

Chronische hervallers tijdens de ontwenningbehandeling

door G. Pype en R. Vanacker

Samenvatting

In het ontwenningverloop situeert het chronisch hervallen zich in de overgangsfase tussen de chronische verslaving en de beginnende abstinentie. De patiënt ervaart twee ik-personen, een zogenaamd 'verslaafd ik' en een 'nuchter ik', die elk beurte- lings het gedrag domineren. Kathartische processen, die de ontwikkeling van een nieuwe identiteit op gang kunnen brengen, blijken telkens geblokkeerd. Op thera- peutisch vlak raden we aan vooral ondersteunend en inzichtgevend te werken, eerder dan intens te focuseren op het drankprobleem zelf. De duurzame abstinentie wordt niet meer als onmiddellijk haalbaar doel gesteld. Wel leert men strategieën om met de recidieven om te gaan en om vooruitgang te maken in de coping met dagelijkse problemen.

Inleiding

Er zijn diverse manieren van hervallen tijdens of na een ontwenning. Al- coholisten zelf plegen drie modi te herkennen. Een eerste groep hervalt in het vroeger drinkpatroon van continu en langdurig excessief gebruik. Een tweede groep drinkt (net) niet doch vertoont allerlei secundaire ge- dragskenmerken, zoals verhoogde prikkelbaarheid, sterke drankzucht, een grote afhankelijkheidsbehoefte, enz. In AA-kringen heeft men het over 'geestelijk' drinken of schijnnuchterheid. Een derde groep onder- scheidt zich door periodiek te hervallen: nuchtere perioden wisselen al dan niet snel af met drinkperioden.

Dit artikel handelt over laatstgenoemde groep van de chronische hervallers, in het bijzonder over patiënten die blijven hervallen tijdens de behandeling of kort daarna. Allen hebben reeds verschillende ambu- lante programma's achter de rug en de meesten kenden reeds meerdere ontwenningsopties. Hoewel hun aantal relatief klein is, vragen zij een intense aandacht van het begeleidend team. Vaak lijkt er geen ein- de te komen aan de periode van vallen en opstaan. Bovendien is het ge- drag van deze patiënten niet goed begrijpbaar, noch inleefbaar, en

voelt men zich onbekwaam om hen verder nog te helpen.

In een eerste deel proberen we het fenomeen te begrijpen in zijn verschillende geledingen en niveaus: het uitwendig gedrag, de zelfbeleving, de persoonlijkheidsstructuur, het verslavingsstadium, de typologieën en de blokkering van de katharsis. In het tweede deel bekijken we hoe we de patiënt en zijn omgeving uit het drijfzand kunnen helpen. We bespreken alternatieve houdingen en geven concrete richtlijnen voor de begeleiding van zowel de patiënt als de omgeving.

De uitwendige observatie: twee autonome gedragspatronen

Het gedrag van de chronische hervaller onderscheidt zich door het afzonderlijk voorkomen van twee patronen die elkaar continu afwisselen, een zogenaamd nuchter gedragspatroon en een zogenaamd drinkpatroon.

Typierend voor de drinkperiode is het overwegend hevig drinken (het binge-drinken) met het streven naar onmiddellijk roeseffect. Zelden is er een duidelijk aanwijsbare aanleiding, tenzij een plotse en onweerstaanbare drankzucht. Veelal gaat men zich isoleren en drinkt men heimelijk. Door de massale inname is er een snel fysisch en psychisch verval. Daardoor ook dringt zich een snelle interventie van de omgeving op, bij voorbeeld een opname in een behandelingscentrum.

De nuchtere fase vertoont overwegend aanpassings- en restitutiegedrag. Typierend zijn onder andere het uitdrukken van spijt- en schuldgevoelens, het maken van vele goede voornemens om herval te voorkomen (b.v. bijwonen AA-vergadering, inname antabuse), het op een erg volgzame wijze de lopende behandeling verder zetten en vaak ook overmatig werken en actief zijn. Veelal worden de gevolgen van het drinken actief ontkend (b.v. ontkennen van functieverlies in het gezin of van de vermindering van de lichamelijke prestaties). Soms is er een blijvend ernstig decorumverlies. Men kan over alles praten met de patiënt, tenzij over het drinken.

De terugval naar het drinken gebeurt meestal heel plots en onverwacht, zowel voor de omgeving als voor de patiënt. Patiënt blijkt geen bewust voorvoelen te hebben van de sterke drankzucht noch kan hij eventuele constante uitwendige uitlokkende factoren benoemen.

De zelfbeleving van de patiënt: de dubbele bodem

Op manifest niveau blijkt de patiënt weinig problemen met zichzelf te ervaren. Hij blijft zichzelf heel wat positieve kwaliteiten toeschrijven, hij gaat nog veel projecten waarmaken en hij rekent op de goede gezindheid van velen. De problemen en het persoonlijk falen die er in het verleden waren, wendt hij af op de omgeving of op het ongelukkig toeval.

Onder dit schijnbaar positief en vaak overtrokken zelfbeeld schuilen heel wat negatieve en destructieve gevoelens. Betrokken op zichzelf gaat het om faalangst, verworpenheidsgevoelens, schuld en schaamte, nihilisme en zelfmoordgedachten. Betrokken op de anderen gaat het om uitgesproken passieve en actieve tendensen tot agressie en tot vijandigheid en de neiging tot het zich isoleren. Al naargelang de stemmingsfase (depressief of eufor) overheerst ofwel het positief overtrokken zelfbeeld ofwel het negatief-depreciërend zelfbeeld. De schommeling gebeurt onafhankelijk van het drinken of het nuchter zijn.

De dubbele persoonlijkheid

Langdurig en continu misbruik van alcohol leidt tot een eigen patroon van denken, voelen en zich gedragen. Dit geheel van nieuwe patronen vormt de grondslag van de secundaire persoonlijkheid of de verslavingspersoonlijkheid. Naast zijn oorspronkelijke persoonlijkheid bezit de chronisch verslaafde ook een 'verslaafde' persoonlijkheid. Tijdens het drinken overheerst de verslaafde persoonlijkheid. De oorspronkelijke persoonlijkheid wordt dan onderdrukt. Bij de ontwenning blijft de verslaafde persoonlijkheid een tijd lang bestaan naast de zich herstellende oorspronkelijke persoonlijkheid. Typisch voor chronische hervallers is dat de verslaafde persoonlijkheid zich bijzonder goed weet te handhaven en autonoom functioneert. Zo heeft de patiënt de ervaring dat er twee 'personen' in hem leven. Of, anders gezegd, dat hij twee ik-persoonen heeft, een nuchtere ik-persoon en een verslaafde ik-persoon. De twee ik-persoonen leiden een eigen bestaan, los van elkaar. De nuchtere ik-persoon blijkt geen contact te hebben met, noch controle te kunnen uitoefenen op de verslaafde ik-persoon. Verschillende defensiemechanismen verhinderen de confrontatie die een katharsis kan teweegbrengen (zie onder).

De drinkende ik-persoon – Enerzijds is er dus de drinkende ik-persoon die doorheen het verslavingsverleden een geheel eigen patroon heeft ontwikkeld van denken, voelen, oordelen en zich gedragen.

Wat het drinken zelf betreft, meent dit 'ik' dat 'alcohol niet schadelijk is voor mij, dat ik niet te veel drink, dat ik mijn drinken kan controleren', enz. Ook vindt men dat het leven er is om te genieten en dat leven zonder alcohol waardeloos is. Overigens richt men zijn leven op die manier in dat het middel steeds ter beschikking is, en spaart men hiervoor moeite noch tijd. Al wat het drinkgedrag zelf en de negatieve gevolgen ervan betreft wordt systematisch verdrongen. Er blijkt als het ware een spontaan vergeten te zijn, een soort black-out, waardoor bezinning en communicatie omtrent deze topic onmogelijk worden. De drinkende ik-persoon stelt een onmiddellijk en totaal veto om te verhinderen dat het drinken en de gevolgen ervan bewust kunnen worden gemaakt.

Wat de relatie met de anderen betreft, verdeelt men de mensen in twee categorieën, te weten de 'sympathieken' die laten begaan en de 'antipathieken' die kritiek hebben en/of pogen het drinken te verhinderen. Met de laatsten vermijdt men het contact.

Wat betreft verantwoordelijkheid en prestatie stelt men zich voor dat er veel op stapel staat voor de toekomst. Het falen van het verleden wordt verdrongen. Men zal bewijzen, desnoods zonder hulp van anderen, dat men alle belofes kan vervullen.

Wat ten slotte de kijk op zichzelf betreft, gaat men ervan uit dat ieder zelfbeslist over zijn leven, dat men zoveel mogelijk moet genieten en dat men al genoeg gedaan heeft voor de anderen. Een egocentrische levenshouding overheerst sterk ten aanzien van solidariteit en altruïsme.

Het is zonder meer duidelijk dat de verslaafde ik-persoon los staat van de realiteit. Hij is gebouwd op schijnwaarden, op schijnrelaties, op schijnrealisaties, en hij ontkent het autodestructieve drinkgedrag. De drinkende ik-persoon is dus een 'schijnpersoon'.

Anderzijds is er de nuchtere ik-persoon die na een lange periode van marginaal bestaan opnieuw wakker moet worden.

De patiënt drinkt momenteel niet, meestal omwille van een te grote lijdensdruk of omwille van externe druk. Hij kondigt ook aan niet meer te drinken in de toekomst. Er blijkt evenwel een taboe te bestaan om het drinkgedrag en zijn consequenties te analyseren en erover te communiceren. Hij krijgt geen zicht op zijn drankverleden, laat staan inzicht. Introspectie lijkt niet mogelijk. Confrontatie met externe informatie wordt vermeden of het belang ervan geminimaliseerd. De algemene tenor klinkt vaak aldus: ik dronk omdat er zoveel problemen waren, bij voorbeeld wanneer mijn partner me verliet, wanneer ik mijn werk kwijt-raakte.

Het contact met naastbestaanden wordt gekenmerkt door een sterke ambivalentie van aantrekken en afstoten. Zodra de partner dichterbij komt en contact mogelijk wordt, stelt men zich eisend, verwijtend, vijandig op: de partner is de echte oorzaak van het probleem. Wanneer de partner afstand neemt, overheerst de angst om verlaten te worden.

Feitelijk gaat het om een fundamentele afhankelijkheid die niet bewust erkend kan worden. De nuchtere ik-persoon is niet in staat om in evenwichtig wederzijds contact te functioneren. Hij oscilleert tussen de polen van extreme afhankelijkheid en extreem afstand nemen. Dit ambivalente relatiepatroon is aanwezig in alle belangrijke contacten. Dit blijkt onder andere door een afwisselende houding van grote hulpvaardigheid, dienstbetoon en zichzelf wegcijferen versus een houding van zich isoleren, op zichzelf betrokken zijn en plots afbreken van contacten. In dit perspectief is therapietrouw vaak moeilijk te realiseren bij deze mensen.

Wat betreft verantwoordelijkheid en prestatie vinden we opnieuw de stereotiepe en onvruchtbare ambivalente patronen: passiviteit versus

overdreven actief-zijn, faalangst versus zelfoverschatting, een lage frustratietolerantie versus heldhaftige doorzetting. Patiënt is niet alleen niet in staat om realistische en haalbare doelen te formuleren, ook kan hij zich niet voldoende identificeren met zijn gestelde doelen. Hetgeen hij gaat doen, hetgeen hij gaat nastreven wordt sterk bepaald door de adviezen en de eventuele druk van de anderen: de familie, de therapeuten, de werkgever. De patiënt laat zich leiden in zijn keuzes door externe personen omdat hij zelf niet in staat is om verantwoorde en duidelijke keuzes te maken. Zijn doelen hebben als het ware een ik-vreemd karakter.

Centraal in de zelfbeleving staat het besef van het onvermogen. Patiënt ervaart een blijvende leegte daar hij het contact met zijn echte dieper-ik nog niet kan vinden. In dit stadium weet hij eigenlijk niet wie hij is, wat hij wil, wat hij kan. Zijn introspectief vermogen en zelfwaarneming functioneren nog niet. Hij kan niet steunen op innerlijke ervaring en wijsheid om zijn gedrag te richten. Dit fundamenteel onvermogen maakt hem sterk afhankelijk van de anderen. De nuchtere ik-persoon is in deze zin ook een schijnpersoon. De waarden, de doelen, de keuzes zijn ingegeven door anderen. Pas in een later stadium kan de patiënt zijn eigen identiteit ontwikkelen (zie onder). De chronische hervaller weigert evenwel de leegte en het onvermogen van de nuchtere ik-persoon te erkennen. Hij verzet zich tegen de noodgedwongen afhankelijkheid van de anderen.

Samenvattend stellen we dat de chronische hervaller twee schijnpersoonlijkheden heeft. De ene, de verslaafde ik-persoon, poogt het verslaafd leefpatroon te handhaven. De andere, de nuchtere ik-persoon, moet een voornamelijk door anderen ingegeven leefpatroon uitbouwen. Deze twee ik-persoonen zijn vreemd ten aanzien van het echte ik. Al wil de patiënt afstand gaan nemen van zijn drinkende ik-persoon, hij vindt niet onmiddellijk een zinvol eigen alternatief.

Situering in het ontwenningproces: een verlengde overgangsfase

Waar situeert zich het chronisch hervallen in het ontwenningproces? We vinden veel gelijkenis met het gedragspatroon van de chronische alcoholisten beschreven door Johnson en het patroon van de overgangsfase beschreven door Brown.

Het stadium van het chronisch alcoholisme – Het gedragspatroon van de chronische drinker valt samen met het vierde (en laatste) stadium van het alcoholisme. In deze fase (Johnson 1973, p. 27-47) heeft de patiënt grotendeels het contact verloren met de werkelijkheid en treedt een continue vervorming op van zijn oordeelsvermogen. Door ontkenning en rationalisering minimaliseert hij het drankprobleem. En door middel van projectie wordt de toenemende negatieve emotionele stress (o.a.

zelfhaat, angst voor lichamelijk lijden, angst voor verstoting, ...) ontladen. Verder doet de patiënt nog beroep op een drietal typische defensiemechanismen: (1) de black-out, (2) de repressie van negatieve gevoelens en ervaringen, en (3) de euforische herinnering.

De chronische hervaller blijkt ook in periodes van nuchter zijn psychologisch op dezelfde manier te functioneren als wanneer hij drinkt. De belangrijkste kenmerken zijn: het verlies van contact met de werkelijkheid en het gestoord oordeelsvermogen (waardoor geen eigenlijke zelfcorrectie mogelijk is).

De verlengde overgangsfase – Brown (1984) situeert de chronische hervaller in de overgangsfase van de verslaving naar de mogelijke abstinentie. Het beginnend abstinentieproces is bij de meesten een aarzelend gebeuren van heen en weer geslingerd zijn tussen nuchter proberen te zijn en opnieuw te drinken. Men kan immers wel abrupt stoppen met drinken, maar het innerlijke denksysteem blijft gehandhaafd. Men blijft dan bij voorbeeld een tijdje nuchter doch dit doet opnieuw het geloof wekken dat men zijn drinken kan controleren. Brown spreekt van een 'fluctuerende identiteit'. Er is een continue beweging van het ene gedachtensysteem: 'ik ben alcoholist en ik mag niet drinken' naar het andere gedachtensysteem: 'ik ben geen alcoholist en ik mag wel drinken'.

Het typologisch onderzoek: een uitzicht op criteria?

Recent onderzoek brengt een steeds grotere evidentie voor het bestaan van verschillende types van alcoholisten. Men kan de vraag stellen of chronische hervallers tot een bepaald subtype behoren en of op basis van deze kennis criteria onderscheiden kunnen worden. Reeds Jellinek (1960) postuleerde dat 'the inability to abstain' een hoofdkenmerk is van het delta-type drinken. Typerend verder voor dit type zijn het dagelijks gebruik, de sociale en affectieve beïnvloedbaarheid en de (matige) fysische afhankelijkheid.

Tijdens het laatste decennium gebeurde overvloedig onderzoek met het doel te komen tot een wetenschappelijk verantwoorde typologie van de alcoholisten. De bevindingen van onder anderen Morey en Skinner (1985), Cloninger (1987) en Zucker (1987) convergeren tot het bestaan van twee belangrijke types. Type A (I) onderscheidt zich door een latere aanvang, een langzamer verloop, minder complicaties, minder psychologische schade en betere prognose. Type B (II) onderscheidt zich door een vroegere aanvang, meer ernstige symptomen, een grotere psychologische kwetsbaarheid en een ongunstige prognose. Type B zou erfelijk bepaald zijn en vooral voorkomen bij mannen. Volgens bovengenoemde auteurs zouden chronische hervallers tot het B-type behoren. De huidige typologie moet nochtans met een zekere voorzichtigheid worden gehanteerd. Zo stelden Babor en medewerkers (1992) vast

dat er geen echt zuivere types bestaan, dat er heel wat overlappende kenmerken zijn en dat sommige patiënten niet volgens genoemde types geclassificeerd kunnen worden. De zogenaamde schizoïde drinkers bij voorbeeld (Morey en Skinner 1985) vormen een aparte groep. Ze onderscheiden zich door sociaal isoleringsgedrag, ze neigen tot binge-drinken en ze vertonen een ernstige afhankelijkheid. Belangrijk in ons kader is de vaststelling dat 'the inability to abstain from drinking' zowel in type A als in type B voorkomt en dat ook de genderfactor niet discriminerend is. Chronische hervallers behoren dus niet tot een bepaald subtype alcoholisten. Tot op heden levert de typologie geen duidelijke gegevens om criteria op te stellen.

De katharsis en hoe ze verhinderd wordt

De chronische hervaller blijft in zijn vicieuze cirkel van hervallen en opstaan gevangen omdat er geen katharsis gebeurt.

De katharsis houdt in dat men zijn totale onmacht tegenover de drank erkent en aanvaardt alcoholist te zijn. Het is zowel een cognitief als emotioneel gebeuren waarbij men zijn persoonlijke trots prijsgeeft en bereid is zijn echte levensgeschiedenis onder ogen te zien. Het kunnen aanvaarden van zijn falen en het toegeven dat men zijn drinken niet kan beheersen is een essentieel aspect van de katharsis. Johnson (1973) heeft het over 'Surrender' en 'Forgiveness'. Dat houdt ook in dat men de hulp en de solidariteit van de omgeving onmisbaar acht. Overgave en aanvaarding kunnen dan leiden tot het echte herstelproces. Het doel is een nieuwe en enige identiteit te maken als niet-drinker. Deze identiteit zal geleidelijk de dubbele persoonlijkheid vervangen.

Hoe wordt de katharsis tegengehouden?

Het splitsingsmechanisme. De chronische hervaller leeft met twee persoonlijkheden doch geen van beide heeft contact met het echte Ik. Zowel de drinkende als de nuchtere ik-persoon zijn façadepersonen die afgesplitst zijn van het authentische ervaren. Het splitsingsmechanisme blokkeert de echte bewustwording en de emotionele katharsis. In tweede instantie blokkeert dit mechanisme ook de groei van de nieuwe identiteit als niet-drinker. Het splitsingsmechanisme is ons bekend van de dieptepsychologie. Het is een krachtig middel om niet-gewenste of niet-tolereerbare inhoud onbewust te maken. Dit defensiemechanisme kan natuurlijk positief aangewend worden om sommige traumatische ervaringen tijdelijk 'onschadelijk' te maken (b.v. oorlogservaringen). Bij de chronische hervaller wordt het evenwel aangewend om de drinkende ik-persoon af te schermen van elke confronterende materie.

Secundaire hulpmechanismen

Zelfbestraffing en zelfbeloning. Bij voorbeeld na een periode van zeer hard werken (= straf) of na een heropname (= straf) mag men terug drinken (= beloning).

Excessieve activiteit. Vaak gepaard gaande met een onregelmatig leefritme, verhindert het de reflectie: bij voorbeeld verschillende dagen na elkaar continu werken met een minimum aan nachtrust en aan gezonde voeding.

Projectie van oorzaken op de omgeving. Bij voorbeeld 'Zolang mijn partner niet verandert, kan ik niet genezen'.

Actieve sociale isolering. Door het vermijden van de gangbare sociale contacten: bij voorbeeld ontwijken van familieleden en burens om mogelijke kritische of controlerende interventies af te houden. Het cultiveren van een negatief zelfbeeld en van een nihilistische levenshouding. Bij voorbeeld abandonistische klachten ('niemand geeft om mij') en dreigen met zelfmoord worden vaak als chantage en als culpabilisering naar de omgeving gebruikt.

Blokkering van emotionele expressie. Niet enkel de gedachten maar ook de gevoelens worden stilgelegd. In plaats van woede, verdriet, pijn komt er een scherm van onverschilligheid, passiviteit en gremdheid.

Euforische herinnering en black-out. Men idealiseert positieve ervaringen uit het verleden en men 'vergeet' de negatieve ervaringen: bij voorbeeld 'Voor ik getrouwd was, had ik een veel prettiger leven...'

Therapeutische benadering

Het uiteindelijke doel van elke patiënt is te komen tot een nieuwe zelfdefiniëring met als essentieel kader: 'Ik ben een niet-drinker'. De nieuwe identiteit impliceert een complete verandering in het denken, het voelen en het handelen. Algemeen wordt aangenomen dat het identificatieproces maar op gang kan komen na een diepgaande emotionele katharsis en op voorwaarde dat de patiënt volledig nuchter blijft.

De chronische hervaller – en dit is essentieel – blijkt niet in staat te zijn tot een echte katharsis. Hij blijft vallen en opstaan en de blijvende nuchterheid lijkt een utopisch doel. De basisidee van de therapeutische benadering is dan als volgt. Enerzijds duidelijk de boodschap brengen aan de patiënt en aan de omgeving dat het geregeld hervallen deel uitmaakt van een lange herstelperiode en dat de duurzame abstinentie niet onmiddellijk haalbaar is. Anderzijds de patiënt en de omgeving beiden afzonderlijk emotioneel ondersteunen en inzicht en structuur aanbieden.

Let wel: we stellen de chronische hervaller niet gelijk met de chronische alcoholist. We geloven namelijk dat deze patiënten via vele minikatharsismomenten na verloop van een lange periode toch een meer duurzame abstinentie kunnen bereiken. Een toenemend aantal positieve ervaringen kan op de lange duur, mits onder een degelijke externe begeleiding, leiden tot een structurele gedragsverandering, met andere woorden: de weg openen voor de zelfaanvaarding als 'niet-drinker'. Hieronder tonen we aan hoe deze basishouding concreet vertaald kan worden in de begeleiding van de patiënt en zijn omgeving.

Basishoudingen ten opzichte van de patiënt

Niet verder confronteren. Het blijven confronteren van de patiënt met zijn falend nuchter zijn leidt zonder meer tot een toenemende versterking van de weerstandsmechanismen, i.c. de splitsing. Immers het herhaaldelijk mislukken van het nuchter blijven en het vaak moeten opgenomen worden zijn erg pijnlijke ervaringen voor de patiënt en overstelpen hem met nog meer schuld- en insufficiëntiegevoelens. Nog meer confrontatie door de hulpverlener doet de frustrerende en ondraaglijke inhouden alleen maar toenemen. En dat kan enkel de neiging versterken om de overvloed aan negatieve ervaringen te ontkennen en af te splitsen.

Begrijpen en steun geven. De patiënt wil zich begrepen voelen in zijn hopeloze strijd. Begrijpen en steunen houdt onder andere de volgende aspecten in:

- a. hoop geven: 'Wie echt wil stoppen, zal ook slagen';
- b. tijd geven: 'Elke dag die je nuchter bent, is een gewonnen dag';
- c. solidariteit betonen en beschikbaar zijn: 'Onze deur staat steeds open voor jou, ook na het zoveelste hervallen'. 'Je bent niet de enige die strijdt om nuchter te blijven...'

Bevestigen in de coping met dagelijkse situaties. Naast het ontwennen werkt de patiënt nog aan andere aspecten van zijn gedrag. Hij poogt vooruitgang te boeken in verschillende gebieden van het dagelijks leven, zoals de relaties met de gezinsleden, het werk, het invullen van de vrije tijd, lichaamsverzorging, enz. Het is erg belangrijk dat de hulpverlener bij voorkeur aandacht geeft aan deze terreinen van het dagelijkse leven en dat hij de positieve ervaringen weet te bevestigen. Immers het krijgen van aandacht voor zijn successen in het concrete dagelijkse leven bevestigt de patiënt in de zelfverving dat hij ook een 'gewone' en 'normale' medemens is (los van de krampachtige strijd om nuchter te worden). Verder is het duidelijk dat positieve veranderingen in de dagelijkse leef-situatie of het gedragspatroon makkelijker haalbaar zijn dan het nuchter blijven zelf. En het regelmatig kunnen krijgen van bevestiging voor deze 'gewone zaken' is natuurlijk een goede stimulans voor de zelfwaarde van de patiënten.

Inzicht geven via objectieve informatie. De patiënt begrijpt meestal niet wat er eigenlijk aan de hand is met hem. Hij kan meestal geen echte redenen vinden voor het hervallen. Noch begrijpt hij waarom anderen wel en hij niet slaagt. De hulpverlener dient hier op te treden als inzichtgever. Hij kan toelichten in welke fase van de ontwenning de patiënt verkeert en welke psychische processen er zich afspelen. Essentieel is de duidelijke boodschap te geven dat het nuchter blijven vooral een lange-termijndoelstelling is en dat hij moet leren leven met het vallen en opstaan. Informatie over het te verwachten verloop en over de therapeutische hulpmiddelen kan echter een reëel perspectief openen voor de toekomst.

Ook het hebben van aandacht voor de subjectieve lichamelijke en psychische klachten ten gevolge van het langdurig misbruik (b.v. spanning, hyperventilatie, slaapproblemen) heeft een zeer gunstige invloed op de motivatie van de patiënt (Miller 1983 en 1985).

Uitgaan van persoonlijke keuzes. We vermelden dit aspect apart omdat chronische hervallers het vaak opgegeven hebben om nog zelf doelen te bepalen en te geloven in de haalbaarheid ervan. De patiënten worden gestimuleerd om uit te gaan van zelf gekozen doelen en in de onderhandeling met het team is zijn uiteindelijke keuze doorslaggevend. We volgen hierbij volledig de standpunten van Miller (1989) en van Van Bilzen en Van Emst (1989). Zoals voorheen gemeld is het primordiaal voor de vorming van een nieuw gedragspatroon dat de patiënt herkenbare doelen vindt. Ik-vreemde keuzes moeten zoveel mogelijk vermeden.

Besluitend kunnen we stellen dat de hulpverlener zijn confronterend standpunt verlaat en meer accent gaat leggen op zijn 'dragende' en 'zingevende' functie ten aanzien van de patiënt. Feitelijk komt deze houding overeen met de houding van 'containment' zoals Bion (1991) ze beschrijft. De therapeut neemt als het ware een ondersteunende ouderrol aan waardoor hij de verwarrende en negatieve ervaringen van de patiënt kan opvangen, kan dragen en kan bewaren. In een later stadium van de therapie kan de patiënt dan zelf deze functie weer verwerven en verinnerlijken (zie ook Cluckers 1989). Verder dient men om de motivatie op peil te houden de patiënt tot persoonlijke keuzes te blijven stimuleren en continu aandacht te hebben voor de dagelijkse aspecten van het leven. De focus wordt ten slotte vooral gelegd op het omgaan met het recidief eerder dan een duurzame abstinentie als onmiddellijk haalbaar doel te stellen.

Een radicaal andere omgangsstijl ten aanzien van alcohol – De patiënt wil kunnen leven als een 'normaal' mens en hij wil liefst zijn gewoontes niet veranderen. Ook niet zijn gedrag in typische risicosituaties. Aan de chronische hervaller adviseren we evenwel een kordate en radicaal nieuwe aanpak van de 'drink'-situatie. Het is beter risicosituaties te ver-

mijden dan koste wat kost te proberen er zich in te handhaven. Daarom, bij voorbeeld, geen cafébezoek, geen alcoholvrije bieren, enz. Via het frequent bijwonen van de AA-vergaderingen ervaart hij de solidariteit van de lotgenoten en kan hij wellicht de identiteit van 'niet-drinker' positief labelen. Het dagelijks gebruik van antabuse is vaak een onmisbaar hulpmiddel gebleken.

Ten slotte dienen er sluitende afspraken gemaakt te worden in verband met het hervallen. Onmiddellijk hulp zoeken en het aanvaarden van een eventueel directief optreden van de omgeving zijn veelal noodzakelijk.

Kortom, de patiënt dient tot het besef te komen dat hij in bepaalde risicosituaties en dito momenten niet meer beschikt over zijn vrij keuzegedrag. Daarom kan hij (voorlopig) niet deelnemen aan bepaalde maatschappelijke gebeurtenissen. Aanvaarden dat men behoort tot een marginale groep wat betreft deze situaties is een onderdeel van een noodzakelijk radicale wijziging in denken en doen.

Richtlijnen voor de partner en de directe omgeving – De patiënt gebruikt de partner vaak als object waarop hij alle negatieve ervaringen projecteert. In een later stadium verwerpt hij soms helemaal de partner. Voor de drinkende ik-persoon is de partner het symbool van controle, afkeuring en verbod. Voor de nuchtere ik-persoon is hij de eerste oorzaak van het drinken. Tijdens de verdere evolutie van de ontwenning verbreekt de patiënt soms helemaal het contact met de partner in een poging om voorgoed afstand te nemen van het eigen drinkersverleden.

Het is bekend dat ook de partner vaak verstrikt is in een ambivalente houding ten opzichte van de patiënt en zijn drinken 'gebruikt' ten voordele van zijn eigen behoeftenbevrediging. Aldus bevestigen beiden elkaar in hun pathologische gedragssysteem. We zien heil in de volgende richtlijnen voor de partner.

Duidelijk maken welke het mechanisme is van het chronisch hervallen en welke behandelingsstrategie wordt gevolgd. Met andere woorden: ook aan de omgeving wordt gezegd dat duurzame nuchterheid niet onmiddellijk bereikt kan worden en dat moet worden uitgekeken hoe men met de komende recidieven constructief kan omgaan. Dit om nog grotere frustratie te voorkomen en te vermijden dat de partner de therapie zelf afbreekt door zijn patiënt mee te nemen. De partner kan leren begrijpen waarom de huidige behandelingsaanpak (ondersteunend) verschilt van de aanvankelijke aanpak (confronterend).

Ter gelegenheid van het ontslag wordt de kans op recidief openlijk besproken met de partner. Een eenduidige en heldere gedragscode in verband met hulp bieden bij een nieuw hervall wordt gezamenlijk afgesproken. De huisarts of een andere goed bereikbare hulpverlener is direct betrokken bij de hervallpreventie.

In dit stadium is echtpaartherapie in engere zin niet aangewezen. Wel kan men via individuele therapie de partner helpen de inefficiënte circulaire interactiesystemen te ontdekken en te begrijpen. Om uit de impasse te geraken kan men met goed gevolg beroep doen op systeemtherapeutische methoden. Zo stelden we herhaaldelijk vast dat het veranderen van de inter punctie in de interactie met de patiënt blokkades kan doorbreken, zowel tussen de partner en de patiënt als tussen het team en de patiënt.

Voorbeeld 1: de partner laat alle zorg en controle voor het drinkgedrag aan de patiënt zelf over, in plaats van steeds bezorgd en controle-rend te reageren op het drinken.

Voorbeeld 2: de partner gaat de meeste zorg besteden aan zichzelf door onder andere zelf in therapie te gaan en naar de Al-Anon te gaan, in plaats van nog meer tijd en energie te spenderen aan het motiveren en het helpen van de patiënt.

Tijdig herkennen – Veel energie en veel frustratie kan gespaard worden indien men tijdig het chronisch hervallen identificeert. Maar zoals we reeds zagen zijn er momenteel geen wetenschappelijke criteria voorhanden. Het onderzoek van de typologie suggereert dat etiologische elementen, begin en verloop, actuele symptomen, het drinkpatroon en het geslacht geen efficiënte criteria bevatten. Steunend op onze eigen beperkte gegevens menen we dat de ernst van de verslaving, de duur van het drinken, het aantal opnames en wellicht ook de psychiatrische comorbiditeit (Booth e.a. 1991) nuttige aanduidingen kunnen leveren. Verder empirisch onderzoek moet nog meer duidelijkheid brengen.

Literatuur

- Babor, T.F. (1992), Types of Alcoholics, I, Evidence for an Empirical Derived Typology Based on Indicators of Vulnerability and Severity. *Archives of General Psychiatry* 49, 599-608.
- Bion, W. (1991-3), *Learning from Experience*. Maresfield Library, Londen.
- Booth Brenda, M., R. William, P. Frederick en K. Brown (1991), Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: Role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. *Journal of studies on Alcohol* 52, 37-43.
- Brown, Stephanie (1984), *Treating the Alcoholic. A developmental Model of Recovery*. John Wiley & Sons, New York.
- Cloninger, C.R. (1987), Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science* 236, 410-416.
- Cluckers, G. (1989), 'Containment' in de therapeutische relatie: de therapeut als dra-ger en zinge-veer. In: H. Vertommen, G. Cluckers en G. Lietaer, *De Relatie in Therapie*. Universitaire Pers, Leuven.
- Jellinek, E.M. (1960), Alcoholism: a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal* 83, 1341-1345.
- Johnson, V.E. (1973), *I'll quit tomorrow*. Harper & Row, New York.

- Miller, W.R. (1983), Motivational Interviewing with Problemdrinkers. *Behavioral Psychotherapy*, p. 147-172.
- Miller, W.R. (1989), Increasing motivation for change. In: R.K. Hester en W.R. Miller, *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Pergamon Press, New York.
- Morey, L.C., en H.A. Skinner (1986), Empirical derived classifications of alcohol related problems. In: M. Galanter (red.), *Recent Developments in Alcoholism*. Plenum Publishing Corporation, New York.
- Van Bilzen, H.P.J.G., en H.J. van Ernst (1989), *Motivational Milieu Therapy*. In: G. Bennet (red.), *Treatment Drug Abuse*. Routledge, Londen.

Summary: Chronic relapse during withdrawal treatment

Chronic relapse must be situated in the transitional phase between chronic addiction and early abstinence. The patient feels as if there were two personalities within himself, a so called 'addicted self' and a 'sober self'. Both are in turn dominating his behaviour. There seems to be a constant withholding of cathartic processes, which are essential to the development of a new identity. On a therapeutic level, we suggest an approach of emotional support and understanding the ongoing process, rather than focusing intensively on the drinking problem itself. Long-lasting abstinence is not any longer considered to be a quickly and easily reachable goal. Instead, patients are taught skills to cope with relapse and to make progress in dealing with daily problems.

De auteurs zijn respectievelijk als klinisch psycholoog en als psychiater werkzaam in de Ontwenningkliniek van de Sint-Jozefskliniek te Pittem. Correspondentieadres: G. Pype, Boterstraat 6, B-8740 Pittem.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-3-1993.