

**PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS**  
**en**  
**VERSLAVING**

Praatkaffee In Balans

15 maart 2016

# Inhoud

- Persoonlijkheidsstoornis en verslaving. De verbanden.
- Welke plaats neemt verslaving in binnen een persoonlijkheidsstoornis?
- Motiveren: enkele mythes doorprijkt
- Goede zorg –  
goede zelfzorg voor behandelaars en familie –  
goede samenwerking

# Verbanden

- Gelijkenissen maar niet hetzelfde
- Persoonlijkheidsproblemen / - schade bij ernstige verslaving ( $V \rightarrow PS$ )
- Middelen gebruik bij persoonlijkheidsproblemen ( $PS \rightarrow V$ )
- Als beide problemen elkaar versterken ( $V \leftrightarrow PS$ )

# Gelijkenissen – maar niet hetzelfde

- In de eerste versies van DSM werd verslaving niet apart vermeld – steeds als onderdeel van ‘sociopathische persoonlijkheidsstoornis’. Pas vanaf DSM III (1980) werd alcoholisme of drugsverslaving als aparte stoornis gezien.

# Zij delen een gelijkend stigma

- Ook nu nog, worden zowel P.S. als verslaving erg negatief bekeken:
- Drugs- en alcoholverslaving zijn net als persoonlijkheidsstoornissen beladen met een stigma
  - Binnen een **moraliserende sfeer** (“eigen schuld”) is het niet steeds evident dat men de hulp krijgt die men nodig heeft.
  - Bovendien zijn het vaak **chronische condities**, waarbij de vraag gesteld wordt naar de behandelbaarheid.

# Met nadelige gevolgen bij verslaving....

- *“those in treatment for alcohol or drug problems are frequently and disproportionately marginalized”*

Robin Room, Stigma, social inequality and alcohol and drug use.

*Drug and Alcohol Review, 24, 143-155, 2005*

# ... en bij persoonlijkheidsstoornis

- *“As things stand today, people with a primary diagnosis of personality disorder are frequently unable to access the care they need...”*

National Institute for mental Health in England,  
*Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion, 2003*

# Enkele cijfers:

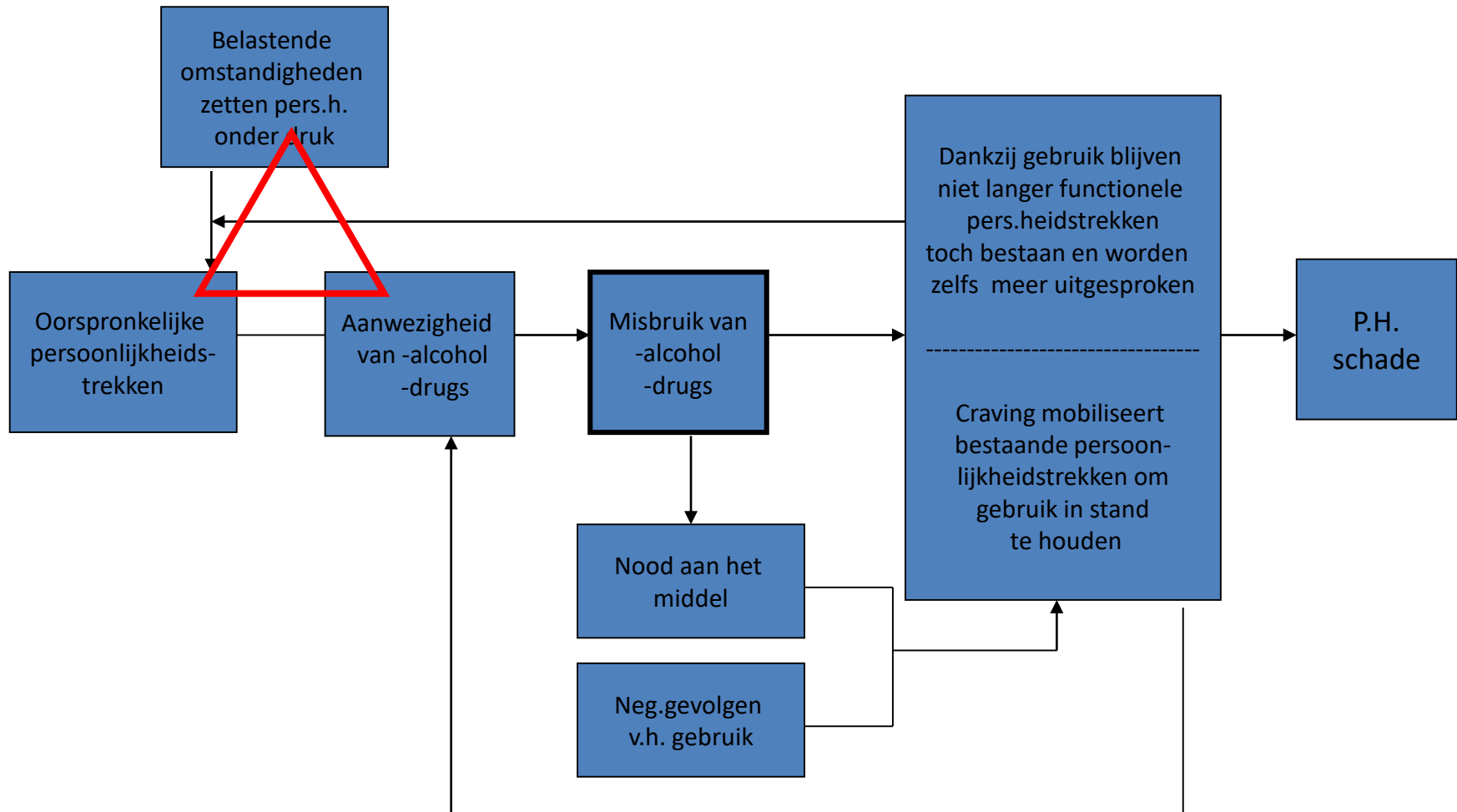
- In een populatie van verslaafden:
  - vaak cijfers van 40 à 50 % met bijkomend een PS
  - Bij bepaalde groepen: zelfs tot 80 %
  - Antisociale PS en Borderline PS het sterkst vertegenwoordigd: elk ongeveer 20 %
- Bij persoonlijkheidsstoornissen:
  - Bij de borderline PS: tot 55 à 60 % ernstig probleem met alcohol of drugs
  - Bij de antisociale PS: cijfers tot 80 à 90 %



# De cijfers genuanceerd

- In het (verdere) verloop van een verslaving is er (bijna) steeds sprake van persoonlijkheidsproblemen. Maar daarom niet steeds van een persoonlijkheidsstoornis.
- Bij (een aantal) persoonlijkheidsstoornissen is er vaak sprake van problemen bij het gebruik van alcohol of van drugs. Maar daarom niet steeds van verslaving.

# In het verloop van een verslaving komt de oorspronkelijke P.H. onder druk



# Persoonlijkheidsschade als gevolg van verslaving

- Aan het einde van het traject, is de verslaving een ingeworteld patroon geworden, dat zichzelf in stand houdt : de ‘verslaafde persoonlijkheid’
- De variatie gaat verloren. Er ontstaat een stereotiep (‘afgetakeld’) beeld met vooral
  - Borderline kenmerken
  - Antisociale kenmerken
- Niet toevallig zijn BPS en APS de persoonlijkheidsstoornissen met de grootste comorbiditeit met middelenstoornissen.

# ...met gevolgen voor de zorg

- Aandacht voor persoonlijkheidskenmerken draagt bij tot een meer gedifferentieerde en betere, effectievere verslavingszorg
- Goede verslavingszorg leidt tot herstel van de persoonlijkheidsproblematiek / -schade.

# Ook omgekeerd...

- Problemen in het gebruik van alcohol of drugs gaan vaak samen met persoonlijkheidsproblemen.
- Soms is het vorm van 'zelfmedicatie'
- Soms maakt het alcohol- of drugsgebruik deel uit van de 'levensstijl' eigen aan de persoonlijkheidsstoornis

## ... met gevolgen voor de zorg

- Aandacht voor / correctie informatie over de werking van alcohol en drugs, dragen bij tot een meer correcte (al dan niet medicamenteuze) zorg voor ***emotionele last***
- Bespreekbaar maken, correctie van ***risicogedrag*** eigen aan drugs- of alcoholgebruik, beperken de relationele en sociale schade van de persoonlijkheidsstoornis (o.a. suïcidaal, delinquent gedrag)

# En toch:

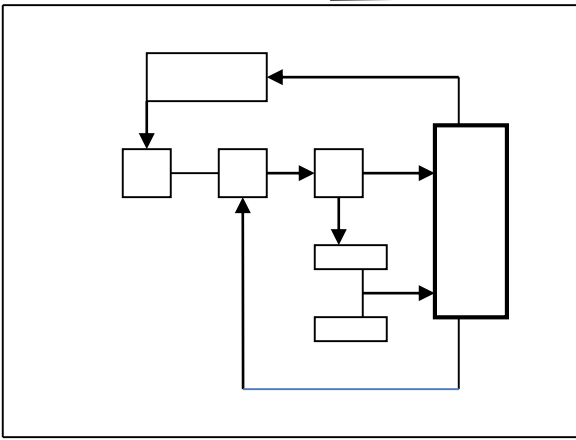
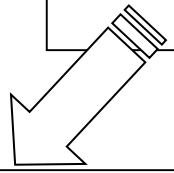
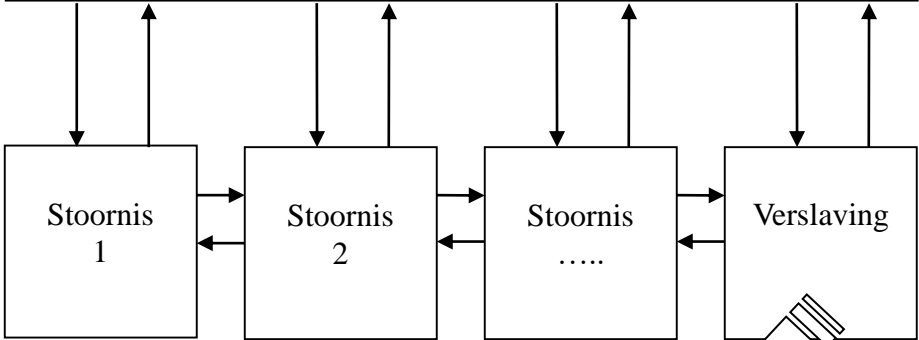
- Sommige mensen :
  - *Hebben meer kans op bijkomende problemen (zowel psychopathologie als sociaal)*
  - *Haken (daardoor) moeilijker aan bij, worden gemakkelijker geweerd, haken sneller af uit de hulpverlening*
  - *Kennen een slechtere prognose*
- Beide problematieken
  - *Compliceren elkaars verloop (vb. toename stemmingswisselingen)*
  - *compliceren elkaars behandeling (vb. afbreken van behandeling)*

# In dit geval is er een ander verband

- De verslaving maakt geïntegreerd deel uit van het ruimere geheel van de persoonlijkheidsstoornis
- Binnen dit geheel is de verslaving toch ook een problematiek die ook zichzelf in stand houdt



Persoonlijkheidsstoornis = duurzaam patroon van  
-gedachten  
-gevoelens  
-gedrag



# Hoe herken je dit in de verslavingszorg?

- Als je kijkt naar *alle domeinen* van het leven: de problemen zijn er niet dankzij, maar ondanks het gebruik. (vb. op alle domeinen autoriteitsconflicten)
- Als je kijkt naar de *levensgeschiedenis*: andere problemen zijn niet ontstaan ná het gebruik maar waren zij er al vóór. (vb. leeftijdscriterium APS)
- Als je kijkt naar *periodes van ontwenning*: de andere problemen nemen niet af in ernst, maar zij blijven even ernstig, of zij worden zelfs nog ernstiger. (vb. toename ander zelfbeschadigend gedrag bij BPS)

# En in de andere richting...

- Als je kijkt naar *alle domeinen* van het leven: het functioneren op steeds meer domeinen geraakt 'besmet' door middelengebruik.
- Als je kijkt naar de *levensgeschiedenis*: het gebruik is geen leeftijds- of situatiegebonden, voorbijgaand fenomeen. Situaties die aanleiding geven tot gebruik blijven zich herhalen en ze worden zelfs opgezocht.
- Als je kijkt naar *geboden hulp of behandeling*: zij wordt ingezet om te kunnen gebruiken.

# Plaats van verslaving binnen de persoonlijkheidsstoornis

- De borderline persoonlijkheidsstoornis:  
het plaatje
- Hoe past verslaving in dit plaatje?
  
- De antisociale persoonlijkheidsstoornis:  
het plaatje
- Hoe past verslaving in dit plaatje?

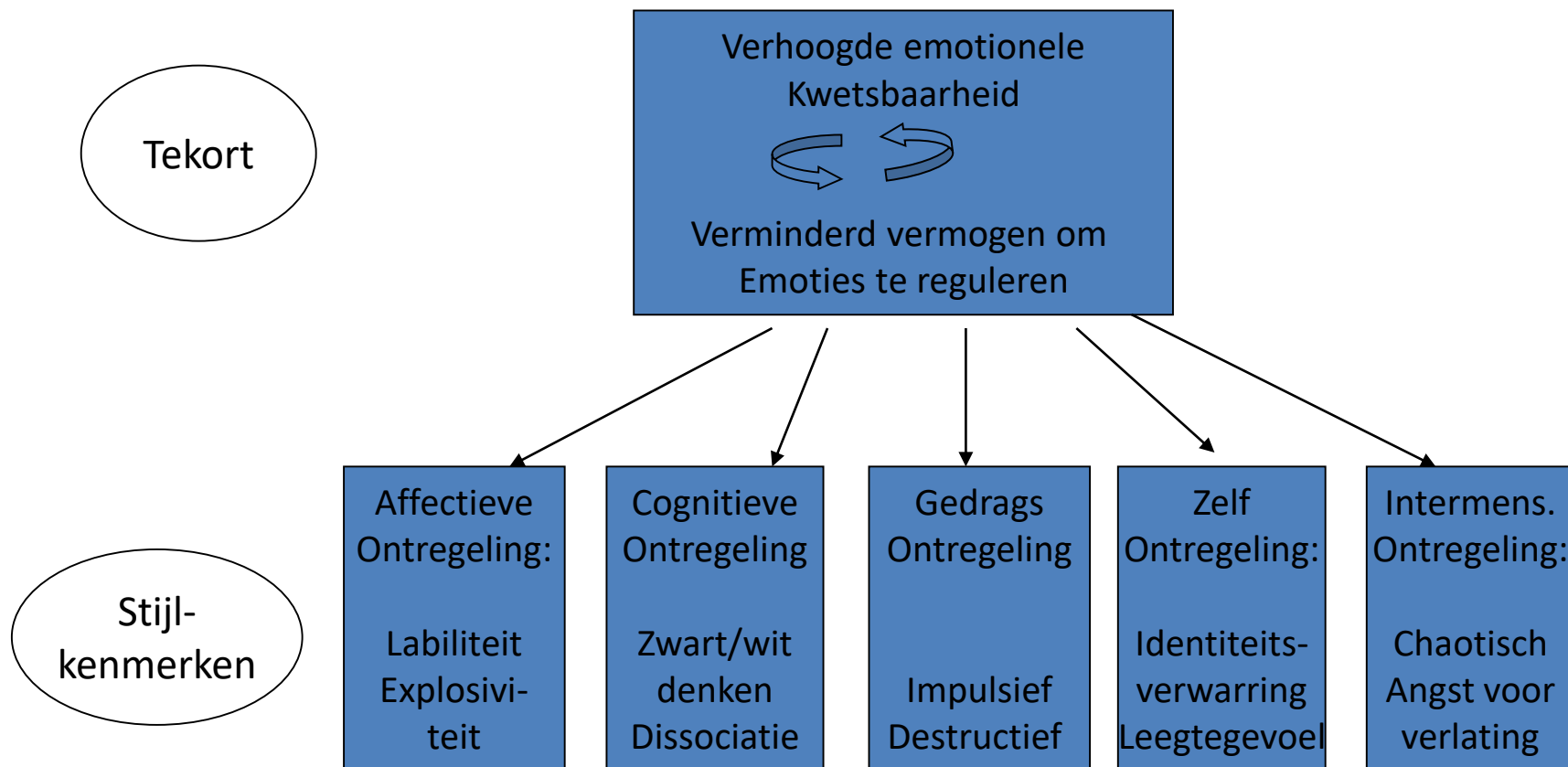
# Waarom hebben behandelaars het (extra) moeilijk met BPS én met APS?

De klinische indruk:

- APS: tonen te weinig emotionaliteit
- BPS: tonen te veel emotionaliteit

Deze indruk heeft te maken met opvallende stijlkenmerken

# BPS: het plaatje (DGT)

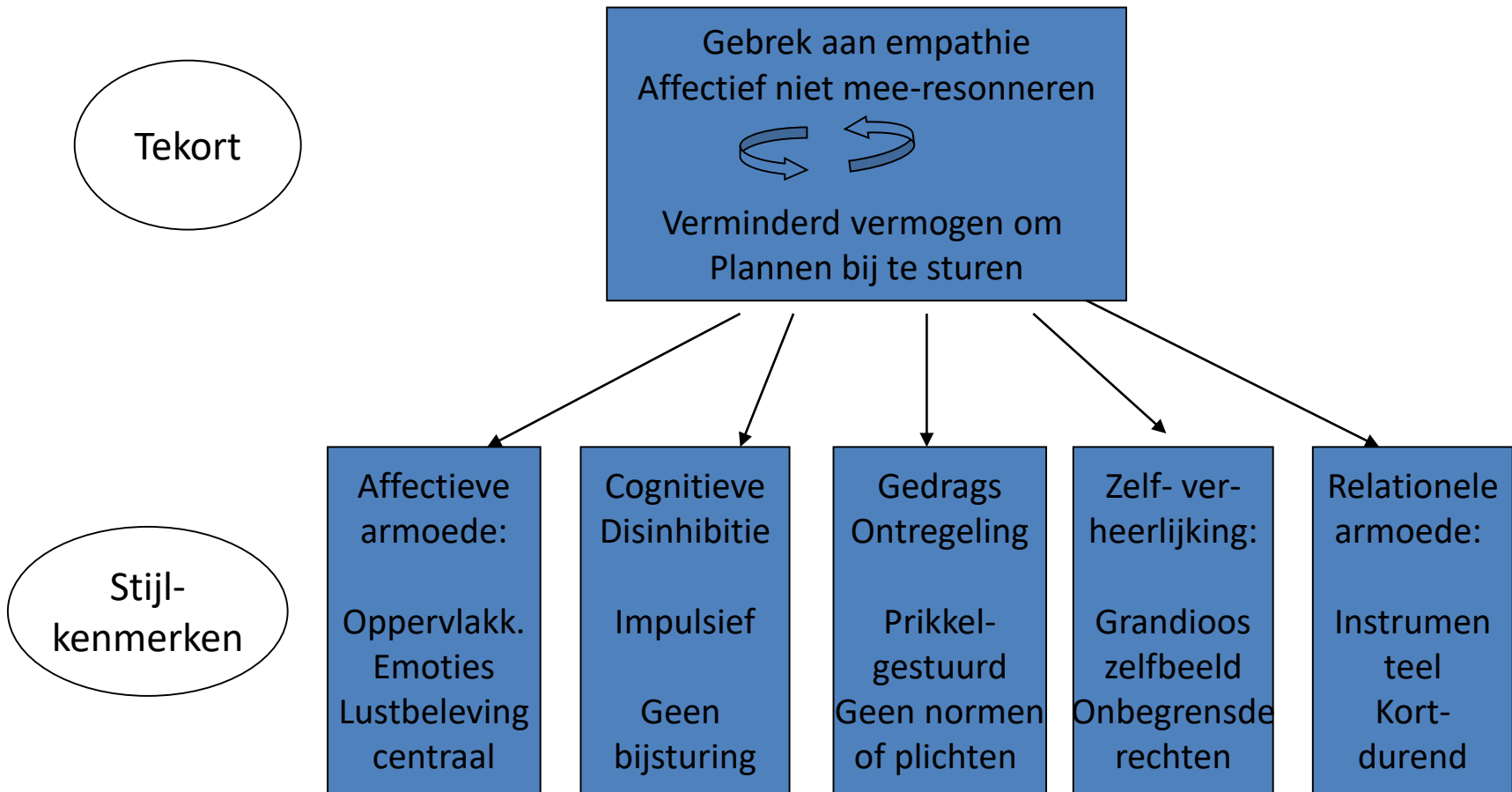


# Verslaving past in dit plaatje

- Past bij het kerntekort
  - Maakt de onaangename emoties regelbaar en veranderbaar ('apothekeren')
  - Geeft een verklaring voor die emoties
  - Bestendigt de verstoring van het emotie-regulatiesysteem
- Past bij de stijlkenmerken:

Versterkt de labiliteit, verlaagt de drempel voor explosieve reacties, versterkt impulsiviteit en destructiviteit, vult leegtes op, ontregelt cognitieve functioneren

# En in schema:





# Verlaving past binnen dit plaatje

- Bij het kerntekort
  - Affectief tekort wordt eigengereid opgevuld met opwinding en genot
  - Versterkt de illusie dat men zelf bepaalt hoe men zich voelt
  - Versterkt het onvermogen tot plannen
- Bij de stijlkenmerken:

Emotioneel beleven met weinig diepgang en nadruk op genot, ander prikkelgestuurd gedrag (agressie, seks) wordt nog versterkt, superieure zelfbeeld wordt versterkt (vb cocaïne), in relaties worden geen gevoelens 'gedeeld' – wel producten 'gedeald'

# Motivatie

Dubbele diagnose.

Dubbele motivatieproblemen?

Dubbel werk om te motiveren en gemotiveerd  
te blijven!

# Motivatie

- Motivatie en verslaving
- Motivatie en Persoonlijkheidsstoornis
- Een kijk vanuit de verslavingszorg
- De combinatie vraagt “meer van het zelfde”
- De combinatie vraagt ook speciale accenten
- Hoe zélf gemotiveerd blijven
- Enkele mythes doorprijkt

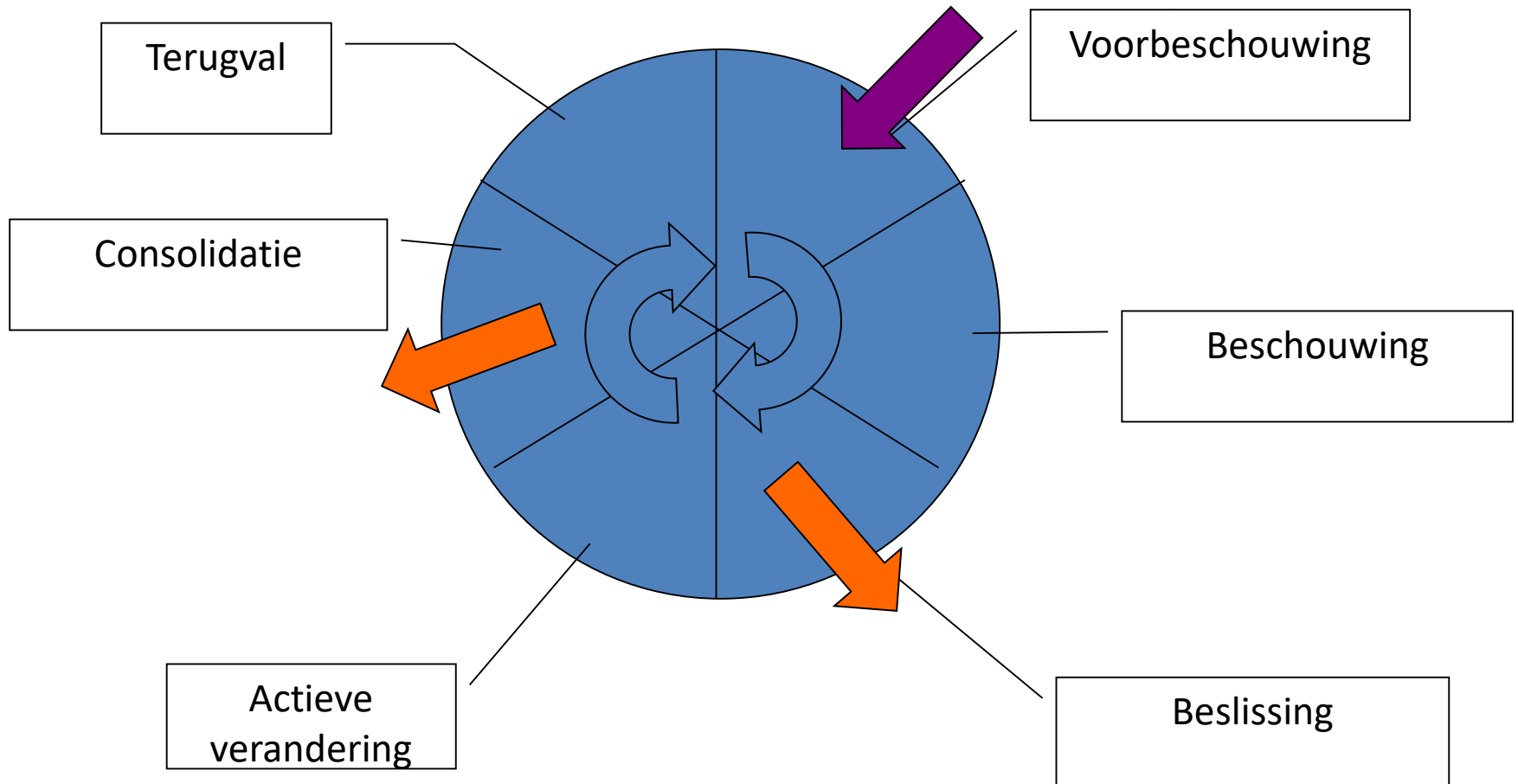
# Motivatie(probleem) bij verslaving

- Twee vragen die het ons lastig maken:
  - Wanneer is iemand gemotiveerd?
  - Heeft hij de ‘juiste’ motivatie

# Motivatie(probleem) bij PS

- Motivatie heeft een *wisselend* karakter. Ze komt en gaat. Eens de crisis is bezworen, verdwijnt het verlangen om te veranderen.
- Motivatie wordt vaak hierdoor ook als *onecht* ingeschat. Mensen komen met de vraag om acute problemen op te lossen. Mensen komen niet met de vraag om die trekken te veranderen die ze beleven als zo erg 'van zichzelf' (syntone karakter van de PS)

# de cirkel van verandering: Een kijk op motivatie vanuit verslavingszorg:



# De 'juiste motivatie'

## Willen versus moeten?

- Interne motieven maken *in het algemeen* dat iemand meer 'self-determined' is, hij zijn inspanningen langer volhoudt en de effecten ervan dus groter zijn.
- *Voor verslaving* is 'interne motivatie' niet zo simpel. Er speelt (bijna) steeds schaamte mee – en niet uitsluitend persoonlijke overtuiging
- Het samengaan van externe en interne motieven geeft de beste kansen op (blijvende) resultaten

- Er bestaat niet zoiets als de juiste motivatie op het juiste moment
- Niet zozeer de motivatie waar mee iemand de behandeling start, is van belang, dan wel wat er verder gebeurt met die initiële motivatie (oorspronkelijke motieven laten evolueren tot motieven die meer bij de persoon passend zijn)



# Motivatie bij verslaving en PS: méér van hetzelfde

De bijkomende persoonlijkheidsstoornis maakt dat extra aandacht moet gegeven worden aan een aantal algemene principes van het motiverend werken met mensen met een verslavingsprobleem:

1. Motivatie is niet te herleiden tot één bepaald 'verlicht' moment. Het is een permanent proces, dat zich vaak herhaalt.
2. Aan de beslissing tot actieve verandering gaan belangrijke fasen vooraf. Ook in deze fasen is het belangrijk om niet te wachten op motivatie maar om eraan en ermee te werken
3. Na de fase van actieve verandering blijft het een inspanning vragen om de lange weg naar herstel uitdagend en belonend te houden
4. Er bestaat niet zoiets als goede of slechte motivatie om aan een behandeling te beginnen. inspanning vragen om de lange weg naar herstel uitdagend en belonend te houden

# 1. een permanent proces, dat zich vaak herhaalt

- Elke nieuwe crisis of probleem, is een nieuwe kans om te leren, om te ervaren dat verandering mogelijk is.
- Pas op voor het creëren van te hoge verwachtingen van het moment (nù ben ik écht gemotiveerd, vorige keer niet), waarbij telkens de vorige inspanningen worden te niet gedaan

## 2. De eerste fasen kan je niet ongestraft overslaan

- Je moet soms beginnen met te luisteren naar verhalen van mensen die beweren geen problemen te hebben.
- Soms komen mensen door omstandigheden (vb. vrijlating) versneld in actieve behandeling. Toch moet nog (veel) aandacht gegeven worden aan de ambivalenties van (voor)beschouwing
- Ook na een (ernstige) terugval: opnieuw aandacht voor de ambivalentie

### 3. de weg naar herstel uitdagend en belonend houden

- consolidatie en terugvalpreventie is meer dan enkel afwachten
- Oude gewoontes zijn nog niet afgeleerd (*“ik doe het enkel zó omdat ik in behandeling ben”*)
  - Oude gewoontes zijn verbonden met hardnekkige stijkenmerken van de PS.
- Nieuwe gewoontes voelen nog niet goed aan (*“het nieuwe leven is saai”*): hoe de weg van de consolidatie boeiend houden? ‘de gezonde kicks’.

## 4. Wat doe je met de begin - motivatie?

- Mensen met justitiële druk blijven niet minder lang in behandeling.
- Dit zegt op zich niets over de resultaten.
- Maar je 'koopt tijd' waarbinnen de motivatie kan evolueren.

# Soms volstaat méér van hetzelfde niet...

- Het verliezen van de motivatie kan door de persoonlijkheidsstoornis een eigen accent krijgen
- Bij de Borderline PS is dit “de vlucht terug”, vaak door een crisis en/of terugval
- Bij de Antisociale persoonlijkheidsstoornis is dit de “vlucht vooruit”: hij ziet enkel nog zijn einddoel, niet de stappen tussenin en voelt zich enkel afgeremd door de anderen

# Een eigen accent voor de BPS: de zgn. 'dialectische abstinentie'

- Voor mensen met een BPS is abstinentie een (noodzakelijk) doel op lange termijn. De omgeving moet dit doel (mee) vasthouden.
- Even toegewijd dient de omgeving de pijn en verdriet van het cleane leven te erkennen
- En terugvallen te zien als kansen om te oefenen met vaardigheden, die het mogelijk maken een leven te leiden dat de moeite waard is

# Een eigen accent voor de APS: creatief en correcte omgaan met de externe druk

- Kijk naar de druk als naar een realiteit die zowel persoon en omgeving te aanvaarden hebben. dwz:
- Eigen je die druk niet eigenmachtig toe
- Ontken de druk niet – je hoeft je cliënt niet te beschermen voor die druk, niet samen met hem in het verzet gaan. De druk is een realiteit voor hem.
- Accepteer voor jezelf dat het verzet van de cliënt tegen die druk ook een realiteit is. De last die hij ervaart is hetgeen waar jij mee kan werken



# Ook de hulpverlener / omgeving moet gemotiveerd blijven: de valkuilen

- Veel inzet om de cliënt met BPS te motiveren  
→ valkuil om het (bij de vlucht achteruit) over te nemen van de patiënt
- Veel inzet om de cliënt met APS te motiveren  
→ mee uit de bocht vliegen (in de vlucht vooruit)
- → burn out bij geëngageerde en gemotiveerde hulpverleners / omgeving

# Daarom: Steun en coach elkaar(BPS)

- Net zoals de BPS-cliënt moet gecoacht worden om niet de vlucht terug te nemen,
- Moeten hulpverleners mekaar coachen
- Blijf mekaar steunen om een steunende omgeving te blijven voor de cliënt
- Belangrijk om
  - Delen van de zorg voor de cliënt
  - Delen van de zorgen die de cliënt je bezorgt

# Daarom: Laat je niet isoleren (APS)

- BPS → splitst team /omgeving op langs klassieke breuklijnen
- APS → weken individuen los uit het team /omgeving (gevele!)
- Hierbij treden bij de hulpverlener dezelfde denkfouten op als bij de cliënt : ‘ik alleen weet het (beter)’ – ‘mij zal niets overkomen’
- Laat je bijsturen door (ervaren) collega’s
- Deel je angst en kwetsbaarheid niet met de cliënt maar met collega’s

# Niet enkel de cliënten vreten aan de motivatie van de behandelaar

- Zowel in de ruimere samenleving als in de professionele omgeving bots je op (stereotiepe) opvattingen die weinig ondersteunend zijn:
  - Mensen met een PS willen eigenlijk geen behandeling
  - Mensen met een (A)PS zijn onbehandelbaar

# Van 'niet gemotiveerd'...

- Afbreken van behandelingen maakt deel uit van de destructieve stijl van de BPS. Dit is dus geen argument om te beweren dat iemand niet gemotiveerd is. Een stabiele behandelingsrelatie tot stand brengen is daarom net een doelstelling en niet een voorwaarde.

# ...naar een meer helpende gedachte

- Alternatieve attitude: een leven gekenmerkt door crisissen en destructief middelengebruik is ondraaglijk en mensen zijn uiteraard gemotiveerd om daar iets aan te veranderen

# Van 'onbehandelbaar'....

- “ASP is onbehandelbaar. Sommige studies wijzen op een averechts effect.”

Nuanceringen:

- Onderzoek over psychopathie mag niet leiden tot conclusies over álle ASP
- (te) weinig goed onderzoek over de mogelijkheid om mensen met ASP te behandelen

# ...naar meer helpende gedachten

- Wel evidentie: Beïnvloeding van een aantal gedragskenmerken en beheersing van de bijhorende risico's is wél haalbaar. Net verslaving is één van de gedragsproblemen die men wél kan beïnvloeden en die op hun beurt andere risico's kunnen beperken
- Onderscheid tussen haalbare (gedrag – risico) en niet haalbare ('totale' genezing van de 'kern') doelstellingen voorkomt therapeutisch nihilisme



# Goede zorg

- Begint bij de juiste prioriteiten
- Gebeurt door meerdere partijen (hulpverleners / instanties / omgeving) die goed voor zichzelf en voor elkaar moeten zorgen
- Strekt zicht uit over een lange weg, met bulten en kuilen
- Omvat naast behandeling ook herstel

# Tot besluit...

Kan zo een dubbele diagnose  
ook een dubbele weg zijn  
naar het loskomen van stigma,  
in de plaats van een  
dubbel stigma?

Dank voor uw aandacht!

# Hoe kan het stellen van prioriteiten helpen?

- In veel behandelingsprogramma's in de verslavingszorg: gefaseerde opbouw
  - Geeft perspectief, hoop in de lang durende weg naar behandeling / herstel (= motiverend)
  - Leren stappen vóór men leert lopen
- Vanuit de behandeling van PS:
  - Is ook een langdurend proces
  - Bepaald gedrag is zo vernietigend voor de behandeling dat het prioriteit moet krijgen. Zo niet wordt de indruk van onbehandelbaarheid steeds weer bevestigd

# Prioriteiten laten toe om:

- behandelprogramma te structureren : fazen in programma: *vb: klassieke TG*
- Individueel behandeltraject uit te werken: *vb eerst focussen op meest destructieve, vormen van gebruik vb. spuitenruil; onderhoudsbehandeling met methadon*
- Prioriteit te stellen in concrete situaties *vb: crisis, terugval*

# Wat krijgt voorrang?

- Voorrang komt liggen bij gedrags- en cognitieve vaardigheden
- Maar ze zullen anders ingevuld moeten worden
  - BPS: gebruuskeerde behoeften van de cliënt.
  - APS : bruuskeren van de behoeften van de omgeving.

# Wat betekent dit voor prioriteiten in de behandeling verslaving + BPS?

- Algemeen: Focus eerst op het verwerven van gedrags- en cognitieve vaardigheden. Hanteer hierbij de volgende prioriteiten:
- 1ste prioriteit: Veiligheid van je cliënt(e). Verminder het risico dat sterke emotionele crises leiden tot suïcidaal, levensbedreigend of zelfbeschadigend gedrag.
- 2de prioriteit: Een duurzame band met hulpverlening in het algemeen en met jezelf als hulpverlener. Focus op gedrag dat de therapie in het gedrang brengt.
- 3de prioriteit: Betrokken aanwezigheid van de cliënt(e) in het hier-en-nu. Leer de cliënt(e) op een niet-verwerpende manier naar zichzelf te kijken en bij zichzelf stil te staan.
- 4de prioriteit: Een degelijke levenskwaliteit door het verhogen van stabiliteit in en controle over eigen gedrag

# Prioriteiten

## Verstaving en APS

- Algemeen: focus eerst op gedrags- en cognitieve vaardigheden
- 1ste prioriteit: Veiligheid voor de omgeving van de cliënt: zowel van de eigen omgeving van de cliënt als van de behandelingssetting (behandelaars en medepatiënten). Beheers het risico van gedrag dat een bedreiging inhoudt voor de veiligheid en integriteit van anderen.
- 2de prioriteit: Acceptatie van en respect voor regels, rechten en plichten. Verminder gedrag waarbij de cliënt zich onttrekt aan of uitgesloten wordt van behandeling (drop out en push out).
- 3de prioriteit: Verhoogde betrokkenheid op de sociale realiteit en realiteitstoets. Corrigeer denkfouten en vergroot de mogelijkheid om te leren uit veranderingen en fouten.
- 4de prioriteit: Degelijke levenskwaliteit voor de cliënt en zijn omgeving. Ontwikkel pro-sociale strategieën voor de bevrediging van behoeften, die voordien aanleiding gaven tot antisociaal gedrag.

# Prioriteiten

## Als APS en BPS overlappen

1. Veiligheid	
Van de cliënt	Van de omgeving
2. Kansen op therapie vrijwaren	
Opbouw van een duurzame band met Hulpverlener/ hulpverlening	Acceptatie van / respect voor regels, rechten en plichten binnen de hulpverleningssetting
3. Betrokkenheid	
op het hier-en-nu Verminder daartoe dissociatie	op de (sociale) realiteit Verminder daartoe denkfouten
4. Verhogen van de levenskwaliteit	
Een levenswaardig leven	Op een pro-sociale manier



# Is dit wel behandeling / therapie?

- Is dit geen inperking van de therapie tot risicobeheersing of sociale controle?
- Dit sluit andere doelstellingen (emotionele verwerking ...) in een later stadium niet uit. Een goede basis is nodig.
- Benaderingen zoals de DGT die het belang benadrukken van het in-oefenen van vaardigheden, hebben de drop-out doen afnemen en de reputatie van onbehandelbaarheid verminderd.

# Behandeling van verslaving + PS de ruimere context:

- De behandelingsrelatie blijft niet beperkt toe de één op één relatie in de behandelkamer:
  - Behandeling van mensen met een verslaving en PS = teamwerk. Zorg voor de behandelingsrelatie is dus ook zorg voor teamrelaties (zie hoger)
  - Deze behandeling speelt zich af in een zorglandschap met meerdere behandelaars en instanties
  - Naast de contacten met behandelaars nemen deze mensen in hun herstelproces ook rollen op in de ruimere samenleving

# Behandeling van verslaving+PS: in langer tijdsperspectief

- Beide problemen blijven zelden beperkt tot één behandelperiode. Dit geldt zeker voor de combinatie van beiden.
- ontslag, schorsing en heropname maken deel uit van de behandelingsgeschiedenis
- Hoe verzorg je hier ook de continuïteit bij afbrekende of afgebroken behandelperiodes?
  - Als de cliënt na afhaken of schorsing alleen komt te staan, stelt zich ook hier de val van de 'actieve passiviteit (BPS)
  - Als de cliënt na afhaken of schorsing alleen komt te staan, voert hij de druk op de omgeving op (APS)

# Een vangnet om te oefenen ipv aangeleerde hulpeloosheid (BPS)

- Evenwicht behouden! Sta aan de zijde van de cliënt (erken dat hij het moeilijk heeft), maar erken ook zijn eigen autonomie: mits goed advies kan hij best zelf onderhandelen!
- Maak de cliënt tot zijn eigen casemanager. Coach hem hierin: breng hem vaardigheden bij en laat hem ook hier oefenen.
- Vraagt een dubbele attitude:
  - Vertrouwen dat de cliënt vooruitgang maakt
  - Acceptatie dat alles (nog) niet lukt
- Dit vraagt voortdurende afstemming:
  - Tussen hulpverleners/instanties/omgeving onderling
  - Tussen hulpverleners/instanties/omgeving en de cliënt

# Wat hulpverleners / instanties / omgeving zeker niet met elkaar mogen doen (APS)

- ... dat wat de AS cliënt met hen doet: nl. elkaar gebruiken of misbruiken
- Frequente vormen =
  - De Zwarte Piet doorgeven: een andere (justitiële) hulpverlener gebruiken om je cliënt te straffen
  - De Hete Aardappel doorgeven: om van de vijandigheid van de cliënt verlost te zijn, de zorg overlaten aan een ander. Niet zelden komt de last dan te liggen bij niet professionelen: familie of goedmenende kennissen

# Wat wel te doen?

- In de omgang met de APS is het belangrijk om duidelijk én betrouwbaar te zijn,
- Zo moeten ook de onderlinge relaties tussen partijen in een netwerk gekenmerkt zijn door duidelijkheid en betrouwbaarheid:
  - Elkaars grenzen en beperkingen kennen en respecteren
  - Niets beloven wat men niet kan/wil waarmaken
  - Niets beloven in de plaats van een andere partij

# Behandeling van verslaving+PS: in langer tijdsperspectief (2)

- Beide problemen blijven zelden beperkt tot één behandelperiode. Dit geldt zeker voor de combinatie van beiden.
- Wat mensen leren in behandeling kan zijn vruchten afwerpen in herstelgerichte activiteiten en engagementen. Soms zien we mensen 'opeens' hun eigen weg vinden.

# Naast therapie is er nog herstel

- Therapie of behandeling is wat professionelen aanbieden
- Herstel is de persoonlijke weg die mensen zelf afleggen.



# Herstel heeft te maken met

- niet zozeer met 'genezing' van een ziekte met haar symptomen, maar met
- het winnen aan sterkte en respect
- het opnemen van zinvolle sociale rollen
- het aannemen van een nieuwe (sociale) identiteit

# Niet enkel de vraag naar behandelbaarheid is van belang

- Naast de vragen of mensen wel (genoeg) willen veranderen en of mensen behandelbaar zijn,
- is er de vraag welke baat mensen kunnen hebben bij behandeling,
- hoe behandelingsdoelstellingen kunnen bijdragen tot herstel

# Een kijk op verslaving en PS

- die (ook) het herstel honoreert,
- die erkent dat een levenswaardig leven (BPS) en voldoende levenskwaliteit voor de omgeving (APS) belangrijke na te streven doelstellingen zijn,
- bevordert dit opnemen van zinvolle rollen en een (nieuwe) sociale identiteit,
- en zo ook het loskomen van het stigma mogelijk maakt.

# Een kijk op verslaving en PS

- die (ook) het herstel honoreert,
- die erkent dat een levenswaardig leven (BPS) en voldoende levenskwaliteit voor de omgeving (APS) belangrijke na te streven doelstellingen zijn,
- bevordert dit opnemen van zinvolle rollen en een (nieuwe) sociale identiteit,
- en zo ook het loskomen van het stigma mogelijk maakt.

# Tot besluit...

Kan zo een dubbele diagnose  
ook een dubbele weg zijn  
naar het loskomen van stigma,  
in de plaats van een  
dubbel stigma?

Dank voor uw aandacht!