

# DE KLINISCHE VERSLAVINGSPERSOONLIJKHEID

In het algemeen zien we dat de persoonlijkheid van de verslaafde een primitieve (=infantiele) organisatie vertoont met als belangrijkste kenmerken:

1. impulsiviteit
2. compulsiviteit
3. cognitieve rigiditeit en mentalisatieproblemen
4. vervlakking van gevoelens en uitgesproken egocentriciteit
5. primitieve afweermechanismen
6. starre interactieposities en een inflatoir ego
7. dubbele persoonlijkheid

Het ontstaan van de verslavingspersoonlijkheid is een geleidelijk proces en de afbouw ervan tijdens de ontwenning is eveneens geleidelijk en vaak enkel mogelijk in beperkte mate. Vele patiënten blijven steken op een bepaald 'plateau' van psychische ontwikkeling.

Op het einde van de tekst verwijzen we kort naar de link met de 'andere' persoonlijkheidsstoornissen.

## 1. Impulsiviteit of een gebrekkige affectcontrole

Uit zich voornamelijk via:

- de *gebrekkige regulering van agressie en van het driftleven* in het algemeen: frequent voorkomen van verbale en fysieke(!) agressie o.v.v. slaande ruzies en vechtpartijen, eisen dat problemen onmiddellijk opgelost worden ...);
- *onvoorspelbaar en discontinu* gedragspatroon, met een verstoord ritme van rust- en activiteitspatroon en van het van dag- en nachtritme;
- *hypomaan* gedragspatroon: ongestructureerd en chaotisch gedrag, onrust en zich steeds gedreven voelen, een sterk wisselend engagement.

## 2. Compulsiviteit

Het gaat om een moeilijk te controleren drang en dwang tot *onmiddellijke en totale behoeftebevrediging*. *Vele gedragingen vertonen een overmatig of excessief karakter*.

Dit uit zich o.a. via:

- overmatig eten, drinken, snoepen, geld uitgeven;
- overmatig werken, sporten, zich ontspannen;
- grenzeloosheid in relaties (fusioneel, overmatig zorgen voor, familiariteit);

- hoge eisen aan eigen prestaties ( 'de lat te hoog leggen') maar ook een beperkt stress- en frustratietolerantieniveau;
- 'power'-behoefte: vooral mannelijke alcoholisten willen zich stoer voordoen(cf. de vele uitingen van zelfoverschatting en competitie).

### **3. Mentale en cognitieve rigiditeit**

Het denken verloopt rigide en er is *gebrek aan soepelheid en plasticiteit*. Dit komt tot uiting o.a. in.

- problemen met *cognitieve generalisatie en de cognitieve shift* tijdens leerprocessen;
- problemen met aanpassing aan nieuwe situaties:
- *stereotiepe, repetitieve* gedachte-inhouden tijdens discussies (steeds gelijk willen halen);
- gebrek aan *creativiteit en aan prospectief* denken: zich moeilijk de toekomst kunnen inbeelden, gebrekkige verbeeldingskracht, dogmatisme;
- de beleving van de tijd op zich en het zich kunnen situeren in een existentiële tijdsdimensie blijkt meestal beperkt aanwezig met als gevolg : hiaten in persoonlijke historiciteit en biografie, fragmentarisch levensverhaal zonder rode draad, de particulariteit en uniciteit van de zelfbeleving zijn zwak, een overmatige neiging om enkel in het hier-en-nu te leven;
- problemen met *mentalisanie of het voorstellingsvermogen* met als gevolg een gebrekkige zelfrepresentatie en gebrekkig zelfbeeld.  
bvb. 'anderen kunnen ons alleen maar zien als verslaafden': ·een soort 'autostigmatisering' met negatieve zelfrepresentaties;' wat anderen over mij denken kan me helemaal niet schelen'; de behoefte aan een collectieve Ikpersoon('wij alcoholisten'); het eigen zelfbeeld is grotendeels gekleurd door de identificatie met verslaafd zijn;
- moeite met het "*onder woorden*" brengen m.n. om emoties en ervaringen verbaal uit te drukken en te symboliseren waardoor sterke neiging tot lichamelijke activiteit, bezig zijn met uitwendige zaken en presteren om innerlijke spanningen af te reageren (bvb. patiënten verdragen moeilijk lege momenten in het therapieprogramma; vrije tijdsmomenten moeten volledig opgevuld zijn; het onder woorden brengen van het levensverhaal blijft beperkt tot de opsomming van feiten.

### **4. Vervlakking van gevoelens en egocentriciteit**

Het verlangen van de verslaafde is gericht op het continu kunnen genieten van de roes en op het vermijden van negatieve en van pijnlijke ervaringen. In plaats van zich te '*ont-wikkelen*' via het contact met de realiteit, '*wikkelt*' de verslaafde zich in zijn egocentrische roeswereld. '*Zinnig leven*', anders gezegd '*zin hebben in*' betekent voor de verslaafde *wegvluchten uit* de werkelijkheid en *uit* het contact met mensen.

We zien aldus een toenemende vervlakking van gevoelens, gebrek aan interesse

voor en empathisch invoelen van de andere, vermindering van echte levenslust en van zinvol verlangen ...

Vb.

- begrijpen het lijden niet van partner en kinderen
- weinig empathische reacties in groepspsycho
- vervlakking van normen, waarden en een toenemende leegte die de motivatie om nuchter te blijven ondermijnt.

Tijdens de nuchtere perioden lukt het niet makkelijk om te leven met "*het tekort*" of "*het gemis*". Het onbehagen dat gepaard gaat met de onthouding (van roes) wordt onderdrukt samen met andere onaangename gevoelens. Het is net de confrontatie met deze gevoelens die kan lijden tot het doorbreken van de ontkenning van het lijden en van het gemis ('ik mis mijn drank niet'; 'ik heb me nog nooit zo goed gevoeld!').

**Anders gezegd het ervaren van een tekort is gereduceerd tot enkel een ervaren van het tekort aan het middel(de roes).** Een terugval wordt dan beschreven als een onverklaarbare en onweerstaanbare impuls of is veroorzaakt door een onvoorzien externe factor. De mens die als verlangende en bewoonde persoon zichzelf ontdekt in het contact met de realiteit evolueert tijdens een verslaving naar een onbewoond en niet-verlangend wezen dat vooral gefascineerd wordt door de schimmige voorstellingen van de roeswereld.

## **5- Primitieve afweermechanismen**

Om het verslaafde gedragspatroon te beschermen gebruikt de verslaafde krachtige defensiemechanismen. Deze mechanismen beletten dat er een 'vruchtbare' feedback en autokritiek (inzicht) gebeurt en ze blokkeren het vermogen tot doorleefde introspectie.

De belangrijkste mechanismen zetten we even op een rijtje:

- *ontkenning*: liegen, bedriegen, minimaliseren;
- *rationalisering*: argumenteren, redenen uitvinden, grote verklaringen doen;
- *omkering*: schuldinductie, gedrag anderen in vraag stellen;
- *projectie*: reden van het drinken buiten zichzelf leggen (zelfbeklag ...);  
*projectieve identificatie*: anderen worden uitgedaagd zodat hun reactie het drinken rechtvaardigt ... (provocatie, ruzie zoeken,...);
- *splitsing*: nuchtere en verslaafde gedrag patronen bestaan naast elkaar ...  
bv\_ AA bijwonen en blijven drinken,
  - heimelijk, stiekem gebruik,
  - psychotherapie volgen en gebruiken,
  - substitutiemiddelen gebruiken (tabak, cannabis, medicatie, ...),
  - in een geheime kamer stoppen van al wat met gebruik te maken heeft (gedachten, gevoelens, gedrag) .

## 5. Starre interactieposities van het inflatoir ego

Naarmate de verslaving langer duurt, zien we een terugkeer naar starre infantiele interactiepatronen (Bion, Klein).

### De paranoid-schizoide positie

De patiënt beleeft de wereld als vijandig en agressief en reageert zelf met toenemend achterdochtig en agressief gedrag.

bvb. Rivaliseren, competitief en veeleisend zijn, achterdocht, jaloersheid, zich niet hechten, gebrek aan trouw in therapie, geen vertrouwen hebben in anderen, frequente autoriteitsconflicten...

### De afhankelijk-depressieve positie

Angst voor afwijzing en in de steek gelaten te worden die zich uit via schuldgevoelens, nood aan bevestiging, behoefte om verzorgd en gewaardeerd te worden, afhankelijk-fusionele relatiepatronen.

### De narcistische-geïsoleerde positie

Gekenmerkt door een opgeblazen zgn. 'onkwetsbaar' zelfbeeld (= inflatoir ego), magisch denken en 'power'-behoefte met als gevolg de terugtrekking in een narcistische almachtspositie met toenemend psychologisch isolement. Wanneer het contact met de realiteit volledig verbroken wordt is het autodestructieve proces nog moeilijk omkeerbaar: de vlucht naar het paradijs wordt de vlucht naar de al dan niet bewust gewilde vernietiging van zichzelf. Dit vertaalt zich dan in aanhoudende suïcidale gedachten en in een suïcidaal gebruikspatroon.

## 6. De klinische verslavingspersoonlijkheid

Langdurige verslaving leidt tot een enigszins bestendige structuur van specifieke gedragspatronen die men de '*klinische verslavingspersoonlijkheid*' pleegt te noemen. Het herhaald en langdurend splitsen van gedragingen en psychische inhouden resulteert uiteindelijk in een relatief autonome gesplitste structuur op niveau van persoonlijkheid.

Het lijkt dan dat de patiënt 2 persoonlijkheden heeft of beter gezegd '2 **egostaten**' vb. ik heb 2 partners, 2 papa's, ... of 2 **Ik-types** (*fenotypes*) die zijn gedrag organiseren: een *premorbid* Ik en een *verslaafde* Ik.

Men kan ook spreken van een 'schijn-Ik', een alsof-Ik, een 'dubbelganger' om de verslaafde ik aan te duiden.

Het gaat om een 'robot'-persoonlijkheid waarbij de typische uniciteit en particulariteit van het individu grotendeels verloren gegaan is en die een grote uniformiteit vertoont bij verslaafde patiënten. Deze persoonlijkheid organiseert en beschermt de verslaafde leefwijzen en dito gedragspatronen.

Na de ontwenning blijft de dubbele persoonlijkheidsorganisatie bestaan en deze structuur wordt slechts langzaam (behoedzaam) en vaak slechts gedeeltelijk afgebouwd.

De behandelaar zal noodzakelijkerwijs rekening moeten houden met het bestaan van dit karakteristiek psychologische verschijnsel wil hij op langere termijn de patiënt helpen in het aandurven van een constructieve onthouding.

Met bovengenoemde persoonlijkheidsproblematiek in het achterhoofd bieden de psychologische en psychotherapeutische taken zich als zeer belangrijk en van

lange duur aan. **Afscheid nemen van de verslaving betekent dat de patiënt terug zin krijgt in het echte leven, m.a.w. opnieuw de 'zin' en het 'verlangen' terugvindt. Aanvankelijk moet de patiënt hierbij als het ware door de woestijn van de 'banale' nuchterheid zonder roeservaringen trekken vooraleer opnieuw geboeid te kunnen zijn door echte contacten met zichzelf en de anderen..*Het proces van het nuchter worden lijkt aanvankelijk meer het inwisselen van de grote illusie voor een nog grotere desillusie dan het verkrijgen van de hoop op en de beloning van een nieuw geluk.* De residentiële ontwenningbehandeling is dan ook maar een eerste stap van een langdurig en gefaseerd groeiproces.**

**Samenvattend: de verslaafde is verstrikt geraakt in de spiraal van destructieve regressieve patronen. De worteling in de biologische, sociale en psychische voedingsbodem is opgegeven door de vlucht in een ijle fantasmatische schijnwereld. De behandeling van de verslaafde wil de fatale regressie tot stilstand brengen om het gezond makende contact met de realiteit weer mogelijk te maken m.n. terug 'echt' aanwezig in zijn lichaam, bij zijn medemensen en bij zichzelf. Het complexe gebeuren van de klinische ontwenningbehandeling kent altijd op zijn minst een tweevoudige dimensie. Enerzijds werken aan het herstel van het instrumentarium: de lichamelijke, sociale en psychologische functies via inzichtelijk leren en methodisch trainen. Anderzijds het herstel van het "verlangen": zin vinden en zin krijgen in authentisch leven via het persoonlijke en therapeutische contact met de teamleden en de medepatiënten.**

**Deze benadering kan als een dubbele hefboom werken bij het begeleiden van de patiënt doorheen zijn moeizame gang van "l' illusion à la désillusion".**

Een overzicht van behandeldoelen of werkdomeinen vindt men in het volgende schema:

***'Fasen in de ontwenningbehandeling: evolutie van gedrag en persoonlijkheid'.***

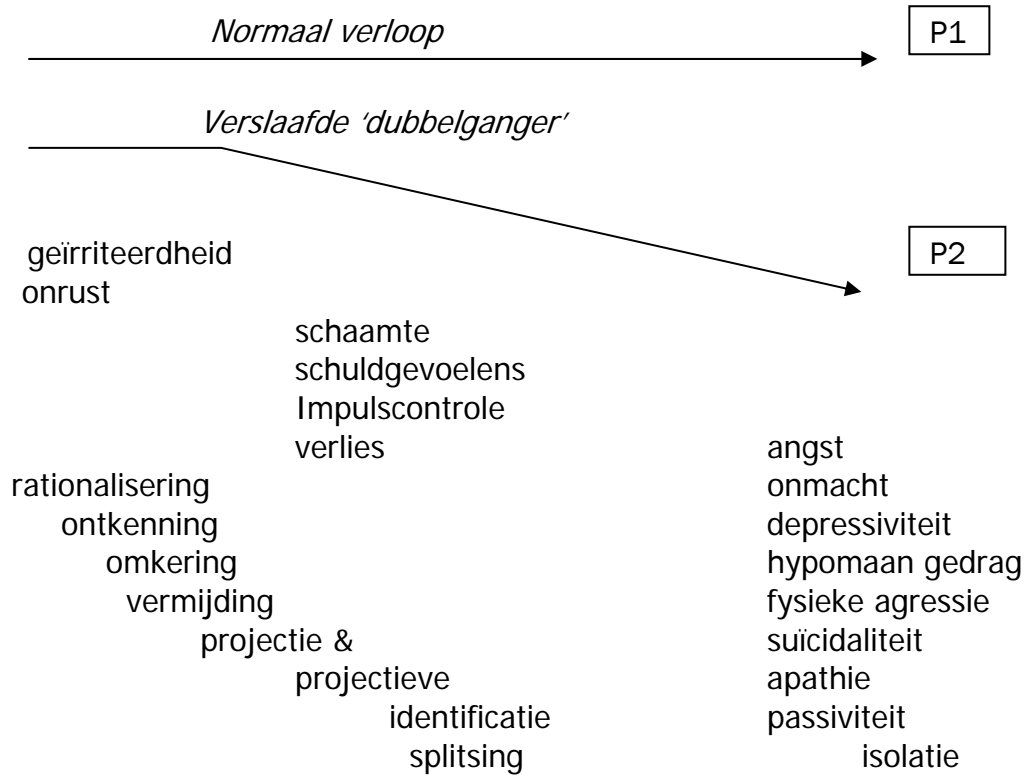
# FASEN IN DE ONTWENNINGSBEHANDELING

## Evolutie van gedrag en persoonlijkheid

FASE	I	II	III
1. relatie t.a.v. het middel	scheiding (stoppen met drinken)	afscheid (rouwproces)	onthechting (geen 'expliciete' betrokkenheid)
2. motivatie	extern	intern	intrinsiek
3. veranderingsniveau	gedrag (cognitief-emotioneel)	ervaring (inzicht en betekenis)	persoonlijkheid (creativiteit en ontwikkeling)
4. tijdsniveau	tegenwoordig (actueel) (hier en nu)	+ verleden (historisch) (daar en toen)	+ toekomst (existentieel)
5. identiteitsreconstructie	collectief (wijgevoel)	individueel (ik-gevoel)	uniek (‘subject’-gevoel)
6. persoonlijkheidsdynamiek	stagnatie (afsplitsen)	verwerken (integreren)	groeien (differentiëren)
7. betekenis van het ageren	klacht (impulsief afreageren)	symptoom (‘enactment en acting trough’)	verlangen (act en creatie)
8. werkmiddelen	instrumenteel-cognitief en sociale Interactie	emotionele Interactie en mentaliteit	symbolisatie (relatie en achievement)

7. **Ontstaan van de klinische alcoholische persoonlijkheid : een geleidelijke evolutie**

**Schema** : verandering van persoonlijkheid bij verslaving



## **8. Verslaving : een persoonlijkheidsstoornis ?**

Terecht kunnen we de vraag stellen of de zgn. klinisch verslaafde persoonlijkheid niet kan ondergebracht worden bij de DSM-IV categorieën van de persoonlijkheidsstoornissen.

Bepaalde gedragspatronen (impulsiviteit, compulsiviteit, mentalisatieproblemen, primitieve afweer, ...) komen overeen en de behandelvormen ervan vertonen vaak een grote overeenstemming (empathie en structuur aanbieden, trainen van concrete copingstrategieën, sociale vaardigheden en communicatie bevorderen, psychoeducatieve sessies ...).

Er zijn echter belangrijke verschillen: denken we maar aan de etiologie (hechtingsstoornissen, trauma), de aanwezigheid van lijden en angst, de functie van het middel (roes versus medicament), het verloop, de vraag naar en de motivatie voor hulp, ...

**Wij gaan uit van de werkhypothese dat de typische kenmerken van de verslaafde persoonlijkheid op de eerste plaats het resultaat zijn van het langdurige misbruik van het middel en niet direct te verbinden zijn met eventuele vroegere ontwikkelingsstoornissen. Zonder echter uit het oog te verliezen dat premorbide kenmerken het actuele beeld steeds in belangrijke mate kunnen kleuren.**

**De behandeling is dan ook op de eerste plaats gericht op de verandering van het actuele gedragspatroon, eerder dan op het exploreren van het infantiele verleden.**

In de loop van de volgende bijeenkomsten willen we uitvoerig ingaan op persoonlijkheidsstoornissen en het eventueel samengaan met verslaving. Overeenkomsten en verschillen zullen verder toegelicht en uitgediept worden o.a. door dr. Hebberechts, Dr. Dom, collega Ilse Vermote, en door mezelf. Ik zal vooral aandacht besteden aan het begeleiden van patiënt bij primaire ontwikkelingstaken (affect- en impulsregulatie, individuatie – separatie, psychoseksuele identificatie, generativiteit, ...)

Wellicht vinden we dan ook tijd om stil te staan bij de typologische aspecten (type A & B) die bij bepaalde patiënten een duidelijke rol spelen en om eveneens dieper in te gaan op bepaalde psychodynamische aspecten van de toxicomanie.

We menen dat het samen belichten van beide problematieken nieuwe inzichten zal aanbrengen die op hun beurt onze aanpak nog specifiek en professioneler kunnen maken.

Geert Pype

Klin. Psycholoog