

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

Psychoanalyse en alcoholisme

Reflecties vanuit het werk van Monjauze

MARC HEBBRECHT

Sporadisch verschijnen in het *Tijdschrift voor Psychoanalyse* bijdragen over de psychoanalytische behandeling van verslaving (Ceysens 2008; Vandermeeren 2004; Hebbrecht 2001). In het behandelprogramma voor verslaving van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria te Sint-Truiden vormt het psychoanalytische denkmodel een belangrijke bron van inspiratie. De keuze voor dit kader in het werken met alcoholisten is nogal zeldzaam. In het recente Nederlandstalige *Handboek verslaving* (Franken & Van den Brink 2009) wordt de psychoanalytische invalshoek niet vermeld, hoewel dit in belangrijke Amerikaanse handboeken (Lowinson e. a. 2005) nog wel het geval is. Wel wordt erkend dat de psychoanalyse een inbreng heeft in de ontwikkeling van het denken over middelengebruik (Lemmens & Knibbe 2009, p. 89-90).

Eerst iets over de setting. Onze afdeling maakt deel uit van een psychiatrisch ziekenhuis en biedt een steunende omgeving waar dertig patiënten integratief worden behandeld, vooral alcoholisten. De patiënten vertonen naast hun verslavingsproblematiek vaak persoonlijkheidsstoornissen, dikwijls narcistische en minder vaak borderline (Hebbrecht 2001). De vraag kan gesteld worden waarom we kiezen voor een psychoanalytische behandeling. Dit roept verwondering op bij collega's die de psychoanalytische methode gelijkstellen met het exploratieve werk. Maar psychoanalytisch werken is breder dan dat. We opteren voor een steungevende psychoanalytische benadering. Deze richt zich juist naar patiënten met psychiatrische aandoeningen bij wie fundamentele persoonlijkheidsverandering als niet haalbaar wordt gezien (Werman 1984, Rockland 1989, Hebbrecht 1995). Hoe steun begrepen wordt, is al aan bod gekomen in een eerdere bijdrage in dit tijdschrift (Hebbrecht 2005).

Een psychoanalytische benadering die geen oog heeft voor de complexe veroorzaking van alcoholverslaving is volgens mij uit den boze. Men moet ervoor oppassen niet in de valkuil te trappen alcoholmisbruik louter op te vatten als het gevolg van andere stoornissen, van innerlijke conflicten of van relationele en professionele problemen. Als ik hier spreek over 'verslaving' beoog ik zowel misbruik als afhankelijkheid van psychoactieve middelen, waarbij ik verwijs

naar de diagnostische criteria van de DSM-IV (American Psychiatric Association 2005). Verslaving is steeds een probleem op zich, dat aparte aandacht verdient, naast diepere psychotherapeutische hulp. Wie geïnteresseerd is in de psychoanalytische modellen hierbij, verwijs ik naar Hebbrecht (1997, 2004a, 2006), Vandermeeren (1998, 2001), Hebbrecht & Vandermeeren (2007), Vandermeeren & Hebbrecht (2007, 2009), Levin (1991), Levin & Weiss (1994) en Ulman & Paul (2006). Op de afdeling hanteren wij een psychoanalytisch geïnspireerd steunend behandelmodel, waarin de klassieke ingrediënten van verslavingsbehandeling ook alle aandacht krijgen: fysieke ontwenning, inventarisatie van de probleemgebieden en diagnostiek, verhogen van de motivatie tot alcohol-abstinentie, farmacotherapie, behandeling van somatische en psychiatrische comorbiditeit, terugvalpreventie, psychosociale rehabilitatie en deelname aan zelfhulpgroepen.

De laatste jaren heeft het werk van de Franse psychoanalytica Michèle Monjauze (1991, 1999, 2001) mij bijzonder geïnspireerd. Ze heeft mij via haar boeken interessante inzichten bijgebracht wat betreft de behandeling van alcoholisten. Ik kies een gevalsbeschrijving uit een autobiografische roman als aanknopingspunt om de visie van Monjauze te illustreren. Na de gevalsbeschrijving wordt kort iets geschreven over alcoholisme als neurobiologische stoornis. Daarna wordt een poging ondernomen om de subjectiviteit van de alcoholist van binnenuit te begrijpen: psychisch tekort, autistische enclave, instabiele voorstelling, verstoorde lichaamsbeleving, afsplitsing van het alcoholische deel. Ten slotte worden enkele implicaties voor de behandeling aangegeven.

¶ *De val... een gevalsbeschrijving*

Net voor de voorjaarsvakantie van 2008 schonk een patiënt me bij zijn vertrek van onze afdeling het boekje *De val* van August Willemsen (1991). Willemsen was bekend als auteur maar ook als vertaler van het werk van de dichter Pessoa en van andere meesterwerken uit de Portugese literatuur. In dit boek brengt hij het relaas van zijn alcoholprobleem in de vorm van een verzameling brieven die hij richt aan een vriend. De brieven zijn doorspekt met herinneringen aan medepatiënten en behandelaars.

Op 10 december 1990, op weg naar huis met flessen wodka, komt Willemssen onder invloed ten val en breekt zijn linkerheup. Het kan een halfuur geduurd hebben eer een groep onbekenden hem rechtop hijst. Hij voelt geen pijn. Een hele tijd later beseffen de omstanders dat er iets ernstigs aan de hand is en bellen ze de ambulance. August is ernstig onderkoeld. Na een kort verblijf in het algemeen ziekenhuis wordt hij naar een revalidatiecentrum overgebracht voor een ontwenningsskuur. Herkenbaar is dat August zich niet wil identificeren met de rol van alcoholist, maar zichzelf benoemt als «een gebroken heup» en vooral met de val bezig is. Bij de opname in het

centrum voelt hij opluchting want hij mag afstand doen van elke verantwoordelijkheid. Hij vergelijkt dit gevoel met de vrijheid van de bezitloze die niets meer te verliezen heeft.

In de loop van het boek vormen we ons geleidelijk een beeld van de neergang, zo typisch bij alcoholisten: het toenemend verzaken aan afspraken en verplichtingen, niet meer op tijd komen, verwaarlozen van relaties en vriendschappen, vervreemding van dierbaren. Het wonderlijke van een verslaving is dat ze zo'n gemengde ervaring vormt. Willemsen schrijft: 'Het lekker gevoel en de pest gaan als het ware samen.' Het lekkere gevoel is nauw verbonden met verlangen naar de dood. Drinken is experimenteren met zelfvernietiging. Op den duur bestaat zijn leven alleen nog uit eten, zuipen, slapen, dromen. Na verloop van tijd werkt elke drank, ook water, intoxicierend omdat de alcohol die constant in het lichaam aanwezig is, weer actief wordt gemaakt. Mensen uit zijn omgeving laten hem vallen. Voordrachten waarvoor hij was uitgenodigd worden met een smoes geannuleerd. De organisatoren willen namelijk niet in de problemen komen door August's onvoorspelbaarheid. Wanneer hij zijn brieven uit die periode naleest, merkt hij een geleidelijke verbroekeling van de tekst in losse en steeds kleinere alinea's en in dwangmatige herhalingen.

Na enkele maanden revalidatie voelt hij zich beter. Wel overheersen wroeging en schuldgevoelens, zoals het knagende besef dat hij door zijn gedrag respect heeft verloren in de ogen van anderen en van zichzelf.

De behandeling zelf roept gemengde gevoelens op. Enerzijds is er het gevoel van bevrijding, het zich kunnen wentelen in het behagen van het verzorgd worden. Anderzijds is er de voortdurende ergernis. August ergert zich vooral aan de oppervlakkige gesprekken: negentig procent van de woordwisseling bestaat uit incoherent gebabbel, vijf procent uit dierlijke geluiden en nog eens vijf procent uit werkelijke communicatie. Hij wil maar twee dingen: aandacht en met rust gelaten worden. Maar hij beseft dat de val zijn redding is geweest. De opname moest gewoon. Voor August zou het genoeg zijn als het therapieprogramma enkel bestond uit niet drinken en het herstel van een slaap- en levenspatroon. De rest kan hem gestolen worden. Hij klaagt over de betutteling door het personeel. Ook het zalvend-therapeutische en het betweterige dat aan de behandeling kleeft, beleeft hij als onverdraaglijk. Het stoort hem dat de begeleiders willen dat hij zijn emoties toont. Hij is een gevoelsmens. Echter wanneer hij als schrijver zichzelf uitdrukt in grammaticaal correcte, goed geformuleerde zinnen, krijgt hij het etiket van 'rationeel en koel' opgeplakt. De minimalisering van zijn alcoholprobleem is duidelijk te zien: hij noemt zich een licht geval met zijn gewoonte van slechts één fles sterke drank per dag. Willemsen maakt bedenkingen die ons vertrouwd in de oren klinken. Volgens hem is mateloosheid een essentiële trek. Is hij niet onmatig in het drinken, dan in iets anders, zoals werken en autorijden. In één ruk van Amsterdam naar Salamanca zonder enig spoor van moeheid te

voelen is een vanzelfsprekend gegeven. Hij associeert verslaving met verliefdheid: beide onderscheiden zich door exclusiviteit, de fixatie op één ding dat tot obsessie wordt, het verslingerd zijn aan iets, ook al druist dit in tegen de eigen wil of rationele overwegingen.

Er is ook de diepe angst voor het ontslag uit de kliniek: de angst voor de gewone wereld en de angst voor het meer dan even alleen zijn. Vooral voor mensen die geen echte gezelligheidsdieren zijn, begint de hel wanneer de anderen weg zijn en ze thuis alleen overblijven. Het loslaten van de kleine, besloten en veilige wereld van de kliniek waar hij zich ook zo geërgerd heeft, is voor hem bijzonder beangstigend.

Hoe denkt August over het ontstaan van zijn alcoholprobleem? Volgens hem is er de genetische aanleg: zijn vader dronk graag en ook in de familie van vaders zijde werd veel gedronken, hoewel nooit destructief. Volgens August ligt de oorzaak in de slechte relatie met zijn moeder. Al voor hij drie was, wilde ze dat hij het mooiste kind van de straat zou zijn. Wat deed hij zijn hele jeugd? Hij weerde haar verstikkende liefde af, hij deed niets liever dan haar beschamen in haar hoop, haar bewondering en verwachtingen. Hij beleefde haar liefde immers als te verstikkend. We zouden zeggen dat hij gevangen zat in de rol van zelfobject voor zijn moeder. Zijn alcoholprobleem had volgens hem als functie haar en anderen van hem weg te duwen. Hij kokhalsde, niet van de wodka, maar van de gedachte aan zijn moeder. Het is zo herkenbaar dat alcoholisten via hun gedrag en scherpe, hatelijke waarheden die ze onder invloed verbaal afvuren op hun naaste omgeving, hun geliefden telkens weer opnieuw afstoten.

Willemsen is niet mals voor psychologen. Hoezeer psychologen ook mogen beweren dat inzicht in je problemen al de halve genezing is, hij gelooft er geen barst van. Het is hoogstens mooi meegenomen, maar je blijft dezelfde sukkel. Psychoanalytisch herkennen we het uitageren van een negatieve moederlijke overdracht op de behandelaars. August kon zeer moeilijk inmenging van zijn moeder verdragen. De moederlijke overdracht herhaalt zich in de therapeutische relatie: elke interventie wordt beleefd als hinderlijke bemoeizucht.

¶ *Hoe ontstaat alcoholisme?*

De getuigenis van Willemsen komt me zo vertrouwd voor dat ze als representatieve illustratie kan dienen voor wat wij in onze klinische praktijk zien en horen. Dankzij de uitgebreide wetenschappelijke kennis weten we al beter waarom slechts een aantal personen na een eerste kennismaking met alcohol evolueert naar probleemgebruik en afhankelijkheid terwijl anderen er zonder probleem van kunnen genieten en er de kwaliteit van hun leven mee verbeteren. Er is een algemene genetische kwetsbaarheidsfactor die in veertig tot zestig procent van de gevallen een belangrijke rol speelt. De erfelijke factor in de

mate van kwetsbaarheid voor verslaving is aanzienlijk, maar ook andere factoren spelen een belangrijke rol. De verhouding tussen genetische en omgevingsfactoren in de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van alcoholisme is per individu verschillend. Er zijn aanwijzingen dat er subgroepen van patiënten bestaan met te onderscheiden genetische en klinische kenmerken. De laatste tien jaar begrijpen we ook beter hoe neurobiologie en verslaving met elkaar verweven zijn. Verslaving wordt opgevat als een stoornis van het beloningssysteem van ons brein. Naast een individuele biologische kwetsbaarheid kunnen ook directe effecten van alcohol op de hersenen een verklaring vormen voor het misbruik en de afhankelijkheid ervan. Waarschijnlijk veroorzaakt een vroeg psychisch tekort veranderingen in de hersenen, meer bepaald in het mesolimbisch dopaminesysteem. Het psychische tekort leidt tot een daling van de pleziertonus en een vermindering van de remming van disfunctioneel gedrag, met als gevolg dat alcohol een grotere plezierervaring veroorzaakt dan voor degenen die geen slachtoffer zijn van dit psychische tekort. De erfelijk bepaalde kwetsbaarheid komt tot expressie onder invloed van andere (deels onafhankelijke) sociale, psychologische en biologische factoren. Herhaaldelijke blootstelling aan alcohol op zich veroorzaakt veranderingen in de hersenen. Andere kwetsbaarheidsfactoren zijn: impulsiviteit; motivaties, zoals de behoefte aan plezier, aan sociale interactie, en het verlangen zich minder rot te voelen; negatieve affecten, zoals depressie en angst; de verwachting dat alcohol positieve effecten teweeg zal brengen, en een lage *self-efficacy* (de perceptie dat men controle heeft over het eigen gedrag) (Franken & Van den Brink 2009).

¶ *Hoe begrijp je de alcoholist?*

Bij het beantwoorden van de vraag hoe een alcoholist te begrijpen is, zal ik me beperken tot enkele gedachten die ik in het werk van Monjaube heb aangetroffen en deze illustreren met het autobiografische verhaal van Willemsen. Monjaube (1999, p. 131) definieert de alcoholist als een persoon met een psychische breuklijn die al vroeg is ontstaan. Vanuit deze breuk of dit tekort ontstaat de dwingende en onweersaanbare behoefte om alcohol te drinken ofwel de dwang om alcohol radicaal uit te sluiten.

► **PSYCHISCH TEKORT** — August bijvoorbeeld situeert het vroege psychische tekort in de slechte relatie met zijn moeder. Blijkbaar kon hij het niet langer verdragen als zelfobject voor zijn moeder te dienen: hij moest het mooiste kind van de buurt zijn. Hij heeft haar niet als voldoende liefdevol dragend en ontvankelijk begrijpend ervaren. Ondanks zijn gevorderde leeftijd leeft er in hem een haat jegens zijn moeder die niet gematigd kan worden. Door het feit dat hij de goede moeder als dragende structuur onvoldoende verinnerlijkt heeft, blijft hij onderhevig aan primitieve angst. Willemsen kiest onbewust maar niet toevallig als titel voor zijn boek *De val*.

De alcoholist zou een specifieke traumatische ervaring opzoeken om zich deze eigen te maken en te overwinnen via de alcoholische roes. Is dit niet het principe van de herhalingsdwang, dat ons sinds Freud zo vertrouwd in de oren klinkt? Het gaat over het opzoeken van een vroege, preverbale beleving. Alcohol zal in het begin de angsten wel verminderen, maar onderhoudt en versterkt bij herhaaldelijk gebruik de archaische angsten: angst om te vallen, zich niet rechtop te kunnen houden, te vervloeien, leeg te lopen, te verdwijnen of uit te drogen. Bij beginnend alcoholmisbruik worden deze angsten behoorlijk gedempt, maar naarmate het langer duurt, vermindert het kalmerende effect en nemen de angsten weer toe.

Een van de meest evidente effecten van alcohol is ofwel het herstellen van de zekerheid, ofwel het wegnemen van de onzekerheid over het goed vasthouden worden (Monjauze 1999, p. 160). De alcoholist had ofwel een (vervang)-moeder met een onzekere gang, of hij werd gedragen door te veel verschillende personen en heen en weer geslingerd tussen de een en de ander. Het is ook mogelijk, zoals bij August, dat de latere alcoholist als verlengstuk moest dienen voor zijn moeder en zelf onvoldoende innerlijke stevigheid en vastheid heeft opgebouwd. Er zijn vaak aanwijzingen voor psychische terreur en gebrek aan moederlijke steun in de vroege jeugd van alcoholisten (Monjauze 1991). De onzekere moederlijke steun onderhoudt de angst om te vallen en doet het kind vasthouden aan een reflex van zich vastklampen. Door stabiliteit te verinnerlijken, kan het kind stilaan zijn steun loslaten. Bij alcoholisten echter blijft die onzekerheid bestaan tot na de autistische fase (Monjauze 1999, p. 180-186). Je zou de alcoholist kunnen vergelijken met een zeeman die op een weinig stabiel schip woont dat in woelig water vaart; hij moet zich ergens aan vastklemmen om niet heen en weer geslingerd te worden. De fles wordt iets om zich aan vast te klampen, of na de ontwenning: de partner of een groep mensen zoals AA of een geloofssysteem of een hobby. De vraag kan gesteld worden of Monjauze de valangst niet te concretistisch benadert. Ook haar visie op het bestaan van een autistische fase roept in de psychoanalytische wereld steeds meer controversen op.

► AUTISTISCHE ENCLAVE — Monjauze (1999, p. 180) meent dat de persoonlijkheid van alcoholisten een autistische enclave bevat die zich bij iedere patiënt anders manifesteert. Anderzijds zien we bij alcoholisten mechanismen die ontbreken bij autisten, zoals het gebruik kunnen maken van een derde. Ze spreekt van een 'autistische enclave met een alcoholische specificiteit' (Monjauze 2001, p. 61-107). Zoals Tustin (1980) de autistische objecten beschrijft die dienen om de angst voor de verdwijning van het zelf te dempen, zo kunnen sommige alcoholisten het glas of de fles niet loslaten. De hardheid van het omhulsel zorgt voor geruststelling tegen de angst te verdwijnen, die samenhangt met een ongreepbare inhoud.

Omdat de alcoholist zichzelf als weinig stevig beleeft en zijn zelf de tendens vertoont te vervloeien, zal hij geneigd zijn de definitie van zichzelf te ontleen aan de omgeving waarin hij verkeert. Er is steeds dat gedreven op zoek zijn, het eigen wezen willen vatten maar het telkens voelen ontsnappen. Een kader dat extern is aan hemzelf en hem kan vasthouden dient als het ware als prothese. Het is ook onze ervaring dat sommige alcoholisten in remissie kunnen geraken als ze tenminste ingebed zijn in een AA-groep ofwel een nieuwe relatie opbouwen met een partner die hen bij wijze van spreken stevig in de hand houdt. Sommige alcoholisten houden zich vast aan stoere, simplistische en sloga-neske taal die typisch is voor AA-groepen: ›We zijn allen gelijk, machteloos tegenover alcohol, alleen door nuchter te blijven kunnen we gelukkig worden, eens alcoholist altijd alcoholist, alleen alcoholisten begrijpen elkaar.‹ Door te spreken over de destructieve gevolgen van alcohol en door getuigenissen te delen kunnen ze als het ware achtervolgende en verwerpelijke inhouden van zichzelf in de groep deponeren en zich ervan bevrijden. Het constante geroezemoes, kenmerkend voor behandel eenheden van alcoholisten, begrijpen we als de creatie van een sonoor bad, dat zorgt voor een veilige omhulling of *container*. Eigenlijk zoeken ze rust, maar ze creëren ook voortdurend geluid, iets wat ook August ervaren heeft tijdens zijn verblijf. Een belangrijke verdediging tegen de identiteitszwakte is assimilatie in een groep van gelijken. Abstinente alcoholist zijn is bijvoorbeeld een manier om een sociale identiteit te verwerven. Op die manier wordt men weer iemand.

Herkenbaar bij alcoholisten is hun angst om tussen wal en schip te vallen (Monjaube 2001, p. 94). Iedere verandering of overgang van één plaats naar de andere veroorzaakt grote angst. Patiënten vertonen vaak een terugval tijdens het weekend of bij de overgang van volledige naar partiële hospitalisatie ofwel kort na het ontslag. Onderbrekingen geven moeilijkheden. De alcoholist leeft vooral in het heden; de nabije toekomst is een leegte waarop niet geanticipeerd wordt, in plaats van een plek waar men verwacht wordt of waar er mensen zijn die men zal ontmoeten. Dit heeft te maken met het voorstellingsvermogen dat continuïteit verschaft in ons psychisch leven. Alcoholisten lijden onder een gebrekkige objectconstantie. Wie over innerlijke voorstellingen beschikt van dierbaren die afwezig zijn, beschikt als het ware over een bredere brug tussen wal en schip, terwijl iemand die het zonder moet stellen, balanceert op een slap koord. Hun moeite om te rouwen hangt hier ook mee samen, er ontstaat niet echt een rouwverwerking maar dikwijls een zich vastklampen aan één indringend visueel beeld dat verband houdt met de overledene.

► **INSTABIELE VOORSTELLING** — Volgens Monjaube (1999, p. 172-175) hebben alcoholisten een instabiele voorstelling van de ruimte. De ruimte is in voortdurende transformatie, zonder structuur of stabiliteit. Alcoholisten hebben moeite met logische en temporale sequentie. De toekomst is goed voor het

moment, het verleden is altijd hetzelfde. In groepen als AA wordt daarom ook abstinentie in het heden benadrukt, van minuut tot minuut bij de aanvang en van dag tot dag.

► **LICHAAMSBELEVING** — Monjauze (2001, p. 78-85) schrijft interessante dingen over de lichaamsbeleving van alcoholisten. Door fouten in de moederlijke benoeming van het lichaam is er weinig differentiatie in gewaarwordingen. Ze hebben een verdoofd lichaam en vertonen soms een opvallende ongevoeligheid voor lichamelijke pijn. August had bijvoorbeeld weinig last van zijn gebroken heup. Monjauze beschouwt het als foutief om de alcoholist als oraal gefixeerd te benoemen. Er is volgens haar juist een gebrek aan erogenisatie. Het gaat niet meer om plezier en genieten maar om naar binnen gieten, zuipen om te overleven. Sommige alcoholisten beschrijven zichzelf als levend gevild of als een boom die van zijn schors is ontdaan. Het lichaamsbeeld in projectieve psychologische testen is vaak zonder organisatie (Monjauze 1991, p. 131-158; 1999, p. 193-206). Ter verdediging tegen verbrokkeling grijpt de patiënt vaak terug naar het anatomische lichaam. In plaats van de werkelijke pathologie te bespreken, heeft August het over de val en de gebroken heup. Hij kiest voor een metonymische representatie: een deel staat voor het geheel. Alcoholisten somatiseren vaak. De hypothese van Monjauze dat creatieve alcoholisten, zoals schrijvers, minder alcoholische beschadiging van het lichaam vertonen dan de gevoelloze, alexithyme alcoholisten is een interessante veronderstelling die verder empirisch onderzocht moet worden.

► **AFSPLITSING VAN HET ALCOHOLISCHE DEEL** — Alcoholisten tonen zich vaak gezonder en normaler dan ze werkelijk zijn. Niet voor niets is men pessimistisch over de kans van slagen van behandeling van alcoholisten. Naar analogie van de theorie van Bion (1957) over het psychotische deel van de persoonlijkheid spreekt Monjauze (1999, p. 180-192) over het 'alcoholische deel'. Dit deel is afgesplitst en moeilijk toegankelijk. Het is te begrijpen als monsterachtig en verblindend, een deel dat niet wil weten maar alleen kalmering van primitieve angsten nastreeft. In het begin zal het gezonde deel van de persoonlijkheid het alcoholische deel beschermen en de ontwikkeling ervan bevorderen, wat zich uit in het rationaliseren en minimaliseren van het alcoholgebruik. Na een zekere tijd faalt het gezonde deel in de controle over het alcoholische deel, er is geen innerlijke dialoog meer mogelijk. Er ontstaat dan een splitsing waarbij het drinken en het aangaan van een hulpverleningsrelatie naast elkaar bestaan en elkaar niet beïnvloeden. De patiënt gaat overtuigd naar de bijeenkomsten van de AA om na de vergadering rechtstreeks naar het café te gaan waar de ober de jenever al inschenkt zodra de patiënt binnenkomt. Dit gespleten functioneren leidt uiteindelijk tot een crisis, waarbij de omgeving zal ingrijpen. De partner maakt duidelijk dat het genoeg is, de werkgever dreigt met ontslag, ofwel de politie grijpt in. Monjauze (1991, p. 203-234) veronder-

stelt dat het alcoholische deel van het zelf via non-verbale en artistieke wijze tot expressie gebracht kan worden. Wanneer dit niet lukt, wordt een behandeling die nuchter zijn nastreeft vooral als een — weliswaar noodzakelijke — amputatie van een deel van het zelf beleefd. De patiënt beleeft dit als een onherstelbaar verlies, een ingrijpende psychische castratie.

¶ *Implicaties voor de behandeling*

Wat kan dit psychodynamische inzicht de clinicus bijbrengen voor de behandeling van alcoholisten? Heeft het, zoals Willemsen beweert, weinig zin dat psychologen focussen op het bijbrengen van inzicht? Zoals kunstenaars geen boodschap hebben aan psychoanalytische interpretaties van hun artistieke creativiteit, zo heeft de alcoholist weinig oor voor duidingen van de onbewuste dynamiek. Het is beter de nadruk te leggen op ondersteuning, het gezonde narcisme te verstevigen, het alcoholische zelf tot creatieve expressie te brengen, schaamtegevoelens weg te nemen, de schade die in de omgeving is toegebracht te herstellen, de familie in de behandeling te betrekken, de patiënt zich te laten hechten in een groep en de lichamelijke toestand en de lichaamsbeleving te verbeteren. Het is belangrijk inzicht te krijgen in de dynamiek van alcoholisme en dit inzicht aan de patiënt voor te leggen op het juiste moment. Het verzet tegen het aanbrengen van inzicht is meer te begrijpen als een narcistische verdediging (zie Hebbrecht 2004b). In een minder cohesieve toestand heeft de patiënt de therapeut nodig als een primitief zelfobject en is hij niet in staat een inzicht van de therapeut aan te nemen. De therapeut dient zijn inbreng dan te beperken tot een zich empathisch inleven en het communiceren van zijn affectief afgestemd zijn. Pas wanneer het zelf voldoende samenhangend is en er een stevige werkrelatie is opgebouwd, is de patiënt in staat iets van de therapeut aan te nemen (Hebbrecht 2004b).

Vooreerst hebben alcoholisten behoefte aan een therapeutische setting waarin ze zich gedragen voelen, een setting gekenmerkt door stabiliteit en continuïteit, een ruimte die gezelligheid biedt en voorziet in menselijke warmte, die een 'café-zonder-bier'-atmosfeer verdraagt. Een omgeving waar men ook kan blijven plakken, een setting met stevige grenzen die soepel gehanteerd kunnen worden, en waar niet gevlucht wordt voor ernstige momenten.

Het is ook belangrijk iets te doen aan het stigma dat aan alcoholisme kleeft. Als er in sommige echelons in de ziekenhuisorganisatie met weinig respect over deze mensen wordt gesproken, is het moeilijker om resultaat te bereiken, omdat de vicieuze cirkel die schaamtegevoelens op gang brengt dan niet doorbroken kan worden. Vooral de pejoratieve en moraliserende vooroordelen over alcoholisten moeten ter discussie gesteld worden. Alcoholisten worden nog te veel gezien als wilswakke mensen die zich laten gaan en die men streng moet aanpakken. Misschien moeten we dit vooral zien als aspecten van het wrede Boven-Ik van deze patiënten die door hen slecht verdragen worden en telkens

weer opnieuw afgesplitst en geprojecteerd worden op de omgeving, ook de therapeutische.

Alcoholisten dienen wel een omgeving te krijgen waar ze kunnen onderzoeken waarom betekenisvolle anderen van hen afstand hebben genomen. Omdat ze te zeer aankleven, agressief grenzen doorbreken, onbetrouwbaar worden, niet goed voor zichzelf zorgen, zich hatelijk gedragen, kwetsende dingen zeggen, veel beloven en beloften niet nakomen? Het kan niet anders: schuld- en schaamteproblematiek zal besproken en doorgewerkt moeten worden. Alcoholisten hebben talloze redenen om zich beschaamd te voelen: ze deden domme dingen, plaatsten zichzelf buiten de groep of gedroegen zich regressief terwijl anderen streng en kritisch toekeken. Monjauze (2001, p. 69-73) schrijft over het 'verzorgen', het 'verbinden' van de schaamte ('penser/panser la honte'), zoals men een wonde verzorgt en er een pleister op legt. Schaamte kan verzacht worden van buitenaf, door de alcoholist nederigheid en authenticiteit respect te betonen, door hem een gevoel van eigenwaarde te geven, hem te accepteren, op te nemen en af te schermen voor de vernietigende blik van de ander. Schuldgevoelens passen meer in de depressieve positie, hoewel schuldgevoelens bij alcoholisten vaak een extreem achtervolgend karakter kunnen hebben en vanwege hun ondraaglijkheid afgesplitst en geprojecteerd moeten worden. Schuldgevoelens verminderen als men de eigen feilbaarheid en het eigen tekort kan erkennen en een herstellend gebaar kan doen naar de ander, gericht op het goed maken van aangedane schade. Behandeling van alcoholisme is niet alleen zorg bieden aan het individu maar ook aandacht schenken aan de omgeving. Alcohol doordringt niet alleen de patiënt in zijn totale wezen maar infiltreert ook het gehele netwerk dat hem omringt. De patiënt komt meestal niet uit zichzelf in behandeling; dikwijls is er druk vanuit de omgeving, die aandringt op verandering. Soms dient het alcoholisme van één gezinslid om het sadisme of het masochisme van andere gezinsleden te bevredigen.

¶ *Besluit*

Dankzij mijn werk met alcoholisten is het voor mij duidelijker geworden hoe de werking van steun te begrijpen is. Therapeutische Ik-steun is niet zozeer aanmoedigen of adviseren als wel vooral het zich op een consistente en professionele wijze afstemmen op een almachtsillusie die de patiënt over ons creëert, waarbij we verdragen dat de patiënt geleidelijk gedesillusioneerd over ons raakt. Bovendien is het onze taak de patiënt door deze ontgoocheling heen te loodsen. Steun betekent dat hulpverleners zich bewust zijn van de grenzen van hun professionele rol en niet beheerst worden door redders- of almachtsfantasiën. Nuchter of droog geraken is het resultaat van een innerlijk proces dat binnen de patiënt plaatsvindt en waar de hulpverlener hoogstens toe bijdraagt. Bij sommige patiënten kan die interne klik snel ontstaan, terwijl anderen vaak meerdere opnames nodig hebben voor deze ervaring kan optreden. Overigens

spreken we niet meer over «onthouding», wel over «remissie». Dit is een beter woord, omdat het impliciet aangeeft dat het probleem opnieuw kan opflakkeren. Dankzij onze steunende houding kunnen we het gezonde deel van de patiënt versterken, waardoor hij meer greep krijgt op het alcoholische deel, dit kan bevatten en dragen. Een terugval naar alcoholgebruik kan niet alleen biologisch of leertheoretisch verklaard worden maar ook psychodynamisch begrepen worden: schaamte, negatieve therapeutische reactie, narcistische kwetsuur, desillusie...

Het heeft weinig zin een alcoholist te vragen waarom hij drinkt. Dat zal hoogstens een rationalisatie opleveren voor iets wat door de persoon zelf niet begrepen wordt. Overigens is het een paradoxale vraag: ze verwacht een spreken over een symptoom dat wortelt in het preverbale. Zichzelf in een roes brengen kan wellicht meer begrepen worden als een autistische regressie waarbij de psyche ontmanteld wordt om te vervloeien met de omgeving.

Ten slotte is alcoholisme vol van paradoxen. Artsen beschouwen de alcoholist als een zieke, maar dan wel een zieke wiens behandeling niet vergoed wordt door de zorgverzekering. De alcoholist maakt zichzelf kapot om te overleven, een tweede paradox. Een derde paradox: wie niet kan stoppen met drinken, moet stoppen met drinken. Een vierde paradox: alcoholisten zijn normaal maar toch zijn ze psychisch erg ziek.

Alcoholisme is door de psychoanalyse lang geschuwd. Vooral dankzij modellen van de vroege ontwikkeling kan de psychoanalyse alsnog een bijdrage leveren aan de begeleiding van dit veel voorkomende probleem. Het is alleszins noodzakelijk dat de fascinerende klinische inzichten van psychoanalytici die met deze uitdagende patiëntengroep hebben gewerkt ook empirisch onderzocht worden. Indien dit niet gebeurt, is het gevaar reëel dat onze psychoanalytische inzichten geen ruimte meer krijgen in het bestaande therapeutische arsenaal. Vooral het werk van Michèle Monjauze verdient volgens mij serieuze wetenschappelijke aandacht.

Literatuur

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington: APA Press.
- BION, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 266-275.
- CEYSENS, E. (2008). Verslaving en het niet kiezen voor de levengiver. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 14, 18-29.
- FRANKEN, I. & BRINK, W. VAN DEN (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- HEBBRECHT, M. (1995). Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. In C.A.L. Hoogduin, P. Schnabel, W. Vandereyken e.a. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1994-1995* (p. 194-208). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- HEBBRECHT, M. (red.) (1997). *Bouwen aan een basis—Aspecten van behandeling bij middelengebruikers*. Uitgave Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria.
- HEBBRECHT, M. (2001). Beschouwingen over regressie op afdelingsniveau. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 7, 221-232.
- HEBBRECHT, M. (2004a). De psychoanalytische behandeling van problematisch alcoholgebruik. Een steungevende benadering. In S. Ansoms, J. Casselman, F. Matthys & G. Verstuyf (red.), *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik* (p. 217-243). Antwerpen: Garant.

- HEBBRECHT, M. (2004b). Narcistische thema's en variaties. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 10, 195-210.
- HEBBRECHT, M. (2005). Steun en illusie. Steun, een illusie? *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 11, 248-261.
- HEBBRECHT, M. (2006). Hoe ontstaat middelenafhankelijkheid? In M. Kinet (red.), *Zuchtigheid en afhankelijkheid in hun relatie met middelenmisbruik* (p. 25-66). Antwerpen: Garant.
- HEBBRECHT, M. & VANDERMEEREN, R. (2007). Narcisme, alcoholisme en tegenoverdracht. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 197-209.
- LEMMENS, P. & KNIBBE, R. (2009). De rol van de maatschappij. In I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (p. 83-98). Utrecht: De Tijdstroom.
- LEVIN, J.D. (1991). *Treatment of alcoholism and other addictions*. Northvale: Jason Aronson.
- LEVIN, J.D. & WEISS, R.H. (1994). *The dynamics and treatment of alcoholism*. Northvale: Jason Aronson.
- LOWINSON, J. H., RUIZ P., MILLMAN, R. B. & LANGROD, J.G. (red.) (2005). *Substance abuse — A comprehensive textbook*. Vierde editie. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- MONJAUZE, M. (1991). *La problématique alcoolique*. Parijs: Dunod.
- MONJAUZE, M. (1999). *La part alcoolique du Soi — La prise en charge des patients alcooliques*. Parijs: Dunod.
- MONJAUZE, M. (2001). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Parijs: Editions in Press.
- ROCKLAND, L.H. (1989). *Supportive therapy — A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.
- TUSTIN, F. (1980). Autistic objects. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 27-39.
- ULMAN, R.B. & PAUL, H. (2006). *The Self psychology of addiction and its treatment*. New York: Routledge.
- VANDERMEEREN, R. (1998). Luisteren naar de verslaafde patiënt: psychoanalytische visies op alcoholisme. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 28, 257-277.
- VANDERMEEREN, R. (2001). Luisteren naar de verslaafde patiënt in de groep: psychoanalytisch georiënteerde groeppsychotherapie voor alcoholisten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 27, 169-186.
- VANDERMEEREN, R. (2004). Psychoanalytische reflecties over zelf en object in alcoholisme. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 10, 134-147.
- VANDERMEEREN, R. & HEBBRECHT, M. (2007). De mogelijke relatie tussen neurobiologie en psychoanalyse: over alcoholisme en persoonlijkheid. *Psychiatrie & Verpleging*, 83, 278-292.
- VANDERMEEREN, R. & HEBBRECHT, M. (2009). Psychoanalyse en middelenmisbruik — Theoretische beschouwing en praktische toepassing van een zelfpsychologisch model. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 177-192.
- WERMAN, D.S. (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- WILLEMSSEN, A. (1991). *De val*. Amsterdam: De Arbeiderspers.

SUMMARY

Psychoanalytic treatment of alcoholic patients

Relatively little importance has been given to psychoanalytic understanding in the treatment of alcoholism. The aim of this paper is to review the work of the French psychoanalyst Michèle Monjauze and the implications of her ideas for the treatment of alcoholic patients. A clinical case concerning a Dutch novelist serves as an illustration. The conclusions of Monjauze are linked to the author's clinical experience.

Key words: alcoholism, psychoanalysis, psychotherapy

Manuscript ontvangen 31 maart 2009

Definitieve versie 13 juni 2009