

Het alcoholisme vanuit een systeemoptiek

door Th. Compennolle

Alcoholisme gezien vanuit een lineair, summatief, reducerend denkmodel

De evolutie in het wetenschappelijk denken omtrent alcoholisme is een goede illustratie van de evolutie in het wetenschappelijk denken van een lineair, summatief en reduktionistisch paradigma naar een systeemparadigma (Compennolle, 1981a, 1981b) (zie schema 1).

Het traditioneel medisch denkmodel volgt het lineair, summatief en reducerend paradigma (voor een samenvatting zie b.v. Guntern, 1980; Compennolle, 1981a, 1981b), dat de basis vormde voor het wetenschappelijk denken in de 19de eeuw en het begin van de 20ste eeuw.

Dit denkmodel is *reducerend* wat betekent dat het een complex geheel opdeelt in steeds kleinere onderdelen en meent het geheel te kunnen begrijpen door de som te maken van de informatie verkregen over die delen. De eerste opdeling door Descartes was zeer belangrijk omdat ze door het splitsen van lichaam en ziel het lichaam in belangrijke mate bevrijdde van de religieuze bevoogding waardoor het vrijkwam voor wetenschappelijk onderzoek. Na deze opsplitsing werd het menselijk lichaam steeds verder opgesplitst wat een steeds verder doorgedreven specialisatie en sub-specialisatie met zich meebracht.

Zeer belangrijk voor ons denken over alcoholisme is dat de geneeskunde gebaseerd op dit paradigma (met de fysica als ideaal) een sterke neiging had het organisme of zijn onderdelen daarenboven te bestuderen als *gesloten systemen*, hardnekkig probeerend abstractie te maken van de uitwisseling van materie-energie en informatie met de omgeving. Deze fundamentele oriëntatie determineerde

Schrijver is neuropsychiater, Hoofd van de Ambulante Kinder- en Jeugdpsychiatrische Diensten A.Z. Gasthuisberg, Universitair Gezondheidscentrum K.U. Leuven, tevens Directeur Leuven Instituut voor Systeemgeoriënteerde Therapieën. Adres: Universitair Gezondheidscentrum, Tervuursevest 62, 3000 Leuven.

Schema I (naar Compernelle, 1980)

Reductionistisch Lineair-summatief Empirisch analytisch	} paradigma	Systeem Holistisch Structuralistisch Ecologisch	} paradigma
- Complexe gehelen worden voor onderzoek <i>opgedeeld</i> in steeds elementairdere onderdelen. - Het geheel wordt gezien als de som van de delen. - De verbanden tussen twee elementen worden beschouwd als het gevolg van intrinsieke eigenschappen van de onderdelen. - Als men verbanden bestudeert betreft het verbanden tussen twee onderdelen. - Men probeert het geheel te begrijpen door <i>summatie</i> van de informatie verkregen over de onderdelen. - De informatie die men verkrijgt wordt beschouwd als <i>intrinsieke eigenschap</i> van het bestudeerde onderdeel. - Men probeert abstractie te maken van de interactie (uitwisseling van m-e en/of informatie) van het onderdeel met de omgeving: model van het <i>gesloten systeem</i>. - <i>Lineair - lineaire causaliteit</i>, vandaar: aanbrengen van interpunctie (beschuldigend). - <i>Unidirectionaliteit</i>. - <i>Unifactorialiteit</i>. - <i>Monocausaliteit</i>, vandaar: chronologische <i>homogeniteit</i>. - <i>Diachrone</i> conceptualisatie. - <i>Digitaal</i> determinisme.		- Studie van systemen <i>als geheel</i> ongeacht het aantal elementen. Systeem heeft structuur: herkenbare relatie tussen componenten die niet te herleiden is tot accidenteel aggregaat; functie: behoud van essentiële structuur niettegenstaande verandering van componenten en de omgeving; geschiedenis: langzame variatie van de structuur (groei-verval). - Kennis van het geheel kan niet worden verkregen door summatie van de kennis omtrent de elementen of verbanden tussen twee elementen. - De componenten worden beschouwd als hebbende eigenschappen die het resultaat zijn van het feit dat ze behoren tot een bepaald groter geheel: <i>extrinsieke eigenschappen - plaatswaarde</i>. - Systemen beschouwd in interactie met en niet te scheiden van de omgeving: <i>open systeem-model</i>. - <i>Circulair</i> of 'Holografisch', vandaar: vermijden van interpunctie (niet beschuldigend). - <i>Multidirectionaliteit</i> en <i>equifinaliteit</i>. - <i>Multifactorialiteit</i>. - <i>Multicausaliteit</i>; waarin het causaliteitsbegrip uiteindelijk vervalt. vandaar: chronologische <i>heterogeniteit</i>. - <i>Synchrone</i> conceptualisatie. - <i>Probabilistisch</i> determinisme.	

aanvankelijk ook het denken omtrent alcoholisme. Als men de alcoholist bestudeert *geïsoleerd uit zijn context* dan krijgt men uitsluitend informatie omtrent dit uit zijn context geïsoleerd systeem. Hierdoor wordt men gedwongen te veronderstellen dat de oorzaak in het individu ligt: in zijn persoonlijkheid, in de interactie tussen

een hypothetisch Es, ego en super-ego, in onopgeloste conflicten uit de kindertijd enz. enz. . . . Men gaat veronderstellen dat het alcoholisme een *intrinsieke eigenschap* is van het individu.

Hoe meer een onderzoeker abstractie maakt van de context waarin de alcoholist drinkt, hoe minder hij corrigerende informatie krijgt uit de context en hoe meer hij overtuigd raakt van de juistheid van zijn hypothese omtrent de etiologie die hij in het geïsoleerde subject veronderstelde.

Jellinek's klassiek werk (Jellinek, 1960), dat een enorme invloed had op ons denken over alcoholisme, is hiervan een voorbeeld. Zijn hypothesen waren niet gebaseerd op systematische observaties, maar bedenkingen die gestuurd werden door het reduktionistisch wetenschappelijk denkmodel van zijn tijd. Dat zijn hypothesen theoretische beschouwingen waren, niet gebaseerd op observaties, werd door heel wat onderzoekers uit het oog verloren (Reid, 1978). Dit geldt ook in belangrijke mate voor de hypothesen die Freud vooropstelde. Ideeën heropnemend van de romantische psychiatrie uit het begin van de 19de eeuw (Foucault, 1975; Graziano, 1975) veronderstelde Freud een intrapsychische oorzaak voor mentaal dysfunctioneren. Dit was een enorm belangrijke stap vooruit, die het mogelijk maakte het zoeken naar een etiologie van geestesziekten te ontkoppelen van het puur somatische. Het is echter belangrijk om in te zien dat ook Freuds hypothesen niet op observaties waren gebaseerd maar dat hij ze formuleerde op basis van de wetenschappelijke denkmodellen van zijn tijd: hij zag het individu als een gesloten systeem geïsoleerd uit zijn context. De libido beantwoordt aan het energiebegrip dat gold in zijn tijd. Suppressie, sublimatie, symptoomverschuiving enz. zijn dan ook geen feitelijke eigenschappen van het individu, maar concepten ontwikkeld binnen het theoretisch model van een gesloten systeem; een traditioneel thermo-dynamisch of hydraulisch model als het ware, waarbinnen geen energie (libido) gewonnen kan worden of verloren kan gaan.

Dit bleek onlangs in een discussie met twee psychiaters uit de Chinese Volksrepubliek. Deze laatsten stelden dat, alhoewel alcohol vrij beschikbaar is in China, alcoholisme wel als medisch probleem maar nauwelijks als gedragsprobleem voorkomt. Deze Chinese collega's gaven voor dit verschijnsel een verklaring vanuit de specifieke sociale context waarin alcohol een totaal verschillende rol speelt in vergelijking met de westerse culturen. Collega's psychiaters vroegen hierop op welke andere wijze de typische verslavingspersoonlijkheden in China dan dysfunctioneel zijn. Deze collega zag het alcoholisme als een eigenschap van een uit zijn context geïsoleerd individu, als een intrinsieke eigenschap die het individu met zich meedraagt ongeacht de context. Hij zag de alcoholist als een gesloten hydraulisch systeem waarin de sociale onderdrukking van het alcoholisme noodzakelijk moet leiden tot andere symptomen.

Deze redenering is mede een gevolg van het feit dat de traditionele psychiatrie, zich baserend op het reducerend wetenschappelijk

denkmodel, ook *monofactorieel* en *lineair* denkt en een *lineaire causaliteit* hanteert. Men observeert (of veronderstelt) een verband tussen twee fenomenen waarbij men bijna automatisch en vrij dwangmatig een oorzaak-gevolg relatie legt tussen beide.

Dit is zo in het traditioneel medisch model waarin men op zoek gaat naar de ene ultieme etiologie van de ziekte. Men gaat dan een monofactorieel, lineair causaal verband leggen tussen etiologie en de ziekte (Het moderne medische denkmodel is daarentegen multifactorieel en multidirectioneel). Veel psychoanalytici baseren zich op dit denkmodel. Als etiologie veronderstellen zij onopgeloste conflicten uit de kindertijd. Vele vormen van verslaving worden dan bijv. uitgelegd als een orale fixatie. Recent onderzoek toonde echter aan dat de persoonlijkheidskenmerken zeer sterk verschillen in een groep van verslaafden en dat de psychologische factoren een zeer variabele rol spelen in de etiologie van alcoholmisbruik. Geen van deze persoonlijkheidskenmerken en geen enkele predictieve test kan uitwijzen of een persoon al dan niet een compulsieve druggebruiker zal worden en evenmin wie welk soort drugs zal gebruiken. Er is géén goede evidentie voor het bestaan van een wel gedefinieerd verslavings- of alcoholistisch personaliteitstype of voor enige andere voorbeschikkende psychodynamische constellatie (Millman, 1978; Van der Wal, 1979). Vanuit een systeem-optiek is dit ook niet te verwachten. Alcoholproblemen komen voor bij alle types van psychologische stoornissen en persoonlijkheidsconfiguraties.

Wat het denken omtrent alcoholisme betreft kunnen we, evenals bij andere vormen van psychisch dysfunctioneren, drie vormen van reducerend denken onderscheiden:

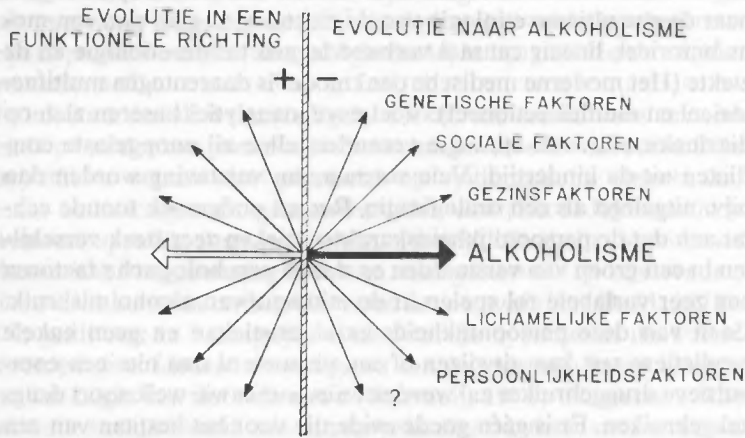
- (1) het *somatogeen reduktionisme*: waarin men het alcoholisme volledig meent te (zullen) kunnen verklaren als een fysiopathologisch verschijnsel, een ziekte in de lichamelijke betekenis van het woord;
- (2) het *psychogeen reduktionisme*: waarin men het alcoholisme meent te kunnen verklaren als gevolg van psychische factoren zoals: orale fixatie, narcisme enz.;
- (3) het *sociogeen reduktionisme*: waarin men meent het alcoholisme te kunnen verklaren als gevolg van een bepaalde sociale constellatie, omgevingsfactoren, bekrachtigingspatronen enz.

Alcoholisme vanuit een systeembenadering

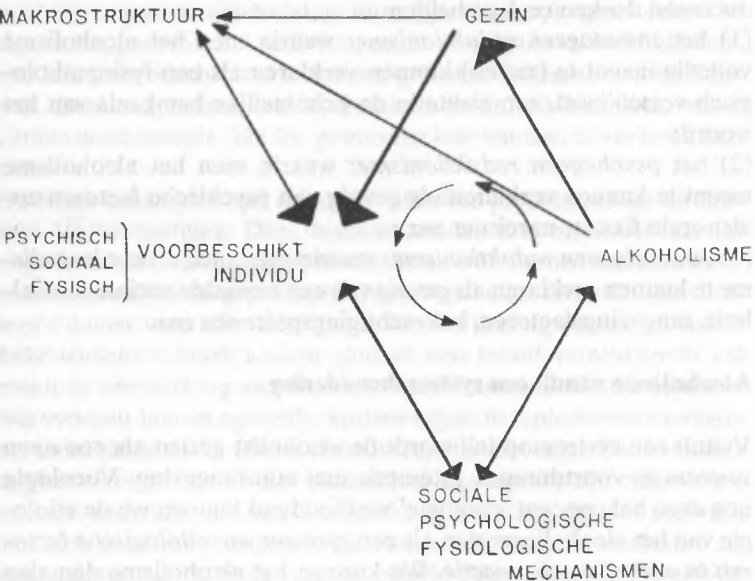
Vanuit een systeemoptiek wordt de alcoholist gezien als een *open systeem* in voortdurende interactie met zijn omgeving. Voorlopig nog even het concept 'etiologie' vasthoudend kunnen we de etiologie van het alcoholisme zien als een *systeem van etiologische factoren in onderlinge interactie*. We kunnen het alcoholisme dan zien als de resultante van een groot aantal factoren die een positieve of een negatieve invloed uitoefenen en in onderlinge interactie uitmaken of iemand alcoholist wordt of niet. Deze factoren bevinden zich op niveaus van verschillend belang waarbij uit onderzoek steeds

duidelijker blijkt dat omgevingsfactoren zeer belangrijk, zo niet van overwegend belang zijn (zie figuur 1).

Figuur 1



Zoals zoveel wegen leiden naar Rome, en er vertrekkend van verschillende beginsituaties veel wegen zijn die leiden tot bijvoorbeeld een grand-mal aanval, zo zijn er veel wegen om tot alcoholmisbruik te komen. Als het alcoholisme eenmaal bestaat zal het op zijn beurt de andere etiologische factoren gaan beïnvloeden. Hierdoor is uiteindelijk de ultieme historische etiologie niet langer het meest relevante gegeven om het probleem op te lossen (zie figuur 2).



Figuur 2

Logisch doordenkend verliezen in dit denkmodel begrippen als 'etiologie' en 'causaliteit' hun belang; zoals ook in de fysica en an-

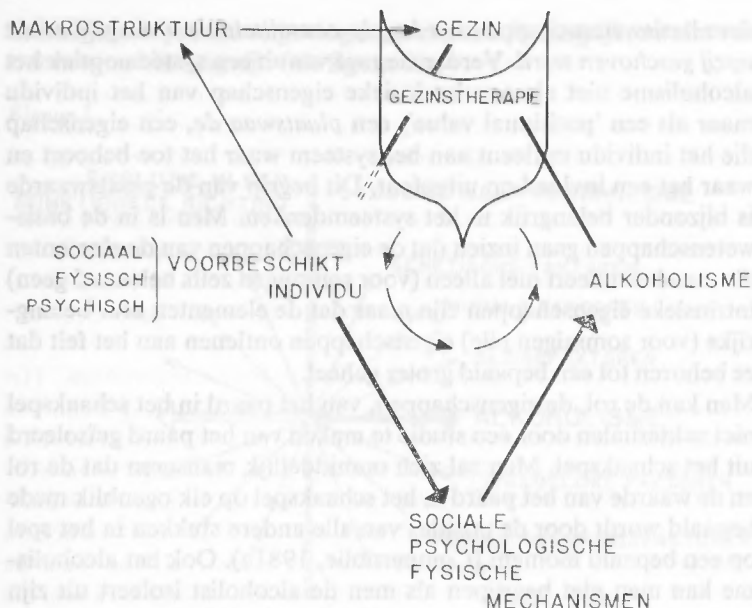
dere basiswetenschappen *het begrip causaliteit als weinig relevant opzij geschoven werd*. Verder zien we vanuit een systeemoptiek het alcoholisme niet als een intrinsieke eigenschap van het individu maar als een 'positional value', een *plaatswaarde*, een eigenschap die het individu ontleent aan het systeem waar het toe behoort en waar het een invloed op uitoefent. Dit begrip van de plaatswaarde is bijzonder belangrijk in het systeemdenken. Men is in de basiswetenschappen gaan inzien dat de eigenschappen van de elementen die men bestudeert niet alleen (voor sommigen zelfs helemaal geen) intrinsieke eigenschappen zijn maar dat de elementen zeer belangrijke (voor sommigen alle) eigenschappen ontleenen aan het feit dat ze behoren tot een bepaald groter geheel.

Men kan de rol, de eigenschappen, van het paard in het schaakspel niet achterhalen door een studie te maken van het paard geïsoleerd uit het schaakspel. Men zal zich onmiddellijk realiseren dat de rol en de waarde van het paard in het schaakspel op elk ogenblik mede bepaald wordt door de posities van alle andere stukken in het spel op een bepaald moment (Compernelle, 1981a). Ook het alcoholisme kan men niet begrijpen als men de alcoholist isoleert uit zijn context. Een alcoholist is namelijk niet dezelfde persoon in een psychologisch testonderzoek en in een café. Hij heeft in beide situaties fundamenteel verschillende eigenschappen. Eigenschappen die hij ontleent aan de situatie. Zoals een vader in zijn gezin eigenschappen heeft die hij nergens anders heeft – precies de eigenschappen van 'vader' zijn in dat gezin –, zoals een anorexia nervosa patiënte in het gezin rond de gedekte tafel eigenschappen heeft die ze helemaal niet heeft in een individueel gesprek met een psychiater, en zoals een spreker vóór zijn publiek eigenschappen vertoont die hij nergens anders heeft.

Soms zullen ook gezinstherapeuten lineaire en monofactoriële conclusies trekken uit de resultaten van hun behandeling. Als een gezinstherapeut in een gezin succes boekt en een alcoholist 'geneest', dan betekent dit alleen dat hij invloed kon uitoefenen op één belangrijke etiologische factor, of liever dat hij invloed kon uitoefenen op een component van een complex interactiepatroon. Hij kon van een negatieve invloed een positieve invloed maken, net voldoende om een evolutie in een meer functionele richting te bewerkstelligen. Uiteraard heeft de verandering in de gezinssituatie ook een invloed op andere factoren die op die manier onrechtstreeks positief beïnvloed kunnen worden. Zo kan een lawine-effect in positieve zin ontstaan. De gezinstherapie neemt dus niet de etiologie in de traditionele zin van het woord weg, maar kan ingrijpende veranderingen veroorzaken in de positiewaarde van het alcoholisme (zie figuur 3).

Alcoholisme als gezinsprobleem

Evenmin als men op overtuigende wijze een etiologisch verband heeft kunnen leggen tussen een bepaalde persoonlijkheidsconfiguratie en alcoholisme heeft men *geen specifieke gezinspatronen ge-*



Figuur 3

vonden met enige predictieve waarde met betrekking tot alcohol-misbruik. Het enige wat vaststaat is dat in belangrijke mate de kin-deren drinken zoals hun ouders drinken. Zware drinkers hebben eerder zwaar drinkende kinderen, geheelonthouders hebben eerder geheelonthouders en matige drinkers hebben veelal matig drinken-ee kinderen. Kinderen uit gezinnen van alcoholisten lopen dus een grotere kans alcoholist te worden (Millman, 1978; Partanen, 1966; Chafetz, 1976).

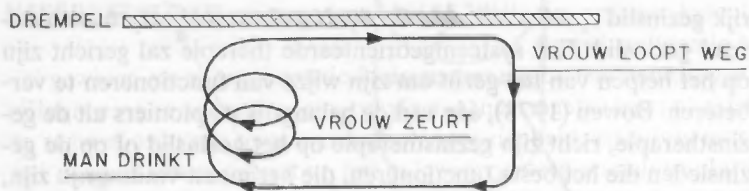
Deze tendens van alcoholisme om familiaal voor te komen zou een vingerwijzing kunnen zijn in de richting van een hypothese dat de 'ziekte' misschien erfelijk is. Er zijn recente studies die suggereren dat de invloed van genetische factoren in de ontwikkeling van het alcoholisme misschien belangrijker is dan we dachten. Kinderen van alcoholische biologische ouders die opgevoed worden door niet alcoholische pleegouders hebben statistisch gezien meer kans om alcoholisten te worden dan kinderen van niet alcoholistische biolo-gische ouders die opgevoed werden door alcoholistische pleeg-ouders (Millman, 1978). Hoewel het onderzoek bij eenenijge twee-lingen (Partanen, 1966) daarentegen geen argumenten leverde voor een erfelijke factor, zou het kunnen zijn dat het begin en de ontwik-keling van alcoholisme niet helemaal onder milieucontrole valt. Anderzijds is het ook weer zo dat de regel 'zo de alcoholistische vader, zo de alcoholische zoon' niet absoluut is. Er zijn uiteraard heel wat kinderen die reageren tegen het alcoholisme van de ouders door zelf geheelonthouder te worden en vice versa (Chafetz, 1976). Vanuit de gezinstherapie is het alcoholisme een van de veel voor-komende menselijke dysfuncties die als dusdanig bestaat in de con-text van een *dysfunctie van het gehele gezinssysteem*. Ieder belang-

rijk gezinslid speelt een rol in de dysfunctie van het dysfunctionerend gezinslid. Een systeemgeoriënteerde therapie zal gericht zijn op het helpen van het gezin om zijn wijze van functioneren te verbeteren. Bowen (1978), één van de belangrijkste pioniers uit de gezinstherapie, richt zijn gezinstherapie op het gezinslid of op de gezinsleden die het beste functioneren, die het meest vindingrijk zijn, die het meeste potentieel hebben om hun eigen functioneren te veranderen. Ook hij gaat ervan uit dat de alcoholische dysfunctie verlicht wordt als men erin slaagt de relatiesystemen in het gezin te veranderen, zelfs als het dysfunctionele gezinslid geen deel uitmaakt van de therapie.

Bowen geeft speciale aandacht aan het *algemene angstniveau*. Het is dikwijls zo dat de gezinsleden die het meest afhankelijk zijn van de alcoholist meer open angstig zijn dan de persoon die drinkt. Hoe meer het gezin bedreigd wordt, hoe angstiger de gezinsleden worden, hoe kritischer ze worden, hoe groter de emotionele isolatie wordt, hoe meer de alcoholist drinkt, hoe meer de angst toeneemt, hoe groter het kriticisme en de emotionele afstand, hoe meer de alcoholist drinkt enz. enz. . . Dit wordt een emotionele escalatie die maakt dat het probleem slechter en slechter wordt en dat beide partijen meer rigide en eigengerechtigd worden. Alles wat deze spiraal kan doorbreken is nuttig. Om het even welk significant gezinslid dat de angstrespons kan afkoelen of dat zijn eigen angst onder controle kan krijgen, kan een eerste stap zetten naar de de-escalatie. Bowen beschrijft een aantal complete 'genezingen' van ernstige drankproblemen bij mannen, waarin de mannen zelf standvastig weigerden naar de zittingen te komen, en waar de totale therapie liep via de vrouw. In deze situaties leerde hij de vrouw iets over de wijze waarop gezinssystemen werken en hoe zij haar eigen aandeel in het probleem onder controle kon krijgen. Bowen beschrijft zelfs twee gezinnen met alcoholproblemen waarin geen van beide ouders ook maar iets met de therapie wilden te maken hebben. In beide gevallen verliep de volledige therapie met een gemotiveerde oudste dochter en het resultaat was gunstig. In het ene gezin was de vader de alcoholist en in het andere gezin was de moeder de alcoholiste (Bowen, 1978). Het is ten andere een algemeen voordeel van gezinstherapie dat men niet afhankelijk is van de motivatie van één persoon.

Als men systematisch de partner van een alcoholist bij de behandeling betreft, merkt men vlug dat die partner steeds een belangrijke rol speelt bij het in stand houden van het alcoholisme. Echtparen waarin een van beide partners alcoholist is, bevinden zich meestal in een vicieuze kringloop waarin ze elkaars gedrag beïnvloeden.

Het eenvoudigste voorbeeld hiervan is de man die laat en dronken thuis komt van zijn werk, waarop zijn vrouw depressief wordt en zeurt, waardoor hij nog langer wegblijft, waardoor ze nog depressiever wordt enz. enz. Deze vicieuze kringloop escaleert dan tot een bepaalde drempel waarop een crisis ontstaat (bijv. de vrouw loopt weg, of een kind gaat gek doen of probleemgedrag vertonen) waarna de spiraal van voren af aan herbegint (zie figuur 4).



Figuur 4

Wat éérs was in deze spiraal, de kip of het ei, het alcoholisme van de man of het gezeur van de vrouw, is volslagen irrelevante informatie. Veel belangrijker is *de gedragspatronen van de onderlinge beïnvloeding te analyseren om te vinden waar en hoe men de vicieuze cirkel kan doorbreken*. Waar men uiteindelijk de cirkel poogt te doorbreken is een pragmatische keuze, men kan kiezen voor de man, voor de vrouw, voor beiden of zelfs voor een ander gezinslid.

Dit alles wil niet zeggen dat de gezinstherapie mirakeloplossingen biedt voor het probleem van het alcoholisme. Dit hoeft men van geen enkele therapie te verwachten omdat meerdere studies uitweisen dat factoren zoals globale bestaanonzekerheid en angst (Horton, 1943), de verantwoordelijkheid op het werk, druk op het werk enz. (Moos, 1977; Berenson, 1976) naast gezinsconflicten en fysiologische factoren belangrijk zijn voor het ontstaan en/of in stand houden van het alcoholisme. Het is echter wel zo dat men een gezin kan leren betere oplossingen te vinden voor moeilijkheden en conflicten, betere oplossingen dan overmatig alcoholgebruik. In een goed functionerend gezin kunnen spanningen en problemen zowel van binnen als van buiten het gezin veel beter worden opgevangen.

De adolescent-alcoholist

Een bijzonder en in belang toenemend probleem is alcohol- en ander druggebruik bij jonge mensen. Ook hier is het zo, evenals bij volwassenen, dat geen enkele afzonderlijke factor basis is voor alle druggebruik en dat *bij geen enkele adolescent het druggebruik één enkele etiologie heeft*. Men neemt drugs om spanningen te verminderen, om vermoeidheid en verveling te verminderen, om sociale interacties te verbeteren, om activiteitsniveaus te verhogen of te verlagen, om de gemoedsgesteldheid te verbeteren, om nieuwsgierigheid te bevredigen en om nog vele andere redenen. Bij sommige adolescenten kan het compulsieve druggebruik een poging zijn om zichzelf te behandelen tegen het pijnlijk effect van schaamte, woede, eenzaamheid, schuld, depressie. Anderen zoeken een bevrediging voor of de controle van onaanvaarbare seksuele verlangens, behoefte aan zekerheid en primitieve sadistische of agressieve impulsen (Millman, 1978). We zouden ons best ook wat minder hypokriet mogen gedragen ten overstaan van alcohol- en druggebruikende adolescenten omdat er nu eenmaal in ons land bijzonder weinig volwassenen zijn die géén psycho-actieve drugs nemen, of het nu

alcohol, cafeïne, nicotine, de hele reeks psycho-actieve medicatie, of pijnstillers betreft.

De gezinnen met adolescenten-alcoholisten kunnen we grofweg indelen in twee categorieën: een eerste categorie waar er geen significante gezinsgeschiedenis van alcoholisme is en een tweede waar er drinkproblemen bestaan zowel in het ouder sub-systeem als in het kinder sub-systeem. In beide groepen bestaan er vrijwel steeds ook belangrijke problemen betreffende discipline en bestaan er tussen de ouders belangrijke conflicten omtrent de opvoeding van de kinderen of betreffende hun echtelijke relatie in het algemeen.

In de therapie zullen we in eerste instantie mikken op een grotere eensgezindheid tussen de ouders. We helpen hen duidelijke gezinsregels te stellen en het met elkaar eens te worden over de consequenties voor de adolescent als hij zich aan de regels niet houdt en de aanmoedigingen als hij zich wel aan de regels houdt. Het is nuttig ouders en adolescent dan te laten onderhandelen over een contract waarbij het gewenste gedrag van de adolescent duidelijk beloond wordt en ongewenst gedrag ontmoedigd wordt door het inhouden van privileges.

We zullen aan de ouders adviseren niet te proberen het drinkgedrag van hun kind buitenshuis te willen controleren, wat vrijwel steeds een onmogelijke taak is. We zullen hen vooral stimuleren om het ontwrichtend gedrag van hun kind thuis te verminderen of het nu geassocieerd is met drinken of niet (Berenson, 1976; Compernelle, 1981c). Zoals met veel problemen met adolescenten is het doel van de gezinstherapie een aangepast evenwicht te bereiken tussen voldoende controle door de ouders, het stellen van duidelijke en effectieve grenzen enerzijds en anderzijds het stimuleren van een aangepaste autonomie, ontwikkelen van een eigen territorium voor de adolescent (Compernelle, 1981).

Voor de therapie is het ook belangrijk dat jonge alcoholisten leren relaties te leggen die niets te maken hebben met drugs. Dit vereist een zeer praktische en concrete aanpak. Gezinstherapie is belangrijk, maar groepstherapie-technieken zullen dikwijls de hulpmiddelen van eerste keuze zijn. Seksuele opvoeding moet tot het standaardpakket van de behandeling behoren omdat er zeer dikwijls seksuele problemen bestaan die veel jonge alcoholisten aanvankelelijk dikwijls zullen ontkennen of minimaliseren (Millman, 1978).

Conclusie

Het is noodzakelijk dat we ons losmaken van een louter op het individu gericht, monofactorieel en lineair denkmodel om het alcoholisme te kunnen begrijpen en effectief te kunnen behandelen. De gezinstherapie is slechts een uiting van deze verandering van de epistemologie die aan de basis ligt van het moderne therapeutische denken en de moderne therapeutische praktijk. Alcoholisme als gezinsprobleem is slechts één, zij het zeer belangrijke, factor in een complex geheel waarin factoren uit de ruimere sociale context ook van zeer groot en soms van overwegend belang zijn naast biologi-

sche en mogelijk ook hereditaire factoren. De invloed van deze andere – dikwijls onbeïnvloedbare – negatieve factoren moet ons toch niet doen terugdeinzen voor een gezinsbenadering van het probleem. Een goed functionerend gezin zal de negatieve invloeden uit de ruimere context beter kunnen verwerken om zo eventueel de vicieuze cirkels van het alcoholisme te doorbreken.

Literatuur

- Berenson, D. (1976), Alcohol and the Family System. In: P. J. Guerin jr, *Family Therapy*. Gardner Press Inc., New York.
- Bowen, M. (1978), *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, New York, London.
- Chafetz, M. E. (1976), Alcoholism and Alcoholic Psychoses. In: A. M. Freedman (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*. Williams and Wilkins Co., Baltimore.
- Compernelle, T. (1980), *Egopsychosomatiek: de invloed van het gezin op psychosomatische problemen bij het kind en vice versa*. Uitgave van het Centrum voor Huisartsengeneeskunde, K.U. Leuven.
- Compernelle, T. (1981a), *Psychologie du groupe familial*. Editions ESF, Collection 'Formation Permanente en Sciences Humaines', Paris.
- Compernelle, T. (1981b), De gezinsbenadering als uiting van een fundamentele verandering in het wetenschappelijk denken. In: P. Nijs (ed.), *Leuvense Cahiers van Sexuologie*. Ned. Boekhandel Antwerpen/Amsterdam (in druk).
- Compernelle, T. (1981c), Joined Parental Authority: A crucial Factor for the Outcome of Family Therapy (ter publikatie aangeboden).
- Foucault, M. (1975), *Geschiedenis van de waanzin*. Boom, Meppel.
- Graziano, A. M. (ed.) (1975), *Behavior Therapy with Children II*. Aldine Publishing Co., Chicago.
- Guntern G. (1980) Die Kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. *Familiendynamik*, V, 2-41.
- Horton, D. L. (1943), Function of Alcoholism in Primitive Societies: Cross Cultural Study. *Q. J. Stud. Alcohol*, 4, 199.
- Jellinek, E. M. (1960), *The Disease Concept of Alcoholism*. College and University Press, New Haven, Conn.
- Millman, R. B. (1978), Drug and Alcohol Abuse. In: B. B. Wolman (ed.), *Handbook of treatment of mental disorders in childhood and adolescence*. Prentice Hall, New Jersey.
- Moos, R. H. (1977), A social ecological perspective on medical disorders. In: E. D. Wittkower & H. Warners (ed.), *Psychosomatic Medicine*. Harper & Row, Maryland.
- Partanen, J. (1966), Inheritance of Drinking Behavior. In: *Alcohol Research in the Northern Countries*. Vol. 14. Helsinki.
- Reid, J. B. (1978), The Study of Drinking in Natural Settings. In: G. A. Marlatt & P. E. Nathan (ed.), *Behavioral Approaches to Assessment and Treatment of Alcoholism*. Rutgers University Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey.
- Wal, H. J. van der (1979), Vijfendertig jaar alcoholonderzoek. In: R. van Amerongen (red.), *Min of Meer Alcohol*. Samsom, Alphen a/d Rijn.