

Het duale procesmodel van verslaving; op weg naar een integratieve visie?

R. VANDERMEEREN, M. HEBBRECHT

ACHTERGROND Vanuit de neurobiologie en de cognitieve psychologie wordt ons een duaal procesmodel van verslaving aangereikt. Hiermee wordt gedrag begrepen als dynamisch resultaat van een combinatie van automatische en controlerende processen. De balans tussen beide processen is bij verslaving ernstig verstoord. Automatische processen blijven impulsen geven tot het continueren van verslavingsgedrag; zwakke reflectieve of controlerende processen vormen zowel oorzaak als gevolg van het niet kunnen stoppen.

DOEL Aangeven van raakvlakken tussen actuele neurocognitieve inzichten in verband met verslaving en psychodynamische opvattingen.

METHODE Recente neurocognitieve literatuur over verslaving (verzameld via PubMed) werd in verband gebracht met oudere psychodynamische literatuur en casuïstiek.

RESULTATEN Onderzoek geeft geen eenduidig beeld. Er blijkt enig bewijs te zijn voor een causaal effect van aandachtsbias op verslaving. Voor een causaal effect van automatische associaties bestaat geen bewijs; voor een causaal effect van automatische actietendensen is er wel enig bewijs.

CONCLUSIE Actuele neurocognitieve opvattingen over het duaal procesmodel van verslaving kunnen geïntegreerd worden met een evidence-based benadering van verslaving en psychodynamische visies over verslaving.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)8, 731-740]

TREFWOORDEN automatische processen, controlerende processen, duaal procesmodel, psychodynamisch, verslaving

Wie in de boekhandel laveert tussen de afdelingen geneeskunde en psychologie raakt onder de indruk van de vele publicaties over brein en bewustzijn (o.a. Damasio 2010; Dijksterhuis 2007; Lamme 2010). Gaat het hier om echo's van een eeuwenoud debat met filosofische, ethische, psychologische en biologische vertakkingen? Wat bepaalt het menselijk gedrag? Wordt gedrag gestuurd door een eigen vrije wil die het resultaat is van een keuzeproses na rationele overwegingen? Bepalen we op die manier zelf ons doen en laten? Of is dit een illusie en moeten onze keuzes worden toegeschreven aan vastliggende biologische wetmatig-

heden? De toenemende kennis over genetische en neurobiologische mechanismen doet ons in die richting opschuiven. De mens lijkt steeds minder baas in eigen brein. Verslavingsgedrag kan naar onze mening op dit punt als exemplarisch worden gezien voor dit nog niet beslechte debat.

NIEUWE INZICHTEN IN VERSLAVINGSGEDRAG

Het aangaan van een dialoog tussen neurobiologie, cognitieve psychologie en de psychodynamische visies doet ons nu minder de wenkbrau-

wen fronsen dan enkele decennia geleden. Ook binnen het verslavingsonderzoek wordt een integratie van verschillende modellen zichtbaar. De toegenomen kennis van de onderliggende processen bij patiënten met een verslavingsprobleem maakt het steeds beter mogelijk om een verband te leggen tussen bijvoorbeeld genen en symptomen. Meer onderzoek richt zich op het meten van niet direct waarneembare neurobiologische processen die een verbinding vormen tussen genotype en fenotype, de zogeheten endofenotypen.

Vanuit een psychodynamische visie kunnen wij hierbij aansluiten. Naar onze mening vormen in het verleden bepalingen van gebruikte hoeveelheden of de beschrijving van de medische en psychosociale gevolgen van gebruik, alsook verwijzingen naar morele normen een probleem voor de definiëring van verslaving. Eerder dan het diagnostisch zwaartepunt te leggen op statistisch uitgewerkte definities, spreekt de fenomenologische definiëring van verslaving ons aan. Descombey (2005) hanteert een definitie die kan worden uitgebreid naar andere verslavingen: *‘Alcoholist is iedere man of vrouw die de vrijheid heeft verloren om zich te onthouden van het gebruik van alcohol.’* In al haar bondigheid is zo’n fenomenologische definitie meer gericht op de fundamentele notie van afhankelijkheid bij de verslaafde. Middelenafhankelijkheid speelt zich niet louter af rond het product, maar verstoort ook de relatie met de omgeving (partner, kinderen, werkgever en vrienden).

Het brein lijkt geprogrammeerd om verslaafd te zijn. Zo blijken de hechtingsreactie in stressvolle situaties en beloningsmechanismen via dezelfde neurobiologische systemen te lopen (Insel 2003; Vandermeeren & Hebbrecht 2007). Recent gaat veel aandacht naar de ontwikkeling van het vermogen tot mentalisatie binnen veilige hechtingsrelaties (Fonagy e.a. 2002). Verslaving hangt samen met biologische veranderingen op het niveau van het neurale substraat van gehechtingsgedrag. Flores (2004) spreekt daarom over verslaving als een hechtingsstoornis.

VERSLAVING ALS DUALE PROCESSTOORNIS

Centraal in verslavingsproblematiek staat een verstoring in de balans tussen automatische en controlerende processen. Onder invloed van verslavingsgedrag worden de automatische affectieve processen sterker; deze processen zetten aan tot verslavingsgedrag wanneer de omstandigheden dit uitlokken. Tegelijkertijd worden de controlerende processen verzwakt, zowel op langere termijn als onder acute invloed van veel middelen. Gedrag (c.q. verslaving) wordt gezien als niet enkel beïnvloed door rationele overwegingen, maar ook (en misschien vooral) door automatische, onbewuste processen. Vaak zijn het net die onbewuste processen die aansturen op verder middelengebruik waarbij controlerende processen tekortschieten. Wiers (2006; 2007) focust op de automatische, onbewuste processen; Dom (2009) gaat in op verlies van controle als kernsymptoom.

CONTROLLERENDE PROCESSEN

De processen waarmee ons brein controle uitoefent op gedrag verlopen langzaam en kosten moeite. We moeten actief nadenken, wikken en wegen, korte- en langetermijnoverwegingen maken alvorens tot een beslissing te komen. Deze controlerende processen hebben een beperkte capaciteit. We kunnen slechts aan een beperkt aantal zaken tegelijk denken; problemen worden stap voor stap aangepakt of opgesplitst in deelproblemen. Damasio (2010) spreekt in dit verband over ons bewustzijn als dirigent, maar ook over het trage denken in een overlegmodus. Hebben we dan eenmaal een keuze gemaakt of een beslissing genomen, ontstaat wel het gevoel dat wij dat zelf hebben gedaan. Ook al hebben we ons laten informeren door anderen, toch houden we vast aan het gevoel tot een eigen keuze of beslissing te zijn gekomen omdat we menen dat we in principe toch de vrijheid hadden om een andere keuze te maken. Toch maken we soms keuzes die we als ongewild ervaren of die ingaan tegen datgene wat we willen.

Er komt dan een kink in de kabel van onze vrije wil. Onze zelfcontrole schiet te kort.

Dom (2009) beschrijft overzichtelijk de verschillende processen en bijhorende cognitieve functies die een rol spelen in de zelfcontrole. In het controleren van het eigen gedrag treden volgens Dom drie cognitieve functies in werking:

- errormonitoring,
- besluitvorming en
- impulscontrole.

Errormonitoring Hiermee bedoelt Dom het interne systeem dat fouten of afwijkingen in een geplande taakuitvoering, of verwachte gevolgen van bepaalde acties signaleert. Hij geeft het voorbeeld van iemand die bij het versturen van een mail op 'verzenden' klikt, en tegelijk beseft dat hij een bijlage is vergeten toe te voegen. In normale omstandigheden zijn onze hersenen voortdurend bezig met evalueren of we niet gehandeld hebben terwijl we niets moesten doen, dan wel of we niet hadden moeten handelen terwijl we niets gedaan hebben. Onze hersenen reageren op fouten in ons gedrag terwijl we ons niet bewust zijn van een fout.

Het onderzoek naar errormonitoring bij verslaafden wijst in de richting van een stoornis. Errormonitoring speelt zich af op een cognitief basaal niveau.

Besluitvorming Besluitvorming als cognitief proces kan worden onderzocht in taken waarbij positieve en negatieve gevolgen van een keuze worden afgewogen. De prestaties van verslaafden op deze tests wijzen op moeilijkheden in het leren en in het veranderen van strategie op basis van de feedback na een keuze. Ook de gevoeligheid voor beloning en een ongevoeligheid voor bestraffing of risico speelt een rol.

Impulscontrole Een derde cognitief proces is de impulscontrole. Enerzijds is er motorische impulscontrole die staat voor de vaardigheid om gedrag te activeren en/of een vooraf aangeleerde

respons te onderdrukken. Bij onze patiënten horen we regelmatig hoe zij zonder het zelf goed te beseffen op een feestje plots een glas wijn in de hand hebben of hoe ze bij het binnenstappen in een café zich voornemen een cola te bestellen, maar verrast worden door hun vraag naar een pint. Of deze moeilijkheid om een ongewenste reactie te onderdrukken typisch is voor verslaafde patiënten, is niet eenvoudig uit te maken. Bij gebruikers van illegale drugs zoals heroïne en cocaïne blijkt dit wel het geval te zijn; maar bij alcoholverslaafden is dit minder duidelijk. Bij deze laatste groep speelt de aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis een rol.

Anderzijds is er *perceptuele impulscontrole*. Zo horen we van patiënten die terugvielen dat er voor hen geen vuiltje aan de lucht was tot ze plots iets of iemand zagen, waarna craving naar hun middel ontstond. Sommige beelden staan in een onmiddellijk verband met gebruik: het zien van een café, een tankstation, een winkel, een straat, een hele stad kan een drang naar alcohol opwekken. Het is voor de alcoholist moeilijk om het aangeleerde verband tussen beide te onderdrukken zodat verhuizen naar een nieuwe omgeving soms nodig is om soberheid vol te houden.

Controleverlies Dom (2009) stelt dat controleverlies het resultaat is van een interactie tussen de intensiteit van een bepaalde drive en de kracht van de weerstand hiertegen. Stoornissen in de (bewuste) zelfcontrolemechanismen blijken prominent aanwezig bij patiënten met verslavingsproblemen. Een groot deel van de behandeling richt zich daarom op het versterken van de cognitieve functies waarmee controle wordt uitgeoefend op verslavingsgedrag. In het kader van terugvalpreventie kunnen verslaafde patiënten leren hoogrisicosituaties op te sporen, nee leren zeggen tegen aangeboden drank en de minibeslissingen evalueren die aan een terugval voorafgaan. Ook de *community reinforcement approach* past in deze aanpak. Met operante leerprincipes van positieve bekrachtiging wordt gepoogd om

verslaafden een nieuwe, gezondere leefstijl (werk vinden, sociale vaardigheden, vrijetijdsplanning en omgevingssteun) aan te leren.

AUTOMATISCHE PROCESSEN

Het probleem van verslaving gaat in tegen onze opvatting van een vrije wil. De verslaafde beschikt niet langer over de mogelijkheid om een vrije keuze te maken omdat het middel in toenemende mate bepaalt wat hij doet. Weten wat goed of slecht is, volstaat niet om een gezonde keuze te maken. Waarom de verslaafde telkens dezelfde keuze maakt, kan niet verklaard worden op grond van controlerende processen. Vanuit verschillende onderzoeksgebieden komen aanwijzingen voor een bijkomende verklaring die een grotere klemtoon legt op denkprocessen die buiten het bewustzijn liggen. Zo stelt Dijksterhuis (2007) dat ons bewustzijn slechts een rol speelt bij 1% van ons gedrag. Lamme (2010) stelt dat ons bewustzijn niet meer is dan een 'kwebbeldoos' die toekijkt terwijl ons brein de werkelijke beslissingen neemt.

De onderliggende processen die hier worden bedoeld, zijn moeilijk waar te nemen en/of te meten. Wiers (2007) is er binnen een experimenteel-psychologische setting in geslaagd meer zicht te krijgen op deze onbewuste processen. Daar waar controlerende processen eerder traag, moeizaam en met beperkte capaciteit verlopen, werken de onbewuste of automatische processen bijzonder snel, bijna moeiteloos en met een grote capaciteit. Een ander belangrijk onderscheid betreft het cognitief proces. Controlerende processen maken gebruik van logisch denken via oorzaak-gevolgrelaties. Automatische processen daarentegen, maken gebruik van associaties en kennen geen oorzaak of gevolg, geen ontkenning en geen tijd. We herkennen een gelijkenis met het primair procesdenken van Freud.

Naast de drie controlerende processen onderscheidt Wiers (2007) drie automatische processen die in grotere mate ons gedrag mee bepalen:

- aandachtsbias,
- automatische geheugenassociaties en
- automatische actietendensen.

Aandachtsbias

Met aandachtsbias bedoelt Wiers dat de aandacht van de alcoholist meer dan normaal blijft hangen bij zaken die alcoholgerelateerd zijn. We denken hierbij aan een uitstapje dat een groepje patiënten maakte. Bij terugkomst op de afdeling beklagde één patiënte (medicatieverslaafde) zich dat de hele stad gevuld leek met de groene kruisen van apothekers. Een ander (gokverslaafde) had daarvan niets gezien, maar wist te vertellen waar een bordje met 'casino' hing. Een derde ten slotte toonde zich misnoegd omdat het zicht van de vele cafés zijn uitstap had verpest.

Automatische geheugenassociaties

Hierbij gaat het vooral om het gevoelsmatige verband dat de verslaafde met zijn middel maakt. Er kunnen zowel positieve als negatieve associaties gemaakt worden, maar bijvoorbeeld zware drinkers maken minder negatieve en meer positieve associaties met alcohol. Zo maakt een alcoholist binnen een psycho-educatieve sessie een voor- en nadelenbalans op van zijn drinkgedrag waarbij het lijstje met nadelen duidelijk zwaarder weegt. Plots is hij alle negatieve ervaringen vergeten wanneer hij zijn stamcafé binnenstapt; meteen ziet hij beelden van plezierige momenten voor zijn geest verschijnen.

Automatische actietendensen

Ten slotte omschrijft Wiers automatische actietendensen bij alcoholisten. In het algemeen kan gedrag twee richtingen uitgaan: naar of weg van een bepaalde zaak of situatie. Normaal zijn we geneigd om naar zaken toe te gaan die we fijn vinden en ons te verwijderen van wat we onaangenaam of onaantrekkelijk vinden. Uit experimenten is gebleken dat alcoholisten een automatische,

onbewuste neiging vertonen om alcoholgerelateerde zaken te benaderen.

Verband met verslaving?

Op de vraag of er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze automatische processen en verslavingsgedrag geeft onderzoek voorlopig geen eenduidig antwoord. Er is enig bewijs voor een causaal effect van aandachtsbias op verslaving. Voor een causaal effect van automatische associaties bestaat geen bewijs; voor een causaal effect van automatische actietendensen is er wel enig bewijs (van Deursen e.a. 2009).

Net als bij de fout lopende controlerende processen kunnen wij ons afvragen hoe er op de onbewuste, automatische processen die verslavingsgedrag mee bepalen, therapeutisch kan worden ingegrepen. De effectiviteit van het hertrainen van aandachtsbias geeft uiteenlopende resultaten naargelang welk aspect hiervan wordt gemeten. Zo leidt het wel tot een afname van de moeite om de aandacht los te koppelen van alcoholstimuli, maar is er geen effect op de versnelde detectie en ook niet op de subjectieve craving. Het opnieuw trainen van aandachtsbias zorgt ervoor dat patiënten sneller worden ontslagen uit behandeling dan een controlegroep (Schoenmakers e.a. 2010).

Er bestaat ook *evidence* dat automatische actietendensen via hertrainen kunnen worden gestuurd met een effect op het drinkgedrag. Bij zware drinkers die een veranderde actietendens vertoonden in overeenstemming met hun trainingsconditie, dronken de deelnemers aan de alcoholtoenaderingsgroep meer alcohol dan deelnemers in de alcoholvermijdingsgroep. Er werd geen effect gevonden op de subjectieve craving (Wiers e.a. 2010). We moeten nog afwachten of deze methodes uit het experimenteel laboratorium ook voldoende klinisch relevant zijn, maar ze lijken beloftevol.

Eén van de problemen in de praktijk is dat middelengebruik een belangrijke invloed uitoefent op de automatische en controlerende processen die de verslaving aansturen. Zo weten we dat

langdurig alcoholgebruik tot duurzame veranderingen leidt in het impulsieve systeem van automatische processen. Bij verslaving zien we een verschuiving van de controle van gedrag vanuit de prefrontale cortex naar een ander hersengebied dat belangrijk is bij gewoontegedrag, namelijk de dorsale delen van het striatum (Vandermeeren & Hebbrecht 2007).

DUALE PROCESMODELLEN EN DE PSYCHODYNAMISCHE VISIE

Freud: twee principes van psychisch functioneren

Wanneer we vanuit een psychodynamisch referentiekader naar de in het voorgaande beschreven fenomenen kijken, bestaat de verleiding om concepten uit recent cognitief en/of neurowetenschappelijk onderzoek in verband te brengen met vroegere inzichten. De idee van twee naast elkaar werkzame processen in het psychisch functioneren kent een hele geschiedenis en gaat terug op vroege teksten van Freud.

In zijn artikel 'Formulering over de twee principes van het psychisch functioneren' (Freud 1911) zette hij beide processen naast elkaar. Het primaire proces kenmerkt het onbewuste systeem; het secundaire proces vormt het belangrijkste kenmerk van het voorbewuste-bewuste systeem. Freuds beschrijving doet vreemd aan omdat hij net als in vele andere van zijn geschriften steeds bleef proberen om zijn gedachten binnen een fysisch, economisch kader te verwoorden.

Binnen het primaire procesdenken vloeit psychische energie ongehinderd van één representatie (= de concrete inhoud van een gedachte) naar een andere volgens de principes van verschuiving (= één bepaalde inhoud neemt de plaats in van een andere, zodat bijv. de gedachte aan één bepaald iemand blijkt te verwijzen naar iemand anders) en condensatie (= één bepaalde inhoud kan verwijzen naar meerdere andere inhouden op het zelfde moment). Representaties of voorstellingen zijn hier voornamelijk visueel van aard. Logische ver-

banden van oorzaak en gevolg moet je hier niet zoeken. Alles kan met alles worden verbonden en gecombineerd. Dit doet zich voor in dromen, waardoor deze soms zo vreemd en onbegrijpelijk worden.

In het geval van het secundaire procesdenken wordt psychische energie meer gebonden om nadien op een gecontroleerde manier te worden ontladen.

We erkennen dat het psychoanalytisch model lang weinig bijbracht aan kennis en behandeling van verslavingsproblemen. Meer zelfs, verslaving werd lange tijd als contra-indicatie voor een psychoanalytische behandeling beschouwd. In een overzicht van uitkomstenonderzoek stellen Fonagy e.a. (2005) dat psychodynamische therapie zinvol kan zijn bij de ernstige vormen van verslaving. Men moet deze dan wel combineren met interventies gericht op het omgaan met psychoactieve middelen en de therapie specifiek aanpassen aan de noden van deze klinische populatie. Dynamische psychotherapie zou verslaafde patiënten beter tot behandeling brengen en in behandeling houden (retentie). Deze is echter geen primaire behandeling bij (ernstige) verslaving.

We moeten benadrukken dat het psychodynamisch referentiekader één invalshoek is die gesitueerd wordt binnen een multidisciplinaire aanpak. Daarbij moet men op een integrale wijze aandacht besteden aan medische aspecten, farmacotherapie, specifieke interventies uit andere psychotherapierichtingen, sociale rehabilitatie, juridische aspecten, terugvalpreventie, samenwerken met partner en familie, en het opbouwen van een ondersteunend netwerk. Een integrale benadering houdt rekening met de actuele praktijkrichtlijnen en evidence-based bevindingen (Hebbrecht 2011).

Ladan: modern onderscheid

Vanuit een psychodynamische invalshoek levert Ladan (2010) een interessante bijdrage vanuit het moderne onderscheid tussen *impliciete* en *expliciete geheugenprocessen* die zowel functioneel als ana-

tomisch verschillen. Het expliciete geheugen verwijst naar de opslag van gebeurtenissen en feiten die via het gesproken woord toegankelijk zijn. In psychodynamisch opzicht bevinden we ons dan op het terrein van het bewuste, het voorbewuste en het dynamische onbewuste. Het impliciete geheugensysteem bevat informatie die niet onder woorden gebracht kan worden zoals dat met herinneringssporen wel kan. Impliciete kennis wordt niet herinnerd, maar uitgegeerd of geactualiseerd. Het gaat om een niet-bewuste en niet-kenbare kennis waarin psychodynamische factoren geen rol spelen. Het onderscheid bewust versus onbewust verschuift op die manier naar een achtergrond. Het zou dan ook al te kort door de bocht zijn om de controlerende processen in het duaal procesmodel gelijk te stellen met het bewuste of secundair procesdenken, en automatische processen met het onbewuste of primair procesdenken.

Het gaat niet op om concepten uit het duaal procesmodel gelijk te stellen met de freudiaanse concepten. In het eerste gaat het meer over cognities als inhoud van de beschreven processen, terwijl het binnen de psychoanalyse gaat over relatiepatronen en impliciete processen. Veeleer dan een gelijkstelling gaat het dus om een gelijkenis tussen beide modellen. We zijn van mening dat een integratieve visie kan worden verrijkt door inzichten vanuit hedendaagse psychodynamische theorieën.

Monjauze: toepassing op alcoholproblemen

In dit verband verwijzen we naar het werk van Monjauze (1991; 1999), die de idee van twee afzonderlijk werkzame denkprocessen toepast op de alcoholische problematiek. De pathogene kern van alcoholisme zou bestaan uit een splitsing tussen een alcoholisch deel en een adaptatief deel in de persoonlijkheid. Het alcoholische deel zit vast in rigide, autistische, sensorische patronen zonder symbolische betekenis, die telkens weer opnieuw herhaald worden om onnoembare angsten af te weren. Dit deel is moeilijk toegankelijk via taal en logica (Hebbrecht 2010b).

Men dient met dit alcoholische deel rekening te houden in de behandeling omdat het niet volledig verdwijnt of inactief wordt. In de behandeling is het noodzakelijk het gezonde deel van de persoonlijkheid aan te spreken, te ondersteunen en te versterken. Hier ligt een belangrijke rol voor cognitieve gedragstherapie in combinatie met een psychodynamisch ondersteunende benadering die gericht is op het substitueren van psychische functies die tekortschieten.

Maar evenzeer moet men oog blijven hebben voor de werking van het alcoholische deel. Door veel te praten over alcohol, bereiken we enkel dat de splitsing tussen het gezonde en het alcoholische deel bevestigd en versterkt wordt. Beide delen blijven dan parallel bestaan, waarbij het ene verbaler wordt en het andere op alcohol gefixeerd blijft. Pas wanneer beide delen in de behandeling worden aangesproken en tot expressie kunnen worden gebracht, kan deze splitsing afnemen (Vandermeeren 2004). Niet-verbale en artistieke therapievormen kunnen het contact met het alcoholisch deel mogelijk maken. Dit heeft Monjauze in haar werk duidelijk geïllustreerd (Anzieu & Monjauze 2004).

STAP NAAR DE PRAKTIJK

In de actuele verslavingszorg zijn onze therapeutische pijlen vooral gericht op het versterken van de controlerende processen. We zijn in de praktijk nog een heel eind verwijderd van het gericht beïnvloeden van automatische processen op de manier zoals Wiers (2007) aantoont. Hoe kunnen we controlerende en automatische processen bij onze verslaafde patiënten herkennen? En als we de automatische processen niet direct kunnen veranderen, hoe kunnen we ze gebruiken zodat ons eigen therapeutisch handelen meer afgestemd is op deze onderliggende processen? Hoe kunnen we de nieuwe inzichten integreren in ons behandelplan?

Uit het voorgaande blijkt dat het belang van onbewuste processen zoals deze nu vanuit neurowetenschappelijk oogpunt worden begrepen,

schromelijk werd onderschat. Het onbewuste blijkt een aantal allerbelangrijkste dingen te regelen, namelijk alles wat rechtstreeks verband houdt met overleven. We kunnen beter aannemen dat het onbewuste ongeveer alles doet wat psychologisch van belang is, en dat ons bewustzijn alleen af en toe geconfronteerd wordt met het eindproduct van die onbewuste processen. Het onbewuste doet het werk; het bewustzijn wordt geïnformeerd over de uitkomst. We bezitten veel kennis zonder dat we weten waar die kennis vandaan komt. Subliminale waarneming bestaat en helpt ons bedreigende dingen sneller te zien, laat ons wennen aan nieuwe dingen en helpt ons bij het bepalen wat goed en slecht voor ons is. Onbewuste waarneming is gevoeliger.

Ook wat betreft de begeleiding van de verslaafde patiënt dienen we ons niet louter te beperken tot een logische en rationele beoordeling van symptomen en stoornissen om daarna op grond daarvan een inschatting te maken en vervolgens het therapeutisch beleid te bepalen. Bij de beoordeling van de klinische evolutie dient men in voeling te blijven met de duale processen die zich zowel bij de patiënt als bij de behandelaars afspeelen. Door bijvoorbeeld aandacht te schenken aan dromen van onze patiënten, kunnen we soms een indruk krijgen van de automatische processen die hen sturen. We krijgen meer zicht op hun onbewuste waarneming. Zo kan een droom een indicator zijn voor het behandelbeleid bij een verslaafde patiënt (Hebbrecht 2010a). Voor een uitvoeriger beschrijving van het concrete verloop van een integratieve verslavingsbehandeling vanuit een psychodynamische inspiratie verwijzen we naar onze vroegere bijdragen (Hebbrecht 2004; 2010b; 2011; Hebbrecht & Vandermeeren 2007; Vandermeeren 2001; 2004). Wij illustreren dit met een klinisch voorbeeld.

CASUS

Patiënt B was al verschillende malen in ons ziekenhuis opgenomen wegens een stoornis ten gevolge van misbruik van middelen waarbij hij

vooral afhankelijk was van alcohol, cocaïne en gammahydroxyboterzuur. Tijdens één van de opnames beweerde hij zich beter te voelen; hij was al enkele weken clean. Hij rapporteerde geen gebruiksdromen meer, had ook geen hunker meer. Zijn psychische toestand leek stabiel. Kort voor de teamvergadering vroeg hij een afspraak bij de afdelingsarts omdat hij een droom wou vertellen die hem intrigeerde.

De droom luidde als volgt: *Hij rust in bed op de ziekenkamer, want hij herstelt van een ontsteking van zijn voet. De verpleegster verwijdert de verbanden. Tot haar ontzetting blijkt de voet nog rood gezwollen met zwarte necroseplekken die verwijderd moeten worden. Een arts inspecteert tijdens de zaalronde de voet en stelt autoritair dat de patiënt genezen is en het werk mag hervatten. De verpleegster reageert verbijsterd en bekritiseert de beslissing van de arts.*

Met deze droom maakte patiënt zijn ambivalentie duidelijk tegenover het ontslag uit het ziekenhuis. De psychiater hoorde de afhankelijkheidsbehoeften van patiënt (zijn verlangen naar verdere verzorging), die hij manifest ontkende. Patiënt reageerde meestal stoer en zelfverzekerd. Anderzijds maakte hij zijn opstandigheid duidelijk tegenover een psychiater die autoritair beslissingen zou nemen. Hij wenste een arts die zijn autonomie en inspraak in de behandeling respecteerde. Een zo vastgestelde ambivalentie kon worden gehanteerd middels motiverende gespreksvoering die de kern vormt van de hedendaagse verslavingsbehandeling: de droom droeg bij tot de noodzaak om te veranderen en prikkelde zijn vastbeslotenheid om iets aan zijn verslavingsprobleem te doen (Schippers 2009).

Later in de behandeling bracht patiënt een nieuwe droom: *Hij vertoeft in de hal van een luchthaven. Van achter het glas ziet hij hoe medepatiënten zich naar het vliegtuig begeven en klaar staan om te vertrekken. Hij heeft zijn bagage zelf bij zich, alsook de nodige reisdocumenten in de hand, maar hij komt er niet toe om zich voorbij de controlepost te begeven.*

Deze laatste droom werd geïnterpreteerd als een signaal dat patiënt zich klaar voelde voor ontslag, maar nog angstig was voor de overgang. We

herkenden hier de grote angst om tussen wal en schip te vallen (Hebbrecht 2010b). De gebrekkige objectconstantie van verslaafde patiënten bemoeilijkt immers de overgang van het therapeutisch milieu naar de buitenwereld. De angst voor de transitie werd in de droom uitgebeeld. De droom gaf ook een aanduiding dat patiënt klaar was om te vertrekken. Met deze beide dromen werd bij het bepalen van het behandelbeleid rekening gehouden.

Inmiddels is patiënt al vele jaren in een stabiele remissie. Het droommateriaal bood een gelegenheid tot een gesprek dat dieper ging dan het informeren naar de psychosociale situatie en de symptomen van de betrokken patiënt. Met dit klinisch vignet willen we aantonen dat we bij de klinische beoordeling van de verslaafde patiënt niet alleen vertrouwen op onze eigen controlerende processen, maar ook op andere informatie die meer intuïtief en automatisch tot stand komt en rekening houdt met de onbewuste processen van de patiënt.

BESLUIT

Werken met verslaafde patiënten vormt een uitdagend onderdeel van de huidige psychiatrische en psychologische praktijk. Een groeiend percentage van de patiënten die zich ambulantly voor behandeling aanmelden, heeft te kampen met problemen die samenhangen met het ongecontroleerd gebruik van psychoactieve middelen, soms als primair en soms als secundair probleem. Bestaande opvattingen over psychiatrische stoornissen en behandeling schieten bij deze patiënten vaak te kort.

Wij hopen dat deze bijdrage illustreert hoe actuele neurocognitieve opvattingen over het duaal procesmodel van verslaving geïntegreerd worden met een evidence-based benadering van verslaving en psychodynamische visies over verslaving. De psychodynamische visie over twee van elkaar afgesplitste delen in de persoonlijkheid met een verschillende modus van functioneren verdient in het licht van recente neurobiologische en experimenteel psychologische bevindingen naar

onze mening een herwaardering alsook een vaste plaats binnen de actuele behandelpraktijk van verslaafde patiënten.

LITERATUUR

- Anzieu D, Monjaube M. Francis Bacon ou le portrait de l'homme désespéré. Condé-Sur-Noireau: Seuil/Archimbaud.
- Damasio AR. Het zelf wordt zich bewust. Hersenen, bewustzijn, ik. Amsterdam: Wereldbibliotheek; 2010.
- Descombey J. L'économie addictive. L'alcoolisme et autres dépendances. Parijs: Dunod; 2005.
- Deursen DS van, Saleminck E, Schoenmakers TM, Wiers RW. Het hertrainen van automatische cognitieve processen bij angst- en verslavingsproblematiek. *GZ-Psychologie* 2009; 2: 24-31.
- Dijksterhuis A. Het slimme onbewuste. Denken met gevoel. Amsterdam: Bert Bakker; 2007.
- Dom G, De Wilde B. Controleverlies. In: Franken I, van den Brink W, red. Handboek verslaving. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 209-27.
- Flores J. Addiction as an attachment disorder. New Jersey: Jason Aronson; 2004.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
- Fonagy P, Roth A, Higgith A. The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clin Neurosc Res* 2005; 4: 367-77.
- Freud S. Formuleringen over de twee principes van het psychisch gebeuren. Sigmund Freud Nederlandse Editie Psychoanalytische Theorie 1. Amsterdam: Boom Meppel 1911; 9-24.
- Hebbrecht M. De psychoanalytische behandeling van problematisch alcoholgebruik. Een steungevende benadering. In: Ansoms C, Casselman F, Matthys F, Verstuyf G, red. Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik. Antwerpen: Garant; 2004. p. 217-243.
- Hebbrecht M, Vandermeeren R. Narcisme, alcoholisme en tegenoverdracht. *Tijdschr Psychoth* 2007; 33: 197-209.
- Hebbrecht M. De droom. Een verkenning van een grensgebied. Utrecht: Tijdstroom. 2010a.
- Hebbrecht M. Psychoanalyse en alcoholisme. *Tijdschr Psychoanal* 2010b; 1: 15-26.
- Hebbrecht M. Verslaving. In: Dirckx J, Hebbrecht M, Mooij AWWM. & Vermote R (red.) Handboek Psychodynamiek. Een verdiepende kijk op psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2011. p. 557-68.
- Insel TR. Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav* 2003; 79: 351-7.
- Ladan A. Het vanzelfzwijgende. Over psychoanalyse, desillusie en dood. Amsterdam: Boom; 2010.
- Lamme V. De vrije wil bestaat niet. Over wie er echt de baas is in het brein. Amsterdam: Bert Bakker; 2010.
- Monjaube M. La problématique alcoolique. Parijs: Dunod; 1991.
- Monjaube M. La part alcoolique du soi; La prise en charge clinique des patients alcooliques. Parijs: Dunod; 1999.
- Schippers G. Motivatie tot behandeling en stadia van verandering. In: Franken I, van den Brink W, red. Handboek verslaving. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 319-32.
- Schoenmakers TM, de Bruin M, Lux IFM, Goertz AG, Van Kerkhof DHAT, Wiers RW. Clinical effectiveness of attentional bias modification training in abstinent alcoholic patients. *Drug Alcohol Depend* 2010; 109: 30-6.
- Vandermeeren R. Luisteren naar de verslaafde patiënt in de groep. Psychoanalytisch georiënteerde groepspsychotherapie voor alcoholisten. *Tijdschr Psychoth* 2001; 27: 169-86.
- Vandermeeren R. Psychoanalytische reflecties over zelf en object in alcoholisme. *Tijdschr Psychoanal* 2004; 10: 134-47.
- Vandermeeren R, Hebbrecht M. De mogelijke relatie tussen neurobiologie en psychoanalyse. Over alcoholisme en persoonlijkheid. *Psychiatr Verpleg* 2007; 4: 287-92.
- Wiers RW. Slaaf van het onbewuste. Over emotie, bewustzijn en verslaving. Amsterdam: Bert Bakker; 2007.
- Wiers RW, Stacy AW. Handbook of implicit cognition and addiction. Thousand Oaks: Sage; 2006.
- Wiers RW, Rinck M, Kordts R, Houben K, Strack F. Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction* 2010; 105: 279-87.

AUTEURS

RONNY VANDERMEEREN is klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut, P.C. ASSTER Sint-Truiden, en werkzaam te Beverlo.

MARC HEBBRECHT is afdelingspsychiater, P.C. ASSTER, campus Melveren, Sint-Truiden.

Correspondentieadres: Ronny Vandermeeren, P.C. ASSTER campus Melveren, Melverencentrum 111, 3800 Sint-Truiden, België.

E-mail: ronny.vandermeeren@asster.be

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-1-2012.

SUMMARY

The dual process model of addiction. Towards an integrated model? – R. Vandermeeren, M. Hebbrecht –

BACKGROUND Neurobiology and cognitive psychology have provided us with a dual process model of addiction. According to this model, behavior is considered to be the dynamic result of a combination of automatic and controlling processes. In cases of addiction the balance between these two processes is severely disturbed. Automated processes will continue to produce impulses that ensure the continuance of addictive behavior. Weak, reflective or controlling processes are both the reason for and the result of the inability to forgo addiction.

AIM To identify features that are common to current neurocognitive insights into addiction and psychodynamic views on addiction.

METHOD Recent neurocognitive literature about addiction, accessed via PubMed, is linked to earlier psychodynamic literature and a case study.

RESULTS The picture that emerges from research is not clear. There is some evidence that attentional bias has a causal effect on addiction. There is no evidence that automatic associations have a causal effect, but there is some evidence that automatic action-tendencies do have a causal effect.

CONCLUSION Current neurocognitive views on the dual process model of addiction can be integrated with an evidence-based approach to addiction and with psychodynamic views on addiction.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)8, 731-740]

KEY WORDS addiction, automatic processes, control processes, dual process model, psychodynamics