



Kliniek Sint-Jozef  
Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie  
Boterstraat 6  
8740 PITTEM  
tel. 051/46 70 41  
fax 051/46 70 46  
e-mail: [info@sintjozefpittem.be](mailto:info@sintjozefpittem.be)  
[www.sintjozefpittem.be](http://www.sintjozefpittem.be)



ONTWENNINGSKLINIEK

# PERSONLIJKHEIDSTOORNISSEN & VERSLAVING

Mei 2004  
Geert PYPE

## **Inhoud**

1. Mentalisatie ..... 2
2. Ontwikkelingsstoornis ..... 4
3. Impliciet en expliciet geheugen ..... 7
4. Psychotherapie en ontwikkelingsstoornissen ..... 9
5. Verslaving en persoonlijkheidsstoornis: belangwekkende gelijklopendheid..... 13
6. Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van verslaafden..... 16
7. Tot besluit ..... 18

## 1. Mentalisatie

---

Het verhaal van een mensenkind en meteen zijn kans op een normale psychische ontwikkeling begint met een "veilige" hechting met de zorgende volwassene(n). Bij veilige hechtingspatronen tussen kind en zorgende ouder ontstaan innerlijke werkmodellen (representaties) van het zelf en van de andere(n).

Deze werkmodellen laten toe het eigen psychisch functioneren en het psychisch functioneren van de andere(n) zonder belangrijke (essentiële) vertekeningen

1. waar te nemen,
2. het zich voor te stellen (representeren, er een beeld van maken),
3. de betekenis(sen) ervan te vatten op een genuanceerde manier en,
4. op een adequate (competente) manier te reageren.

Gedurende de veilige en positieve interactie tussen moeder en kind leert het kind a.h.w. spelenderwijs ("playing with reality" – Fonagy en Target, 1996) voorstellingen maken in termen van mentale toestanden zoals emoties, intenties, verwachtingen, attitudes. Deze voorstellingen betreffen zowel het gedrag van de andere(n) (bijv. moeder) als van zichzelf. Het kind ontdekt dat anderen "denkend of voorstellend" bezig zijn en dat deze anderen hem ook ervaren als een 'denkend' wezen. Mede daardoor wordt gedrag van mensen als betekenisvol en in zekere mate als voorspelbaar beleefd.

**Mentaliseren is dan het vermogen om niet alleen op anderen te reageren op basis van hun gedrag, maar ook op basis van het begrijpen van hun intenties. Dit vermogen om te reageren op de betekenis van het gedrag van de anderen is wezenlijk verbonden met het vermogen om eigen ervaringen en gedragingen te begrijpen en betekenissen te geven.**

Het gaat dus om het vermogen aan de anderen en aan zichzelf, een mentale toestand, een eigen en afzonderlijke "mentale toestand" toe te kennen en hierbij een onderscheid te kunnen maken tussen zijn eigen beleving en betekenis geven en dat van de andere. Het gaat a.h.w. om een "theorie van de psyche" (theory of mind) die het kind in staat stelt om gemoedstoestanden en intenties van anderen te begrijpen.

Het mentaliseren gebeurt op een onbewuste automatische manier buiten het bewustzijn om en werkt als een soort automatische piloot.

Mentaliseren slaat dus op de "manier waarop" we waarnemen en niet op de inhoud zelf van het waarnemen. M.a.w. het gaat om een **instrumenteel aspect** van de psyche en niet om een inhoudelijk aspect. In deze zin is er een duidelijk verschil tussen introspectie en mentalisatie. Introspectie betreft inhoudelijke en bewust (gemaakte) ervaringsgegevens zelf. Mentalisatie betreft het instrument of het

vermogen dat ons in staat stelt om betekenissen te verlenen en te begrijpen. Mentalisatie is ook te onderscheiden van "realiteitsbesef". Deze functie heeft te maken met het vermogen tot het waarnemen en interpreteren van de zgn. objectieve werkelijkheid en niet van mentale geladen menselijke ervaring.

Via het mentaliseren ontstaat er geleidelijk een coherent en gestructureerd geheel van zelfrepresentaties die het "ik-gevoel" gaan bepalen en meteen aan de basis liggen van het gevoel van eigen competentie.

Van belang verder is te weten dat het tot stand komen van deze representaties gebeurt via een circulair gebeuren tussen moeder en kind (intersubjectieve ruimte) waarbij het kind de voorstelling (beeld) van zichzelf zoals het voorgesteld is door de moeder waarneemt en introjecteert. Het gaat dus wel degelijk om voorstellingen over het kind zelf die opgenomen worden en als basis dienen voor de zelfrepresentatie. Fonagy, Target en medewerkers beschreven uitvoerig het complexe ontstaansproces van de reflectieve functie zich baserende op observatie van het gedrag tussen moeder en kind (Fonagy 2001). Heldere en boeiende overzichtsartikels in het Nederlands vinden we beschreven door o.m. Nicole Vliegen en C. Leroy (2001) en door Jeanette De Waal (2002).

## 2. Ontwikkelingsstoornis

---

### 2.1. Onveilige hechting

Bij onveilige hechting tussen kind en moeder zijn er problemen in de vorming van innerlijke werkmodellen. Een angstige, overbezorgde moeder bijv. zal geneigd zijn een met angst beladen representatie van het kind te spiegelen waardoor het kind een negatieve representatie van zichzelf en van zijn moeder neigt te vormen. Op termijn ontstaan er dan gestoorde of disfunctionele innerlijke werkmodellen.

Onderzoek heeft uitgewezen dat 30% van de bevolking onveilig gehecht is (Van Yzendoorn, 1994). Men onderscheidt 3 categorieën van onveilige hechting:

1. angstig-vermijdend
2. angstig-ambivalent
3. gedesoriënteerd-chaotisch

(zie Jeanette De Waal, 2002, p. 486-490).

Hechtingsgedrag en hechtingspatronen worden transgeneratieel doorgegeven door één of beide ouders aan de volgende generatie en de hechtingspatronen zijn ouderspecifiek (zie o.a. Nicolai; 2001 en Myriam Van Gael, 2002, p. 372-373).

**Bij ernstig gestoorde hechtingspatronen en wanneer er een samengaan is met ernstige traumatische ervaringen (affectieve verwaarlozing, fysiek geweld, seksueel misbruik, ...) loopt het kind een groot risico op een ernstige verstoring van het mentalisatievermogen of wordt de ontwikkeling ervan geheel stopgezet.** We spreken dan van een "mindless" ervaren of nog een "geinanimeerd of geesteloos" ervaren. Fonagy e.a. stelden vast dat er bij zwaar getraumatiseerde kinderen er een 'actieve', defensieve remming van het mentalisatievermogen optreedt. Een soort "dysmentaliserende" attitude of reflex om zich te beschermen tegen de confrontatie met sterk negatief geladen en pijnlijke ervaringsinhouden (zie verdere beschrijving van dit proces door Myriam Van Gael, 2002).

Sterk onveilige hechting samengaan met ernstige (en herhaalde) trauma-ervaringen in de vroege kindertijd leidt tot een stoornis in de ontwikkeling van essentiële psychische functies waaronder vooral:

1. de affect- en impulsregulatie en de daarmee verbonden copingmechanismen om met frustratie en conflict om te gaan
2. de reflectieve functie of het mentaliseren, het vermogen dat toelaat om vanuit een adequate zelfrepresentatie en representatie van de anderen op

een directe (= onbewuste) en spontane manier competent te reageren op betekenisvolle menselijke gedragingen.

3. het relationeel functioneren, o.a. het omgaan met afstand en nabijheid (separatie-individuatie) en de objectconstantie (het vasthouden van een beeld van de andere).

Stoornissen in de vorming (actualisering) van één of meerdere ontwikkelingsfunctie(s) t.g.v. een onveilige hechting eventueel samengaande met traumatische ervaringen liggen aan de basis van persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen. Bij deze mensen is er een disfunctioneren van de psychische vermogens of van het 'psychisch instrumentarium' dat optreedt bij het waarnemen en het verwerken van psychische ervaringsgegevens. De vorming en ook de werking van deze psychische werkmodellen verloopt preverbaal en intuïtief los van het bewustzijn (cf. een automatische piloot).

## **2.2. Kritische perioden**

Het vermogen om menselijke gedragingen – zowel dat van anderen als van onszelf – op een adequate manier te interpreteren en om competent te reageren is bij de geboorte enkel maar 'in potentie aanwezig'. Zoals voor de andere psychische functies gebeurt de ontwikkeling tot een volwaardig vermogen via de intersubjectieve interactie met de menselijke omgeving.

Ontwikkelingspsychologisch onderzoek en ook recent neurobiologisch onderzoek tonen aan dat de ontwikkeling van heel wat psychische functies gebonden is aan kritische leeftijdsfasen. Denken we bijv. aan het leren spreken, schrijven, abstraheren, de regulatie van affecten en impulsen en aan het mentaliseren. Maar ook een deel van de structuur zelf en de functionering van het brein wordt pas definitief gevormd in de loop van de eerste levensjaren en dit door de intense interactie van het kind met de omgeving. Voor elke functie is de ontwikkeling gebonden aan een specifieke ('kritische') leeftijd, bijv. leren spreken tussen 1 en 2 jaar, ...

Eenmaal de kritische leeftijd voorbij blijkt de ontwikkeling veel trager en moeizamer te verlopen. Neurobiologisch onderzoek wijst bijv. aan dat het dan niet de eigenlijke oorspronkelijke hersencentra zijn die geactiveerd worden maar parallelle of substituerende synaptische verbindingen of centra en hoe ouder de persoon hoe moeilijker het proces verloopt. Deze vaststellingen zijn vanzelfsprekend zeer belangrijk voor de psychotherapie bij mensen met ontwikkelingsstoornissen.

Door middel van psychotherapie kunnen bepaalde psychische functies wel (verder) ontwikkeld worden maar men vermoedt dat de kwaliteit en stabiliteit doorgaans lager is dan bij een normale ontwikkeling. M.a.w. er blijft een zekere kwetsbaarheid bestaan – zelfs bij succesvolle behandelingen – die o.a. tot uiting komt via terugval

bij bepaalde stresserende 'life-situaties' of door de blijvende behoefte aan supportieve of beschermende relaties bij sommige patiënten.

Verder moge het duidelijk zijn dat de ontwikkeling van de psychische functies afhankelijk is van vier basisfactoren:

1. de kwaliteit van de hechting ('holding' en 'containment') in de ouder-kind relatie,
2. het onderhevig geweest zijn aan traumatische ervaringen als kind,
3. organische factoren in het brein zelf (bijv. bij autisme) en
4. invloeden van de omgeving (bijv. ondersteunende derden, socio-economische factoren...).

Tussen deze vier factoren is er een intense wisselwerking.

***Tot slot kunnen we stellen dat de kwaliteit van de hechting tussen moeder en kind de beslissende factor (katalysator) is bij de ontwikkeling van de reflectieve functie (het vermogen tot mentalisatie) en dus mede een bepalende factor is in het al dan niet ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis.***

### 3. Impliciet en expliciet geheugen

---

Recent is de wetenschap tot de bevinding gekomen dat er twee soorten van geheugen ('memory') bestaan, m.n. een impliciet geheugen en een expliciet geheugen.

#### 3.1. Impliciet geheugen

Dit geheugen bevat het materiaal over "hoe" men functioneert op lichamenlijk en psychisch niveau.

Bijv.

Lichamelijke (motorische) functies: · stappen, lopen, zwemmen.

Psychomotorische functies: · schrijven, spreken, autorijden.

Psychische functies: · mentalisatie, affectregeling, structureren van tijd en ruimte.

De gegevens over de manier waarop we ons gedragen of over onze functies ligt bevat in het impliciete geheugen. Wanneer het om psychische functies gaat, spreekt men over het *procedurele* geheugen.

##### 3.1.1. Kenmerken van het impliciete geheugen

1. De werking verloopt als een *automatische piloot*: spontaan, intuïtief, non-verbaal en onbewust.
2. *Non-verbaal*. Het impliciete geheugen is niet rechtstreeks toegankelijk voor verbale taal. Het maakt gebruik van neurologische en hormonale systemen die zich op de eerste plaats uiten via de lichaamstaal: mimiek, gebaren, stemmingsuitingen, de "manier" van zich gedragen (nervuus, apathisch, ...), psychosomatische symptomen (bijv. spanningshoofdpijn, chronische vermoeidheid, ingewandenstoornissen bij stress, ...), interactiepatronen of – schema's (mentalisatiepatronen, impulscontrole, omgaan met structuren en grenzen, ...).  
Dit soort gedragsreacties verloopt zonder tussenkomst van woorden. Naast de lichaamstaal kunnen we gebruik maken van andere communicatiekanalen, o.a. poëtische taal, artistieke creaties, beeldtaal, ... m.a.w. alle uitdrukingsvormen die verwijzen naar het klimaat en de sfeer waarin de interactie verloopt.
3. *Preverbaal*  
Het "psychisch" materiaal dat in het impliciete geheugen bevat ligt, heeft te maken met het ontstaan en de werking van de psychische functies. Deze ontwikkelen zich grotendeels

in het preverbale stadium (0-2 jaar) en zijn sterk afhankelijk van het hechtingsklimaat in de opvoedingssituatie.

4. Volgens neurobiologen (cf. Prof. D'Haenen, 2003) wordt het materiaal van het impliciete geheugen vooral *geactiveerd tijdens de REM-fase van de slaap*.

### **3.2. Het expliciet geheugen**

Het expliciete geheugen bevat de inhoudelijke of zgn. biografische gegevens van het individu. Het gaat over feitelijke ervaringsgegevens, belevingen, gevoelstoestanden, kennisinhouden die de basis vormen voor de persoonlijke levensgeschiedenis of het 'persoonlijk verhaal' van een persoon.

#### **3.2.1. Kenmerken**

1. Het zich herinneren van expliciet geheugenmateriaal kan *zowel actief gewild* als spontaan (via associaties) gebeuren.
2. Het materiaal is toegankelijk voor *woorden (verbale taal) en 'verhalen'*. Het gaat om weergeven en begrijpen van inhoud, eerder dan om 'klimaat'. Het gaat op de eerste plaats om *proza* die inhouden en belevingen weergeeft eerder dan om poëzie.
3. Het expliciete geheugen ontwikkelt zich vooral vanaf het einde van het *tweede levensjaar*. Ervaringsmateriaal van de vroegste levensfasen wordt niet opgeslagen omdat de expliciete geheugenfunctie nog niet actief is. Dit feit verklaart waarom we ons weinig of geen gebeurtenissen kunnen herinneren van de eerste twee levensjaren.
4. Materiaal van het expliciete geheugen zou ook in de *niet-REM*-fase van de slaap voorkomen.

Concluderend kunnen we stellen dat bij de behandeling met mensen met ontwikkelingsstoornissen we vooral te maken hebben met het materiaal dat in het impliciete geheugen bevat ligt.

Bij patiënten met neurotische problematiek komt het materiaal vooral uit het expliciete geheugen.

Niet alleen de inhoud van het materiaal maar ook de manier van werken zal grondig verschillen naargelang we met neurotische dan wel persoonlijkheidsproblematiek te doen hebben.

## **4. Psychotherapie en ontwikkelingsstoornissen**

---

Niet enkel in een dichte (intieme) interpersoonlijke relatie maar ook in de psychotherapeutische overdrachtrelatie worden vroege hechtingspatronen gereactiveerd en daardoor in zekere mate beïnvloedbaar gemaakt.

We blijven stilstaan bij enkele specifieke aspecten van therapie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

### **4.1. Holding en containment**

We wijzen vooreerst op het primaire belang van holding en containment in de relatie met deze patiënten. Holding is bieden van support via structuur, emotionele steun, empathisch luisteren, aanvaarding en tolerantie.

Containment gaat om het begrijpen vanuit de belevingswereld van de patiënt én om het teruggeven van een boodschap op die manier dat de patiënt zijn gedrag beter begrijpt maar ook beter de angst en de emotie die ermee in verband staan beter kan verdragen. Met als gevolg een verdieping van inzicht en van emotioneel ervaren.

### **4.2. Het klimaat en de manier van interactie**

Niet zozeer de inhoud van ervaringen (de biografische gegevens) maar veeleer het klimaat en de manier waarop geïnterageerd wordt, staan centraal in de exploratie en het leerproces.

Het is dus de interactie (overdracht) tussen de patiënt en de therapeut en/of tussen patiënten onderling die het onderwerp van onze aandacht uitmaken.

Therapeutische veranderingen ontstaan hier niet zozeer door inzicht of introspectie op niveau van het autobiografische geheugen maar zijn eerder het gevolg van correctieve ervaringen (en inzicht) op het niveau van de interactie zelf met een veilige andere. Herhaalde positieve ervaringen kunnen geleidelijk veranderingen in het procedurele geheugen, m.n. op niveau van de psychische functies te weeg brengen.

In het 'holdend' en 'containend' omgaan met de patiënt zal dus op de eerste plaats aandacht moeten gegeven worden aan de interactie zelf wil men werken aan het corrigeren van de psychische functies, m.n. mentalisatie, impuls- en affectregulatie, objectconstantie, e.a.

We verwijzen hier graag naar het recente artikel van P.M. H. Wyts e.a. (2003) over een op overdracht gerichte psychoanalytische psychotherapie voor borderlinepatiënten m.n. 'Transference focused psychotherapy'.

We citeren: door middel van een contract dat met de patiënt is opgesteld, wordt een veilig kader gecreëerd waarin overdracht wordt onderzocht. In de

therapeutische relatie worden geactiveerde en afgeweerde zelfrepresentaties en objectrepresentaties zichtbaar. De patiënt leert deze voorstellingen aanvaarden als deel van zijn eigen persoon zodat hij een realistischer en meer geïntegreerd beeld van zichzelf en anderen ontwikkelt (p 140).

'*The transference focused psychotherapy*' werd door Kernberg en medewerkers (1989) ontwikkeld en is recent in Nederland geïntroduceerd.

#### **4.3. Niet-verbaal materiaal**

Niet-verbaal materiaal biedt toegang tot het procedurele geheugenmateriaal.

**Lijfreacties** zijn een belangrijke bron van informatie. Onbehagen, stress, angst, ... worden lang voor dat ze bewust ervaren worden aanvoeld en uitgedrukt via lichamelijke reacties (mimiek, gebaren, huidreacties, hoofdpijn, maagpijn, ...). Deze lijfreacties kunnen vaak niet alleen met woorden weergegeven worden. Vandaar het belang te werken met beeldspraak, poëzie, muziek, dans, tekeningen, mimiek, stress, ... kortom met alle niet-verbale interactiekanalen bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Inzicht (alleen) helpt niet of helpt onvoldoende. Veranderingsprocessen op niveau van psychische functies verlopen dan ook niet plots en spectaculair. **Ze zijn de vrucht van langdurig leren via correctief herhalen (trainen) van concrete gedragsinteracties in het hier-en-nu gebeuren tussen patiënt(en) en therapeut.**

*Niet zozeer praten over het daar en toen, wel praten en vooral doen (oefenen) in het hier en nu.*

#### **4.4. Projecties en overdrachtsfenomenen**

De therapie met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen wordt gekenmerkt door intense projecties en overdrachtsfenomenen. Vooral in het begin van de therapie treden de vroegere negatieve hechtingspatronen op onder de vorm van o.a. onverschilligheid, verwerping, grensoverschrijdend gedrag, automutilatie, agressie, enz.

De patiënt gebruikt immers bij voorkeur deze primaire reactiepatronen die hem vroeger beschermd hebben in een vijandig en/of onbetrouwbaar milieu. Vaak wil hij ook de degelijkheid en de constantie van de vertrouwensrelatie testen vooraleer zichzelf kwetsbaar te tonen.

Hij projecteert daarbij de negatieve en ik-vreemde representaties op de therapeut in een poging ook - in een verder stadium van de therapie - om er zich van te bevrijden. Intense gevoelens van leegte, apathie en innerlijke blokkades kunnen de therapie verlammen wanneer patiënt tevergeefs op zoek gaat naar eigen representaties.

Wil de therapeut een werkzame relatie behouden, dan zal men niet enkel voor deze intense en bodemloze gevoelens van de patiënt voldoende holding en containment dienen te bieden, maar zal men ook eigen intense tegenoverdrachtsreacties (o.a. teleurstelling, zich gebruikt voelen, verdriet, woede, ...) voldoende dienen te containen. Om zich als therapeut te kunnen handhaven en niet in eigen tegenoverdracht vast te lopen zijn m.i. twee condities uiterst belangrijk:

1. werken in een team waarin frequent en op een open manier gecommuniceerd wordt
2. werken met patiënten in groep eerder dan individuele psychotherapie.

Het klinisch psychotherapeutische kader immers biedt het voordeel dat er op een continue wijze holding kan geboden worden en dat de overdrachtsfenomenen verspreid worden over meerdere patiënten en teamleden.

#### **4.5. Werken met inhoudelijke ervaringsgegevens**

Parallel aan het werken op niveau van de psychische functies kan ook met biografisch materiaal gewerkt worden in de mate dat de patiënt daarvoor klaar is en er een behoefte aan heeft. Wanneer patiënt voldoende in staat is om met zijn angst om te gaan kunnen vroegere ervaringen besproken worden. Het kunnen bespreken van (traumatische) ervaringsinhouden wordt beleefd als een vorm van positieve aandacht en kan de vertrouwensrelatie in de hand werken. Zeker in een verder stadium zal het vroegere belevings- en ervaringsmateriaal moeten gebruikt worden om tot een eigen biografisch verhaal te komen en het gevoel van eigen identiteit te ontwikkelen en te versterken.

Het aanbod van verbale therapie als van non-verbale therapie zal dus op elk moment moeten gebeuren, rekening houdende met het stadium en de mogelijkheden van de individuele patiënt.

#### **4.6. Behandelmodellen**

De psychotherapie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis heeft zich voornamelijk ontwikkeld volgens twee modellen.

##### **4.6.1. De klinische psychotherapie gebaseerd op het psychoanalytische model**

Zie o.a. M. Kinet (2002), en TJM Ingershoven, RE Abraham en J. Hartman (2000).

4.6.2. Cognitieve gedragstherapie

1. De dialectische gedragstherapie van M.M. Lineham
2. De schematherapie van JE. Young

Zie o.a. A. Hauwaert en G. Pieters (2001)  
en M.M. Thuninissen en E.H. Muste (2002)

## 5. **Verslaving en persoonlijkheidsstoornis: belangwekkende gelijklopendheid**

---

Bij patiënten in de verslavingszorg blijkt dat er ongeveer 60 procent aan de diagnostische criteria voldoen van ten minste één persoonlijkheidsstoornis. Vaak gaat het om borderline of antisociale persoonlijkheid. (R. Verheul, W. van den Brinken, K. van den Velden, 2000). In wat volgt gaan we even in op de inhoudelijke aspecten.

### 5.1. **De klinische verslavingspersoonlijkheid**

Verslaving brengt een aantal belangrijke veranderingen teweeg in het psychisch functioneren die vaak ook langdurig blijven bestaan na het stopzetten van het middelenmisbruik. Wanneer we de gedragsveranderingen van naderbij bekijken zien we dat we vooral te maken hebben met stoornissen in het functioneren zelf ('de psychische functies'). We noemen de belangrijkste op:

1. Affect- en impulsregulatie  
bijv. gebrekkige beheersing van verbale en fysieke agressie, idem voor de coping mechanismen i.v.m. stress- en conflictsituaties, omgaan met interne spanningen, ...
2. Separatie-individuatie  
bijv. al dan niet erkende relationele afhankelijkheidsbehoefte, moeilijkheden in het omgaan met grenzen, competitie en rivaliteit, ...
3. Mentalisatie  
bijv. rigiditeit en egocentrisme van het denken wijst op een verminderd vermogen tot reflecteren.
4. Objectconstantie  
bijv. een vaak wisselende kwaliteit en intensiteit van het contact met de significante anderen en het niet onder controle kunnen houden van primaire mechanismen zoals splitten en projectieve identificatie.
5. Psychoseksuele identificatie  
bijv. het blijven vasthouden aan een collectieve identiteit ('ik ben alcoholist'; subcultuur van de drugverslaafde, ...) en het levensverhaal dat vaak banaal en affectief arm aanvoelt.
6. Introspectie en empathie  
bijv. het persisteren van hardnekkige ontkenning en projectieve mechanismen, egocentrische behoeftestructuur
7. Generativiteit en verlangen  
bijv. problemen met het blijven opnemen van verantwoordelijkheden voor anderen (ouderrol) en het blijven

zoeken naar het onmiddellijk en roesmatig genieten ten nadele van verlangen naar psychische groei.

8. Ethiek en zingeving  
bijv. ontbreken van schuldgevoel en schaamte of er overmatig aan onderhevig zijn; labiel patroon van normen en waarden.

We kunnen vaststellen dat er een opvallende gelijkenis is van psychische stoornissen bij verslaving en persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat grotendeels om dezelfde ontwikkelingsfuncties die verstoord zijn en die ook na de ontwenning verstoord blijven of slechts langzaam verbeteren. Deze blijvende kwetsbaarheid en het psychisch disfunctioneren (bijv. niet competent omgaan met affectieve prikkels en met stress bij life-events) is vaak één van de belangrijkste factoren voor terugval van middelenmisbruik.

## **5.2. Effectieve therapieën**

Er is een opvallende gelijklopendheid tussen verslaving en persoonlijkheidsstoornissen wat betreft de effectiviteit van therapeutische methoden.

Veel wetenschappelijk onderzoek en langdurige klinische ervaring convergeren naar de vaststelling dat effectieve therapie bij verslaving zowel als bij persoonlijkheidsstoornissen moet voldoen aan de volgende basiscondities.

1. Werken eerder met het kader dan met de inhoud: ·bieden van emotioneel support, structuur en activering ('holding') komt voor de exploratie van emotionele en ervaringsinhouden.
2. De houding van de therapeut is actief en transparant eerder dan neutraal en spiegelen.
3. Aanbieden van psychoeducatie zowel omtrent de aanwezige psychologische problematiek als de ontwikkeling van een gezonde psychische levenswijze.
4. Trainen van concrete gedragsvaardigheden bij het omgaan met typische risico- of probleemsituaties (terugvalpreventie).
5. Trainen van sociale en communicatieve vaardigheden en van algemene coping mechanismen.
6. Werken met de hier-en-nu aspecten van de interactie tussen de patiënten onderling en de interactie tussen patiënt en therapeut.
7. Betrekken van het sociale netwerk bij de behandeling teneinde de generalisatie van nieuw geleerd gedrag te bevorderen en de sociale integratie te stimuleren.
8. Een uitgebreid aanbod van niet-verbale werkmethoden, m.n. doe- therapieën, sport, lichaamsexpressie, creatieve vaardigheden, rollenspel, ... Bij verbale therapieën zal de therapeut voldoende structurerend en supportief zijn, zowel individueel als in groep.

De klinische ervaring leert dat psychische functiestoornissen (bijv. impuls- en affectregulatie) tijdens het verloop van een specifieke ontwenningbehandeling sterk kunnen verminderen of zelfs verdwijnen. Het herstel van het gezonde functioneren is soms een "spontaan" gevolg van nuchter zijn maar men neemt aan dat de ontwenningbehandeling een gunstige invloed heeft op de aanwezige persoonlijkheidsproblematiek.

### **5.3. Schokkende ervaringen en psychische stoornissen**

Traumatische ervaringen in de kindertijd samengaande met onveilige hechtingspatronen verstoren de ontwikkeling van basale psychische functies en zijn de oorsprong van latere persoonlijkheidsstoornissen. Maar ook bij volwassenen kunnen ernstige traumatische ervaringen aanleiding geven tot een duurzaam gestoord psychisch functioneren. Dit blijkt zowel uit klinische observaties (bijv. Het voorkomen van dissociatieve stoornissen bij oorlogsveteranen) als uit hersenonderzoek (functionele en structurele veranderingen op niveau van hersencellen en synaptische verbindingen). Veel hulpverleners in de verslavingszorg zijn de mening toegedaan dat een periode van ernstige verslaving op het organisme kan inwerken als een traumatische gebeurtenis en daardoor ook duurzame psychische disfuncties kan teweegbrengen. Het gaat natuurlijk om een samengaan van vele factoren die de ernst van het impact bepalen, maar heel wat ex-verslaafden blijven zitten met een kwetsbare persoonlijkheid, ook na jarenlange nuchterschap en behandeling.

Verder twee vaststellingen die wijzen op een mogelijke link tussen verslaving en persoonlijkheidsstoornissen.

Ten eerste het gegeven dat bij verslaafden duidelijk meer slachtoffers voorkomen van seksueel misbruik in de kinder- of jeugdperiode. Bij vrouwen liggen de cijfers boven de 30%; bij mannen boven de 10%.

Ten tweede is er een verhoogde incidentie van co-morbiditeit bij verslaafden, zowel wat betreft angst- en stemmingsstoornissen als persoonlijkheidsstoornissen.

Voor een overzicht in dit verband zie G. Dom (1999), p. 136 – 159.

Tenslotte kan het interessant zijn na te gaan of er bij verslaafden ook meer hechtingsstoornissen voorkomen dan bij de normale bevolking. De cijfers voor de normale bevolking over alle culturen heen geven  $\pm 30\%$  onveilige hechting aan (Van Yzendoorn, 1994).

## **6. Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van verslaafden**

---

Om het kind niet met het badwater weg te gooien willen we toch wijzen op de specificiteit van de ontwenningbehandeling.

We belichten enkele belangrijke aspecten.

### **6.1. Langdurige en intensieve relapspreventie**

Hoofdaccent op de ontwenning en het nuchter blijven. Het belangrijkste adagio wellicht bij het werken met verslaafden is te stellen dat er zonder duurzame nuchterheid er geen psychotherapie en mede geen "psychisch leven" mogelijk is. Langdurige en intensieve relapspreventie is een conditio sine qua non.

### **6.2. Groepswerking**

De sterke maar vaak latente afhankelijkheidsstoornis verdient specifieke aandacht wil men tot een voldoende duurzame en werkzame therapeutische alliantie komen.

Klassieke valkuilen zoals competitie, idealiseren, lage therapietrouw en hoge drop-out zijn gemakkelijker hanteerbaar door het werken met groepen. De intense overdrachtsfenomenen worden meer gemilderd en verspreid over alle groepsleden en daarenboven laat een groep toe te werken met het instrument van de collectieve identiteit ("wij-verslaafden"). Het klimaat van holding en containment wordt dan evengoed een zaak van de groepsleden als van de therapeuten.

### **6.3. Motivatie**

Motivationale problemen lopen als een rode draad door het gehele proces van het nuchter worden. Eerst om te erkennen dat er een afhankelijkheidsprobleem is en te herkennen dat er specifieke hulp nodig is. Daarna om terugval te voorkomen ten gevolge van zelfoverschatting of zelfonderschatting (bijv. Een te hoog of te laag gevoel van competentie en zelfwaarde).

Sommige patiënten vluchten ook gemakkelijk in psychologische ('psychologiseren') en lichamelijke (psychosomatische) klachten om de aandacht van de middelenafhankelijkheid af te leiden.

De laatste tijd wordt veel aandacht gegeven aan de zgn. randvoorwaarden o.a. persoonlijkheidsfactoren die het effect van de motiverende gespreksvoering sterk beïnvloeden.

#### **6.4. Partner en gezin**

Werken met partner en gezinsleden verbetert niet alleen de therapietrouw. Het is ook een belangrijk positief element in het voorkomen van terugval. Overigens blijkt dat problemen in de partnerrelatie en de gezinsrelatie sterk verhoogd te zijn bij verslaafden (zie o.a. Ter Heine, 1997; O'Farrell, 1993).

#### **6.5. De biografie**

Verslaafden hebben last met het schrijven van een eigen levensverhaal: er zijn niet alleen weinig 'feiten' maar er is ook weinig beleving en ervaring. De reconstructie van het "eigen verhaal" is essentieel om tot een individuele psychologische identiteit te komen en om het gevoel van 'leegte' en 'gemis' te counteren.

Het gedoseerd en gefaseerd werken met ervaringsinhouden via verbale therapievormen heeft m.i. ook een essentiële plaats in de psychotherapie met verslaafden.

## 7. Tot besluit

---

Mentalisatie is het vermogen om de subjectieve betekenis van psychische gebeurtenissen adequaat te begrijpen: reflectief functioneren is de sleutel die toegang geeft tot het geleidelijk ontwikkelen van een 'eigen' psychisch leven. D.i. een subject worden dat (tot op zekere hoogte) de anderen en zichzelf begrijpt. Autonom reflecteren veronderstelt dat men de band met de moeder heeft kunnen lossen maar zoals we weten moet men eerst veilig genoeg gehecht zijn om angst voor het loslaten te overwinnen. We denken hierbij aan het bekende adagio van J.R. Bion: "No psychic growth without leaving the motherbreast". Anders gezegd: zonder de frustratie van het loslaten is geen mentalisatie mogelijk en zonder mentalisatie is er geen autonoom psychisch leven mogelijk.

Stoornissen in de vorming van de mentalisatie liggen aan de oorsprong van een latere borderlinestructuur. Maar ook bij narcisme en hysterie komen frequent mentalisatieproblemen voor. Men is het er dan ook over eens dat deze problematiek juist typisch is voor de persoonlijkheidsstoornissen van cluster B met instabiliteit als gemeenschappelijk kenmerk.

Mag de rol van mentalisatie cruciaal genoemd worden voor de psychische ontwikkeling, bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen mogen de andere psychische functies niet uit het oog verloren worden, m.n. affect- en impulsregeling, separatie-individuatie, objectconstantie en dergelijke meer.

Patiënten met een verslaving aan middelen vertonen vaak ernstige stoornissen van ontwikkelingsfuncties in het bijzonder wat betreft impuls- en affectregulatie, separatie-individuatie en mentalisatie.

Therapeutisch werken met ontwikkelingsproblematiek vraagt een specifieke invalshoek waarbij vooral aandacht gegeven wordt aan de manier waarop de interactie 'hic et nunc' verloopt tussen patiënt en therapeut en tussen patiënten onderling. Dit proces verloopt het best in een veilig en supportief kader met een voldoende langdurig en stabiel engagement van het therapeutische team.

Maw de therapeut is op de eerste plaats een veilige ('good-enough holdend') ouder die mentaliserend (good-enough containend) omgaat met de patiënt.

## Literatuur

- DE WAAL, Jeanette, (2002), In den beginne was er hechting ... De waarde van theorieën over hechtingsstijlen voor de therapeutische behandeling en indicatiestelling, Tijdschrift voor Psychotherapie, (28) 6.
- D'HAENEN (2002), Ontwerp voor een biologische psychiatrie. Lezing gegeven te Pittem, Centrum voor Psychiatrie, 20.03.2003.
- DOM, G., (1999), Dubbeldiagnose. Als verslaving en psychische problemen samengaan, Berchem: EPO.
- FONAGY, P., (2001), Attachment Theory and Psychoanalysis, N.Y. : Other Press.
- HAUWAERT, A., PIETERS, G. (2001), Cognitieve gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis, Tijdschrift voor Psychiatrie, (43) 1, p. 31-40.
- HEINE, B. ter, (1993), Alcoholisten en hun partners. Een onderzoek naar de huwelijksrelatie van mannelijke drinkers, Lisse: Swets&Zeitlinger.
- HEINE, B., ter, (1997), Relatie en relatietherapie van de alcoholist en de partner, In: R.W. Buisman e.a. (red.), Handboek verslaving (B4345), Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- INGESHOVEN, TJM, Abraham, RE en Hartman, I. (2000).  
Persoonlijkheidsstoornissen in C. Janzig, A. Vanden Berg en F. Kruisdijk (red.). Handboek voor Milieutherapie, Van Gorcum, Assen, p. 30-55.
- KEINBERG, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, AC en Appelbaum, A.H. (1989). Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. New York: Basic Books.
- M. Kinet (2002).  
Klinische psychotherapie bij angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen  
Handboek voor Milieutherapie, deel II, Van Gorcum, Assen
- NICOLAI, N., (2001), Hechting en Psychopathologie: een literatuuroverzicht, Tijdschrift voor Psychiatrie, (43), 333-342.
- O'FARRELL, T.J. (red.) (1993), Treating alcohol problems, Marital and family interventions, New York: Guilford Press.

- THUNNISSEN, M.M. en MUSTE, E.H., (2002), Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, Tijdschrift voor Psychotherapie, (28) 5, p. 385-401.
- VAN GAEL, Myriam, (2002), De missing link tussen trauma en borderlineproblematiek. Een benadering vanuit de hechtingsproblematiek, Tijdschrift voor Psychotherapie, (28) 5.
- VAN YZENDOORN, M.H., (1994), Gehechtheid van Ouders en Kinderen, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- VERHEUL, R. van den Brink, W. en van der Velden K. (2000). Persoonlijkheidsstoornissen, In: P.M.G. Emmelkamp, C.A.L. Hoogduin en R. Vandereycken (red.) Handboek Psychopathologie. Deel I
- VLIEGEN, N. en LEROY, C., (2001), Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische relatie. Leuven: Acco.
- WYTS, P.M.H., Kooiman, C.G. en Swaab, I.f. (2003) Transference focused psychotherapy. Een op de overdracht gerichte psychoanalytische psychotherapie en borderlinepatiënten. Tijdschrift voor psychotherapie (29) 2 p 140-156.