

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Verslaving en het niet kiezen voor de ‹levengever›

ERIK CEYSENS

De behandeling van verslavingsproblemen is moeilijk. Het is duidelijk dat behandeling beter is dan geen behandeling. Behalve de twaalfstappenaanpak, zoals ontwikkeld door AA (AA 1952), is er geen enkele behandeling beter dan een andere, ook niet voor subgroepen (Babor 2003). De effectiviteit van psychoanalytische behandeling voor verslavingsproblemen werd onvoldoende onderzocht. Toch zijn er aanwijzingen dat psychoanalytische psychotherapie een bijdrage kan leveren in de behandeling van personen met een verslavingsprobleem (Reymann 2002) en bestaat er veel psychoanalytische literatuur over het onderwerp. De interessantste werken uit de psychoanalytische literatuur tot 1991 zijn samengebracht in *The dynamics and treatment of alcoholism, essential papers* (Levin & Weiss 1994). Van latere jaren is het werk van Khantzian (1999), Flores (1996), Forrest (1983), Monjaube (2002) en Loose (2002) te vermelden.

Er zijn weinig psychoanalytici en psychoanalytische therapeuten die personen met een verslavingsprobleem in behandeling nemen. De redenen hiervoor zijn meervoudig. Psychoanalytische behandeling richt zich niet op symptomen of gedrag maar op de onderliggende (onbewuste) persoonlijkheidsproblematiek. Verslavingsgedrag vraagt een specifieke aanpak (Marlatt & Gordon 1985; Büchner 2002). Bovendien is het meestal niet van een symbolische orde. Nog belangrijker is echter dat verslavingsgedrag zo destructief is dat het de behandeling en de behandelrelatie kapotmaakt. Verder haakt een groot deel van deze personen vaak en snel af. Er is een onderscheid te maken tussen een groep verslaafden die een afhankelijke persoonlijkheid hebben en een groep die contra-afhankelijk is. Deze groep ondermijnt elke relatie en dus elke therapie. Nochtans keert ook de eerste groep zich, op het ogenblik van een terugval, af van de hulpverlener(s) ten voordele van het verslavende middel. In dit artikel wordt onderzocht waarom deze personen voedende relaties weigeren of stukmaken. Er wordt een hypothese voorgesteld die licht werpt op de onbewuste motieven en de oorsprong van deze problematiek. Het werk van Freud, Rosenfeld en Symington staat daarbij centraal.

Eerst worden twee casussen voorgesteld.

¶ *Fred en de lotgevallen van een psychoanalytische therapie*

Fred is alcoholist en sinds vier jaar in psychoanalytische therapie. Hij heeft een hogere kaderfunctie. Hij kwam in behandeling na een kort verblijf op een ontwenningssafdeling. De aanleiding van de opname was een agressief incident onder invloed. Patiënt heeft een black-out voor deze gebeurtenissen. Er waren nog andere negatieve gevolgen van zijn alcoholmisbruik, zoals epileptische insulten, cognitief verval, huwelijksproblemen en comorbide depressie. Op zijn werk bleef hij functioneren.

Fred komt uit een groot gezin. Moeder, ondertussen overleden, was zeer verstandig en hoogopgeleid. Ze wordt beschreven als perfectionistisch en sterk gevoelig voor hoe men overkomt op de buitenwereld. Op affectief vlak was ze koel en afstandelijk. Vader was ook hoogopgeleid en vrijwel afwezig. Er is geen familiale belasting voor verslaving. Deze man heeft bij aanvang van de therapie al een hele weg afgelegd. Hij beseft dat hij een probleem heeft met alcohol en wenst er iets aan te doen. Hij is bereid de nulloptie na te streven. Hij volgt geen AA-bijeenkomsten. Hij neemt wel een anti-depressivum en disulfiram. Hij vraagt een ondersteunende therapie om hem te helpen nuchter te blijven.

Aanvankelijk praat Fred de sessie vol. Hij verdraagt moeilijk leegte en stilte. Geleidelijk aan komt hij echter meer tot rust. Na de begrafenis van een vriend valt hij stil. Hij stelt zich existentiële vragen en komt tot nihilistische antwoorden. Vroeger was dit een aanleiding om fors te drinken. Als de therapeut hem vraagt waarom hij stil valt, vertelt hij over zijn overleden moeder. Er komen agressieve en ambivalente gevoelens tegenover zijn moeder naar boven, evenals schuldgevoelens. Als de therapeut ook de meer depressieve gevoelens tegenover zijn moeder probeert te verduidelijken gaat hij in de verdediging. Hij wilde vooral follow-up en geen therapie. Zeker geen inzichtgevende psychoanalytische therapie, want daar gelooft hij niet in.

De therapeut vraagt zich af of hij hem met deze afweer van diepere afhankelijke-depressieve gevoelens moet confronteren en kiest ervoor dit niet te doen gezien de fragiliteit van de patiënt op dat ogenblik. Bovendien denkt de therapeut dat de patiënt nog niet in staat is deze gevoelens waar te nemen. Fred blijft nuchter. Tijdens de zomeronderbreking van een maand volgt echter een forse terugval zowel in alcoholgebruik als in depressiviteit. Hij belt de eerste zittingen af. Als hij terugkomt, weigert hij voor de gemiste zittingen te betalen en neemt een sessie op met een dictafoon. Na zijn zeggen om aan te tonen dat hij in behandeling is, mocht er iets fout lopen. De eerste zorg van de therapeut op dat ogenblik is om deze man weer stabiel en abstinente te krijgen. Na deze episode besluit hij hem toch meer te confronteren met zijn diepste problematiek

en hoe deze zich uit in hun relatie: Freds moeite met de onderbreking en zijn onvermogen deze gevoelens goed aan te voelen en uit te drukken. In plaats daarvan keert hij zich af en zoekt hulp bij alcohol. Na enkele weken geraakt de patiënt weer abstinente en de depressie verdwijnt. Op een rationeel niveau accepteert hij het verband tussen zijn depressieve gevoelens en terugval en de lotgevallen van de therapie. Hij slaagt er echter niet in het verband te zien met zijn geschiedenis en blijft ambivalent ten aanzien van psychoanalytische therapie. Hij blijft ervan overtuigd dat de depressie hem «zomaar» overvalt. De sessies van het daaropvolgende jaar kenmerken zich door een tendens tot afhaken bij het ervaren van het minste tekort van de therapeut of door het niet aanvoelen van een verdere behoefte aan therapie. Tijdens de volgende zomeronderbreking valt Fred opnieuw terug. Na een vakantie ervaart hij bij het thuiskomen plots een depressief gevoel, waarop hij snel, fors drinkt. Opnieuw is hij agressief tegenover zijn gezinsleden. Deze maal komt hij wel snel terug naar de therapeut voor hulp. Het wordt almaar moeilijker om het verband met het wegvallen van de sessies te ontkennen. Hij beseft dat hij zich gehecht heeft aan de therapeut. Er ontstaat een positieve, gewaardeerde relatie. De betrokkenheid, steun, het inzicht en de grenzen die patiënt van de therapeut ervaart maken dat hij zich sterker voelt. Met het besef dat hij afhankelijk is van de therapeut wordt hij zich meer bewust van wat hij gemist heeft en van zijn reactie (agressie en depressie) hierop. Bij een tegenslag keert hij zich af van zijn dierbaren en lost hij zijn problemen, ogenschijnlijk, op met alcohol.

¶ *Cas en de lotgevallen van een opname*

Cas is een vierentwintigjarige man die wordt opgenomen op een ontweningsafdeling. Hij wordt verwezen vanuit de gesloten opnameafdeling alwaar hij gedwongen werd opgenomen naar aanleiding van agressief gedrag onder invloed van alcohol en drugs.

Cas is enig kind. Zijn ouders zijn gescheiden toen hij twaalf was. Moeder is een, sinds kort, ex-alcoholiste die in het buitenland verblijft. Vader is een zakenman met wie hij nog amper contact heeft. Vader wordt beschreven als autoritair en met hoge, niet ingeloste verwachtingen van Cas. Moeder is hem altijd, zeker financieel, blijven steunen. Ze zegt wel vaak «Nu is het genoeg!», maar doet er niets mee. We kunnen de relatie met haar als ambivalent-symbiotisch beschrijven.

Cas behaalde geen diploma en had meerdere korte relaties maar geen blijvende. Hij heeft verschillende korte opnames achter de rug. Deze eindigden telkens in ontslag tegen advies of gedwongen ontslag wegens persisterend gebruik of agressie onder invloed. Deze keer wil hij blijven en

echt iets aan zijn probleem doen. Hij past zich snel aan op de afdeling, is vriendelijk en behulpzaam. Hij heeft het moeilijk met structuur en frustratie. Hij is meestal aanwezig op de therapiemomenten, maar hij blijft heel oppervlakkig. Soms neemt hij de therapeutenrol over of maakt de therapie belachelijk. Hij gaat vriendschappelijk om met de therapeuten en weigert op te nemen wat hem wordt aangeboden. Hij kan moeilijk verdragen klein en afhankelijk te zijn en maakt de voedende functie van de therapeut kapot.

Hij zegt 'ja' maar doet 'neen'. Hij zegt van zichzelf: 'Veel woorden maar weinig daden.' Cas geeft geregeld kritiek op het afdelingsfunctioneren, dat hij als rigide ervaart. We keuren het goed dat hij zijn opmerkingen op een constructieve wijze uit. Hij valt echter bij het uitgaan regelmatig terug naar alcohol- en cocaïnegebruik. Hij is dan dreigend, arrogant, geladen en weigert zich aan de afspraken te houden. Cas wordt hierover natuurlijk telkens aangesproken en uitgenodigd de betekenis van zijn gedrag te onderzoeken. Hij uit vooral spijt en heeft telkens de beste voornemens.

Hij krijgt een waarschuwing en vanaf dan geldt voor hem nultolerantie met betrekking tot agressie en gebruik van middelen. We leggen hem uit hoe wij denken dat hij functioneert. Een deel van hem wil stoppen met gebruik, wil vooruit en met onze hulp zijn leven opbouwen. Een ander 'destructief' deel kiest voor gebruik en maakt relaties kapot.

Hij heeft het lastig met de nultolerantie, maar kiest toch om te blijven. Cas blijft verder nuchter en maakt een opmerkelijke persoonlijkheidsverandering door.

¶ *Bespreking van de casussen*

Deze casussen werden gekozen omdat ze de in dit artikel behandelde problematiek goed illustreren. De extreme varianten van destructief narcisme en verslaving, zoals in de laatste casus, zijn een contra-indicatie voor een psychoanalytische psychotherapie en voor een psychoanalyse. Deze extreme, maar niet zeldzame, casus is een uitvergroting van een problematiek die vaak voorkomt.

Hoewel empirisch onderzoek geen duidelijk verband aantoonde tussen verslaving en narcisme (Hebbrecht & Vandermeeren 2007), stellen we toch vaak de ontwikkeling van narcistische overdrachten vast. Deze patiënten verdragen moeilijk het eigen tekort. Vandaar wordt bijvoorbeeld de constatering alcoholist te zijn vaak geminimaliseerd of ontkend. Alcoholist zijn betekent dat men niet, zoals anderen, in staat is gecontroleerd te drinken. Dit beseffen is pijnlijk. Het tekort van de ander wordt evenmin verdragen. Als de therapeut ofwel vanwege het kader een frustratie teweegbrengt of er niet in slaagt de juiste golfengte te vinden, haakt de patiënt af of heeft hij een terugval. Een tekort

of verschil wordt niet verdragen. De ander moet onmiddellijk en volledig tegemoetkomen aan zijn noden. Net zoals de drug of de verslavende activiteit altijd en overal ter beschikking is en schijnbaar onder zijn controle staat. Er bestaat een belangrijke fixatie op het niveau van de primaire relatie — een relatie die ze ofwel pre- of postnataal hebben meegemaakt (bij personen met een voorgeschiedenis van verwenning) of die een defensieve functie heeft (bij personen met een voorgeschiedenis van affectieve verwaarlozing). De gevoelens, zeker de negatieve, die de patiënt in de overdracht ervaart worden niet beleefd, niet besproken en verwerkt, maar uitgegeerd, vaak (bij een afhankelijkheid van middelen) in orale activiteiten.

De persoonlijkheid is dan geen monolithisch blok maar is samengesteld uit verschillende gebieden. Zo zien we enerzijds een meer matuur, opbouwend constructief deel waarmee we als therapeuten een bondgenootschap kunnen sluiten. Dit meer volwassen deel van de persoonlijkheid wil vooruit, wil behandeling, een relatie aangaan met een voedende hulpverlener in plaats van een relatie met middelen en het directe genot.

Daartegenover staat echter een agressief, destructief deel dat niet functioneert volgens het realiteitsprincipe maar volgens het lustprincipe. Dit deel maakt relaties en behandelingen kapot, kiest voor gebruik en de gemakkelijke winst, kan niet uitstellen en weigert inspanningen te leveren die alleen op langere termijn tot gratificatie leiden. We stellen vaak een duidelijke weerzin vast om klein te zijn, om zich in een positie te bevinden waarin men iets moet aannemen van de ander, waarin men voeding (al is het in deze context psychologische voeding) moet opnemen. Deze positie van klein (kind) zijn wordt niet verdragen. Deze relatie wordt vaak aangevallen of vernietigd. Wat wordt aangeboden wordt gedevalueerd en uitgespuwd.

Behalve ondersteuning, *holding* (vasthouden) en *containing* (opnemen, verwerken en verwoorden van de problematiek) hebben deze patiënten ook vaak behoefte aan begrenzing en het opgelegd krijgen van een verbod. Het destructief gebruik van middelen, evenals agressief gedrag, kan het best verboden worden. De ervaring van frustratie is immers een voorwaarde om te kunnen loskomen, het verschil te zien, te leren wachten en uitstellen, te leren symboliseren en een Boven-Ik te ontwikkelen (Ceysens 2005). Het narcistische pantser en de zelfbevrediging (bevrediging los van een relatie) moeten plaatsmaken voor het onder ogen zien van de behoefte aan afhankelijkheid.

¶ *Theoretische achtergrond*

Freud schreef weinig over verslaving. Er is de brief van 22 december 1897 aan Fließ, bekend als *Masturbatie als de originele verslaving* en het artikel *Dostojevski en de vadermoord* (1928). In deze tekst onderzoekt hij Dostojevski's gokverslaving. Freud herhaalt hierin zijn vroegere standpunt

van een verplaatsing van masturbatie naar verslaving, doch verbindt verslaving nu ook met het oedipuscomplex. Hij ziet in de therapieresistentie en herhalingsdwang van het pathologisch gokken een zelfbestrafing uit schuldgevoel over de vadermoord.

In de psychoanalytische literatuur over verslaving wordt regelmatig verwezen naar de doodsdrijf en dus naar *Het lustprincipe voorbij* (Freud 1920). Naar de *Formuleringen over de twee principes van het psychisch gebeuren* (Freud 1911) wordt nooit verwezen. Nochtans is deze tekst zeer relevant voor deze problematiek en wel op twee vlakken.

Ten eerste maakt Freud daarin een onderscheid tussen een functioneren volgens het lustprincipe en het realiteitsprincipe. Onder de heerschappij van het lustprincipe streeft men naar directe spanningsontlading. Spanning (onlust) wordt niet verdragen en moet direct ontladen worden, wat lust oplevert. Functioneren volgens het lustprincipe betekent zich driftmatig afreageren zonder rekening te houden met de omgeving.

Ten tweede lanceert hij in deze tekst de idee dat frustratie nodig is voor psychische rijping. Zo stelt hij dat het opgeven van de hallucinatoire wensvervulling (het lustprincipe) en het aanvaarden van wat reëel is, ook al zou dat onaangenaam zijn (het realiteitsprincipe), slechts plaatsgrijpt bij het uitblijven van de verwachte bevrediging, dus bij teleurstelling.

Onder gunstige omstandigheden leert het kind wel rekening houden met de realiteit. In functie van de realiteit kan het 'ik' spanning leren verdragen en de ontlading uitstellen. De drift kan dan omgezet worden in maatschappelijk aanvaarde activiteiten die tot uiting komen in sport, kunst of religie. Het fantaseren en de seksualiteit blijven langere tijd onderworpen aan het lustprincipe. Deze tekst is de eerste in een reeks over de psychoanalytische theorie en betekent de introductie van de eerste drifttheorie. Daarbij worden de Ik-driften onderscheiden van de seksuele driften.

Hoewel verslaving en functioneren volgens het lustprincipe evident met elkaar verbonden zijn, vond deze theorie geen ingang in de psychoanalytische literatuur over verslaving noch in de hulpverlening van de verslavingszorg. De reden hiervoor is dat het concept van het lustprincipe door Freud zelf als niet universeel werd beschouwd. Freud had hiervoor verschillende redenen. Hij stelde vast dat er meerdere omstandigheden zijn die niet onder het lustprincipe vallen. Het lustprincipe werd voorbijgestoken door de doodsdrijf (Freud 1920). De doodsdrijf is, in tegenstelling tot de levensdrijf, een stille, dodelijke kracht die streeft naar de spanningsloze rust van de anorganische wereld. Onder de impuls van deze drift worden verbindingen en relaties verbroken en complexere netwerken afgebroken.

Ook Rosenfeld bespreekt personen met een verslavingsprobleem, in *Impasse and interpretation* (1987). In dit boek ontwikkelt hij zijn gedachten over narcistische almachtige objectrelaties en het narcistische almachtige zelf. Narcistische almachtige objectrelaties zijn een manier van in relatie staan die

overheerst wordt door de narcistische, egocentrische fantasie dat men alles kan en alles weet en boven de ander staat. De ander is eigenlijk niet meer dan een slaaf of een aanhangsel van het zelf. Deze fantasie vindt haar oorsprong in de vroegkinderlijke en voor deze patiënten ondraaglijke situatie van klein, hulpeloos en afhankelijk zijn. Deze situatie doet zich voor als de primaire verzorger onvoldoende afgestemd is op de (narcistische) noden van de infans. Als verdediging tegen de sterke negatieve gevoelens die met deze situatie samengaan ontwikkelen ze een narcistisch onnipotent zelf met de daarbij behorende fantasieën. Het narcistische onnipotente zelf is een intern object, een schuilplaats waarnaar de patiënt vlucht voor agressieve gevoelens die uitgelokt worden door situaties van afhankelijkheid, frustratie en afgunst.

Telkens wanneer de patiënt later in een dergelijke situatie komt, zoals bijvoorbeeld een opleidingssituatie maar ook in de therapeutische situatie van klein en afhankelijk zijn, trekt hij zich terug in zichzelf. In zijn veilige schuilplaats koestert hij de illusie oppermachtig, ongenaakbaar en onafhankelijk te zijn. Deze manier van in relatie staan met zichzelf en anderen verhindert echter dependente objectrelaties en geeft aanleiding tot een permanente devaluatie van anderen en een idealisatie van het zelf.

Het drama van de narcistische en a fortiori de antisociale patiënt, maar ook van sommige psychotici is dat dit infantiele, almachtige zelf feitelijk een verdediging is tegen de erkenning van het afhankelijke en levensnoodzakelijke deel van het zelf.

Het werk van Rosenfeld leunt op dit punt aan bij dat van André Green. Green (1983) spreekt van 'negatief narcisme' dat objectrelaties vernietigt door zijn 'deobjectaliserende' functie. Er vindt een aanval plaats op het proces van object(h)erkenning, een aanval op het 'linken' (Bion 1959), op de libidinale en dependente band tussen zelf en object.

Samenvattend kunnen we stellen dat personen met destructief narcisme oscilleren tussen twee modaliteiten van psychisch functioneren. Enerzijds een constructieve, opbouwende wijze, waarbij men van gebruik van middelen afstand doet ten voordele van relaties met mensen. Dan slaagt men erin inspanningen te leveren die pas op langere termijn iets opbrengen, kan men zich aanpassen en rekening houden met de realiteit. Zo functioneert men meer matuur en volgens het realiteitsprincipe. Hier heerst de levensdrift.

Anderzijds dreigt bij elke ontgoocheling of frustratie maar ook bij bevrediging een destructief, antisociaal en antirelationeel, afbrekend type van functioneren. De patiënt gelooft dan enkel in zichzelf, gebruikt middelen als zelfbevrediging (als snelle bevrediging los van een relatie), en gaat diepere kennis over zichzelf tegen. Hier heerst het lustprincipe en functioneert men onder de heerschappij van de doodsdrijf. Dan zien we directe driftontlading. Er bestaat geen uitstel, geen afstand, geen symbolisatie. Deze modus van (niet) in rela-

tie staan is een belangrijke bedreiging voor elke langdurige relatie, niet in het minst de therapeutische. Om de een of andere reden onthouden deze patiënten zichzelf dan de bevrijdende en voedende relatie met een therapeut en blijven ze gevangen in hun spiegelpaleis.

¶ *De levengever*

In wat volgt wordt ingegaan op de vraag waarom dit fenomeen zich voordoet.

Rosenfeld en andere door Melanie Klein beïnvloede auteurs zoeken de oorzaak bij het interessante maar controversiële concept van de doodsdrift. Symington zoekt de oorzaak elders. In zijn boek *Narcissism* uit 1993 ontwikkelt hij het concept van de 'life-giver'. Om dit concept van de 'levengever' te verduidelijken volgen twee voorbeelden.

Het eerste voorbeeld is van een patiënte die werd doorverwezen door de huisarts vanwege depressie en alcoholafhankelijkheid. Bij de anamnese bleek dat ze haar moeder verloor toen ze zes was. Ze had al verschillende therapeuten en psychiaters geconsulteerd, maar was telkens snel afgehaakt omdat ze zich nergens geholpen voelde. De therapeut stelde haar abstinentie en een therapie voor. Ze kwam echter niet opdagen voor haar vervolgspraak. Deze patiënte was niet in staat een diepere relatie aan te gaan met een voedende hulpverlener en trachtte haar problemen zelf op te lossen met de hulp van alcohol.

Dat het anders kan wordt getoond in de film *Central do Brasil* van Walter Salles. Josué, negen jaar, woont met zijn moeder in Rio de Janeiro. Zijn vader is alcoholist en heeft hen verlaten. Josué gaat met zijn moeder regelmatig naar het station om door Dora, die haar kost verdient met het schrijven van brieven voor analfabeten, een brief te laten schrijven naar zijn vader. Als zijn moeder omkomt bij een verkeersongeval doolt Josué alleen door het station. Hij zoekt contact met Dora, die uiteindelijk samen met Josué op zoek gaat naar zijn vader. Het mooie van deze film is dat niet enkel Josué zijn leven ont-plooit door de relatie met Dora. Hij heeft hetzelfde effect op haar. Zij heeft een gelijkaardige geschiedenis als Josué doch was tot hiertoe verbitterd en geperverteerd door de armoede.

Deze twee voorbeelden tonen aan dat sommige mensen blijkbaar kunnen kiezen voor een relatie die hen helpt zich te ontplooien, terwijl anderen hiertoe niet in staat zijn. Dit is cruciaal.

De narcistische persoon is iemand die zich afwendt van de 'levengever' en allicht gebeurt dit heel vroeg in de kindertijd. In een heel vroeg stadium heeft een baby behoefte aan een moeder (of een andere verzorger) die een bron is van voedsel, drank, warmte, en die een schuilplaats is voor hevige interne en externe prikkels. Het kind is dan voor zijn overleving, fysieke en mentale gezondheid volledig afhankelijk van haar. Wanneer er zich echter

een te vroege separatie of trauma voordoet, kan het kind zich afwenden van de moeder en zich op zichzelf richten. Het neemt dan zichzelf als liefdesobject. Belangrijk hier is dat er een intentioneel element zit in deze infantiele respons.

Vroeger ging men ervan uit dat narcistische patiënten mensen waren die getraumatiseerd werden vroeg in hun ontwikkeling en dat dit voldoende was om de narcistische problematiek te verklaren. Symington (1993) onderstreept dat een trauma in de kindertijd niet voldoende is als verklaring voor het ontstaan van (pathologisch) narcisme. Het is niet het trauma op zich maar de reactie van het individu op het trauma die beslissend is. In deze reactie zit een intentioneel element, een keuze.

Dit is een onmisbaar element in de conceptualisatie en behandeling van destructief narcisme, maar ook van verslaving, aangezien destructief narcisme vaak een rol speelt. Zonder een intentioneel element loopt onze behandeling vast op persistent gebruik en strandt onze conceptualisatie op de *paradox van de verantwoordelijkheid* bij verslaving.

De paradox van de verantwoordelijkheid is het gegeven dat als men verslaving beschouwt als een ziekte of stoornis, die maakt dat mensen hun gebruik niet kunnen controleren, men ze niet meer verantwoordelijk kan stellen voor de daden die ze stelden als ze onder invloed waren. De rechter lost deze paradox op door de toepassing van het beginsel 'actio libera in causa', het handelen is vrij tot het ogenblik dat het aangevat wordt. Als men weet dat het gebruik escaleert en aanleiding geeft tot negatieve gevolgen is het de verantwoordelijkheid van het individu om ervoor te kiezen niet te beginnen met het gebruik. Voor alcoholisten betekent dit het eerste glas laten. Deze keuze die elke dag opnieuw gemaakt moet worden, is een keuze voor het constructieve en tegen het destructieve.

De 'levengever' is volgens Symington 'een psychisch object waar de psyche voor kan kiezen of dat de psyche kan weigeren op een heel diep niveau'. Het is dus niet het object op zich, maar een interne psychische representatie van het object of de ander. De 'levengever' is het psychische object dat beleefd wordt in relatie tot een persoon. De ander is méér dan een persoon. Er is een hele gevoelsconstellatie verbonden met die persoon. Zoals de borst voor het kind meer is dan de borst, meer is dan iets dat warme melk produceert. De borst staat ook voor genegenheid, kussen, vastgehouden worden enzovoort. Deze gehele mentale representatie is het emotionele object dat door de ander te vinden is, een object dat een persoon kiest als een alternatief voor het zoeken van zichzelf.

Bij narcistische individuen wordt in een heel vroeg stadium van de kindertijd de 'levengever' geweigerd en kiest het 'ik' zichzelf in de plaats daarvan als liefdesobject. Toch is dit niet helemaal correct, het kind is immers voor zijn overleving afhankelijk van de 'levengever', dus ontstaat er een splitsing in het individu. Een deel kiest noodgedwongen voor de 'levengever' doch een ander

deel kiest zichzelf als liefdesobject. Zo ontstaan het relationele, constructieve en het narcistische, destructieve deel van de persoonlijkheid. Hoeveel van de 'levengever' beschikbaar is, is afhankelijk van de mate waarin de splitsing optrad, van de mate waarin de 'levengever' werd opgegeven.

Symington legt er de nadruk op dat de twee delen op een verschillende wijze actie genereren. Het constructieve stuk kan komen tot creatieve actie terwijl het destructieve stuk enkel in staat is tot manipulatie. De creatieve act komt voort uit het zelf, bij manipulatie wordt de ander opgeroepen iets te realiseren.

In de verslavingszorg vinden we slechts enkele patiënten die vooruit willen. Zij willen echt werken en zoeken naar manieren om hun leven op een ander spoor te krijgen. Ze komen daadwerkelijk tot creatieve actie en veranderen, met onze hulp, hun levensstijl grondig. Er zijn echter meer patiënten die dit niet doen. Ze verwachten dat wij het probleem voor hen oplossen. Zij gaan misschien wel tijdelijk minder of zelfs niet drinken maar veranderen hun levensstijl niet. Deze patiënten blijven dezelfde eenzijdige relaties aangaan, die gekenmerkt worden door 'nemen' eerder dan 'geven'. Bij AA spreekt men in dat geval van 'droog zuipen'. Er is een derde groep die helemaal niet in behandeling gaat.

¶ *Besluit*

Verslavingsproblemen zijn complex en hebben een biologische, psychologische en sociale dimensie. Vanuit psychoanalytisch (vooral objectrelationeel) oogpunt zijn verslavingsproblemen diepgewortelde relatieproblemen. Deze personen gebruiken verslavende middelen of activiteiten om met psychische moeilijkheden om te gaan in plaats van ze te bespreken. Tekorten worden niet verdragen en ontkend. Verslavende middelen zijn voor deze patiënten een vorm van (zelf)medicatie die verhindert dat men pijn of verdriet voelt of die pijnstilling of troost biedt. Gebruiken is synoniem voor wegvlugten in een versmeltende (bij intraveneus gebruik zelfs vervloeiende), symbiotische relatie. Deze personen zijn niet (of te weinig) in staat deze noden te lenigen via contact met andere mensen. Ze oscilleren tussen het aangaan van relaties en het zich terugtrekken in zichzelf. Ze houden dan geen rekening meer met de (subjectieve) ander, zoeken genot en bevrediging bij (zelf)objecten. De aanleiding om zich af te keren is een frustratie of afgunst.

De reden voor het onvermogen stabiele, diepere relaties aan te gaan situeert zich in de reactie op een trauma waarbij men de primaire verzorger afwees. De persoon kiest dan, voor een belangrijk stuk, zichzelf als liefdesobject. Voor de behandeling is de omgekeerde beweging noodzakelijk zodat men bij iemand aanhaakt, de (onvermijdelijke) frustratie verdraagt, zijn gevoelens bespreekt en leert troost te vinden bij de ander. Op langere termijn kan men dan leren deze capaciteiten in zichzelf te ontwikkelen.

Literatuur

- ALCOHOLICS ANONYMOUS (1952). *Twelve steps and twelve traditions*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- BABOR, T. F. & DEL BOCA, F. K. (2003). *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BION, W. R. (1959). Attacks on linking. In W. R. Bion, *Second thoughts* (p. 93-109). Londen: Karnac, 1967.
- BÜCHNER, U. (2002). Rückfallbearbeitung — psychoanalytisch orientiert. *Sucht*, 48, 95-97.
- CEYSENS, E. (2005). Hyperindividualisme, narcisme aan het begin van de 21ste eeuw. In M. Kinet & L. Moyson, *Grootse patiënten, kleine therapeuten* (p. 85-95). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- FLORES, P. J. (1996). *Group psychotherapy with addicted populations — An integration of twelve-step and psychodynamic theory*. New York: The Haworth Press.
- FORREST, G. G. (1983). *Alcoholism, narcissism and psychopathology*. Northvale NJ /Londen: Jason Aronson.
- FREUD, S. (1897). 'Brief#79'. In M. Bonaparte, A. Freud & E. Kris (red.), *The origins of psychoanalysis — Letters to William Fliess* (p. 238-240). New York: Basic Books, 1954.
- FREUD, S. (1911). Formuleringen over de twee principes van het psychisch gebeuren. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Psychoanalytische Theorie 1* (p. 9-24). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1920). Aan gene zijde van het lustprincipe. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Psychoanalytische Theorie 1* (p. 92-163). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1928). Dostojevski en de vadermoord. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Cultuur en Religie 2* (p. 198-223). Amsterdam: Boom.
- GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Parijs: Les éditions de minuit.
- HEBBRECHT, M. & VANDERMEEREN, R. (2007). Narcisme, alcoholisme en tegenoverdracht. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 33, 197-209.
- KHANTZIAN E. J. (1999). *Treating addiction as a human process*. Northvale NJ: Jason Aronson Inc.
- LEVIN, J. D. & WEISS, R. H. (1994). *The dynamics and treatment of alcoholism — Essential papers*. Northvale NJ /Londen: Jason Aronson.
- LOOSE, R. (2002). *The subject of addiction — Psychoanalysis and the administration of enjoyment*. Londen: Karnac.
- MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.
- MONJAUZE, M. (2002). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Parijs: Editions in press.
- REYMANN, G. (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger — Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. *Sucht*, 48, 182-190.
- ROSENFELD, H. (1987). *Impasse and interpretation — Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline and neurotic patients*. New York: Brunner-Routledge.
- SYMINGTON, N. (1993). *Narcissism — A new theory*. Londen. Karnac Books.

SUMMARY

Addiction and turning away from the life-giver

Addiction is a complex condition and has biological, psychological and social dimensions. From a psychoanalytic (object-relational) point of view addiction is accompanied by and originates in severe relational problems. To cope with their psychological difficulties, addicted persons prefer to (ab)use addictive substances or activities rather than discuss their problems. They are unable to tolerate their deficiency and deny its existence. The use of addictive substances is synonymous with flight to a symbiotic relationship with a self-object. There is a major incapacity in addicted persons to solve their difficulties with other people. These problems originate in an early response to trauma, a turning away from the primary carer and a choice of self as a love-object, a process in which the life-giver is abandoned. Treatment requires the opposite. Addicted persons need to build a relationship, discuss their difficulties and find comfort there. In time they can develop these capacities in themselves.

Key words: addiction, life-giver, narcissism