

Verslaafd op voorschrift?

Hoe langdurige gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen omgaan met stereotypen over verslaving

Melissa Ceuterick & Piet Bracke

1 Introductie

Benzodiazepines en Z-producten, ook wel benzodiazepine receptor agonisten genoemd, vormen een klasse van slaap- en kalmeringsmiddelen die worden ingezet voor de kortdurende behandeling van slaap- en angststoornissen. In dit artikel zullen we het hier verder hebben over slaap- en kalmeringsmiddelen, in de volksmond ook wel bekend als benzo's of pammetjes. Algemene richtlijnen ontraden gebruik langer dan één à twee weken, omwille van het risico op tolerantie, fysiologische en psychische afhankelijkheid en ontwenningssverschijnselen, zelfs bij lage en constante doseringen (Kurko et al., 2015; Soyka, 2017). Ook risico's op valpartijen en verkeersongevallen door een afgenomen alertheid worden frequent beschreven. Bovendien zijn de langetermijneffecten van chronisch gebruik van deze medicatie vaak moeilijk te onderscheiden van de oorspronkelijke symptomen. Desondanks blijkt uit schattingen dat ongeveer één op drie mensen die deze medicatie start, deze na acht jaar nog steeds gebruikt (Christiaens et al., 2018). Hiermee is België een van de bedenkelijke koplopers op internationaal vlak (Coteur et al., 2023). Ondanks bijna drie decennia aan federale preventiecampagnes, blijft het gebruikscijfer in de algemene bevolking rond de 12% volgens de laatste gezondheidsenquête uit 2018.¹ Ook steeg het gebruik in bijna alle leeftijdscategorieën tijdens de COVID-pandemie.

1 Hierin werd gepolst naar gebruik de afgelopen twee weken voor afname van de survey.

Strikt genomen zou men kunnen stellen dat de meeste langdurige gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen lijden aan wat in de DSM-V² een milde stoornis in gebruik wordt genoemd, omdat ze het medicijn langer gebruiken dan bedoeld, tolerantie ontwikkelen, ontwenningsschijnselen vertonen en vaak meerdere onsuccesvolle stoppogingen ondernemen (Ceuterick et al., 2021). Daarom pleiten veel artsen voor een repressief beleid ten aanzien van slaap- en kalmeringsmiddelen, vergelijkbaar met andere 'gevaarlijke verslavende substanties' (Moore et al., 2015: 110). De status van geneesmiddel op voorschrift lijkt echter lang te hebben bijgedragen aan een onderschatting van de genoemde gezondheidsrisico's en daardoor ook aan een bredere sociale aanvaarding.

Na ruim twee decennia van positieve berichtgeving, waarin benzodiazepines werden opgehemeld als de 'kleine helper van de huismoeders', verscheen begin jaren tachtig voor het eerst het stereotiepe beeld van de aan medicatie verslaafde patiënt, met name in Angelsaksische media (Gabe, 2001; Gabe et al., 2017). Beelden van passieve, onschuldige slachtoffers domineerden deze berichtgeving, naast ideeën van onopvallende, 'netjes geklede junkies' (Gabe & Bury, 2013; Herzberg, 2006). De taal van verslaving, die tot dan toe in hoofdzaak gebruikt werd voor het omschrijven van illegaal drugsgebruik, verschoof voor het eerst naar geneesmiddelen op voorschrift (Cooper, 2013). De associatie met gezondheidsrisico's en de constante dreiging die elke patiënt onverwachts kon treffen, zorgde voor een negatieve, moraliserende publieke opinie. Meer recent zien we bovendien ook een toenemende kritiek op de stigmatisering van slaap- en kalmeringsmiddelen in de internationale medische literatuur (Freeman, 2009; Balon, 2020; Silberman et al., 2021).

Dat verslaving onderhevig is aan stigmatisering lijkt geen twijfel. Steeds meer studies tonen echter ook aan dat op bepaalde medicatie een stigma rust (hoewel een diagnose en gepaste medicatie in bepaalde gevallen ook net een destigmatiserend effect kunnen hebben, denk maar aan epilepsie). Twee typen medicatie die vaak onderhevig zijn aan stigma zijn antidepressiva (Smardon, 2008; Ridge et al., 2015) en antipsychotica (Townsend et al., 2022). Het stigma op antidepressiva komt niet alleen voort uit de diagnose waarvoor de medicatie wordt voorgeschreven, maar ook uit de symbolische betekenis van de medicatie zelf, die gebruikers ervan als 'anders' markeert (Kranke et al. 2010). Antidepressiva markeren degenen die ze innemen als het ware als 'psychiatrische patiënten', wat leidt tot verdere negatieve

- 2 In de meest recente versie van de DSM zijn de eerder gebruikte categorieën 'middelenmisbruik' en 'middenafhankelijkheid' samengevoegd tot één stoornis, genaamd 'stoornis in middelengebruik' (*substance use disorder*). Deze stoornis wordt gemeten op een continuüm van mild tot ernstig, afhankelijk van het aantal criteria waaraan men voldoet (McLellan, 2017). Deze criteria zijn: 1) vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was; 2) meerdere mislukte pogingen gedaan hebben om te minderen of te stoppen; 3) veel tijd nodig hebben voor het gebruik en herstel; 4) sterk verlangen voelen om te gebruiken; 5) door gebruik tekortschieten op het werk, tijdens studie of thuis; 6) blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt op het relationele vlak; 7) hobby's, sociale activiteiten of werk opgeven door gebruik; 8) voortdurend gebruiken, zelfs als iemand daardoor in gevaar komt; 9) voortdurend gebruiken, ondanks dat iemand weet dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich meebrengt of verergert; 10) grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen (tolerantie) en 11) onthoudingsverschijnselen ervaren, die minder hevig worden door meer te gebruiken.

reacties verbonden aan het algemene stigma op geestelijke gezondheid. Ook medicatie voor opioïdenverslaving (zoals methadon, buprenorfine en naltrexon) is vaak onderhevig aan een gelijkaardig dubbel stigma vanwege een associatie met negatieve stereotypen rond drugsmisbruik in het algemeen (Allen et al., 2019) of met mislukte pogingen tot volledig herstel (Andraka-Christou et al., 2022). Vergelijkbare stereotypen rond drugsgebruik zijn ook gekoppeld aan het gebruik van voorgeschreven opioïde pijnmedicatie (Sobotka & Stewart, 2020) op zich. Deze klasse van medicatie wordt bijzonder gestigmatiseerd, zelfs in klinische settings (Madden et al., 2021). Eerder onderzoek bracht in kaart hoe patiënten en langdurige gebruikers omgaan met morele dilemma's ten aanzien van chronisch gebruik van slaapmedicatie (Gabe et al., 2016; Ceuterick et al., 2021). Daaruit blijkt dat het stigma dat patiënten hierrond ervaren deels geënt is op ideeën rond verslaving. Het stigma rond antidepressiva en antipsychotica daarentegen is eerder gebaseerd op ideeën over een veranderde identiteit. In dit artikel zullen we dieper ingaan op hoe langdurige gebruikers van slaapmedicatie en kalmeringsmiddelen omgaan met het specifieke aspect van afhankelijkheid/verslaving en hoe zij zichzelf positioneren ten opzichte van de morele consequenties van het doorgaans negatieve etiket van iemand die lijdt aan verslaving (Matthews, 2019).

We baseren ons hiervoor op het conceptueel kader van het farmaceutische zelf/-beeldvorming ontwikkeld door Jenkins (2012). Het farmaceutische zelf-(beeld) is dat aspect van het zelf dat georiënteerd is op en gevormd wordt door het gebruik van geneesmiddelen. De farmaceutische beeldvorming verwijst naar maatschappelijke ideeën, percepties en normen over medicatie en de condities waarvoor deze gebruikt worden. Beide beïnvloeden elkaar wederzijds. We bekijken specifiek hoe het cultureel construct van afhankelijkheid/verslaving gekaderd wordt en het farmaceutische zelfbeeld mee vorm geeft.

Concreet gebruiken we de positioneringstheorie. Deze sociaal-constructionistische vorm van discours analyse laat toe om te onderzoeken hoe mensen zich in interacties tot elkaar verhouden. De toolbox van de positioneringstheorie bevat drie kernbouwstenen: posities, verhaallijnen en sociale handelingen. Deze laatste verwijzen naar verschillende talige vormen van interactie, zoals een interview, een gesprek of een geschreven tekst. Een verhaallijn is de rode draad die ontstaat in een sociale handeling en is gebaseerd op beschikbare interpretatieve repertoires, ofwel de manieren waarop mensen praten. Met deze verhaallijnen kennen sprekers zichzelf een positie toe. Een positie geeft aan hoe de spreker door anderen wil worden gezien, en vanuit welk perspectief deze de wereld ziet. Posities, verhaallijnen en sociale handelingen zijn niet statisch, maar beïnvloeden elkaar wederzijds. Hoewel de positioneringstheorie zich richt op interacties op microniveau, laat dit kader ook toe om te onderzoeken hoe bredere maatschappelijke denkbeelden vervat zijn in de taal van geïnterviewden in dit geval. Ook de posities die mensen zichzelf toekennen, bevinden zich niet in een sociaal vacuüm, maar kunnen gelinkt worden aan bredere discourses (Davies & Harré, 1990).

2 Methodologie

In totaal werden er tussen juli 2019 en februari 2021 dertig diepte-interviews afgenomen. Deelnemers werden gerekruteerd aan de hand van een doelgerichte steekproef, die was gericht op maximale variatie. Deelnemers moesten 18 jaar of ouder zijn en gedurende minimaal zes maanden, minimaal vier keer per week, een slaap- of kalmeringsmiddel gebruiken of gebruikt hebben, en niet verblijven in een residentiële voorziening (ouderen-, psychiatrische of forensische zorg of een penitentiaire inrichting). We hanteerden een driedelige rekruteringsstrategie. De oproep werd zowel online verspreid (sociale media, de universitaire wervingspagina voor deelnemers, gespecialiseerde Facebook-groepen en forums) als offline (posters op strategische plekken zoals de slaapkliniek). Daarnaast werd eveneens actief gerekruteerd via mondelinge reclame. Hierdoor konden ook mensen deelnemen die moeilijker in contact konden komen met de oproep. Dankzij deze rekruteringsprocedure omvatte onze steekproef een diversiteit aan profielen in termen van leeftijd, gender, type gebruiker, sociaaleconomische status en opleiding (zowel kort- als lang opgeleide mensen), woonplaats alsook qua algemene gezondheid.

Alle interviews werden in het Nederlands afgenomen. Er werden audio-opnames gemaakt na geïnformeerde, schriftelijke toestemming van de geïnterviewde. Het merendeel van de interviews (n=20) werd afgenomen door de eerste auteur, een opgeleide antropologe met ruime ervaring in kwalitatieve methoden. Twee stagiaires voerden elk vijf extra interviews uit, als onderdeel van hun stage- of seminariewerk, na een online inleidende trainingssessie over de interviewleidraad en -methode. Om de interviewtechnieken zo veel mogelijk te stroomlijnen en mogelijke interviewerbias uit te sluiten, volgde na elk interview een gezamenlijke reflectie. Interviews duurden tussen 20 en 113 minuten, met een gemiddelde van ongeveer één uur (66'). Vanwege COVID-beperkingen werd de helft van de interviews (n=15) online afgenomen. Daarnaast zijn er twee telefonische interviews gehouden, terwijl dertien interviews persoonlijk konden worden afgenomen. Het format had geen invloed op de lengte of diepgang van het interview, maar bleek juist uitnodigend om over gevoelige onderwerpen te praten. Deze data werden verzameld als onderdeel van een bredere studie.³ Dit project kreeg een positief advies van de Ethische Commissie van de Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen van de Universiteit Gent (03/04/2019). Alle interviews werden getranscribeerd en vervolgens gecodeerd, met behulp van NVivo op basis van de eerder vermelde tools van de positioneringstheorie. Dit leidde finaal tot een overzicht van de hieronder besproken verhaallijnen en posities.

De geïnterviewde personen vormden een diverse groep, zowel qua opleidingsniveau en leeftijd als qua medicatiegebruik (zie tabel 1). De jongste deelnemer was 20, de oudste 86. De gemiddelde leeftijd bedroeg 57,6 jaar. Er namen iets meer vrouwen deel (n=16) dan mannen (n=14). De geïnterviewden woonden verspreid over heel Vlaanderen.⁴ De geïnterviewde personen situeren zich in een van de vol-

3 BELSPO BENZONET DR/81.

4 Oost-Vlaanderen (n=16), West Vlaanderen (n=6), Antwerpen (n=3), Limburg (n=2), Vlaams-Brabant (n=1). Eén participant was woonachtig in Nederland ten tijde van het interview.

gende categorieën met betrekking tot hun gebruik: tevreden gebruikers⁵ die niet overwegen te stoppen, personen die zichzelf als ‘hersteld’ omschrijven, personen die overwegen te stoppen, personen die aan het afbouwen zijn of ‘in herval’ zijn. Ruim 22 deelnemers waren nog nooit van medicatie veranderd (waaronder vier voormalige gebruikers). De anderen hadden een geschiedenis van eerdere pogingen om over te schakelen op een ander type slaap- of kalmeringsmiddel (meestal één ander merk, maar twee mensen hadden al eerder twee of drie andere benzodiazepines geprobeerd). Ook het combineren met andere psychotrope medicijnen kwam voor bij verschillende personen, het ging dan over een combinatie met escitalopram (Sipralexa®, n=2), trazodon (Trazolan®, n=4), flupentixol/melitracen (Deanxit®, n=1) en sulpiride (Dogmatil®, n=1). Voormalige gebruikers waren het vaakst afgebouwd van zolpidem, lorazepam en, niet geheel toevallig, diazepam, aangezien dit laatste wordt gebruikt als tussenstap bij het afbouwen van korter werkende benzodiazepines (zie tabel 2).

Tabel 1 *Overzicht deelnemers*

Gender	Vrouwelijk	16
	Mannelijk	14
Leeftijd (gem. 57,6 jaar)	20-30 jaar	3
	31-40 jaar	2
	41-50 jaar	5
	51-60 jaar	5
	61-70 jaar	8
	71-80 jaar	3
	81-90 jaar	4
Identificeerden zich als	Huidig langdurig gebruiker	17
	Voormalig langdurig gebruiker	7
	Instrumenteel gebruiker	2
	Aan het afbouwen	4
Duur van gebruik (in jaren) ^a	Minimum	0,5
	Maximum	53
	Gemiddeld	14,6
	Mediaan	11
Aantal verschillende BZRA gebruikt op hetzelfde moment	Eén	21 participanten
	Twee	6
	Drie	3
Indicatie voor gebruik	Insomnie	20
	Angst	4
	Combinatie	6

5 We hanteren hier de term gebruiker als neutrale term voor iemand die BZRA inneemt. Dit omdat niet elke geïnterviewde zichzelf positioneert als patiënt en soms zonder persoonlijk contact met een arts wordt afgebouwd.

Initieel gebruik	Verkregen van iemand uit persoonlijk netwerk		4
	Voorgeschreven door een huisarts		21
	Voorgeschreven door een psychiater		3
	Voorgeschreven door een andere specialist		2
Eerste voorschrift	Op medisch advies		10
	Eigen vraag		18
	Kon zich dit niet herinneren		2
Professionele status	Tewerkgesteld		9
	Niet tewerkgesteld		1
	Langdurig ziekteverlof		1
	Invaliditeit		5
	Student		2
	Gepensioneerd		13
Familiale status	Gehuwd of samenwonend met partner	Inwonend(e) (klein)kind(eren)	8
		Geen inwonend(e) (klein)kind(eren)	8
	Weduwe/weduwnaar	Alleenwonend	1
		Inwonende zorgverlener	1
	Gescheiden	Geen inwonend(e) (klein)kind(eren)	2
		Inwonenden bij (groot)ouder(s)	4
	Alleenstaand	Alleenwonend	2
		Inwonende kind(eren)	1
		Cohousing	1

^a Drie deelnemers konden zich niet herinneren hoe lang ze BZRA gebruikten, en verwezen naar de duur in vage termen als ‘al jaren’. Deze antwoorden zijn niet in deze cijfers meegenomen (vandaar n=27).

Tabel 2 *Overzicht geneesmiddelen gebruikt door deelnemers*

Actief bestanddeel	Originele merk-naam / (in België)® / generisch product	Huidig #	Voormalig #
Zolpidem	Stilnoct	9	3
Alprazolam	Xanax	8	1
Lorazepam	Temesta/ Lorazepam EG	5	3
Lormetazepam	Loramet/ Lormetazepam EG	4	0
Bromazepam	Lexotan	2	2
Brotizolam	Lendormin	2	0
Przepam	Lysanxia	2	0
Chlorazepate	Tranxene	1	0
Clotiazepam	Clozan	1	0
Diazepam	Valium	1	3
Flunitrazepam	Rohypnol	0	2
Clonazepam	Rivotril	0	3

De meerderheid (n=25) kreeg het eerste voorschrift van de huisarts. De overige geïnterviewden kregen een eerste voorschrift van een psychiater (n=3), een neuroloog (n= 1) of andere specialist (n= 1). Het merendeel van de geïnterviewden vroeg zelf expliciet een voorschrift, of stuurde daar zelf op aan (n=18). Een derde (n=10) van de geïnterviewden gaf aan de medicatie te zijn opgestart op aanraden van de arts. De meerderheid van de participanten kreeg het eerste voorschrift voor slaapproblemen (n=20), slechts een minderheid voor een angstproblematiek (n=4) of een combinatie van beide (n=6). Voormalige gebruikers die waren afgebouwd, hadden een benzodiazepines gebruikt voor al deze indicaties (drie keer voor slaapproblemen, twee keer voor angst en één keer voor een combinatie). Geen van de respondenten is dus recreatief of quasi-medisch beginnen gebruiken, zoals wel werd vastgesteld in onderzoek naar benzodiazepinegebruik bij jongeren (zie bijv. Bardhi et al., 2007; Quintero, 2009; Pino et al., 2017). Opvallend is dat enkele geïnterviewden aanvankelijk sporadisch medicatie gebruikten via mensen uit hun dichte persoonlijke netwerk (een partner, ouder, schoonouder of grootouder) vooraleer een eigen voorschrift te vragen aan een behandelend arts (n=4). In de quotes die we hieronder gebruiken, vermelden we gender en leeftijd van de spreker en de medicatie (stofnaam). Tenzij anders vermeld, gaat het telkens om huidig langdurig gebruik (meer dan zes maanden).

3 Resultaten en discussie

Tijdens elk interview werd consistent een vraag gesteld over afhankelijkheid, geformuleerd in deze neutrale term. Sommige geïnterviewden namen deze term over in hun antwoorden. Anderen hanteerden echter heel expliciet de termen versla-

ving, verslaafd en verslavend. De termen afhankelijkheid en verslaving worden dus niet door iedereen op dezelfde manier geïnterpreteerd, maar werden eerder discussief ingezet met verschillende doelen. In wat volgt, bespreken we per geïdentificeerde verhaallijn de onderliggende redenering, de kenmerkende discursieve tools en de gepercipieerde maatschappelijke ideeën over afhankelijkheid/verslaving die hiermee worden betwist of juist bevestigd. Verder tonen we ook aan hoe het gebruik van elke verhaallijn leidt tot een specifieke positionering van het farmaceutische zelf.

3.1 *'Kan je dit verslaafd noemen?' De verhaallijn van angst voor verslaving*

Binnen deze verhaallijn worden mogelijke verslavende effecten van slaap- en kalmeringsmiddelen geminimaliseerd door het gebruik van allerlei rationele argumentaties. Het gebruik van deze medicatie wordt voorgesteld als iets dat men onder controle heeft. Uit de volgende quotes blijkt dat langdurig gebruik ('jaren doornemen', 'hele tijd alle dagen') niet noodzakelijk gezien wordt als voldoende voorwaarde om te spreken van een verslaving. Uit beide quotes blijkt dat ook een toename in gebruik ('meerderen', 'meer te nemen') als criterium voor verslaving gehanteerd wordt.

'Ze hameren op zo ah ja, het is verslavend. Maar allee tegelijkertijd kent iedereen wel iemand die het neemt en die dat eigenlijk gewoon jaren doorneemt en allee – **Kun je die verslaafd noemen?** Als die nooit meerderen?' (vrouw, 43, lorazepam)

'Het is niet nodig meer te nemen, hè. En ge zijt er **toch niet aan verslaafd**, laten we het zo uitdrukken. Maar niet voor te zeggen eh, **ik zou daar niet graag verslaafd aan geraken, hé**. Maar wel dat ik het een hele tijd alle dagen wel een beetje genomen heb.' (man, 69, brotizolam)

Typisch voor deze verhaallijn zijn ook uitingen van angst voor verslaving.

'Ik ben heel **bang** dan ook nog eens om **verslavingsgevoelig te worden**. Ehm, mijn arts zegt met wat dat gij neemt, ge moet wel wat meer Xanax nemen dan om verslaafd te worden.' (man, 42, alprazolam)

Niet toevallig zijn het net de elementen van controleverlies en verlies van vrije wil die centraal staan in maatschappelijke ideeën over verslaving (Bailey, 2005). Controleverlies wordt vaak beschouwd als het voornaamste kenmerk van middelenafhankelijkheid, waardoor verslaving gezien wordt als een manifestatie van zwakte, onverantwoordelijkheid en een gebrek aan eigenwaarde en discipline (Smith & Farrimond, 2019). Om een negatieve morele veroordeling daarvan te vermijden, wordt medicatiegebruik hier dan ook voorgesteld als iets dat net wel onder controle is. Ook uit onderzoek van Canham en collega's (2014) blijkt hoe chronische gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen hun langdurig gebruik minimaliseren en dit niet beschouwen als verslaving, iets wat ze als 'erger' en daardoor minder acceptabel zien. Om de identiteit van 'ontspoorde verslaafde' en het bijhorende

stigma van iemand die de controle kwijt is te ontwijken, hanteren deze personen controleargumenten bij het beschrijven van hun gebruik (Smith & Farrimond, 2019). Het farmaceutische zelfbeeld dat resulteert uit het gebruik van deze verhaallijn is dat van een rationele patiënt die het eigen medicatiegebruik onder controle heeft. Dit resoneert met wat Gabe en collega's (2016) de morele positie van verantwoordelijk (medicatie)gebruiker (*'responsible user'*) noemen.

3.2 *'Verslaafd aan die slaappil' De verhaallijn van noodzaak*

In deze verhaallijn wordt medicatie voorgesteld als een noodzaak, iets waar men niet zonder kan. Doorgaans wordt net wel de term verslaving gehanteerd. Terwijl langdurig gebruik in de eerste verhaallijn vooral geconstrueerd wordt als iets dat onder controle is, en daardoor geen verslaving, wordt in de tweede verhaallijn verslaving net wel als expliciet argument gebruikt om langdurig gebruik te verantwoorden.

'Het is een **verslaving** hè, waarschijnlijk dat ik, dat ik het **niet meer kan missen** hè. Het is dat ge niet kunt missen hè. Is over het algemeen een verslaving zeker hè.' (man, 77, lormetazepam, voorheen flunitrazepam)

Verslaving wordt hier eerder gehanteerd als retorisch instrument om net de noodzaak van langdurig gebruik in de verf te zetten en daardoor te legitimeren. Niet meer kunnen stoppen en 'nood hebben aan' zijn vaak voorkomende argumenten in deze verhaallijn. Het idee van verslaving wordt ingezet om de onvermijdelijkheid van het eigen langdurig gebruik kracht bij te zetten, zoals blijkt uit de volgende quote:

'Ik **ben er verslaafd eraan** eh, want ik pak het al veel te lang. Goh... nee, het zou niet meer gaan om ermee te stoppen.' (vrouw, 84, bromazepam, voorheen lorazepam)

Binnen deze verhaallijn gebruikt men vooral emotionele argumentaties om de noodzakelijkheid van het nemen van medicatie te onderstrepen, waarbij dit als een zaak van leven of dood wordt voorgesteld, zoals in volgende quote ('niet overleven').

'Ik heb geen willen pakken, maar toch het is dan ook wel lastig hoor. Je ligt dan ook te piekeren eh. Het is heel raar. Ik zeg het eh, mocht ik ze niet meer hebben, ze mogen mij... Het zou niet meer gaan. Het zou me niet meer gaan, echt waar. Ik zou het **niet meer overleven. Ja je kunt wel zeggen dat je er wat verslaafd aan bent eh.** Ik vergeet dat bijna nooit. Wel een keer twee avonden dat ik dat niet heb gepakt, maar ja je moet dan ook niet slapen eh.' (vrouw, 77, lorazepam)

In deze verhaallijn wordt er vaak een vergelijking gemaakt met andere verslavingen, die dan telkens als 'erger' dan de eigen verslaving worden voorgesteld. Zo wordt er vaak een vergelijking gemaakt met afhankelijkheid van tabak en roken.

‘Verslaafd, ik ben **verslaafd aan die slaappil**. Ik kan... Ik kan daar niet mee stoppen, eens je begint kan je niet stoppen, ik **moet** dat voort pakken eh ja, anders zou ik ook niet slapen (...) ik kan niet meer stoppen! Je bent er aan verslaafd **das gelijk ja iemand die niet kan stoppen met roken**. Precies iemand die niet kan stoppen met roken, eh ja.’ (vrouw, 84, bromazepam, voorheen lorazepam)

Ook in de volgende quote wordt een vergelijking gemaakt met te veel alcohol drinken en roken. Dit wordt echter voorgesteld als schadelijker voor de gezondheid dan slaap- en kalmeringsmiddelen, waardoor het gebruik van medicatie en het daaraan verbonden risico tegelijk ook geminimaliseerd wordt. Dit blijkt ook uit het gebruik van het verkleinwoord ‘pilletjes’.

‘Je hebt dat met alles eh. Als je te veel drinkt, heb je een **verslaving**. Als je veel rookt heb je een verslaving. **Maar dat schaadt dan ook wel je gezondheid** eh alé ja dat is iets anders eh. Die **pilletjes**, ik ben daar goed mee en ik heb nog geen klachten ervaren dus ja of dat nu **verslavend** is, ik sta daar niet echt bij stil.’ (man, 86, alprazolam)

Ook in de literatuur zien we dat chronisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen wordt genormaliseerd door het te vergelijken met zogenaamd ernstigere verslavingen (Chandler et al., 2014). In de volgende quote bijvoorbeeld neemt de spreker expliciet afstand van de positie van wat zij noemt ‘drugsverslaafde’:

‘Dat is een heel moeilijk onderwerp eh, voor aan mensen om uit te leggen waarom dat je dat toch **nodig hebt**. En dan zeggen die ja, maar eh, **een drugsverslaafde kan toch ook afkicken?** Ja, dat gaat. **Maar er is een verschil tussen iets nemen voor uw plezier of** gelijk voor mij zijn dat nu voor het ogenblik is dat die Valium, omdat ik **niet zonder kan**. Het gaat niet, want dan zit ik de hele dag te wenen.’ (vrouw, 64, diazepam, zolpidem, lormetazepam, voorheen flunitrazepam)

In bovenstaande quote wordt gesteld dat ‘drugsverslaafden’ middelen gebruiken ‘voor hun plezier’. Medicatiegebruik daarentegen wordt voorgesteld als een noodzaak, iets waar men niet zonder kan, louter om dagdagelijks te functioneren. Op deze manier doet de spreker afstand van negatieve stereotypen gerelateerd aan het label van ‘drugsverslaafde’, iemand die (vooral illegale) genotsmiddelen gebruikt. Ook in de volgende quote doet de spreker afstand van (illegaal) drugsgebruik, door te verwijzen naar het medisch voorschrift ter rechtvaardiging.

‘Waarom moete erover liegen? Het is **geen drugs** dat ik neem hè. Het wordt voorgeschreven.’ (man, 77, lormetazepam, voorheen flunitrazepam)

De nadruk in deze verhaallijn ligt dus sterk op de noodzaak aan gebruik, en de term verslaving wordt vooral ingezet om langdurig gebruik te legitimeren. In deze verhaallijn komt dan ook weinig tot geen intentie naar voren om af te bouwen. Onsuc-

cesvolle stoppogingen worden vooral besproken om de onmogelijkheid van afbouw te onderlijnen en dus de noodzaak van langdurig gebruik te legitimeren.

‘Het is **sterker dan mezelf** dat pilletje.’ (vrouw, 58, lormetazepam)

Daarbij worden de ervaren psychische klachten tijdens afbouw, zoals ‘onrust’ en ‘in paniek raken’, net gehanteerd om de noodzaak van het gebruik te verklaren.

‘Ik heb dat nog al gehad dat ik zo zeg ik ga een keer zonder proberen. Al maanden geleden heb ik dat een keer gedaan en dat ik om twee uur ’s nachts toch opstond om nog te nemen. Omdat ik nog altijd lag te draaien en te keren. En dat het niet lukte (...) Dus ik heb soms het gevoel als ik het niet zou nemen, dat ik zeer **onrustig** naar mijn kamer zou gaan.’ (vrouw, 52, zolpidem)

Ook duikt er vaak een zeker determinisme in argumenteringen op. In uitdrukkingen zoals ‘een slechte slaper’, of ‘sterker dan mezelf’, legt men de verantwoordelijkheid voor het langdurig gebruik buiten zichzelf. Dit staat lijnrecht tegenover het idee van zelfcontrole hebben, dat domineert in de eerste verhaallijn. Door zichzelf op deze manier als een legitieme patiënt voor te stellen, vermijdt men ook mogelijke impliciete associaties met stereotypen rond drugsgebruik verbonden met het idee van falen in effectieve keuzevrijheid (Matthews et al., 2017). De positie die men op basis van deze verhaallijn aan zichzelf toekent, is enerzijds die van een tevreden gebruiker die geen wens tot afbouw heeft, en anderzijds die van een legitieme patiënt. Beide vormen het farmaceutische zelfbeeld dat samenhangt met deze verhaallijn. Dit stemt overeen met wat in eerdere studies de legitieme patiënt, of in het Engels ‘*deserving patient*’ wordt genoemd (Gabe et al., 2016). Deze verhaallijn hanteert verschillende discursieve mechanismen die we eerder al in onlinegesprekken over medicatie vonden (Ceuterick et al., 2021). Met name het uitvergroten of maximaliseren van de nood aan gebruik is een opvallend terugkerend kenmerk, dat ook door Anthierens en collega’s (2007) werd gevonden in interviews met patiënten bij een eerste voorschrift. Tegelijkertijd neemt men in deze verhaallijn ook afstand van wat wordt gezien als meer schadelijke vormen van verslaving (aan tabak, alcohol en drugs). Ook hiermee tracht men morele schade aan het zelfbeeld te vermijden.

3.3 ‘Afhankelijk gemaakt.’ De verhaallijn van iatrogene afhankelijkheid

Een totaal ander beeld wordt geschetst door middel van de derde verhaallijn. Deze verhaallijn wordt vooral gehanteerd door personen die afgebouwd (of aan het afbouwen) waren ten tijde van het interview. Doorgaans verliep dit niet eenvoudig. In deze verhaallijn wordt (in tegenstelling tot de vorige verhaallijnen) een expliciet onderscheid gemaakt tussen het lichamelijke en het mentale. Verslaving wordt voorgesteld als een psychisch gegeven, iets waar men zich schijnbaar makkelijk kan tegen verweren of kan overzetten. Deze mentale verslaving wordt afgezet tegen lichamelijke afhankelijkheid, die wordt voorgesteld als fysieke schade aan receptoren.

‘Ja, ik heb vroeger nog gerookt en ik had daar geen enkel probleem mee om dat te stoppen eigenlijk. Zeer geleidelijk afgebouwd en gedisciplineerd afgebouwd en ik ben daarvan afgeraakt. Dus ja, **verslaving**, ik ga er wel vanaf geraken als het moet eigenlijk. Maar **dit is geen verslaving**, dit is van een **totaal ander niveau** eigenlijk. Uw **receptoren** worden zodanig lam gemaakt dat ze niet meer kunnen eh, reageren, ... geen **functie niet meer kunnen uitoefenen**. En als je dat product wegneemt die die receptoren vervangt, dan krijg je een serieus probleem. Allee ja en ehm, dat is wat er gebeurd was bij mij eigenlijk.’ (vrouw, 64, clonazepam)

In bovenstaande quote maakt de spreker ook een vergelijking met het roken van tabak, wat zij hier voorstelt als van een andere orde, en veel makkelijker om vanaf te geraken. Dit staat in tegenstelling tot de tweede verhaallijn waarin een verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen net wordt gelijkgesteld met een verslaving aan tabak. Daarnaast wordt een duidelijk onderscheid gemaakt met recreatief middelengebruik. Personen die recreatief gebruiken, worden hierdoor voorgesteld als impliciet schuldig aan hun eigen afhankelijkheid. Terwijl de eigen positie voor de spreker die resulteert uit deze verhaallijn er een is van ‘slachtoffer’ van een medische fout of iatrogene schade (Illich, 1975), berokkend door de voorschrijvende arts. Hierdoor verschuift men de verantwoordelijkheid en ‘schuld’ volledig naar de voorschrijver en wordt de eigen rol geminimaliseerd. Dit is een verhaallijn die vaak terugkeert in onderzoek naar online interacties op fora voor lotgenoten die afbouwen (Ceuterick & Declercq, 2022; Fixsen & Ridge, 2017), waaruit vaak een grote gedeelde teleurstelling in de initiële voorschrijver blijkt.

‘Wij hebben alleen maar gedaan wat de dokter ons voorschreef hè en je wordt beschouwd als een **verslaafde** dan, ene keer dat je aan die pillen zit, want dat beseffen ze wel, in het begin zag zij [arts] dat ook. En dan geraak je daar niet meer af eigenlijk. Eh, ja, kijk, (...) mensen zijn **slachtoffers** hè, ze hebben alleen gedaan wat de arts hun voorschreef hè. En dat is een **heel groot verschil met, met druggebruikers die recreatief dat gebruiken of als verslaafden dat gebruiken, wij zijn niet dezelfde persoon, het gaat hier om een heel andere input. Wij zijn geen verslaafden, wij zijn slachtoffer. Wij zijn afhankelijk geworden van een medicijn omdat wij gedaan hebben wat dat de dokter zei. De schuld ligt niet bij ons, helemaal niet.**’ (vrouw, 64, clonazepam)

De positie die men met het gebruik van deze verhaallijn aan zichzelf toekent, is een combinatie van een (voorheen) volgzame patiënt (*‘compliant patient’* in de studie van Gabe en collega’s (2016)) en die van een gedupeerd slachtoffer (van onverantwoord voorschrijven). Eenzelfde onvermogen en frustratie (bijv. over een gebrek aan voorlichting bij het eerste voorschrift) spreekt ook uit verschillende verhalen van Nederlandse vrouwen (Haafkens, 1997).

3.4 ‘Meer verslaafd dan je zelf beseft.’ De verhaallijn van afbouw en herstel

In de verhalen van voormalige gebruikers valt op dat ze aanvankelijk de ernst van hun afhankelijkheid onderschatten.

‘Ja, ik ga **niet** zeggen dat ik echt **verslaafd**, verslaafd was, zo bekijk ik het niet. Maar misschien **toch meer dan dat je zelf beseft** (...) Dat je, dat je het niet neemt... dat je het standaard neemt, zelfs al heb je geen belangrijke meeting of zo de volgende dag. Of zelfs al is het weekend bijvoorbeeld. Het was gewoon makkelijk. Eigenlijk daar komt het op neer voor mij.’ (vrouw, 35, voorheen bro-mazepam, zolpidem)

‘Wanneer je één zo’n pilletje krijgt bij nood, één keer in de maand of één keer in het kwartaal, dan overkomt je er niks van. Maar o wee als je er verslaafd aan raakt. Kijk en **de verslaving is er heel snel** hè. Ik bedoel, gebruik het zeven weken en je bent verslaafd. (...) En toen heb ik het plan opgevat van ja ik moet- Ik ben gewoon verslaafd, verslaafd, ik moet **afkicken**.’ (man, 52, voorheen diazepam)

‘Persoonlijk denk ik dat dat zeer, zeer **zwaar onderschat** wordt het gebruik van slaapmiddelen, dat dat eigenlijk misschien een van de **drugs** is die, **die maatschappelijk voor een stuk geaccepteerd** wordt. (...) Dat is maatschappelijk, is dat geaccepteerd en getolereerd, terwijl dat uiteindelijk eh, en dat realiseer ik mij dus zeer, zeer goed, dat is allemaal niet zo onschuldig.’ (man, 66, afbouwend van zolpidem)

‘Maar ja. Ik ben een van die die probeert **af te kicken**, ja, absoluut. [interviewer: U noemt het echt afkicken?] Ja, ja, ja. Absoluut, ik durf dat woord gebruiken. (...) Ik ben afhankelijk geweest hè.’ (vrouw, 83, afbouwend van brotizolam)

In deze verhaallijn worden slaap- en kalmeringsmiddelen dan ook eerder als drug voorgesteld in de criminologische betekenis van het woord. Opvallend is dat de woordenschat van verslaving hier opnieuw opduikt, en met name in woorden als ‘afkicken’ en ‘drugs’. Door zichzelf voor te stellen als iemand die is afgekickt, doet men echter meteen ook afstand van de negatieve stereotypen die bij het label van verslaving horen. Verslaving is hier immers een uitdaging die men overwonnen heeft. Soms gebeurt dit afzetten tegen andere meer gestigmatiseerde vormen van verslaving ook heel expliciet, zoals in de volgende quote:

‘Nee, nee, ik zeg dat je verslaafd bent, maar **op een andere manier verslaafd**. Ik bedoel, de meeste mensen die gebruiken, werken gewoon. Ja en een **heroïneverslaafde** werkt niet, hij ligt in de goot en slaapt onder een brug.’ (man, 52, voorheen diazepam)

Tot slot, wordt in tegenstelling tot de derde verhaallijn (van iatrogene afhankelijkheid), een meer actieve positie ingenomen, waarin de eigen rol in de afbouw wordt benadrukt (in tegenstelling tot de passieve positie van getroffen patiënt of slachtoffer). Ook Gabe en collega’s (2016) vonden dat langdurige gebruikers van slaapmedicatie zich doorgaans niet identificeren als verslaafde (*addict*). Ook in deze studie letten deelnemers erop om niet onterecht zo voorgesteld te worden.

3.5 *Verslaving en het farmaceutische zelfbeeld*

Door langdurig gebruik en afbouw te positioneren als respectievelijk 1) een gecontroleerde inname, 2) een noodzakelijke ondersteuning, 3) een iatrogeen ontwenningsyndroom, of 4) een overwonnen verslaving contesteren mensen die medicatie nemen, de gelaagde negatieve stereotypen rond verslaving om zo tot een positiever farmaceutisch zelfbeeld te komen. Wat daarbij sterk opvalt, is dat doorheen alle verschillende verhaallijnen afstand genomen wordt van populaire ideeën over verslaving aan andere middelen (gebrek aan (zelf)beheersing, recreatief, ongezond), waardoor deze paradoxaal evenwel bevestigd worden en nooit helemaal kritisch weerlegd. Deze resultaten bestendigen dan ook in eerste instantie het bestaande stigma rond verslaving in het algemeen. Uit het voorgaande blijkt dat ideeën over verslaving een diepgaande impact hebben op het farmaceutische zelfbeeld van mensen die medicatie gebruiken, omdat het invloed heeft op hoe ze zichzelf zien, maar ook op hoe ze omgaan met hun behandeling. Zowel in de eerste als in de tweede verhaallijn is afbouw niet aan de orde. Waar in de eerste verhaallijn (angst voor verslaving) patiënten zichzelf niet zien als iemand die mogelijks afhankelijk is aan medicatie (maar dit net onder controle heeft), wordt langdurig gebruik in de tweede verhaallijn (van noodzaak) wel heel expliciet als verslaving geduid. Wie deze verhaallijn hanteert, positioneert zichzelf als verslaafd, maar ziet zichzelf niet in staat om daar iets aan te veranderen. Ook mensen die de verhaallijn van iatrogene afhankelijkheid hanteren, worstelen met langdurig gebruik van medicatie. Omdat ze zichzelf niet zien als moreel verantwoordelijk daarvoor, zetten ze zich expliciet af tegen het idee van verslaving, en leggen ze de schuld hoofdzakelijk bij voorschrijvende artsen. Het is dan ook niet toevallig dat in deze context vaker het woord (fysieke) afhankelijkheid wordt gehanteerd, waarin het idee van een gebrek aan autonoom beslissen verweven zit. Ook in deze verhaallijn schuilt een zeker onvermogen om een gewenste verandering in medicatiegebruik te initiëren. Mensen die de verhaallijn van afbouw en herstel hanteren tot slot, hebben in het verleden medicatie afgebouwd en omschrijven hun langdurig gebruik vaker wel expliciet als een verslaving, die ze evenwel succesvol overwonnen hebben. Hiermee weerleggen ze meteen ook verschillende stereotype moraliserende ideeën over verslaving, met name het idee van gebrek aan wilskracht.

4 Conclusie

Deze resultaten onderlijnen het belang van het (h)erkennen van mogelijke effecten van dit stigma, maar ook van potentieel stigmatiserend taalgebruik bij het bespreken van langdurig gebruik en afhankelijkheid. Zoals Susan Sontag (2001) reeds aantoonde, zijn metaforen en taalgebruik immers nooit neutraal, maar hebben deze wel degelijk een reële impact. Stigma bemoeilijkt het bespreekbaar maken van het afbouwproces bij patiënten, die het onderwerp zelf niet altijd durven aankaarten. Ook artsen laten het onderwerp vaak onaangeroerd, uit vrees voor het compromitteren van de therapeutische relatie, zoals blijkt uit gesprekken met voorschrijvers (Ceuterick et al., 2023). Vooral de verhaallijn van iatrogene afhankelijkheid legt een enorme verantwoordelijkheid bij de voorschrijvende arts.

In de VS lopen verschillende rechtszaken tegen individuele voorschrijvers en ook in België zijn er gevallen bekend van klachten tegen artsen. Studies rond opioïde pijnmedicatie tonen aan dat dergelijke criminalisering leidt tot een grotere terughoudendheid bij artsen om voor te schrijven, ook aan patiënten die mogelijks baat zouden hebben bij een tijdelijk voorschrift (McCradden et al., 2019). Daarnaast zorgt dit ervoor dat patiënten minder snel nevenwerkingen en afhankelijkheidsverschijnselen melden aan hun arts uit schrik voor diens reactie. Finaal leidt dit tot een gebrek aan handelingsruimte zowel voor degenen die wensen af te bouwen, als voor de begeleidende artsen.

Literatuur

- Allen, B., Nolan, M. L., & Paone, D. (2019). Underutilization of medications to treat opioid use disorder: What role does stigma play?. *Substance abuse*, 40(4), 459-465.
- Al-Worafi, Y. M. (2020). Medication abuse and misuse. In: *Drug safety in developing countries* (pp. 127-135). Academic Press.
- Andraka-Christou, B., Totaram, R., & Randall-Kosich, O. (2022). Stigmatization of medications for opioid use disorder in 12-step support groups and participant responses. *Substance abuse*, 43(1), 415-424.
- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., Deveugele, M., De Maeseneer, J., & Christiaens, T. (2007). First benzodiazepine prescriptions: Qualitative study of patients' perspectives. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 53(7), 1200-1201.
- Bailey, L. (2005). Control and desire: The issue of identity in popular discourses of addiction. *Addiction Research & Theory*, 13(6), 535-543.
- Balon, R., Starcevic, V., Silberman, E., Cosci, F., Dubovsky, S., Fava, G. A., ... & Sonino, N. (2020). The rise and fall and rise of benzodiazepines: a return of the stigmatized and repressed. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 243-244.
- Bardhi, F., Sifaneck, S. J., Johnson, B. D., & Dunlap, E. (2007). Pills, thrills and bellyaches: Case studies of prescription pill use and misuse among marijuana/blunt smoking middle class young women. *Contemporary drug problems*, 34(1), 53-101.
- Ceuterick, M., Christiaens, T., Creupelandt, H., & Bracke, P. (2021). And they slept happily ever after: Online interpretive repertoires on the use of benzodiazepines and Z-drugs. *Health*, 27(5), 847-866.
- Ceuterick, M., & Declercq, J. (2022). 'Best of luck on your journey to healing': A corpus-based discourse analysis of an online forum for withdrawing benzodiazepine users. *Communication & Medicine*, 18(1), 37-50.
- Chandler, A., Whittaker, A., Williams, N., McGorm, K., Cunningham-Burley, S., & Mathews, G. (2014). Mother's little helper? Contrasting accounts of benzodiazepine and methadone use among drug-dependent parents in the UK. *Drugs: education, prevention and policy*, 21(6), 470-475.
- Christiaens T, Creupelandt H., & Rogiers R. (2018). *Slaap- en kalmeermiddelen, hoe kunt u uw patiënten bijstaan op zoek naar andere oplossingen?* FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Projectgroep Benzodiazepines.
- Cooper, R. J. (2013). 'I can't be an addict. I am.' Over-the-counter medicine abuse: a qualitative study. *BMJ open*, 3(6), e002913.
- Coteur, K., Mamouris, P., Vaes, B., Van Nuland, M., Matheï, C., & Schoenmakers, B. (2022). Evolution of benzodiazepine receptor agonist prescriptions in general practice: a registry-based study. *Front. Public Health* 10, 1014734.

- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the theory of social behaviour*, 20(1), 43-63.
- Fixsen, A. M., & Ridge, D. (2017). Stories of hell and healing: internet users' construction of benzodiazepine distress and withdrawal. *Qualitative Health Research*, 27(13), 2030-2041.
- Freeman, S. A. (2009). The benzodiazepine stigma persists. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1859.
- Gabe, J. (2001). Benzodiazepines as a social problem: The case of Halcion. *Substance use & misuse*, 36(9-10), 1233-1259.
- Gabe, J., & Bury, M. (2013). Risking tranquillizer use: cultural and lay dimensions. In: *Modern Medicine* (pp. 74-94). Routledge.
- Gabe, J., Coveney, C. M., & Williams, S. J. (2016). Prescriptions and proscriptions: moralising sleep medicines. *Sociology of health & illness*, 38(4), 627-644.
- Gabe, J., Williams, S. J., & Coveney, C. M. (2017). Prescription hypnotics in the news: A study of UK audiences. *Social Science & Medicine*, 174, 43-52.
- Haafkens, J. (1997). *Rituals of silence: long-term tranquilizer use by women in the Netherlands: a social case study*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Herzberg, D. (2006). 'The Pill You Love Can Turn on You': Feminism, Tranquilizers, and the Valium Panic of the 1970s. *American Quarterly*, 58(1), 79-103.
- Illich, I. (1975). *Medical nemeses*. New York: Pantheon Books.
- Jenkins, J. H. (2012). The anthropology of psychopharmacology: commentary on contributions to the analysis of pharmaceutical self and imaginary. *Culture, medicine and psychiatry*, 36(1), 78.
- Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 496-505.
- Kurko T. A., Saastamoinen, L. K., Tähkäpää, S., ..., & Hietala, J. (2015). Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns: a systematic review of register-based studies. *European Psychiatry*, 30(8), 1037-1047.
- Madden, E. F., Prevedel, S., Light, T., & Sulzer, S. H. (2021). Intervention stigma toward medications for opioid use disorder: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 56(14), 2181-2201.
- Matthews, S. (2019). Self-stigma and addiction. In: *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 5-32). Cham: Springer International Publishing.
- Moore, N., Pariente, A., & Bégaud, B. (2015). Why are benzodiazepines not yet controlled substances?. *JAMA psychiatry*, 72(2), 110-111.
- Pino, N. W., Tajalli, H., Smith, L. & DeSoto, W. (2017). Nonmedical prescription drug use by college students for recreational and instrumental purposes: Assessing the differences. *Journal of Drug Issues*, 47(4), 606-621.
- Quintero, G. (2009). Rx for a party: A qualitative analysis of recreational pharmaceutical use in a collegiate setting. *Journal of American College Health*, 58(1), 64-72.
- Ridge, D., Kokanovic, R., Broom, A., Kirkpatrick, S., Anderson, C., & Tanner, C. (2015). 'My dirty little habit': Patient constructions of antidepressant use and the 'crisis' of legitimacy. *Social Science & Medicine*, 146, 53-61.
- Shiner, M., & Winstock, A. (2015). Drug use and social control: The negotiation of moral ambivalence. *Social science & medicine*, 138, 248-256.
- Silberman, E., Balon, R., Starcevic, V., Shader, R., Cosci, F., Fava, G. A., & Sonino, N. (2021). Benzodiazepines: it's time to return to the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 218(3), 125-127.

- Smardon, R. (2008). 'I'd rather not take Prozac': stigma and commodification in anti-depressant consumer narratives. *Health*, 12(1), 67-86.
- Smith, G., & Farrimond, H. (2019). Active ageing, emotional care and the threat of stigma: Identity management in older adults using sleeping medication long-term. *Health*, 23(3), 255-272.
- Sobotka, T. C., & Stewart, S. A. (2020). Stereotyping and the opioid epidemic: A conjoint analysis. *Social Science & Medicine*, 255, 113018.
- Sontag, S. (2001). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Macmillan.
- Soyka, M. (2017). Treatment of benzodiazepine dependence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2399-2400.
- Tirado, F., & Gálvez, A. (2007). Positioning theory and discourse analysis: some tools for social interaction analysis. *Forum Qualitative Social Research / Sozialforschung*, 8(2), 224-251. <https://doi.org/10.17169/fqs-8.2.248>
- Townsend, M., Pareja, K., Buchanan-Hughes, A., Worthington, E., Pritchett, D., Brubaker, M., & Waters, H. (2022). Antipsychotic-related stigma and the impact on treatment choices: a systematic review and framework synthesis. *Patient preference and adherence*, 16, 373-401.