

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



Psychoanalytische reflecties over zelf en object in alcoholisme

Ronny Vandermeeren

*'I don't have a drinking problem,
except when I can't get a drink'
(Tom Waits)*

Vanuit een postkleiniaanse visie wordt een kader geschetst om de alcoholische problematiek te begrijpen en worden enkele overwegingen geformuleerd voor de behandeling.

Inleiding

Schrijven over alcoholisme is niet zo makkelijk. Enerzijds moet men zich ervoor hoeden om een trap te geven tegen al lang openstaande deuren. Anderzijds blijft het moeilijk om de valkuil te ontwijken die ligt in het poneren van een model waarmee elke alcoholist begrepen kan worden. Het probleem van alcoholisme is zowel onbegrijpelijk als ongrijpbaar. Hoe kunnen we begrijpen dat een weldenkend mens zich door overmatig drinken te gronde richt? Alcoholisme lijkt wel een mars der dwaasheid, die tegen alle waarschuwingen en elk beter weten in zijn weg naar de hel blijft voortzetten. Onze pogingen om dit probleem te vatten binnen bepaalde sociale of culturele grenzen schieten steeds te kort. We komen juist heel wat gelijkenissen tegen tussen onszelf en alcoholisten, wat het probleem des te verontrustender maakt. Misschien blijven we daarom zoeken naar een manier om een grens te trekken tussen onszelf en alcoholisten. Met een overdaad aan cijfers, statistieken en verklaringen proberen we krampachtig onze eigen normaliteit te bewaren tegenover hen die we bestempelen als mensen zonder wil (Bergeret 1990). Dit artikel is een poging een bijdrage te leveren aan het verwerven van een diepgaander inzicht in de intrapsychische wereld van de alcoholist.

Vier kenmerken in de ontmoeting met de alcoholist

Bij elke ontmoeting met een alcoholische patiënt vallen terugkerende kenmerken op die een afspiegeling vormen van zijn intrapsychische dynamiek (Monjaube 1999). Deze kenmerken treden het duidelijkst naar voren bij de alcoholist onder invloed, wanneer diens alcoholische deel het klinische beeld domineert.

R. Vandermeeren is psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut (VVPT) en werkzaam in het PZ Sancta Maria te Sint-Truiden

en in privé-praktijk. Correspondentieadres:
Eygenweg 80, 3581 Beverlo.
E-mail: ronny.vandermeeren@pandora.be

Bij de alcoholist in remissie zien we dit minder, daar het adaptatieve deel al meer in staat is om het pathologische deel in toom te houden. Bij de alcoholist en bij de hulpverlener roepen deze kenmerken respectievelijk specifieke defensieve en tegenoverdrachtelijke bewegingen op.

Verwarring De alcoholist¹ die zich bij ons aandient voor een gesprek of opname verkeert meestal in een crisis. Onder invloed drukt hij zich uit in een moeilijk verstaanbaar gebrabbel en springt hij in zijn verhaal van de hak op de tak. Hij krijgt niet echt een klare kijk op wat er met hem aan de hand is en brengt op zijn beurt ook ons in verwarring. Het verhaal waarmee hij zich aandient, staat dikwijls bol van onduidelijkheden en tegenstrijdigheden, die we nog al eens neigen te interpreteren als een doelbewuste strategie van leugens en ontkenningen. Ook nadat hij uitgesproken is, zitten we soms nog zonder duidelijk chronologisch overzicht van zijn problemen. Verleden en heden blijven een moeilijk te ontwarren kluwen. Ook verwantschappen binnen zijn familie blijven vaag. In heel wat gevallen bracht hij zijn kinderjaren door in instellingen. Dikwijls heeft hij halfbroers of halfzussen waarvan hij met moeite de verwantschap kan verduidelijken. In sommige families zijn de grenzen tussen generaties door incestervaringen in nog sterkere mate vertroebeld. De meeste verwarring creëert de alcoholist nog rond oorzaak en gevolg van zijn problemen. Hij confronteert ons in die zin met een dubbele valkuil (Vandermeeren 1998). In zijn klemtoon op allerlei externe problemen als oorzaak van zijn drinken houdt hij ons blind voor zijn intrapsychisch lijden. Anderzijds dient hij zich soms aan met vage psychische klachten, die onze aandacht van zijn overmatig drinken lijken af te leiden.

De voornaamste verdediging van de alcoholist tegen zijn verwarring, en de angst die deze bij hem oproept, is zijn tendens tot het nivelleren en zelfs wegpoezen van alle verschillen. Voor wie werkt met alcoholisten lijkt het wel vanzelfsprekend dat zijn patiënten steevast de omvang van het problematisch drinken minimaliseren. Soms gaat het zelfs zo ver dat ze dit geheel ontkennen. De alcoholist beweert al vlug dat hij zeker niet meer drinkt dan iemand anders, of dat hij familieleden heeft die even veel drinken. Hij lijkt wel gedreven om te kunnen bewijzen dat hij in feite is als iedereen, dat er geen verschil is tussen hemzelf en anderen. Graag spreekt hij over zichzelf als 'net als iedereen', waardoor hij hoopt zijn normaliteit te kunnen behouden. Ook in de behandeling merken we hoe moeilijk de alcoholist een verschil in behandeling verdraagt; dikwijls eist hij voor zichzelf eenzelfde regime op als dat van zijn medepatiënten. Anderzijds merken we soms hoe moeilijk de aanwezigheid is binnen een groepspsychotherapie van een therapeut die per definitie niet zijn gelijke is. Geregeld benadrukt de alcoholist dat zijn groep op vrije momenten veel diepgaander gesprekken heeft dan bij de therapeut, die toch niet heeft meegemaakt wat zij meemaakten.

Bij de hulpverlener roept een dergelijk minimaliseren, ontkennen en verwarren heel wat tegenoverdrachtelijke gevoelens op. Al vlug neigen we ertoe de alcoholist – als pathologisch leugenaar – niet langer ernstig te nemen, of proberen we hem onderuit te halen door hem met enkele harde feiten te confronteren. De vraag kan echter gesteld worden of er bij de alcoholist wel het soort kwade genius leeft dat wij in hem vermoeden. Kan het niet zo zijn dat de alcoholist in feite geen tegenstrijdigheden of onwaarheden vertelt, maar dat hij gewoon niet het vermogen heeft om een logisch en waarheidsgetrouw relaas van zijn ervaringen te brengen? Of is het de enorme schaamte die bij de alcoholist leeft, die hem ertoe brengt de waarheid geweld aan te doen en die hem verhindert om de dingen onder ogen te zien zoals ze werkelijk zijn? We merken bij hulpverleners de tendens om, in een krampachtige poging greep te krijgen op zo veel verwar- ring en gebrek aan logica, standaardvragenlijsten en inventarisatielijsten te gaan afnemen om namen en data op een rij te kunnen zetten. Ook al erkennen we wel dat dé alcoholist niet bestaat, toch neigen we ertoe gefa- seerde standaardbehandelprogramma's op te stellen.

Stoornis in de psychische representatie Bij de behandeling van alcoholisten lijkt de kans op een terugval telkens het grootst op momen- ten dat er een overgang gemaakt wordt. De eerste overgang is die van de thuissituatie naar de opname. In vele gevallen kan de alcoholist deze overgang slechts maken onder invloed. Soms gaat het zo ver dat hij tot vlak voor de deur van de behandelingsafdeling blijft drinken en moet hij letterlijk bij de arm genomen worden om de stap naar binnen te kunnen zetten. Ook wanneer hij overgaat van een volledige naar een daghospita- lisatie dreigt terugval. Ten slotte is ook het afscheid van de behandel- afdeling soms een moeilijk te nemen klip. Patiënten die na een geslaagde behandeling hun opname op doktersadvies mogen afronden, lijken dit plots te willen vieren en de gemaakte vooruitgang in een overvloedig alcoholgebruik te verdrinken. Iedere overgang roept bij de alcoholist een grote angst op. Hij lijkt niet te beschikken over de 'capacity to be alone' (Winnicott 1971). Vele alcoholisten in behandeling kennen een terugval op momenten dat ze alleen thuis zijn. Alleen zitten is voor hen een angst- wekkend zwart gat. Door zijn moeilijkheden met het psychisch represen- teren van wie afwezig is, kent de alcoholist weinig continuïteit in zijn psychisch leven. Dit belet hem ook om verbanden van oorzaak (zijn drinken) en gevolg (bv. zijn relatieprobleem) te zien. Zijn angst is een angst zonder object, een angst voor de psychische leegte. Ook de voorstelling van tijd valt de alcoholist moeilijk. De toekomst blijft voor hem vaag en onvoorstelbaar. Faoro-Kreit (1997) merkt in dit verband op dat wanneer de alcoholist zegt dat hij niet gedronken heeft, hij daarmee niet zozeer zijn drinken ontkent als wel de tijdsdimensie. De alcoholist leeft in een eeuwig durend heden. Binnen de AA (anonieme alcoholisten) heeft men

dit goed begrepen door het aanbieden van een vierentwintiguursprogramma waarbij niet gesproken wordt over een nooit-meer-drinken als doelstelling dat de alcoholist zich toch niet kan voorstellen, doch enkel over een 'vandaag drink ik niet'.

Bij alcoholisme gaat het dan ook niet om een symbolisch gestructureerd symptoom (Loose 2002). Drinken is in feite betekenisloos en niet-verbaal. Monjauze (1991) illustreert dit door de vergelijking te maken tussen hoe alcoholisten spreken over drank en hoe de wijnkenner zich over zijn lievelingsdrank uitdrukt. Het spreken van de alcoholist kent geen metafoor doch blijft zitten in een metonymisch woordgebruik. Bij alcoholisme primeert actie ten nadele van het denken en verbaliseren.

Tegen de temporele leegte vormt herhaling voor de alcoholist de belangrijkste verdediging. Enkel een reëel aanwezig object heeft voor hem een geruststellend effect. Omdat hij zich geen voorstelling kan maken van het object moet dit in een eeuwige herhaling aanwezig gesteld worden. Het verstoppertje en terugvinden van flessen heeft het karakter van Freuds fort-daspelletje dat steeds herhaald moet worden. Menig alcoholist beschrijft hoe hij met een sterk lichamelijke drang te kampen had die echter plots verdween bij het zien van een fles drank en dit zonder dat één druppel gedronken werd. We herkennen hierin de beschrijving die Vermote (2003) in navolging van Bion gaf van twee vormen van herhalingsdwang: klassieke herhalingsdwang en projectieve herhalingsdwang. Bij deze laatste betreft het niet-gementaliseerde elementen die vanwege van hun traumatische karakter niet worden toegelaten tot de psyche maar door projectieve identificatie geëvacueerd worden en daar gecontroleerd worden. Deze afgesplitste elementen blijven zich meestal op een sensorische manier aan de psyche opdringen. Automutilatie, verslaving of ander excessief gedrag wordt in het latere leven de wijze waarop ervaringen van spanning worden afgereageerd. Het verband tussen wat telkens herhaald wordt en de oorspronkelijke elementen blijft daarbij onduidelijk. De optie voor een mentaal verwerken, dat aanvankelijk pijnlijk is maar op lange termijn beter beschermt, is er voor de alcoholist in feite geen. Voor hem bestaat enkel de keuze voor een kortetermijnoplossing met onmiddellijke spanningsreductie. Het opgeven van het reële object alcohol is nooit een optie. Alcohol opgeven en om dit verlies kunnen rouwen is voor de alcoholist een schier onmogelijke opdracht (Skolnick 1979). Nochtans is dit wat wij als eerste vereiste stellen alvorens we hem willen behandelen.

Tegen deze achtergrond blijkt ons therapeutisch handelen in sterke mate paradoxaal. We doen uitspraken die voor de alcoholist onbegrijpelijk blijven. We verlangen van de alcoholist van meet af aan dat hij stopt met drinken. In feite zeggen we hem op die manier dat indien hij verder wil blijven leven, hij het object zonder welk hij niet kan overleven, moet opgeven. In de behandeling dreigen we ons soms te laten meeslepen door het primaat van het doen over het denken: 'Blijf ervan af als je er niet van af kan blijven.'

De familie van de alcoholist verleidt ons daar ook toe wanneer ze eisen dat er dringend iets 'gedaan' moet worden. Het gebod 'Doe er iets aan' maakt alle betrokkenen blind voor de innerlijke hulpkreet van de alcoholist. Als hulpverlener neigen we er ook toe om bij iedere regelovertreding door de alcoholist meteen in actie te schieten door met de afdelingsregels in de hand een snelle sanctie uit te spreken. Wat de betekenis kan zijn van zijn gedrag blijft dan in het duister. Op andere momenten bestaat daarentegen de neiging (misschien nog het meest bij de minst ervaren teamleden) om de alcoholist per se tot spreken te brengen. Exploratie, het losmaken van het verleden en hem doelstellingen doen opstellen voor zijn toekomst lijken dan als toverwoorden te worden gehanteerd. De paradox schuilt hierin dat men de alcoholist wil doen spreken over wat door hem niet verwoord kan worden of wat preverbaal is gebeven.

Het alcoholische lichaam Het lichaam van de alcoholist is meestal een gehavend lichaam. Hij lijkt veeleer op de afdeling interne geneeskunde van een algemeen ziekenhuis thuis te horen. Daarbij valt de schijnbare achtereendoosheid van de alcoholist op, alsof het niet zijn eigen lichaam betreft. Soms merken we een opvallende gevoelloosheid bij de alcoholist. Heel wat alcoholisten hebben een hoge pijndrempel en reageren weinig of niet op verdoving bij een kleine medische of tandheelkundige ingreep. Maar er is reeds lang voor het ontstaan van het drankprobleem een probleem met het lichaam van de alcoholist. Het lichaamsbeeld van de alcoholist vertoont volgens Monjauze (1999) een metonymisch functioneren waarbij één bepaald orgaan kan staan voor de gehele persoon ('Ik ben een chronische pancreatitis'). De alcoholist verwacht het lichamelijke en het psychische. Hij zoekt stevast een lichamelijke oplossing voor een psychisch probleem. Op de behandelafdeling merken we hoe alcoholisten hun hulpvraag op de eerste plaats richten aan de geneesheer die verantwoordelijk is voor de behandeling van somatische klachten. Wat hij voelt of gewaarwordt, kan de alcoholist dikwijls niet verwoorden. Dat wil hij in vele gevallen juist te horen krijgen: 'Zeg mij wat ik voel.' Er ligt hier ongetwijfeld een link met het werk van McDougall (1989) rond de psychosomatische pathologie. Voor de alcoholist zelf blijft zijn lichaam dikwijls leeg. Hij is letterlijk een slaaf, een lijfeigene van alcohol die zich tijdens zijn ontwikkeling zijn lichaam niet eigen heeft kunnen maken. De Mijolla en Shentoub (1973) stellen dat het lichaam van de alcoholist bepaalde 'zones muettes' (stomme zones) vertoont: niet-gesymboliseerde zones die buiten het psychische blijven. Alcoholisme kan dan worden beschouwd als stoornis van de psychische representatie van de organisatie van lichaamszones en als gebrek aan onderlinge differentiatie. Er kan bij alcoholisme niet gesproken worden van een orale fixatie, daar er rond de mond geen erogenisatie tot stand is gekomen. Veeleer probeert de alcoholist zich door het drinken een mond te creëren. Een lichaam zonder alcohol wordt ervaren als dood, als een

niet-bestaan. Drinken vormt voor de alcoholist op geen enkele wijze een genot; het is louter een dwang.

Zijn soms grote gevoelloosheid vormt voor de alcoholist evenzeer een belangrijke verdediging tegen het vreemde van zijn lichaam. In de alcoholroes zoekt de alcoholist meestal niet een zich goed voelen, doch veeleer een niets meer voelen, een van de wereld zijn. De abstinente alcoholist lijkt zijn innerlijke leegte enkel te kunnen opvullen door een voortdurende beweging. In ieder aspect van de behandeling van alcoholisten komt telkens weer die constante beweging naar voren. Zeker bij ambulante groepen van alcoholisten zien we zelden een groep die voltallig is. Steeds wordt er iemand gemist, afscheid genomen van iemand of wordt er een nieuw groepslid aangemeld. De dikwijls noodlottige dadendrang van de alcoholist lijkt meer ingegeven door de angst voor het niets doen, het stilstaan, de dood. Vrije tijd is voor de alcoholist veeleer lege of dode tijd. In de groep merken we geregeld hoe de alcoholist met een woordenvloed de leegte continu wil volgietsen zodat zijn spreken veeleer een act dan een communicatie is (McDougall 1989).

Hulpverleners neigen er vanuit de tegenoverdracht toe om de alcoholist vooral vanuit een medisch model te benaderen (Vandermeeren 2002). Alcoholisme wordt dan gezien als een ongeneeslijke ziekte. Het psychische wordt herleid tot bijproduct van het problematische drinkgedrag en de psychische dimensie wordt daarbij doodgezwegen. Behandeling bestaat dan bijna uitsluitend uit het opleggen van abstinentie. Gedwongen abstinentie geeft echter geen stem aan het lijdende alcoholische deel van de alcoholist. Het blijft voor de alcoholist een uiterst paradoxaal bevel.

Alcoholisten en de wet Van Fenichel (1945) kennen we de beroemde uitdrukking dat het geweten het deel van de menselijke psyche is dat oplosbaar is in alcohol. Bij de behandeling van alcoholisten komt men regelmatig regelovertreedingen tegen, vragen naar uitzonderingen op de regels en het slecht verdragen tot zelfs negeren van een ingesteld verbod. Anderzijds kunnen alcoholisten zich bijzonder streng opstellen tegenover regelovertreedingen van medepatiënten en verwijten ze het afdelingsteam op dit punt soms laksheid. Het meest opvallend bij alcoholisten is het onder invloed met de auto rijden. Enerzijds vormt het voor de alcoholist een overwinning op de falende moeder (Monjaube 1999) die haar kind onvoldoende heeft vastgehouden en gedragen, wanneer hij tegen de raad om beter niet te rijden opwerpt: 'Mijn auto brengt mij wel naar huis.' McDougall (1995) stelt anderzijds dat hier ook een rekening vereffend wordt met een vaderlijke functie die faalde in het stellen van grenzen ('Ik trek mij van jullie allemaal niets aan').

Anders dan de psychoticus lijkt de alcoholist er meestal wel voor te zorgen dat er een vervangende derde is om zijn leven te organiseren. Dit kan zijn in de persoon van een agent, een rechter, een maatschappelijk werker, een

bewindvoerder, de verantwoordelijke voor zijn behandeling, of ook nog in de hogere macht van de AA. Door zijn onvermogen tot het internaliseren van de symbolische wet moet deze wet steeds opnieuw gestalte krijgen. Grenzen moeten telkens weer van buiten af worden opgelegd.

Het grensoverschrijdende gedrag van de alcoholist wekt bij zijn behandelers heel wat kwaadheid en frustratie op, waarbij het gevaar voor regressie van de behandelers niet denkbeeldig is (Hebbrecht 2001). Zo wordt een psychoticus ontoerekeningsvatbaar verklaard voor zijn daden tijdens een psychotische aanval, maar wordt de alcoholist wel verantwoordelijk gesteld voor wat hij onder invloed deed, ook al was er bij hem op dat ogenblik evenmin een symbolische wet aanwezig. Ook als hulpverlener neigen we snel tot het reageren vanuit een morele visie op verslaving (Vandermeeren 2002) waarbij de alcoholist wordt gezien als een hedonist, die louter zijn eigen plezier nastreeft ten koste van anderen, waarvoor hij gestraft dient te worden. Behandelteams kunnen daarom bij een zoveelste regelovertreding beter niet automatisch nieuwe regels opstellen, gemaakte afspraken verstrengen of een behandeling eenzijdig afbreken.

Psychoanalytische visies op verslaving en persoonlijkheid

In de psychoanalytische theorievorming rond verslaving² is naast een conflictmodel ook een deficitmodel te onderscheiden (Vandermeeren 2001). In de visie van het eerste model ontstaat alcoholisme als resultaat van een dynamische strijd tussen de uitdrukking en de verdringing van verboden wensen. Het misbruiken van alcohol is dan een compromis tussen het streven van een veelal orale drift zich te manifesteren enerzijds en de afweer daar tegen anderzijds. Daarnaast speelt een belangrijke pathologie van het Boven-Ik mee. Wurmser (1984) is van mening dat de alcoholist er niet in geslaagd is om tot een geïntegreerd Boven-Ik te komen. Hij zit met sterk gepolariseerde zelf- en objectrepresentaties. Bij de alcoholist werden de ontwikkeling en bevestiging van de symbolische wet in de oedipale periode erg bemoeilijkt. Later in zijn leven staat alcohol dan in dienst van het neutraliseren van het straffende, kritische deel van het Boven-Ik doch onderdrukt in eenzelfde beweging ook het steunende, beschermende deel zodat de alcoholist steeds hulpelozer wordt.

De zelfpsychologische visie van Kohut (1977) houdt een deficitmodel in. Levin (1991) beschrijft een narcistische kern bij de alcoholist, die steeds blijft verlangen naar het product dat in staat lijkt het centrale defect in zijn zelf te genezen. Dit product is zowel een spiegelen zelfobject waarover de alcoholist almachtige controle houdt als een geïdealiseerd zelfobject waarvan hij de magische kracht kan verkrijgen.

Een originele bijdrage komt van Monjauze³ (1991, 1999, 2001a, 2001b), die deze pathologie benadert vanuit de specificiteit van het object van verslaving. Zij volgt de hypothese van Letarte (1981), die stelt dat wat een toxi-

comaan zoekt in een specifieke drug een indicatie geeft over de aard van het tekort dat hij wil opvullen. Door alcoholisme te plaatsen binnen het kader van de neurotische, borderline- of narcistische problematiek dekt men die alcoholische specificiteit veeleer toe en wordt er volgens Monjauze meer verhuuld dan verduidelijkt. De alcoholische problematiek is een specifieke psychische organisatie, die niet zonder meer te herleiden valt tot een neurotische, narcistische of borderlineorganisatie. Met haar visie slaat Monjauze een brug tussen een conflictmodel en een deficitmodel van verslaving. Haar klinische ervaringen overtuigen Monjauze van de archaïsche oorsprong van alcoholisme. De pathogene kern van alcoholisme ontstaat uit een splitsing in een alcoholisch en een adaptatief deel in het zelf. Deze vindt zijn oorsprong in de cumulatieve herhaling (Khan 1989) van twee vroege trauma's waaraan de alcoholist op excessieve wijze werd blootgesteld. Enerzijds is er het geboortetrauma, dat het pasgeboren kind op een bruuske manier plaatst buiten zijn vloeibare intra-uteriene omgeving die hem tot dan zowel voedde als bescherming gaf. Dit wekt een eerste primitieve angst voor verdroging op met de daaraan gekoppelde reflex tot zuigen of drinken. Een zorgende ouderlijke omgeving maakt deze drooglegging tot een voorloper van een differentiatie tussen zelf en niet-zelf. Wanneer zijn omgeving de boreling niet helpt dit trauma te dragen kan er een fixatie ontstaan aan deze fase waarin de psyche als vloeibaar kan worden gerepresenteerd (Tustin 1986). Verdroging en drooglegging blijven dan voor de alcoholist een actieve bedreiging. Een tweede primitieve angst is de angst om te vallen, die beantwoord wordt met de grijpreflex. De baby klampt zich vast aan zijn moeder die hem voorziet van een prepsychische envelop. Als baby heeft de alcoholist echter op traumatiserende wijze de verschrikkingen van het vallen ondergaan. Uit angst om eindeloos te blijven vallen klampt de alcoholist zich wanhopig vast aan alcohol, die hem in realiteit echter steeds meer doet wankelen en vallen. Monjauze stelt dat waar neurotici lijden aan herinneringen, alcoholisten lijden aan herbelevingen. Door te drinken poogt de alcoholist onverwerkte traumatische ervaringen aan banden te leggen doch wekt hij deze tezelfdertijd op zodat hij in een vicieuze cirkel terechtkomt.

Daar waar andere auteurs al vergelijkingen maakten met alcohol als transitioneel object (Meissner 1980), als fetisj (Keller 1992), of als zelfobject (Levin 1991) krijgt het alcoholische object bij Monjauze (1999) een specifieke invulling. In tegenstelling tot een fetisj, die fungeert als een substituuut voor de bij de vrouw afwezige penis en die bedoeld is om oedipale castratieangsten te bedwingen, gaat het bij alcoholisme om een stoornis op een moment in de ontwikkeling dat er van een afwezig object nog geen sprake kan zijn omdat dit nog niet geconstitueerd werd. Alcohol heeft evenmin de eigenschappen van een transitioneel object dat de afwezige moeder voorstelt en het kind troost. Een transitioneel object is een tactiel object, gekenmerkt door zachtheid van textuur, dat zich niet laat verzwel-

gen zoals bij alcohol het geval is. Transitionele objecten worden uiteindelijk ook verlaten door het kind wanneer het door introjectie van het volgende goede object geleerd heeft om alleen te zijn. Alcohol daarentegen wordt nooit verlaten maar moet telkens opnieuw ter beschikking staan. Wat hier wordt vastgehouden is overigens niet de alcohol zelf doch het harde, koude glas, dat veeleer de kenmerken draagt van een autistisch object (Hurst 1995). Bij gebrek aan een binnen dat psychisch afgescheiden is van een buiten kan dit object niet worden gerepresenteerd. Het object 'alcohol' wordt nauwelijks voorgesteld als een object dat de ruimte zou kunnen innemen tussen de behoefte en de bevrediging van die behoefte. Net als bij autisten verdwijnt het alcoholische object bij alcoholisten in een asymbolisch gat en moet het zonder onderbreking worden waargenomen om psychisch te bestaan.

Winnicott parafraserend kan worden gesteld dat 'there is no such thing as an alcoholic'. Steeds gaat het om een subject, dat in zijn dynamische betekenis moet worden gezien samen met het alcoholische object waarmee het in een sterke afhankelijkheidsrelatie is gekomen. Monjaube (1991) spreekt daarom over 'alcoholismen' in het meervoud, met oog voor de individuele wijze waarop de verslaving een plaats krijgt in de levensgeschiedenis. Het zelf van de alcoholist vertoont een autistische enclave, die zich bij iedere patiënt anders voordoet. Zijn autistische aard maakt dit alcoholische deel van het zelf ontoegankelijk. Het blijft een van het adaptatieve deel van de persoonlijkheid afgesplitst deel. Aanvankelijk fungeert dit alcoholische deel als redder van de persoon doordat het naamloze angsten en continue verschrikking als bij toverslag kan doen verdwijnen. Er ontstaat een verbond, waarbij het gezonde deel van de persoon het alcoholische deel gaat beschermen en helpen zich te ontwikkelen. De crisis tussen beide delen ontstaat pas op het moment dat de omgeving van de alcoholist begint te reageren en eist dat deze zich laat opnemen om het drinken te stoppen. Het gezonde deel ziet zich dan geplaagd voor het dilemma tussen de behoefte om in alcohol verdere zelfmedicatie na te streven enerzijds, en anderzijds het er zich van bewust worden dat men juist van het alcoholisme moet genezen. Dit dilemma zien we herhaaldelijk terugkeren bij de alcoholische patiënt, als een fluctueren tussen het aangaan van een alliantie met het behandelend team en het dwarsbomen van de geboden hulp opdat het drinken zou kunnen worden voortgezet. De opeenvolgende periodes van nuchterheid en terugval weerspiegelen dus de splitsing tussen het alcoholische en het gezonde deel.

In het werk van Ogden (1989) over de primitiefste kant van de menselijke ervaring vinden we een kader dat het eigene van het alcoholische deel van de persoonlijkheid kan verduidelijken. Naast Melanie Kleins paranoïdschizoïde en depressieve posities plaatst Ogden de autistisch-contigue positie, die in dialectische interactie staat met de twee andere posities. De autistisch-contigue positie betreft een presymbolische, sensorisch gedo-

mineerde modus van elementaire ervaringen van ritme, hardheid en huid-sensaties, die niet onder woorden te brengen zijn. Deze positie verwijst naar de vroegste ervaringen van vastgehouden, gewiegd, verzorgd en toegesproken worden. Paranoïde noch depressieve angsten zijn hier aan de orde, doch eerder primitieve angsten om leeg te lopen of op te lossen in het niets. Hierbij bestaat er nog geen relatie tussen subjecten zoals in de depressieve positie, noch tussen deelobjecten zoals in de paranoïd-schizoïde positie. Hoogstens kan er sprake zijn van een 'sensory floor of experience' van in-drukken die Tustin (1986) onderscheidde in zachte autistische vormen en harde autistische objecten. Deze grondlaag van de menselijke ervaring kent nog geen binnen of buiten, geen zelf of ander, maar enkel patroon, begrenzing, vorm, ritme, textuur, hardheid, zachtheid, warmte en koude. In termen van Ogden kunnen we stellen dat alcoholisme een vorm van ineenstorting van de wederzijdse interactie is in de richting van de autistisch-contigüe positie. Het alcoholische deel van het zelf zit vast in rigide, autistische, asymbolische, sensorische patronen, die eeuwig herhaald dienen te worden om naamloze en vormloze angsten af te weren. Tot de ontwikkeling van een transitionele ruimte komt het niet. De vloeibare alcohol verwijst als autistische vorm naar de eigen zachte lichaamssubstanties en is nodig voor het opnieuw oproepen van preverbaal-erfaringen of perspectieven van verwarring in tijd en ruimte, van vermenging van binnen en buiten, lichaam en geest. Alcohol is nooit transitioneel maar wel autistisch van aard. Het vormt geen brug naar maar juist een barrière tegen de realiteit. Het glas wordt een autistisch object dat door zijn harde impressie de kwetsbare oppervlakte moet aflijnen en zo veiligheid moet brengen.

Therapeutische consequenties

Het falen van een overdrachtgerichte psychoanalytische psychotherapie bij alcoholisten (Brickman 1988) ligt in de veronderstelling dat een verslaving kan worden beïnvloed door het geven van interpretaties van de onderliggende conflicten en ontwikkelingstekorten. Een dergelijke benadering blijkt juist tot een stagnatie in de behandeling te leiden. Behandeling van alcoholisme vergt een aanpassing van de therapeutische techniek. Volgens Monjaube kan het alcoholische symptoom namelijk niet verdwijnen doch enkel worden getransformeerd. In de behandeling proberen we het onvermogen om niet overmatig te drinken op te lossen door dit in zijn tegendeel om te keren, namelijk geen alcohol meer drinken. Beide zijn verschillende modaliteiten van eenzelfde symptoom. Een alcoholist in behandeling leeft met het conflict tussen de noodzaak om afstand te nemen van alcohol en de dwingende behoefte om te drinken. Een dergelijke crisis kan niet worden opgelost met korte interventies, het opleggen van abstinentie of het geven van genetische interpretaties. De alcoholist kan zich aanvankelijk nog geen voorstelling maken

van eventuele voordelen van abstinentie. Soms is een terugval nodig en zelfs gunstig indien er op een niet-veroordelende manier mee kan worden gewerkt. Abstinentie kan pas bereikt worden wanneer de alcoholist met eenzelfde rigiditeit als waarmee hij dronk een verwerping van alcohol kan aannemen. In plaats van dwangmatig te drinken proberen we hem te brengen tot een dwangmatig nuchter blijven.

In de behandeling dient daarom niet enkel geluisterd te worden naar alcoholische mechanismen maar ook, en vooral, naar de adaptatieve mogelijkheden. In de beginfase van de behandeling moeten we ons richten op het smeden van een therapeutische alliantie (Vandermeeren 2001). Negatieve evaluaties worden daarbij slechts kort met de patiënt doorgenomen en dan nog enkel om diens adaptatieve deel te mobiliseren. Wat de patiënt op dat ogenblik nog niet kan horen, moet ook niet worden gezegd. Monjauze verwoordt haar visie in het krachtige adagium: 'Soigner, c'est créer des liens.' Dit betreft niet alleen het smeden van een therapeutische band. Het gaat ook om het zorgen voor continuïteit in de behandeling, het leggen van verbanden tussen zittingen, tussen binnen en buiten, tussen lichaam en emotie, tussen oorzaak en gevolg, tussen verleden en heden.

Doelstelling van een psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie is om de alcoholist in staat te stellen geleidelijk zijn eigen pathologie te begrijpen en beheeren. Hierbij staat een ondersteunende basishouding centraal (Hebbrecht 1997, 2004). Analyse van de overdracht en tegenoverdracht is evenzeer onontbeerlijk maar deze wordt naar de alcoholist enkel geïnterpreteerd om, indien nodig, een vastgelopen therapeutische alliantie te deblokkeren. In de psychoanalytische behandeling van de alcoholist stellen we een verzorgende herhaling tegenover diens traumatische herhalingen.

Het alcoholische en het adaptatieve deel van het zelf vormen een koppel dat doet denken aan de beroemde Siamese tweeling Chang en Eng Bunker, waarvan de eerste een excessief drinker en de tweede een geheelonthouder was. Samenleven was moeilijk; leven los van elkaar was onmogelijk. Een bewustwording van de innerlijke splitsing mag niet worden geforceerd, want dit zou kunnen leiden tot zelfmoord als enige middel om zich van het innerlijke monster dat het alcoholische deel is, te ontdoen. Zelfmoord was ook voor dr. Jekyll de enige manier om zijn mr. Hyde aan banden te leggen. Aanvankelijk probeert het gezonde deel van het zelf de opeenvolging van de eigen periodes van terugval en nuchterheid te begrijpen door de oorzaken hiervan te projecteren op externe omstandigheden. Deze projectie van de alcoholist dient in eerste instantie gerespecteerd te worden als verdediging tegen het onvermogen om zijn persoonlijkheid tot coherentie te brengen. In de behandeling van alcoholisten staat daarom het narcistische herstel op de eerste plaats. Monjauze (1999) verwoordt dit mooi door psychoanalytische behandeling van alcoholisten te omschrijven als een werk van 'panser' (verbinden) van de narcistische kwetsuur en 'penser' (denken) over de naamloze angst en schaamte bij de alcoholist.

In de behandeling van alcoholisten krijgen mediërende therapievormen, zoals ergotherapie, psychomotorische therapie en muziektherapie (Beke-lynn & Fraysse 2003), een belangrijke plaats. Deze kunnen helpen een brug slaan tussen het adaptatieve deel van het zelf en het alcoholische deel, dat geen toegang heeft tot verbalisatie. Door te veel met de alcoholist te willen praten, en te veel over alcohol, bereiken we in de behandeling enkel dat de splitsing tussen het adaptatieve en het alcoholische deel bevestigd en versterkt wordt. Beide delen blijven dan parallel bestaan, waarbij het ene nog verbaal wordt en het andere nog meer naar alcohol evolueert. Pas wanneer beide delen in de behandeling worden aangesproken en tot expressie kunnen worden gebracht kan deze splitsing afnemen.

Noten

1. Met de term 'alcoholist' bedoel ik iedere persoon die in een langdurige afhankelijkheidsrelatie met alcohol leeft en niet langer controle heeft over zijn drinkgedrag. Mijn ervaring behelst zowel residentiële behandeling van alcoholisten als ambulante nazorg.

2. Goede overzichten van de Angelsaksische literatuur rond verslaving vindt men bij Levin en Weiss (1994), Yalisove (1997, en Rost (2001). Een lacaniaanse visie op verslaving vinden we bij Loose (2002).

3. Michèle Monjauze is een Franse psycholoog en psychoanalytica met jarenlange ervaring in de behandeling van alcoholisten. Vanuit haar diepgewortelde onafhankelijkheid heeft ze ervoor gekozen om geen lid te zijn van een

psychoanalytische vereniging (Monjauze 2003, persoonlijke mededeling). Zij kreeg haar psychoanalytische vorming bij Didier Anzieu en Joyce McDougall, zodat haar werk een sterk postkleiniaans accent heeft. Monjauze beschouwt haar hypothesen louter als hulpmiddelen voor zichzelf en ieder die op intensieve wijze met alcoholisten wil werken. Ze wenst geen afbreuk te doen aan de validiteit van andere benaderingen doch houdt een pleidooi tegen het hanteren van een amalgaam aan denkkaders. Therapeutische effectiviteit heeft volgens haar op de eerste plaats te maken met de overeenstemming tussen de therapeut (diens persoon en denkkader) en de patiënt (zoals deze wordt begrepen en zich begrepen voelt).

Literatuur

Bekelynn, I. & Fraysse, P. (2003). Temps, musicothérapie et alcoolisme. *Alcoolologie et Addictologie*, 25, 131-137.

Bergeret, J. (1990). *Les toxicomanes parmi les autres*. Parijs: Éditions Odile Jacob.

Brickman, B. (1988). Psychoanalysis and substance abuse: toward a more effective approach. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 16 (3), 359-379.

Faoro-Kreit, B. (1997). Quand les patients boivent, les analystes trinquent. *Revue Belge de Psychanalyse*, 30, 87-105.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Londen: W.W. Norton & Company.

Hebbrecht, M. (1997). *Bouwen aan een basis. Aspecten van behandeling bij middelengebruikers*. Sint-Truiden: Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria.

Hebbrecht, M. (2001). Beschouwingen over regressie op afdelingsniveau. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 4, 221-232.

Hebbrecht, M. (2004). De psychiater als steunfiguur. Een psychoanalytische visie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 157-166.

Hurst, D.M. (1995). Transitional and autistic phenomena in addictive behavior. In S. Dowling (red.), *The psychology and treatment of addictive behavior* (p. 163-174). Madison: International Universities Press.

- Keller, L. (1992). Addiction as a form of perversion. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56/2, 221-231.
- Khan, M. (1989). *Hidden selves: between theory and practice in psychoanalysis*. Londen: Karnac Books.
- Kohut, H. (1977). Self deficits and addiction. In J.D. Levin & R.H. Weiss (red.) (1994), *The dynamics and treatment of alcoholism: essential papers* (p. 344-346). North Vale/New Jersey/Londen: Jason Aronson.
- Letarte, P. (1981). Le toxicomane, sa drogue et le psychothérapeute. In J. Bergeret & F. Fain (red.), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane* (p. 125-132). Parijs: Dunod.
- Levin, J.D. (1991). *Treatment of alcoholism and other addictions: a self psychology approach*. North Vale/New Jersey/Londen: Jason Aronson.
- Levin, J.D. & Weiss, R.H. (red.) (1994). *The dynamics and treatment of alcoholism: essential papers*. North Vale/New Jersey/Londen: Jason Aronson.
- Loose, R. (2002). The subject of addiction. *Psychoanalysis and the administration of enjoyment*. Londen: Karnac Books.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body*. Londen: Free Association Books.
- McDougall, J. (1995). *The many faces of eros: a psychoanalytic exploration of human sexuality*. Londen: Free Association Books.
- Meissner, W.W. (1980). Addiction and paranoid process: psychoanalytic perspectives. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8, 273-310.
- Mijolla, de A. & Shentoub, S.A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Parijs: Petite Bibliothèque Payot.
- Monjauze, M. (1991). *La problématique alcoolique*. Parijs: Dunod.
- Monjauze, M. (1999). *La part alcoolique du soi: La prise en charge clinique des patients alcooliques*. Parijs: Dunod.
- Monjauze, M. (2001a). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique: Des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe*. Parijs: Editions in Press.
- Monjauze, M. (2001b). *Psychanalyse de l'objet, objet-droque, objet-alcool*. *Carnet-Psy*, 61, 17-22.
- Monjauze, M. (2003). *Persoonlijke mededeling per brief*.
- Ogden, T. (1989). *The primitive edge of experience*. Londen: Jason Aronson.
- Rost, W.D. (2001). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Skolnick, V. (1979). The addictions as pathological mourning: an attempt at restitution of early losses. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 281-290.
- Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. Londen: Karnac Books.
- Vandermeeren, R. (1998). *Luisteren naar de verslaafde patiënt: psychoanalytische visies op alcoholisme*. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 4, 257-277.
- Vandermeeren, R. (2001). *Luisteren naar de verslaafde patiënt in groep: psychoanalytisch georiënteerde groepspsychotherapie voor alcoholisten*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 27, 169-186.
- Vandermeeren, R. (2002). *Psychotherapie-groepen voor alcoholisten*. In J.J.C., Berk (red.), *Handboek voor Groepspsychotherapie*, N2, (p. 1-33), Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vermote, R. (2003). *De cirkel van de herhaling*. In A. De Bruyne & W. Heuves (red.), *De ezel en de steen. Over psychoanalyse en herhaling* (p. 13-24). Amsterdam: Boom.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Londen: Routledge.
- Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 227-258.
- Yalisove, D.L. (red.) (1997). *Essential papers on addiction*. New York: New York University Press.

Psychoanalytic reflections on self and object in alcoholism This article is intended to help create a post-Kleinian framework in which a deeper understanding of alcoholism is possible. In alcoholism, self and object are constituted in a specific way. Consideration of early development leads to the description of an alcoholic part of the self of an alcohol-dependent patient. This archaic part of the self has autistic and psychotic features and exists next to the healthy part of the personality.

Key words: alcoholic object, alcoholic part of the self, alcoholism, autistic, psychoanalysis

Manuscript ontvangen: 3 maart 2004

Definitieve versie: 13 juni 2004