskeie faktore. 'n Behoorlike besluit oor die verslaafde se behandeling kan in die gemeenskap slegs plaasvind nádat ál die tersaaklike feite "in hierdie geval" in berekening gebring is.

## 5. **Die alkohol-afhanklike se aanspraak op regte**

Die individu se regte volgens die klassieke liberalisme is aansprake van die individu wat geregverdig is deur, en gegrond is op, morele beginsels en rëels (Beauchamp and Childress 1994). Die reg van die mens op lewe, vryheid, self-uitdrukking, veiligheid, eie besittings en die reg teen onderdrukking, ongelyke behandeling, onverdraagsaamheid en indringing privaatheid word in 'n demokratiese bestel erken. Die regte gebaseerde etiese teorie beskerm die individu. Die individu het 'n reg, wat beteken dat die hierdie reg deur die individu ge-eis kan word. 'n Reg verteenwoordig nie slegs 'n plig van die gemeenskap teenoor 'n persoon nie. Hierdie reg tot privaatheid en vryheid beskerm die individu teen die gemeenskap of instansies se inmenging. Die regte-teorie kan egter nooit as die bakermat van etiek, of as die gemeenskap se moraliteit, alleen staan nie. Die individu se regte bots hiervoor té gereeld met

die gemene goed van die gemeenskap. Gesonde realiteit word inderdaad weerspieël deur 'n balans tussen die individu se regte en dit wat in die groter gemeenskap regverdig is.

Die individu se regte behoort deur 'n goeie terapeut gerespekteer word sonder dat die individu sy regte hoef te eis. Die individu kan dus verwag dat ander sy regte sal respekteer, self in omstandighede waar die individu nie daarop kan aandring nie. 'n Voorbeeld hiervan is die regte van kinders, die bejaarde, die persoon in 'n koma en dié met 'n ernstige verslaafdheidstoestand. Die meeste regte van die individu bly egter uitsluitlik voorregte, want min regte is absoluut. Sommige regte, soos die kies van eie geloof, is absoluut. Die meeste ander regte is egter prima facie, met ander woorde, net 'op die oog af' absolute regte. Die mens het self nie 'n absolute reg op lewe nie, maar slegs die reg dat jou lewe nie sonder regverdiging geneem sal word nie. Voorbeeld: Die neem van 'n lewe tydens selfverdediging en oorlog, teenoor die neem van 'n lewe sonder regverdiging, soos deur moord.

Individuele regte beskerm die individu beslis teen onregverdigte inmenging van die gemeenskap, soos Dworkin aangehaal word in Beauchamp and Childress (1994:72). Positiewe regte omskryf die reg op 'goed' van andere en 'n negatiewe reg die afwesigheid van negatiewe aksies teen die individu. Die regte van die individu en my pligte teenoor die regte van 'n persoon is aan mekaar verbind, maar die een is nie gelyk aan die ander nie. Die reg tot regverdigheid teenoor mekaar is wel sterk verbind aan plig. Aan die anderkant, kan 'n mens nie aanspraak maak op liefdadigheid of vriendelikheid nie. 'n Persoon mag wel voel dat vriendelikheid en liefdadigheid sy persoonlike plig is, maar niemand kan op vriendelikheid en liefdadigheid as 'n reg aandring nie. Liefdadigheid en vriendelikheid is eintlik meer 'n voorreg wat ek van ander kan verwag. As iemand regte vir homself opeis soos, byvoorbeeld, die beste moontlike mediese dienste, kan daardie regte nooit as 'plig om te doen' gesien word nie. Mense se regte word tans wêreldwyd sterk beklemtoon omdat politieke instellings, institusies, groepe, ideologie en paradigmas gebou op 'die gemeenskaplike goed' wat die regte van die individu ernstig misken het. Die regte van die mense bly egter net prima facie en nie ten koste van ander nie.

Die kragtige groter gemeenskap maak die noodigheid vir die beklemtoning van die individu se regte 'n noodsaaklikheid. Wat is die belang van hierdie aspekte in 'n bespreking van die alkoholiese outonomie? 'n Individuele reg beskerm die individu en, baie belangrik, gee aan daardie individu selfrespek en 'n gevoel van selfwaarde. Indien 'n persoon bloot verwag dat

ander 'n plig het om sy regte te beskerm, staan daardie persoon passief teenoor sy regte en wag dat ander dit moet uitoefen. Regte gaan egter verder as hierdie passiewe verwagting. Sekere regte van die individu is wel afdwingbaar en ander het 'n plig om dit te gehoorsaam. Die afdwingbaarheid van regte is 'n stap verder in die etiek as net die afwag van ander se plig en aksie en maak die individu kragtig in sy aksie tot selfbeskikking. Aansprake op regte maak egter slegs sin as daar agentskappe bestaan en funksioneer wat die erkenning van en die respek vir hierdie regte kan verwerklik. So het die alkohol-afhanklike persoon 'n reg op selfbeskikking, maar is dit sy enigste reg? Die alkoholis het ook 'n reg op goeie behandeling indien sy siektetoestand behandelbaar is. Tussen die dokter en die pasiënt bestaan daar 'n agentskap wat beide die regte kan respekteer en verwerklik. Indien die morele agent nie deur die verslawingsproses onbekwaam gelaat word om sy regte opte eis nie kan hy aandrang op sy reg tot privaatheid of op toepaslike behandeling en is dit die terapeut se plig om sy regte, indien billik, te respekteer. Om aan te dring op die reg tot privaatheid kan op 'n sekere stadium van siekte onbillik wees teenoor die agent en die gemeenskap.

Dit volg hieruit dat indien sy siektetoestand dit vir hom onmoontlik maak om die behandeling te kies, maar die terapeut steeds hom die geleentheid gee om op sy selfbeskikkingsreg aanspraak te maak, dit die persoon ernstig kwesbaar laat. Alkohol-afhanklikheid is 'n lewensbedreigende siekte wat sekerlik sy tol gaan eis. Indien daar argumenteer word dat hierdie persoon nie kompetent vir die maak van sy eie selfstandige besluite is nie moet gevra word of sy reg tot privaatheid in daardie omstandighede verval? Sekerlik nie. Sy vermoë om sy privaatheid af te dwing, is deur siekte belemmer en as die beskerming van die persoon se privaatheid 'n bedreiging vir sy toekoms is, moet die 'plig' om sy reg tot privaatheid te beskerm, in heroerweging geneem word. As die siekte (in hierdie geval gevorderde alkohol-afhanklikheid) die verslaafde se lewe ernstig bedreig en doeltreffende behandeling is beskikbaar, is dit sekerlik ook 'n plig om tydelik in te gryp en sy reg op behandeling te verseker. Indien daar te lank met hierdie siekte getalm word, is die kans op herstel gering. Die siekte, soos reeds bespreek, hou ook baie ernstige gevolge in vir die gesin en die gemeenskap. Enige persoon se regte gaan ook hand aan hand met verantwoordelikheid en verantwoordbaarheid. Indien siekte die individu sodanig belemmer is ek van opinie dat die persoon kan verwag dat kragte in die gemeenskap moet ingryp tot sy voordeel.

Die outeur wil in die hedendaagse klimaat van 'n beklemtoning van menseregte argumenteer dat daar in die naam van menseregte dikwels onmenslike besluite geneem word. Die argument is dikwels: Solank die regte van die mens beskerm word, is die besluite goed. Dit is

egter nie die reg van die persoon wat eerste kom nie, maar eerder die 'goed' vir daardie persoon. Nie 'n paternalistiese, eensydige terapeutiese besluit nie, maar 'n besluit wat gemeet kan word aan die redelike-persoon standaard. Wat sal 'n honderd gesonde persone, na deeglike inligting van die situasie, besluit? Die gevaar bly by die morele agent wat oor die 'goed' moet besluit. In die geval van die alkoholis word sy reg tot privaatheid soms tot die dood toe beskerm. Dit is voorwaar nie werklik waarvoor die gemeenskap staan nie. Hierdie persoon het die reg op 'n tweede kans en kan van sy medemens menslikheid in die oomblik van nood verwag. Dit sal 'n treurige dag wees as die mensdom gewoonweg 'regte' vóór 'die mens' plaas. Regte is daar om die mens te beskerm, identiteit en self waarde te verleen en sekerlik nie om sy ondergang te bewerkstellig nie.

Regte is ook aan pligte gekoppel. Die persoon kan net sy regte opeis as hy dit verdien en nie sy naaste benadeel nie. Die persoon se reg om vry te wees, is onlosmaaklik gekoppel aan die verantwoordelikheid waarmee die vryheid uitgeleef word. Indien die persoon onder die invloed van drank 'n motor bestuur en onskuldige mense doodry, het hy sy reg tot vryheid misbruik en moet hy verantwoording daarvoor doen. Sou hierdie dronkbestuurder sy vryheid weens sy kriminele optrede ontnem word, en dit goed is dat hy teenoor die gemeenskap boete doen, sal dit dan nie des te meer goed wees om in die lewe van hierdie persoon in te gryp en hom/haar te behandel nie, veral omdat die onverantwoordelike gedrag deur siekte inisieer is nie? Die vraag oor presies wanneer daar ingegryp moet word, sal later meer omvattend ondersoek word.

In kort is daar dus twee duidelike argumente. Die eerste argument kom tot die gevolgtrekking dat die persoon op sy medemens mag staatmaak om in sy lewe in te gryp indien siekte hom inkompetent tot verdere selfbeskikking gelaat het. Hierdie argument voer aan dat plig tot sorg in sekere omstandighede die individu se reg tot privaatheid kan oorskry. Die tweede argument plaas die reg van die individu teenoor sy plig in sy gemeenskap in perspektief. Die tweede argument is nie sterker as die eerste argument nie. Die ou boemelaar onder die brug wie niemand op aarde met sy drinkgedrag hinder nie, is nie minder my pasiënt as die onverantwoordelike dronk motorbestuurder nie.



## 6. Die gemeenskap se betrokkenheid by alkoholisme

Etiese beginsels en waardesisteme in die gemeenskap ontstaan, onder andere, uit jarelange se verbintenis met mekaar en tradisies. Die verbintenis tot mekaar bring eensgesindheid mee oor wat gemeenskaplike goed is, watter sosiale doelwitte nagestreef word en wat as deugde beskou word. Hierdie gemeenskaplike doelwit gaan veel verder as respek vir die outonomie van die persoon en as goedwilligheid, nie-kwaadwilligheid en geregtigheid. Gemeenskaplike deug sluit in dit wat oor tyd heen goed vir die gemeenskap as geheel is, soos vriendelike samesyn, empatie, onderlinge liefde, intimiteit en sorgsaamheid. Die mens kan immers slegs binne gemeenskapsverband geheel en volwaardig afgerond leef. Mense raak volwaardig mens op grond van hul onderlinge interaksie en mede-verantwoordelikheid, hul eie individuele bydrae tot die diversiteit in die gemeenskap, hul geskiedenis in die gemeenskap en hoe hulle hulself in die gemeenskap aanwend. Hierdie verbintenis plaas 'n plig op mense om elke persoon in eie reg te respekteer, maar teen die agtergrond van gedeelde verantwoordelikheid en verantwoordbaarheid. Individue en gemeenskappe groei en verander, nie weg van mekaar nie sodat individuele liberalisme een pool en oorheersende kommunitarisme die ander pool van hul doelwit verteenwoordig nie, maar gesamentlik as 'n seëviering van diversiteit en pluraliteit in een gemeenskaplike goed.

Wat is die relevansie hiervan in die argumente oor die dilemma van die alkohol-afhanklike in die gemeenskap? Genoeg rede hiervoor sou wees die feit dat die alkohol-afhanklike in sy isolasie vasgevang is, nie meer die vermoë tot individuele rasionele besluite het nie en daarom (oënskynlik heel onwillig) op die gemeenskap se sorgsaamheid moet terugval. Eintlik bly slegs die gemeenskap in wese oor om in te gryp. Die nuwe oorbeklemtoning van die individuele reg op privaatheid en vermeende outonomie behoort stellig heroorweeg te word. Die gemeenskap het 'n plig van sorgsaamheid teenoor diegene wat teen hulle eie intensie tydelik disfunksioneel raak. Dit is ongetwyfeld 'n universele gemeenskaplike goed om te sorg vir die kind, bejaarde of andersinds afhanklike, gestremde persoon. Dit is hierdie plig en voorreg wat 'telos' aan die mens se lewe gee. Die gemeenskap se verbintenis met mekaar behoort in hierdie verband as 'n veiligheidsnet te dien vir diegene wat hulp nodig het. Die alkohol-afhanklike wat weens sy siekte geïsoleerd en uiters kwesbaar raak kan sekerlik ook op hierdie naastediens hoop.

## 7. Hoe swaar weeg die behoefte aan sorg?

Die etiek van sorg sluit aan by beginsels soos die wat in kommunitarisme aangetref word, naamlik: klem op eienskappe eie aan verhoudings. Hierdie eienskappe is onder andere, simpatie, omgee, getrouheid, oordeel deur waarneming en liefde. Beauchamp and Childress (1994:85-92) beskryf die etiek van sorg in meer detail. Die mens se emosionele verbintenis bring hiermee 'n gewilligheid mee om vir ander met wie hulle in verhouding staan in te tree, met hulle gemoeid te raak en by hulle in te gryp wanneer só aangedui. 'Met wie ons in 'n verhouding staan' mag 'n verhouding wees tussen pa en seun, broer en suster, vriend tot vriend, dokter en pasiënt of medemens tot medemens. Hierdie verhouding (of band met ander) sluit in aspekte soos sorg vir, verantwoordelik voel vir, vertrou in, glo in, sensitief wees vir, omgee vir, en daarom optree namens.

Die woord 'sorg' is 'n konteks-afhanklike stelling en die spesifieke betekenis van wat met die sorg bedoel word moet verder omskryf word (Reich 1978:145). Sorg is soos die begrip 'goed' waarvan die spesifieke betekenis uit gelig moet word. Sorg in die mediese konteks beteken eerstens 'n houding van omgee en goedwilligheid. Sorg beteken ook dat die terapeut 'n spesiale vaardigheid (diagnosties en terapeutiese bekwaamheid) het wat as dit korrek ingespan word, sorg impliseer. Oor die algemeen word dit aanvaar dat dit goed is om sorg te verleen aan iemand wat dit nodig het. Alhoewel elke mens 'n basiese reg het op redelike gesondheidsorg, het die dokter nog steeds nie 'n morele plig om hierdie dienste te lewer nie. Die mediese wêreld kan nie daarop aandring dat mediese sorg altyd die enigste of beste manier van handeling is nie. Die dokter se vaardigheid en die pasiënt se behoefte tot sorg, maak sorg nog nie 'n morele plig nie. Die 'reg' tot sorg moet met elke pasiënt onderhandel word. Daar word immers nie 'n siekte behandel nie, maar 'n mens met 'n siekte. Die feit dat die dokter kan help, is nie gelyk aan moet help nie. Hierdie stelling het twee kante. Die dokter mag nie behandeling afdwing nie en die pasiënt kan nie op behandeling aandring nie. Slegs in die lewensdreigende noodsituasie is dit die dokter se onmiddellike plig om te help. Sorg beteken dat die terapeut gevoelig sal wees vir die pasiënt as geheel mens en dit wat die siekte vir hom/haar beteken. Respek vir die persoon as 'n selfbeskikkende wese. Paternalisme, bejammering en simpatie kan beswaarlik deel wees van behandelingsbesluite. Sorg beteken ook dat elke dokter 'n verantwoordelikheid het vir elke pasiënt, ongeag ouderdom, gevorderdheid van siekte of koste van behandeling. Sorg in dié sin is natuurlik nie die enigste oorweging as dit kom by moeilike besluite oor die bekostigbaarheid van behandeling en siekte

uitkomst besluite nie, maar een belangrike standhoudende (deontologiese) morele oorweging. Die dokter se toewyding aan elke pasiënt is belangrik. Daar moet in die begrip van sorg ook 'n verskil gemaak word tussen die konsepte sorg en behandeling. Behandeling van die terminale siek pasiënt kan byvoorbeeld alle perke van sorg oorskrei. Ontoepaslike behandeling kan op hierdie stadium van die siekteproses eerder die sterwensproses verleng, as om kwaliteit lewe te verseker. Reich (1978:149) haal vir Charles Fried aan wat geskryf het: "Whatever else care may involve, it must provide the conditions for the maintenance of the patient's lucidity, autonomy, fidelity and humanity." Fried bedoel met "lucidity" behoorlike ingeligte toestemming. Dit raak duidelik dat die pasiënt agv sy siekte tot 'n mate afhanklik van die terapeut kan wees. Dit laat die pasiënt kwesbaar indien die terapeut die grense van sorg verkeerd geïnternaliseer het en paternalisties optree.

Die teorie van sorg verskil grootliks van die voorafgaande teorieë van etiek. Let op die afstand tussen *sorg* (waarvan menslike verhoudings die basis vorm) en Kant se universele reëls (gevorm deur rasonale denke alleenlik). Hierdie teenpole word ook verwoord deur die onpartydige utilitaristiese teorie en die liberale individualisme, teenoor die belang van wedersydse verhouding en onderlinge partydigheid in die teorie van sorg. Emosie, menslikheid en die oortuiging dat dit goed is om soms vir ander in te tree, word nou geopper as 'n nuwe etiese teorie wat, met die eerste oog opslag, in kontras tot die etiek van regte en outonomie staan.

Manning (1992:98-105) sê dat vir die terapeut om sy morele rol te vertsaan, daar rondom die etiek van sorg, vyf hoof gedagtes is; morele aandag, simpatieke begrip, die rol van verhoudings, betrokkenheid en aksie. Morele aandag beteken om die spesifieke situasie in al sy detail en kompleksiteit te verstaan. Simpatieke begrip is gemik op die beste belang van die pasiënt deur sy wense en behoeftes te respekteer. Die rol van menslike verhoudings tot mekaar moet respekteer moet, want sorg betrek nie net die pasiënt nie maar kring uit na die geliefdes, familie en die gemeenskap. Betrokkenheid gaan verder as die rol van menslike verhoudings en vereis konsultasie en betrokkenheid van 'n groter groep mense as agente vir die wense en behoeftes van die individu. Respek vir die regte van die individu sê Manning (1998:104) is die morele minimum en sorg die morele ideaal. Sy gaan verder en ek haal aan: "We should no longer assume that all patients are always capable of asserting and defending their rights in an autonomous way. Rather, we should recognize that they may be in need of care, and temporarily (and in some cases permanently) unable to assert and defend their

rights. In this case, we care for them and see returning them to full autonomy as part of our obligation rather than as an assumption about their present status. I want to participate one objection here- that my two reasons for insisting on a marriage of justice and care are incompatible. If some patients want to be treated in a justice way – merely having their rights respected – then, it will be said, we should not bring care into the situation. My response is that treating these patients in this fashion is can be either a caring or a non-caring act. One might recognize the personhood and uniqueness of patients and be content not to violate their rights without really caring about patients. I regard this as morally defective patient care.” Sy sluit af deur te sê dat sorg ‘n deugsame houding verteenwoordig waarmee die terapeut sy pasiënt moet ontmoet.

Beauchamp en Childress (1994: 86-87) haal in hierdie verband die sielkundige Carol Gilligan en filosoof Anette Baier se sienings aan. Gilligan postuleer dat die vrou se morele ontwikkeling grootliks van dié van die man verskil. Die vrou dra in die gemeenskap 'die stem van sorg.' *Sorg* word beklemtoon as mense se wedersydse verantwoordelikheid teenoor mekaar in verhoudings. Die suiwer individualiteit, regte en outonomie word hierin bykans totaal ignoreer en die menslike respons van sorg word vooropgestel. Baier, daarenteen, is van mening dat die huidige tradisionele etiese teorieë net 'n gedeelte van die groter morele wêreld verteenwoordig. Sy is van mening dat sosiale interaksie en samewerking (soos in gesinne) en die gemeenskap se betrokkenheid in kollektiewe besluitneming spontaan gebeur en dat dit iets intiem en eie aan die gemeenskap is wat op natuurlike wyse ongelykes in die verhoudingsnetwerk betrek. Liefde en empatie bring 'n vorm van persoonlike vertrouwe in die krag van interpersoonlike verhoudings, pleks van *pligte* teenoor mekaar. 'n Voorbeeld van dié soort vertrouwe sal wees as die pa vir sy seun wat op die huis se dak staan, sê: “Spring, Pa sal jou vang.” Die seun glo onvoorwaardelik dat sy pa hom sal vang. Nie omdat dit sy plig is nie, maar omdat dit sy pa is. Dus, oortuiging gebore uit die krag van die verhouding.

In verhoudings ag die mens sekere mense meer as ander. Partydigheid is 'n realiteit van die samelewing. My seun, my geliefde of my kultuur sal in verhoudings voorkeur geniet as ek dit kan laat geskied. Verhoudings (intimiteit of gehegtheid) veroorsaak, dus, vanselfsprekende partydigheid. Hierdie partydigheid bring onmiddellike ongemak vir die teoretici mee wat regte-, geregtigheid- en reëlgebonde is, omdat dit die individu buite die betrokke verhouding weens die dinamika van verhoudings, kwesbaar laat. Die dinamiek van verhoudings kan aan die een kant moreel goed wees (“ek gee om vir my naaste”), maar ook moreel verkeerd wees

as ek mense ongelyk behandel. Die een maak egter nie die ander een verkeerd nie, omdat menslike verhoudings, intimiteit en omgee goed is en die grondbeginsel van menslike oorlewing uitmaak. Die grense van menslike opoffering gaan soms ook die ertsand te bowe. 'n Ware verhaal word vertel van die brugoperateur van San Fransisco. Om die groot passasiersskepe op die rivier deur te laat moet die hysbrug oopgemaak word. Een oggend is sy seuntjie saam met hom werk toe. Op die oomblik dat hy die brug moet oopmaak vir 'n groot passasiersskip ontdek hy dat sy seuntjie weg is. Hy soek vinnig sy seun en ontdek hom rond klouter in die ratte van die hek meganisme. Daar was geen tyd vir die pa om langer te wag nie. Hy moes onmiddellik besluit en tot aksie oorgaan. Die pa het die gang van die skip en die honderde passasiers eerste gestel. Hierdie besluit dui op 'n volgende dimensie van menslike kragte, 'n goed bo menslike verwagting.

Wat motiveer die mens tot betrokkenheid by ander? Emosionele betrokkenheid ontwikkel op grond van 'n wedersydse verhouding waarin mense 'n band vorm en gevoelig raak vir die behoeftes van mekaar, eerder as blote respek vir die ander persoon se regte. Dit is hieruit logies dat die afwesigheid van intimiteit en wedersydse bande onbetrokkenheid, onpartydigheid en 'n 'losheid' van die medemens meebring. Maslow (1954:89) het uitgewys dat 'om te behoort' een van die mens se grootste emosionele behoeftes is. Verhoudings met ander dra moreel iets goed in die wêreld van die groter etiek in, maar staan ook nie los van respek vir tradisionele etiese beginsels nie.

Verhoudings met mekaar gaan noodwendig met heelwat emosie gepaard. Morele argumentering was tot nou toe byna 'n suiwer kognitiewe oefening. Die mens het van die veronderstelling uitgegaan dat rasionele denke morele waardes sal finaliseer en dat emosies hierin sal inmeng en die aandag van suiwer morele argumentering sal aftrek. Dit is ongetwyfeld waar dat die mens sy mees onlogiese, verkeerde besluite onder emosionele druk neem. Dink maar aan die mense se response te midde van woede. Passie, emosionele impulse en begeerte oorheers dikwels rasionele denke, maar die gevoelens van omgee, liefde, deernis, empatie en respek is egter ook emosies wat goeie morele gedrag kan motiveer en in stand hou. Omgee, liefde, deernis, empatie en respek sonder teuels, sentimenteel of eensydig (egosentries) kan natuurlik ook die begrip van sorg hopeloos te ver voer. Sorg moet altyd tussen die dokter en die pasiënt onderhandel word.

Die gewaarwording van ander se behoeftes en ongemak is dikwels eerder 'n emosionele gewaarwording as 'n kognitiewe bewustheid. Die mens se bewussynsfunksie is volgens sielkundige teorieë uit drie aparte bewussynsfunksies saamgestel, naamlik die kognitiewe, affektiewe en die konatiewe funksie. Eenvoudig gestel, die mens dink, voel en doen. Die drie funksies is onafskeidbaar en voortdurend in dinamiese interaksie met mekaar. Enige gedragsuiting het hiervolgens 'n geassosieerde kennis en emosie, en andersom. Dit sal 'n blatante fout wees as die hedendaagse morele filosowe die motiverende rol van emosie in die mens se daaglikse optrede ignoreer. Kognitiewe bemeestering is nie meer belangrik as affektiewe of gedragsbemeestering in die daaglikse lewe nie. Dit is belangrik in mediese etiek dat die rol van menslike emosie in terapeutiese besluitname en handeling erken word. Dit is juis die bewustheid van die morele kwesbaarheid tydens emosionele oomblikke wat die terapeut mag motiveer om versigtig te handel in spesifieke situasies.

Sorg-etiek kan dus 'n bydrae tot die tradisionele etiese beginsels maak, veral op die gebied van kliniese sorg in die geneeskunde. Die emosies van empatie, omgee en vriendelikheid is deel van die kognitiewe proses. Wat hieruit voortspruit is dat *goedwilligheid* vir die groter etiek gewen word. Die etiek van kliniese sorg betrek dikwels die gesin, ander geliefdes, die groter gemeenskap en die gesondheidspan. Kliniese besluitneming kan as gevolg van hierdie verhoudings baie kompleks wees en dit is juis hier waar die etiek van sorg die nodige sensitiwiteit bevat om morele goed te laat geskied.

Die gesin pleit by die dokter om in te gryp in die man (en pa) se drinkgedrag wat buite beheer is. Hy bly steeds as eggenoot of pa nog deel van die gesin, 'n geliefde vir wie die gesin omgee ten spyte van al die verliese, die gesoebat, die woede en dreigemente en die feit dat die gesin disfunksioneel geraak het. Die alkoholis voel weens sy eie verslaafdheid hulpeloos en inkompetent tot eie besluitname en wil sy drinkgedrag ten alle koste voortsit. Die gesin nader die dokter om hulp. Die konflik rondom onpartydigheid, die persoon se reg tot outonomie en sy behoefte aan sorg moet tydens die besluit tot hulpverlening gebalanseer word. Die etiek van sorg is nie net 'n rudimentêre aanhangsel tot die tradisionele beginsels nie, maar staan in eie reg as 'n instrument tydens kliniese besluitname. Die persoon se reg tot sorg sal die kliniese besluitname sterk beïnvloed veral as die stadium van afhanklikheid deeglik bygereken word, en die onvermoë tot rasonale denke en die lewensgevaarlike situasie in gedagte gehou word.

Sorg kom nie eerstens as 'n reël of individuele reg na vore nie, maar ontstaan uit die omgee, empatie en sorgsaamheid eie aan interpersoonlike verhoudings. Galon & Liebeli (1997:38) wys daarop dat die ou oortuiging dat die verslaafde eers moet "hit the bottom" voordat hy vir behandeling gereed is, beslis nie korrek is nie. Sy sien die vrywillige behandeling van die verslaafde as die menslike alternatief vir persone wat hulp desperaat nodig het. Sy is van mening dat beide die vryheid van die mens en die reg op selfbeskikking deur die verslawingsproses ernstig belemmer word. Sy sê voorts dat behandeling menslik is, behandeling suksesvol kan wees (30% persone bly ná behandeling droog vir lang periodes en die res drink baie minder as voorheen), premorbiede funksionering van die persoon herstel kan word en die gevangenis-sisteem die verkeerde sisteem vir die endstadium-verslaafde is.

Emosies is soms onvoorspelbaar en stormagtig en kan tot verkeerde besluite en optrede met ernstige gevolge lei. Emosies kan ook gevaarlik wees omdat dit, soos reeds gesê, rasionele denke van die tafel vee. Die plig van sorg is egter nie 'n emosionele besluit in die sin van die woord nie. Die plig van sorg is gebore uit die medemenslike behoefte om ander te help. In die kliniese situasie in geneeskunde is daar daaglikse moeilike en sensitiewe situasies wat aan die pasiënt en gesin oorgedra moet word, soos besluite oor die begin en beëindiging van lewe, en diagnoses van onbehandelbare siektes. Die mens se onderlinge verhoudings is kosbaar en die emosies is onlosmaaklik verbind met besluitname. Die teorie van sorgsaamheid kan nie gekoöpteer word nie; dit is noodwendig deel van die mense se verbintenis met mekaar. Die feit dat emosies so stormagtig kan wees en 'n groot invloed kan uitoefen op besluite, bring mee dat die goeie terapeut moet weet hoe om met emosies om te gaan. Indien emosies nie behoorlik beleef word nie, of onderdruk word of net geïgnoreer word, het emosies 'n geweldige invloed op menslike interaksie en so ook op etiese gedrag. As voorbeeld kan ons kyk na die emosioneel belaaide besluite rondom die etiese kwessies van HIV infeksie. Die mens se vrese word gesien in sy reponse. Emosie is noodwendig deel van die kliniese besluitnemeingsproses, is ingevleg in menseverhoudings en daarom altyd deel van die etiek van sorg.

## 8. Utilitarisme en die behandeling van alkohol-afhanklikheid

Wat sal in die lang termyn die grootste goed vir die meeste mense verseker? Met die eerste oog opslag en met al die negatiewe nagevolge van alkoholmisbruik vir die individu, die gesin en gemeenskap sal meeste mense reken dat die alkoholis uit die samelewing verwyder behoort te word. Dié ingesteldheid is veral te wagte indien verwydering uit die gemeenskap behandeling behels en as daar boonop bewys is dat die behandeling suksesvol kan wees. As die enigste oorweging *die beste vir die meeste* is, behoort dié motivering herondersoek te word. Indien die eersgenoemde ingesteldheid korrek is; ontstaan daar kammervrae, soos: Wie gaan dan volgende uit die gemeenskap verwyder word? Almal wat 'n 'las' vir die gemeenskap verteenwoordig, of almal wat die gemeenskap moontlik nadelig kan beïnvloed? Wat van die VIGS-pasiënte, die rokers, dié met ander aansteeklike siektes soos tuberkulose, en andere groepe soos die verswakte bejaardes? Waar trek 'n mens die streep as jy praat van *die beste vir die meeste* of slegs uitkomstetiese praktyk? Word 'n gesonde gemeenskap nie ook geken aan toleransie, sorgsaamheid, koestering van diversiteit, empatie en medemenslikheid nie? Sal elke individu se reg tot vryheid en gelykheid nie later deur die eersgenoemde ingesteldheid bedreig word nie? Sal elke individu nie later voel dat interne kontrole of motivering van gedrag nie meer nodig is nie, want die gemeenskap sal gou genoeg ingryp indien dinge verkeerd loop? Die individu sal in hierdie geval natuurlik sy interne lokus van kontrole verloor. Maar miskien is eksterne kontrole deur die gemeenskap oor die individu nie in die *beste belang van die meeste* in die langtermyn nie.

Die respek vir die individu se outonomie is 'n beginsel wat tereg baie gewig dra en streng in die mens se gemeenskaplike samesyn geag moet word. Voordat die gemeenskap die 'beste vir die meeste' uitkomstetiese aksie kan oorweeg, behoort enige aksie vanuit die gemeenskap eerstens in die beste belang van die individu wees, nadat sy outonomie gerespekteer of getoets is. Die beginsels wat dus in die geval van die alkohol-afhanklike gebalanseer moet word, is respek vir die pasiënt se outonomie, goedwilligheid, nie-kwaadwilligheid en geregtigheid. Die aksie-utilitaris oorweeg slegs die beste uitkomstetiese aksie en dié uitkomstetiese aksie is die enigste motivering vir die aksie waarop besluit word. Die reël-utilitaris laat hom lei deur reëls. Wanneer die reëls egter verantwoord moet word, word dit in utilitaristiese terme gedoen. Daar word dan gevra of die toepassing van die reël die meeste voordeel vir die meeste mense sal bring. Die aksie-utilitaris baseer sy aksie op die beste resultaat vir die meeste. Hierdie verskil tussen die aksie- en reël-utilitaris weerspieël nie twee uiteenlopende pole nie, maar slegs 'n klemverskuiwing.



Die aksie-utilitaris sal redeneer dat om die morele reël van waarheid eerste te volg, minder belangrik is as die beste uitkoms. 'n Voorbeeld hiervan sou wees die besluit dat dit in speifieke gevalle goed is om die waarheid van die pasiënt weg te hou as dit tot die beste resultaat sal lei. Met ander woorde, die beste resultaat sal nie bereik kan word as die pasiënt in hierdie geval die waarheid sou weet nie. In dieselfde asem sal die reël-utilitaris ook altyd die morele reëls as prima facie reëls hanteer om die beste resultaat te verkry.

Dit is duidelik en belangrik om hiervan af te lei dat nóg die aksie- nóg die reël-utilitaris morele waardes en norme in die balanseringsproses wat soek na die beste resultaat sal uitlaat. Smart in Beauchamp & Childress (1994:51) sê: "Selective obedience does not erode moral rules or general respect for morality." Die oorkoepelende netto goed is die eenvoudige, duidelike en kragtige motiveerder van die teorie van utilitarisme. In die praktyk sal die individu se regte nie maar net geïgnoreer kan word sodat die maksimum sosiale voordele verseker kan word nie. In sekere ernstige gewigtige sake sal die regte van die individu die knie moet buig vir die maksimum sosiale voordeel. As voorbeeld die geval waar die HIV positiewe eggenoot weier om sy vrou in te lig van sy aansteeklike siekte en daar bewys is dat hy voort gaan om onveilige seks af te dwing. In hierdie geval mag die reël vir die respek vir privaatheid onderskik wees aan die sosiale voordeel om sy vrou van sy siekte in te lig. Dit egter by uitsondering, en na deeglike refleksie van norme, waardes en belange, dat die gewig van die "maximum utility" die finale aksie sal motiveer. Die praktyk genoodsaak dikwels afwyking van die teorie van streng reël- en daad-utilitarisme.

In die geval van die alkohol-afhanklike is die aksie vanuit die gemeenskap 'n positiewe aksie vir die beswil van die individu. Die 'beswil' moet deur argumente ondersoek word, sowel as in die praktyk bewys word. Die nie-outonomie van die alkohol-afhanklike in 'n sekere stadium van sy siekte is in hierdie werkstuk reeds herhaaldelik herevalueer. Hierop volg die argument dat hierdie nie-outonome mens nie vir sy eie beswil (in hierdie geval 'n lewensbedreigende toestand) kan argumenteer en aksie neem nie. Hieruit volg die feit dat die verslaafde se outonomie slegs deur behandeling herstel kan word. Die gemeenskap kan nou deur wetgewing (soos reeds bespreek) in die belang van die individu, 'n besluit neem. Hierdie besluit om te behandel, alhoewel nou teen die pasiënt se wil, is steeds gegrond op goedwilligheid, deug, menslikheid en empatie. Die resultaat waarna gemik word, is waarskynlik die 'beste vir die meeste in die langtermyn.' Dié besluit sluit in hierdie geval die individu in en is nie ten koste van hom/haar nie.

Dit is duidelik dat 'n situasie in die gemeenskap oor jare ontwikkel het waar die alkohol-

afhanklike 'eenkant' toe geskuif of geïsoleer is en die gemeenskap oor die algemeen onder die indruk verkeer dat daar reg geskied aan die verslaafde persoon. Verskeie argumente is geopper om die teendeel voor te stel, wat impliseer dat die gemeenskap nie die status quo net kan handhaaf nie. Dit is tyd dat al die feite bymekaar gebring word en dat die hand weer uitgesteek word na die persoon met alkohol-afhanklikheid.

## DEEL VIER

### PERSPEKTIEWE EN UITDAGINGS

#### 1. **Bespreking**

In Deel I is die ontstaan, instandhouding en die verloop van alkohol-afhanklikheid onder die vergrootglas geplaas. Daar is op 'n oorsigtelike manier gekyk na die verslawingsproses en hoe die mens 'oop oë' in dié slagkat beland en dan, weens die fisiese en psigiese verslawing, die drinkgedrag in stand hou. Die rede vir die noukeurige weergee van die verslawingsproses is om die leser in te lig, konsepte betrokke by die alkoholverslaafde te verander en ou geloofsteme uit te daag. Indien hierdie geskrewe werk êrens in die toekoms verandering in die gemeenskap se ingesteldheid teenoor die verslaafde sal teweegbring, sal dit juis wees omdat daar nuwe insigte en houdings ontstaan het. Die meeste onbekende aspekte is ondersoek en die lewe van die alkoholis is so deeglik moontlik deur die oë van die skrywer ondersoek en beskryf, gebaseer op meer as twintig jaar se ondervinding van werk met alkoholverslaafdes. Die skrywer het gedurende hierdie jare nie net die geleentheid gehad om die stryd van die verslaafde te ervaar nie, maar ook te deel in die suksesse en teleurstellings van pasiënte met hierdie ernstige siekte.

In Deel III van hierdie werkstuk is die dinamika van verslawingsproses indringend ondersoek. Daar word, na deeglike ondersoek, voorgestel dat die verslawingsproses die persoon se vermoë tot selfbeskikking belemmer. Wanneer 'n persoon as gevolg van 'n siekte, in hierdie geval alkoholverslawing, verminderde kompetensie tot eie besluitneming het, het die morele agent (die terapeut) nog steeds 'n plig om die persoon se outonomie te respekteer. Verminderde outonomie is nie 'n voorskrif om die betrokke persoon se reg tot outonomie minder te respekteer nie. 'n Sentrale vraag ontstaan. Indien iemand deur 'n siekte so ernstig inkompetent gelaat word, wanneer sal so 'n persoon verwag dat sy medemens moet ingryp en hom help. Die terapeut se morele dilemma word veroorsaak tussen sy plig om sy pasiënt se outonomie te respekteer, die morele minimum en vertrekpunt, en sy plig en behoefte tot sorg, die morele ideaal. Outonomie en goedwilligheid staan nou teenoor mekaar.

Die balansering, enersyds, van die behoefte om goed te doen en, andersyds, outonomie te respekteer, bly in die hande van die 'morele agent.' Op dieselfde manier ontstaan daar konflik tussen respek vir die outonomie van die pasiënt en die beginsel van geregtigheid wat, in hierdie geval, die 'gemeenskaplike goed' in die gemeenskap verteenwoordig. In hierdie werkstuk is daar geprobeer om nie die verslaafde individu teenoor die gemeenskap te plaas nie, maar eerder om die gemeenskap se verantwoordelikheid teenoor die alkoholis te ondersoek. Hierdie verantwoordelikheid mag die moontlikheid impliseer dat daar 'n gepaardgaande inbeperking van die verslaafde se outonomie mag wees. Die rede waarom die fokus van verantwoordelikheid op die gemeenskap geplaas word, is die feit dat die endstadium-alkoholis reeds outonomie deur sy siekte verloor het.

Die opsomming van hierdie werkstuk sal oortuigingskrag besit slegs nádat die volledige werkstuk gelees is. Die leser sal optimale voordeel trek slegs uit voldoende kennis en 'n baie deeglike ondersoek van die dinamiek van die verslawingsproses. Alkohol is 'n dwelm, en 'n dwelm is 'n substans met verslawingspotensiaal. 'Verslawing' omskryf 'n fisiese en psigiese afhanklikheid wat die verslaafde letterlik fisies en psigies gevangene hou. Iemand is fisies aan 'n substans verslaaf indien hy meer van die substans moet neem om die gewenste effek te kry en fisiese onttrekkingssimptome ervaar indien hy nie die substans inneem nie. Die alkoholis kan hiervolgens nie sommer maar net besluit om minder te drink nie. Een of twee sopies het geen effek nie en die verslaafde is psigies verslaaf en smag na die effek. Hierdie 'smag' of 'crave' vir die effek is 'n motivering tot verdere drinkgedrag en is sterker as wat die nugter persoon normaalweg besef. Die fisiese onttrekking kan só erg wees dat dit 'n mediese noodtoestand verteenwoordig en alle verslaafdes vrees dié ongemak nadat hulle dit die eerste keer ervaar het.

Die aanloop tot verslawing is heel onskuldig. Negentig persent van die publiek deel in sosiale alkoholgebruik. Dit is in die meeste gemeenskappe sosiaal aanvaarbaar om 'n drankie te geniet. Daarmee saam is ook stres in die meeste mense se lewe. Alkohol is 'n uitstekende gemoedstabiliseerder en verrig dié funksie uitstekend in die meeste mense, maar veral in die alkoholis. Verslawing ontwikkel om 'n veelvoud redes by 7 tot 15 persent van die bevolking. Die feit is egter, weer eens, dat niemand moedswillig in die slagvat wat alkoholgebruik daarstel, trap nie.

Die verslawingsproses is in die eerste instansie presies wat die woord beskryf - die persoon raak 'n slaaf van die substans en beperk sodoende sy menswees en vermoëns. Dit is die skrywer se indruk dat die gemeenskap nie werklik die invloed van 'n dwelm op die mens volledig begryp nie. Die gemeenskap is in die geval van verslawing gewoonlik geneig om na kitsoplossings te soek, om 'n afstand van die verslaafde te hou, om die verslawingsprobleem weg te wens en dikwels 'n 'ruk-jousef-reg' verwagting aan te bied. Met hierdie ingesteldheid van die gemeenskap kan reg en goed vir die verslaafde nooit geskied nie. Die skrywer is, nieteenstaande die gemeenskap se verwerpende reaksie, tóg daarvan oortuig dat die gemeenskap dit éintlik goed met die verslaafde bedoel. Die gemeenskap se goeie bedoelings, en daarom hul aksies tot probleemhantering, moet egter deur die ware feite van die verslawingsproses gelei word. 'n Goed ingeligte gemeenskap kan meer geredelik van houding en aksie verander.

Die reg van die persoon om sy lewe ongehinderd te bestuur, is 'n fundamentele beginsel en is goed. Elke persoon begaan sekerlik ook foute langs die lewenspad. Hoe pynlik is ons nie maar almal bewus van ons tekortkominge en beperkthede nie? Dit bly egter steeds my goeie reg om outonoom saam met ander te lewe. Uit die terapeutiese oogpunt is dit ook baie belangrik dat elke pasiënt in my sorg aan die gesondheidsbesluite van sy/haar lewe raak, moet deelneem. Paternalisme in die vorm van streng eensydige besluitname deur die terapeut is verkeerd. Dit is ook bo alle twyfel goed dat die terapeut altyd in die goeie en grootste belang van die pasiënt, en nooit kwaadwillig nie, sal optree. Maar, kom wat wil, die dokter se verantwoordelikheid kan nie altyd stomp by die pasiënt alleen ophou nie. Daar is ook die gesin, familie, ander geliefdes en die gemeenskap.

Die outonomie van die pasiënt en dit wat regverdig en goed teenoor die pasiënt en die groter gemeenskap is, is dikwels in konflik met mekaar. Só ook outonomie en goedwilligheid wanneer die pasiënt 'n duidelik verkeerde besluit oor sy gesondheid neem, maar sy outonomie voor goedwilligheid geplaas word. Daar kan 'n sterk argument aangevoer word dat die outonomie van die persoon swaarder weeg as blote goedwilligheid. Die pasiënt moet tog besluit wat vir hom/haarself 'goed' is. Dit lyk hiervolgens reg om outonomie vóór goedwilligheid te plaas, maar hierdie aksie sal beslis nie altyd goed wees nie. Indien die persoon se outonomie deur siekte belemmer is, sal goedwillige optrede teenoor die pasiënt sterker moet weeg. Hoe kan hierdie besluite makliker gemaak word? In die terapeutiese wêreld bemoei die klinici hulle met die wetenskaplike feite, maar ook met die houdings en

tendense in die gemeenskap. Hulle staan dikwels alleen voor baie komplekse morele besluite, sonder dat dit duidelik is wat om te doen. Die balansering van konkrete feite is nie 'n té moeilike taak nie, maar waar dit by abstrakte beginsels en die konflikte tussen morele beginsels kom, is ons taak dikwels uiters moeilik.

Die dinamiek van verslawing is uiters kompleks en kragtig. Die oënskynlike 'intakte' persoon se selfvernietigende gedrag bly 'n raaisel. Die argument word in Deel III van die werkstuk gebou om aan te voer dat die alkohol-afhanklike weens sy endstadium-verslawing nie werklik volledig outonoom of kompetent tot rasonale besluitname is nie.

'n Argument wat goedwilligheid en sorg voor outonomie stel, word in hierdie werkstuk gemaak ná balansering van en refleksie oor al die feite en morele beginsels. In die oefening van balansering is daar na die feite en die realiteite van die gevolge van alkohol-afhanklikheid vir die persoon, sy geliefdes en die gemeenskap gekyk. Die plig van sorgsaamheid het in argumentering uiteindelik sterker gestaan as die beskerming van die outonomie van 'n persoon met duidelike beperkte selfbeskikkingsvermoë. Die regte van die persoon tot selfbeskikking en die nie-inmenging in die lewe van die individu is ook opgeweeg teenoor die persoon se verantwoordelikheid teenoor die gemeenskap. Die prima facie beginsel van menseregte en pligte teenoor 'n individu is in die argumentering in ag geneem. Die utilitaristiese beginsel van die die beste, vir die meeste in die langtermyn is in oorweging gebring deur veral 'n balans tussen die regte van die individu en die maxims in die gemeenskap te probeer vind. Daar is ook onderskeid getref tussen institusionalisering en effektiewe behandeling. Daar is tot die slotsom gekom dat indien 'n deugsame persoon al die feite deeglik sal oorweeg die persoon dit goed en menslik sal ag om tydelik in die lewe van sy medemens in te gryp. Dit sal die geval wees veral indien die enigste doel hiervan is om aan 'n persoon 'n lewenskwaliteit terug te gee wat deur siekte van hom beroof is. In die geval van die alkohol-afhanklike by die endstadium van sy siekte, indien al die feite en beginsels in ag geneem word, sal dit moreel regverdig wees om in die lewe van die persoon in te gryp. Die gemeenskap kan dit net nie langer aanvaar of bekostig dat die struikelende mens maar nét so in die gemeenskap voortploeter nie.

## 2. Die skrywer se kritiek teen die voorgestelde aksie

Dit het in die skrywer se eerlike poging om die komplekse probleem te ondersoek en antwoorde te soek, geblyk dat die oplossing gaandeweg al hoe duideliker geword het. Die oplossing het later selfs vanselfsprekend gelyk en twyfel het gevolglik ontstaan of hierdie oefening hoegenaamd sinvol was. Dit het later in hierdie proses gevoel of 'n nuwe paradigma baie maklik en oortuigend oorgedra en aanvaar kan word. Twee dinge het nogtans uitgestaan.

Een, op grondvlak kry die alkoholis geweldig swaar en die meeste mense draai in werklikheid hul rug op die probleem. Twee, enige nuwe stel idees wat sóveel implikasies inhou en só maklik aanvaar word, móét kwesbaar wees om misbruik te word. As daar 'n paradigmaskuif gaan plaasvind na vroëer, meer radikale ingrepe in die alkoholverslaafde se lewe, maak dit die deur vir negatiewe paternalisme oop. Die gewig van die respek vir die persoon se outonomie word nou uitgedaag. Die balans tussen respek vir outonomie en wanneer dit vir die gemeenskap regverdig is om in te gryp, kan versteur word.

In die literatuurstudie, die lees van die filosofie en die mense se geskiedenis kom een duidelike gewoonte na vore. Die mens verloor maklik balans en is geneig om eerder die teenoorgestelde weë as die middeweg te volg, moontlik in 'n soeke na balans. Die mens talm dan gewoonlik te lank by die een pool van oortuiging, eerder as om in tussenin balans te probeer vind. Die mens is ook geneig om 'n reël te misbruik indien dit enigsins moontlik is. Universele reëls en beginsels sal die alledaagse lewe net soveel makliker maak, maar helaas, het elke stel reëls tot vandag toe misluk. Warburton (1999:4) skryf, "If you do not seriously doubt the soundness of the assumption on which life is based, you may be impoverishing your life by not exercising your power of thought. Many people find it either too much of an effort, or too disturbing to ask themselves such fundamental questions: they may be happy and comfortable with their prejudices. But others have a strong desire to find answers to challenging philosophical questions." Die beginsel van outonomie versus die beginsel van sorgsaamheid is 'n morele konflik wat vrae ontlok en deliberasie vereis.

As die moontlikheid van nie-vrywillige behandeling in die gemeenskap bekend sou word, mag dit gebeur dat die alkohol-afhanklike persoon sy alkoholmisbruik bloot meer gaan

wegsteek. Hy sal sodoende meer geïsoleerd raak en die werklike probleem sal net nóg later na vore kom. Dit is ook moontlik dat gesinslede meer deur die drinkgenoot geteister kan word sodat die probleem langer weggesteek kan word. Indien die potensiële sukses van behandeling ook bekend sou word en alkoholisme uiteindelik in die gemeenskap as 'n daadwerklike *siekte* erken word, sal die stigma verdwyn en die gemeenskap met 'n wen-wen situasie eindig. Die beskikbare behandelingsprogramme sou hiervolgens vir die alkoholverslaafde as 'n aansporing eerder as 'n struikelblok kan dien.

Kan dit wees dat die skrywer die belang van outonomie in hierdie hele oefening onderskat? Dat hy as klinikus deur die jare net só geprogrammeer geraak het dat hy 'weet' wat die beste vir ander is? Is sy professionele dinkgrense bloot te nou? Is dit nie maar bloot die alkoholiese eie keuse om só met sy drinkgedrag aan te gaan nie? Is dit reg van die mediese profesie om, niteenstaande hul goeie bedoeling, in die lewe van enige siek mens in te meng, behalwe op aanvraag? Is dit nie dalk meer toepaslik dat die alkohol-afhanklike deur die regsisteem hanteer word nie, en ontoepaslik dat verslawing deur die dokter behandel word? Die skrywer kan hom in beginsel nie met hierdie benadering vereenselwig nie.

Hierdie vrae is male sonder tal oorweeg en die meeste daarvan is met met argumentering in hierdie werkstuk beredeneer. Indien daar wél 'n paradigmaskuif uit hierdie werk sou voortspruit, behoort baie streng riglyne neergelê word oor presies wanneer die alkoholiese siektestadum bereik waarop buite-ingrepe geregverdig sal wees. Artikel 21 van die Wet op Voorkoming en Behandeling van Dwemafhanklikheid Nr. 20 van 1992 is 'n goeie vertrekpunt en kan maklik tot 'n praktiese, werkbare dokument verfyn word. Die feit dat 'n paradigmaverskuiwing gevaar inhou, is sekerlik nie genoegsame rede om die skuif nie te oorweeg nie. Die spil waarom die aangebode argumente draai, is respek vir outonomie. Daar moet egter in gedagte gehou word dat hierdie argumente in wese op 'n persoon wie se outonomie reeds deur siekte beperk is, gegrond is.

Het die skrywer die gewig van outonomie in hierdie werkstuk onderskat en vertoon hy steeds 'n negatiewe paternalistiese houding? Die outydse geneeshere was sieketroosters omdat die hedendaagse mediese kennis toe nog nie beskikbaar was nie. Die kennis-been het egter intussen die morele-been in die geneeskunde verbygegroeï en die wetenskap is nou tot baie meer instaat. Dit is dus reg dat hierdie kennis aangewend sal word, maar dit is ewe belangrik dat dit in balans met 'n gesonde dokter-pasiëntverhouding sal plaasvind. Die skrywer pleit



hiermee dat dat klinici steeds wetenskaplikes én sieketroosters sal bly. As die wil tot sorg, die intensie om goed te doen en empatie van die dokter weggeneem word, gaan 'n wesenlike aspek van sy/haar professionele identiteit verlore.

### 3. **Gevolgtrekking**

Dit is reg en goed dat die Geneeskunde met die siek mens gemoeid is, selfs al sou dit beteken om tydens oomblikke van onvermoëndheid teen die siek persoon se wil in te gryp. Indien die siek persoon se toestand behandelbaar is en sy/haar lewenskwaliteit herstel kan word, is dit die gemeenskap se plig om oor die rol wat almal in die alkohol-afhanklike se lewe behoort te speel, te herbesin. Die gemeenskap is hierdie menslike optrede aan homself én die siek persoon verskuldig. Die infrastruktuur en wetenskap wat suksesvolle behandeling moontlik maak, is beskikbaar. Die alkoholis roep dikwels oënskyklik dapper, maar met gebrekkige insig in sy eie siekte, uit: 'Ek kán my verslawing sélf hanteer.' Die gemeenskap kan egter met die bostaande paradigmaskuif 'n nuwe en waardevolle bydrae tot die hantering van alkoholverslawing lewer.

## Verwysings

1. American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Vierde uitgawe) Washington: APA.
2. Appelbaum, P.S. 1988. *The Right to Refuse Treatment With Antipsychotic Medications: Retrospect and Prospect*. The American Journal of Psychiatry, 145(4): 413-419.
3. Appelbaum, P.S. & Gutheil, T.G. 1979. "Rotting with their rights on": *Constitutional theory and the clinical reality in drug refusal by psychiatric patients*. Bulletin American Academy of Psychiatry and Law, 7: 308-317.
4. Ball, D.M. & Murray, R.M. 1994. *Genetics of alcohol misuse*. British Medical Bulletin, 50: 18-34.
5. Bauman, Z. 1992. *Intimations of Postmodernity*. New York: Routledge.
6. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. 1994 *Principals of Biomedical Ethics* (Vierde uitgawe) Oxford: University Press Oxford.
7. Bloom, J.D., Faulkner, L.R. & Holm, V.M. et al. 1984. *An Empirical view of patients exercising their right to refuse treatment*. International Journal of Law and Psychiatry, 7: 315-328.
8. Deehan, A., Marshall, E.A. & Strang, J. 1998. *Tackling alcohol misuse: Opportunities and obstacles in primary care*. British Journal of General Practice, 48: 1779-1782.
9. Caputo, J.D. 1993. *Against Ethics: Contributions to a Poetics of Obligation with Constant Reference to Deconstruction*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
10. Cilliers, P. 1995. *Postmodern knowledge and complexity (or why anything does not go)*. South African Journal of Philosophy, 14(3): 124-132.
11. Cloninger, C.R. 1987. *Neurogenic adaptive mechanisms in alcoholism*. Science (Washington) 236: 410-416.
12. de Miranda, S. 1988. *Alcoholism: The incidence, treatment and rehabilitation- the South African perspective*. Rehabilitation in South Africa, 32: 83-87.
13. Diamond, I. & Gordon, A.S. 1997. *Cellular and molecular Neuroscience of Alcoholism* Physiological Reviews, 77(1): 1-20.
14. Die Afrikaanse Patriot. 1876. *Ver Dopstekers*. Genootskap van Regte Afrikaners, Kaapstad: Smuts & Hofmeyr Drukkers.
15. Elliott, C. 1997. *Caring about risks: Are severy Depressed patients Competent to consent to Research?* Archives of General Psychiatry, 54: 113-116.

16. Fogarty, J.S. 1997. *Reactance Theory and Patient Noncompliance*. *Social Science Medicine*, 45(8): 1277-1288.
17. Frankl, V.E. 1974. *An introduction to logotherapy. Man's Search for Meaning*. 23ste Druk. New York: Beacon Press.
18. Fuller, M. 1998. *Making Sense of MacIntyre* Aldershot: Ashgate.
19. Galanter, M. 1993. *Network Therapy for Addiction: A model for Office Practice*. *American Journal of Psychiatry*, 150(1): 28-36.
20. Galon, A.G. & Liebeli, R.A. 1997. *Involuntary treatment of Substance Abuse Disorders*. *New Directions for Mental Health Services*, 75: 35-45.
21. Gerber, M.F. (1993). *Compliance in the treatment of alcoholism*. Ongepubliseerde doktrale proefskrif, Universiteit van Stellenbosch.
22. Glitsch, E. 2000. *Alcohol and Traffic Delinquency: Psychological and criminological aspects of prevention and rehabilitation in Westren Pomerania*. Abstracts: The 15<sup>th</sup> Internasionale Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Stockholm, Sweden.
23. Goodwin, D.W. & Gabrielli, W.F. 1997. *Substance Abuse A Comprehensive Textbook* (Derde uitgawe) London: Williams & Wilkens.
24. Gutheil, T.G. & Rogers versus Commissioner. 1985. *Denouncement of an Important Right-to-refuse-Treatment Case*. *American Journal of Psychiatry*, 142(2): 214-216.
25. Hoge, S.K., Gutheil, T.G. & Kaplan, E. 1987. *The Right to refuse treatment under Rogers v Commissioner: preliminary empirical findings and comparisons*. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law* 15: 163-169.
26. Howe, E.G. 1997. *Biological Drivenness A Relative Indication for Paternalism*. *The Journal of Clinical Ethics*, 8(3): 307-312.
27. Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. 1996. *Synopsis of Psychiatry*. (Sewende uitgawe). New York: Williams and Wilkens.
28. Kurtz, E. 1982. *Why A. A. works. The intellectual significance of Alcoholics Anonymus*. *Journal of Studies in Alcohol*, 43(1): 38-79.
29. Lural, H. 2000. *Openingsrede en Verwelkoming*. Abstracts: The 15<sup>th</sup> Internasionale Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Stockholm, Sweden.
30. Leong, G.B. & Silva, J.A. 1988. *The right to refuse treatment: an uncertain future*. *Psychiatric Quarterly*, 59(3): 182-92.
31. Malherbe, B.R. 1995. *Gesinsdinamiek in die Alkoholis-gesin. 'n Ekosistiem perspektief*. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 31(3): 215-221.
32. Maslow, A.H. 1954. *Motivation and Personality* New York: Harper & Brothers.

33. National Drug Master Plan Republic of South Africa. 1999-2000. Prepared by the Drug Advisory Board at the request of the Minister for Welfare and Population Development Ms Geraldine J Fraser Moleketi. Pretoria: CTP Book Printers.
34. Noble, E.P. 1993. *The D2 dopamine receptor gene: A review of association studies in alcoholism*. Behavior Genetics, 23 : 119
35. O'Brien, C., Eckardt, M.J. & Linnoila, M.I. 1995. *Pharmacotherapy of alcoholism Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press.
36. Parry, C. 1999. *Key findings from the South African Community Epidemiology Network on drug use. (SACENDU)* Western Cape Alcohol and Drug Abuse Forum, 1(1): 2.
37. Peden, M., Van der Spuy, J., Smith, P. & Bautz, P. 2000. *Substance abuse and trauma in Cape Town*. Suid Afrikaanse Mediese Joernaal, 90(3): 251-255.
38. Playle, J.F. & Keely, P. 1998. *Non-compliance and Professional Power*. Journal of Advanced Nursing, 27(2): 304-311.
39. Pollack, M.E. & Billick, S.B. 1999. *Competency to Consent to Treatment*. Psychiatric Quarterly, 70(4): 303-311.
40. Reich, W. T. 1978. *Encyclopedia of Bioethics*. (Volume een) New York: The Free Press.
41. Rosenman, S. 1998. *Psychiatrists and compulsion: a map of ethics*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 32(6): 785- 793.
42. Schuckit, M.A. 2000. *Drug and Alcohol Abuse A clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. (Sewende Uitgawe) New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
43. Silverman, H. 1997. *The Role of Emotions in Decisional Competence, Standards of Competency, and Altruistic Acts*. The Journal of Clinical Ethics, 8(2): 171-175.
44. Simon, J.R., Dwyer, J. & Goldfrank, L. R. 1999. *The Difficult Patient*. Emergency Medicine Clinics of North America, 17(2): 353-370.
45. Staatskoerant van die Republiek van Suid Afrika. 1992. *Die Wet op Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanglikheid* No 20 van 1992.
46. Staatskoerant van die Republiek van Suid Afrika. 1992. *Die Wet op Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanglikheid* No 20 van 1992, Artikel 21
47. Staatskoerant van die Republiek van Suid Afrika. 1997. *Die Strafproseswet*, No 51 van 1997 onder artikel 296 (2) (a)
48. Staatskoerant van die Republiek van Suid Afrika. 1973. *Die Wet op Geestesgesondheid* No 18 van 1973. Artikel 9 en 12

49. Timasheff, N.S. 1964. *Sociology Theory: Its Nature and Growth* (Hersiene uitgawe) New York: Random House.
50. Van der Spuy, J.W. 1996. *South African trauma data: some perspectives for planning*. Trauma and Emergency Medicine 13(1): 7-10.
51. Van der Spuy, J.W. & Peden, M.M. 2000. *An Overview of traffic prevention strategies in South Africa*. Trauma and Emergency Medicine, 17 (1): 4-9.
52. Veliz, J. & James, W.S. 1987. *Medicine court: Rogers in practice*. American Journal of Psychiatry 144: 62-67.
53. Viljoen, D. 1998. *Fetal Alcohol Syndrome: South Africa* A Progress report on the 1997 pilot study, information exchange and prevention workshops, Kaapstad: Foundation for Alcohol Related Research.
54. Warburton, N. 1999. *Philosophy The Basics*. London: Routledge.
55. Williams, M.H. & Bloom, J.D. 1989. *Mental health services research with forensic populations*. New Directions for Mental Health Services. 44: 83-95.
56. Wright, S.J. 1998. *"Non-Compliance": meaningful construct or destructive, sticky, stigmatizing label?* EDTNA/ERCA Journal 24(1): 35-38.