

Methodiek in praktijk

Genderspecifieke hulpverlening aan drugsverslaafde vrouwen

*Natalie Claeys*¹

Inleiding

Mannen en vrouwen hebben in biologisch, psychosociaal en cultureel opzicht een andere levensgeschiedenis. Wanneer verslaving daarin een rol gaat spelen, kan dat niet los gezien worden van die specifieke context (Galanter & Kleber, 2004). Om tot een doeltreffende behandeling voor vrouwen te komen, moeten we de ervaring en impact van het leven als vrouw in een mangebaserde maatschappij - met andere woorden: gender - als klinisch perspectief nemen (Straussner & Brown, 2002). Recent onderzoek toont significante verschillen tussen de geslachten wat betreft (stofgerelateerde) epidemiologie, biologische reacties en medische gevolgen, comorbide psychiatrische stoornissen, sociale factoren en drempels tot behandeling (Tuchman, 2010). Verslaving behelst een complex samenspel van biopsychosociale factoren. Onderliggende oorzaken en correlaten verdienen de aandacht. Om goede zorg aan drugsverslaafde vrouwen te verlenen, is een genderspecifiek hulpverleningsaanbod noodzakelijk. Vanuit dit oogpunt - met aandacht voor de onderliggende oorzaken en correlaten van verslaving bij vrouwen - willen wij onze praktijkervaring met u delen en geïntegreerde strategieën en richtlijnen voor behandeling omschrijven, gebaseerd op onderzoek en de klinische praktijk. Tot slot pleiten we voor meer onderzoek om de beschreven methoden zowel te staven als te verbeteren.

Etiologie en risicofactoren

Mannelijke en vrouwelijke organismen verschillen zowel in bouw als in chemische make-up, zo ook wanneer het gaat om verslavend gedrag, het lichaam en de hersenen (Briggs & Pepperell, 2009).

¹ *N. Claeys*, psycholoog en antropoloog, is inhoudelijk coördinator van PROject bij Free Clinic vzw te Antwerpen. E-mail: natalie.claeys@free-clinic.be.

Medische gevolgen

Middelengebruik geeft bij vrouwen een hoger en ernstiger risico op een verscheidenheid van gezondheidsproblemen (Sun, 2009; Kay, 2010). Vrouwen ervaren ook seksespecifieke lichamelijke problemen als gevolg van hun verslaving, zoals vaginale infecties en een hoger risico op onvruchtbaarheid (Tuchman, 2010). Bij zwangerschap kan de levensstijl van de verslaafde herhaalde miskramen, een gebrek aan prenatale zorg en vroeggeboorte veroorzaken. Zuigelingen hebben een hoog risico op langetermijneffecten van intra-uteriene blootstelling aan drugs en ingewikkelde ontwenningverschijnselen na de geboorte (Briggs & Pepperell, 2009).

Verslaafde vrouwen hebben tevens vaker een gebruikende partner en zijn afhankelijk om drugs te kopen voor of van hem/haar. Ze delen vaker naalden en parafernalia met hun partner, verruilen seks voor drugs en ondervinden moeilijkheden om veilig te vrijen (Briggs & Pepperell, 2009; Sun, 2009). Dit alles maakt dat (injecterende) gebruiksters meer kans hebben op besmetting met hiv, hcv en soa's (Tuchman, 2010).

Comorbide psychiatrische aandoeningen

- Vrouwelijke drugsverslaafden hebben meer kans op traumata en een hogere ratio van comorbide psychiatrische aandoeningen (UNODC, 2004; Zilberman & Blume, 2005).
- Psychische trauma's worden verdoofd met drugs en/of alcohol (als zelfmedicatie en/of copingmechanisme) of ander dwangmatig gedrag (Briggs & Pepperell, 2009).
- Depressie komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Tuchman, 2010).
- Net als depressie hebben angststoornissen en PTSS meer kans om een verslavingsdiagnose vooraf te gaan (het omgekeerde neigt waar te zijn voor mannen; Zilberman & Blume, 2005).
- Vrouwen hebben meer dan twee keer zoveel kans op PTSS dan mannen (Najavits, 2010).
- Middelengebruiksters hebben een verhoogde kans op comorbide eetstoornissen (Zweben, 2003).
- De symptomen van een verstoord eetpatroon overlappen andere diagnoses, in het bijzonder depressie, angst, borderline-persoonlijkheidsstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis (Cohen, 2000).

- Automutilatie heeft bij gebruikende vrouwen een prevalentie van 25%; het is tevens een symptoom van eetstoornissen en PTSS (Harned, Najavits & Weis, 2006).
- Zelfmoordgedachten en -pogingen komen significant vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Zilberman & Blume, 2005), met name in het geval van comorbide depressie (Briggs & Pepperell, 2009).
- Het risico op trauma en slachtofferschap bij psychisch zieke vrouwen is dubbel zo groot als bij vrouwen in de algemene bevolking en onveranderlijk hoger in vergelijking met hun mannelijke collega's (Henwood & Padgett, 2008).

Geschiedenis van geweld en slachtofferschap

Drugsafhankelijke vrouwen hebben een hoger ratio van disfunctionele familiegeschiedenissen en familiaal alcohol- en drugsgebruik dan hun mannelijke tegenhangers (Sun, 2009). De levensverhalen van deze vrouwen zijn vaak kronieken van slachtofferschap - seksueel misbruik, verwaarlozing, fysieke mishandeling, psychologische manipulatie (Tuchman, 2010) - die plaatsvinden in een kader van achterstand en een sociale omgeving bevolkt met verslaafde rolmodellen (Anderson, 2007). Een gebrek aan gezonde relaties door incest, seksueel en ander geweld (Covington, 2007), en sekswerk (Claeys, 2004) komen frequent voor. De beslissing om seks te ruilen voor drugs wordt versterkt door reeds bestaande situaties/trauma's en verergert de huidige psychische problemen. Drugsgebruikende prostituees vertonen verhoogde niveaus van depressie, angst en paranoïde gedachten. Deze correlatie zorgt voor een neerwaartse spiraal van gebruik, wat leidt tot hulpeloosheid en hopeloosheid (Briggs & Pepperell, 2009).

Stigma's en drempels

Gebruiksters worden meer gestigmatiseerd en gemarginaliseerd, en blijven meer verborgen in vergelijking met hun mannelijke collega's (Ettorre, 2007). Ze voldoen niet aan onze samenlevingsnorm voor vrouwelijke moraal, noch aan hun traditionele rol als 'goede' moeder (Briggs & Pepperell, 2009) en stabiliserende kracht in de familie (Sherman, 2008). Vrouwen internaliseren dit stigma (Claeys, 2004) en voelen schuld, schaamte, wanhoop en angst (Sun, 2009). Velen onder hen die worstelen met het moederschap, zijn vrouwen die zelf nooit bemoederd zijn (Cohen, 2000; Covington, 2007). Het mogelijke gebrek aan goedkeuring en

ondersteuning door de partner, de verantwoordelijkheid voor het gezin en de (reële) vrees voor het verlies van de kinderen, vormen grote belemmeringen voor het zoeken naar de vaak noodzakelijke hulp (Zilberman & Blume 2005; Claeys, 2009). De combinatie van stigma en maatschappelijke druk, sociale en economische benadeling of marginalisatie en het mannelijke karakter van de (drugs)hulpverlening zorgt ervoor dat deze vrouwen makkelijker doorverwezen worden naar een psychiater of de psychiatrie of terechtkomen bij een huisarts (Egger & Moser, 2008). Ten slotte hebben vrouwen die enige of primaire ouder zijn vaak een tekort aan kinderopvang, wat een belemmering voor begeleiding kan zijn (Briggs & Pepperell, 2009).

Behandelsetting: een korte historie

Het Medisch Sociaal Opvangcentrum² (MSOC Antwerpen) is een ambulante organisatie voor sociale verslavingszorg, die een antwoord wil bieden op lacunes in de gezondheids- en welzijnszorg met bijzondere aandacht voor iedereen die door het gebruik van illegale drugs problemen ondervindt. Het is een gespecialiseerd centrum dat, in dialoog met andere organisaties, het welzijn van gebruikers van illegale drugs behartigt. Het MSOC Antwerpen ontwikkelt ‘harm reduction’-strategieën om de schade door drugsgebruik te beperken, eerder dan het gebruik zelf te bestrijden.

Free Clinic vzw heeft altijd een ruime groep vrouwen behandeld. Voorheen lag de focus sterk op seksualiteit en relaties, een aanbod waarop veel vrouwen beroep deden. Nadat de vzw zich meer en meer ging toespitsen op de drugsproblematiek, werd een blijvend maar dalend aandeel vrouwen in het klantenbestand behouden. Het percentage vrouwen in behandeling daalde in dertien jaar tijd van 38,5% naar 22,8%. Bovendien bereikt het centrum ondertussen een zeer grote groep drugsgebruikers, wat maakt dat het er erg druk is en geen rustig en veilig kader biedt voor (getraumatiseerde) vrouwen en hun kinderen.

Voor deze cliënten - (zwangere) verslaafde vrouwen en/of moeders, die reeds beroep deden op de hulpverlening van het MSOC Antwerpen, maar voor wie geen voldoende specifiek aanbod meer aanwezig was - ontstond de idee voor het opstarten van een separaat en ambulant zorgprogramma voor (ex-)drugsgebruikende vrouwen (en hun kinderen). Het kleinschalige PROject³ verleent hulp aan een vijftigtal cliënten. We bereiken vooral vrouwen

² Onderdeel van Free Clinic vzw (voor meer informatie zie www.free-clinic.be).

³ Tot op heden is PROject binnen de Vlaamse drugshulpverlening het enige ambulante

(zowel jong als oud), die een min of meer stabiele modus vivendi met gebruik hebben gevonden. Ons doel is om, door middel van een gedeeld en organisch ontwikkelingsproces, de gezondheid en het menselijk welzijn/welbevinden van deze vrouwen en ten goede te veranderen, door hen op een positieve manier te betrekken ('self-agency') in de keuze en het uitwerken van hun vraag en ons (interactieve) aanbod.

De essentie van PROject:

- binnen een vooropgesteld maar hernieuwbaar kader uitgaan van dat wat de cliënt aangeeft als hulpvraag;
- kwaliteit van zorg bieden door goed te luisteren, te kijken naar de inhoud van de hulpvraag en te vertrouwen op de eigen kracht en zelfbeschikking van de cliënt.

PROject: een holistisch zorgsysteem op maat

Er zijn weinig studies uitgevoerd die de daadwerkelijke hulpverleningstechnieken voor vrouwen bepalen (Briggs & Pepperell, 2009). Vrouwen in de verslavingszorg reageren wel positiever op empathie, samenwerking, respect, optimisme en een procesgerichte begeleiding (in tegenstelling tot de traditionele oplossingsgerichte en confronterende aanpak; Briggs & Pepperell, 2009). In die zin is de therapeutische relatie vooralsnog belangrijker dan het therapiemodel (Najavits, 2010).

We pleiten voor het bekijken van elke vrouw als een individu, voor screening van sociale geschiedenis, patronen van (middelen)misbruik, het functioneren van de geestelijke gezondheid en emotionele behoeften en voor het afstemmen van de behandeling op zowel verslaving als geestelijke gezondheid. De gelijktijdige behandeling van comorbide stoornissen en ziekten mag niet de uitzondering zijn, maar eerder de regel.

Een holistisch zorgmodel bevat aldus een verscheidenheid van goed afgestemde biopsychosociale en pedagogische benaderingen, om alle aspecten van het leven van de drugsverslaafde vrouw te begrijpen: fysiek, emotioneel, spiritueel, cultureel en sociaal-politiek (Covington, 2007).

programma exclusief voor vrouwen. In Nederland is er wel een gelijksoortig (doch grootschaliger) voorbeeld: de Polikliniek Nieuwe Prinsengracht (PNP) te Amsterdam. Dit zorgprogramma is vergelijkbaar met een MSOC, met als belangrijk verschil dat het zich uitsluitend richt op vrouwen.

'Harm reduction'

De geest en filosofie van 'harm reduction' zijn in overeenstemming met feministische principes. 'Harm reduction' benadert verslaving vanuit het oogpunt van de volksgezondheid. De relatie tussen hulpverlener en cliënt is humaan, cliëntgericht, niet-oordelend en niet-bestraffend (Denning, 2004). We proberen gebruiksters (preventief) bewust te maken van hun eigen mogelijkheden en hebben hierin een uitnodigende en stimulerende (empowerment)rol. We geven tips over gezonde voeding, (lichamelijke) verzorging, veilig (intraveneus) gebruik en veilige seks. Verder verstrekken we voorschriften voor individueel aangepaste medicatie en methadon, spuitenruil, contraceptie, condooms, glijmiddel, enzovoort, en begeleiden vrouwen indien gewenst naar een abortuscentrum.

Gastvrouwen

Wellicht is de competentie en training (in de verslavings- en vrouwenhulpverlening) van de vertrouwenspersoon belangrijker dan het geslacht: de meest effectieve hulpverleners zijn degenen die empathisch, warm, oprecht en zowel zelf- als maatschappijkritisch zijn, zodat ze de subtiele effecten van de onderdrukking van vrouwelijke cliënten begrijpen (Briggs & Pepperell, 2009). PROject telt drie gastvrouwen: een arts, een verpleegkundige en een psycholoog/antropoloog. De belangrijkste ingang is de gespecialiseerde medische consultatie. De gevolgen van verslaving overstijgen echter het louter medische domein; daarom doen we tijdens de traditionele wachttijd een zeer laagdrempelig, informeel en vrijblijvend aanbod. Er is mogelijkheid tot een vraaggestuurd gesprek - individueel of in groep - met de psychologe en/of de verpleegkundige. We creëren een huiselijke sfeer en bieden een gewoon menselijk contact op maat en een warme betrokkenheid (presentie als methodiek).

Voorbeeldgedrag

Tijdens het wachten op de doktersconsultatie ontwikkelt zich een soort groepsgebeuren, waar de vrouwen en hun kinderen lotgenoten ontmoeten. Hier, en tijdens de andere (groeps)activiteiten, leren wij de vrouwen naar hun volle(dige) waarde schatten, waarbij de groep fungeert als een sociale microkosmos, waar de groepsleden hun sociaal (on)aangepast gedrag laten observeren (Yalom, 1981). Aangezien deze wederzijdse, empathische, begrip- en respectvolle verbindingen gemodelleerd worden in groep, kunnen soortgelijke verbindingen

tussen de deelnemers (en anderen) groeien. Het aanleren van vaardigheden gebeurt hierdoor op een meer effectieve wijze. In een ongedwongen sfeer is dat beter mogelijk dan in een sterk gestructureerde of therapeutische activiteit, waar te weinig tijd is voor uitwisseling van de eigen ervaring of ervaringsdeskundigheid (zelfhulpprincipe als methodiek).

We treden hiertoe in alle facetten van het vrouw, moeder en dochter zijn op als een eerlijk, betrouwbaar en bemoedigend rolmodel en ondersteunen hen op een constructieve manier in hun persoonlijke autonome evolutie. We individualiseren behandelingsplannen en matchen deze aan geconstateerde sterke punten en competenties (sterktemodel als methodiek). Hoezeer ook de gelijkenissen door gender, is het belangrijk om gevoelig te blijven voor verschillen.

De vrouw en haar relaties

Het betrekken van familie en de (nabije) gemeenschap verhoogt de persoonlijke en sociale ondersteuning aan de cliënt. We voorzien hiervoor in partner- en familietherapie. Het is aangewezen de relatie van een vrouw met haar kinderen en haar identiteit als moeder niet te veronachtzamen en onderdeel te maken van de behandeling (85% van onze cliënten zijn moeders). Vrouwvriendelijke programma's dienen (opvang)faciliteiten voor kinderen, opvoedingsondersteuning, ontwikkelingspsychologie en interventies die de relatie tot (en hereniging met) hun kinderen bevorderen te integreren (Covington, 2007). We wonen en werken hiertoe nauw samen met Bubbels&Babbels⁴ - een organisatie rond casemanagement en zorgafstemming voor (ex-)drugsafhankelijke ouders met kinderen.

Laagdrempeligheid

Hoewel PROject laagdrempelige en ambulante hulpverlening aanbiedt, blijft het bijzonder moeilijk om het doelpubliek te bereiken. Het is dus - zeker in de beginfase - uitermate belangrijk om een individuele vertrouwensband op te bouwen. Dit gebeurt door middel van trajectbegeleiding, zorg op maat en huisbezoeken. Outreach vormt een belangrijke methode voor het bereiken van vrouwen die moeilijk toegang krijgen tot reguliere diensten. Om de toeleiding verder te bevorderen, resideren we op een locatie die gemakkelijk toegankelijk is, gratis en met flexibele, gespreide openingstijden (Becker & Duffy, 2002).

⁴ Eveneens een onderdeel van Free Clinic vzw (voor meer informatie zie www.bubbelsbabbels.be).

Veiligheid en kleinschaligheid

Het kleinschalige PROject is gehuisvest in een anoniem rijtjeshuis. De inrichting is gezellig, huiselijk en comfortabel, en voorzien van een kinder(speel)hoek. Deze rustige atmosfeer respecteert de privacy en maximaliseert de keuzes van de vrouwen; zij kunnen er wederzijdse, empathische en gezonde relaties ervaren, wat het herstel bevordert (Covington, 2007).

Vrouwen krijgen een ruimte aangeboden waar ze even vrij kunnen zijn van de druk om te interageren met mannen; een plaats om het vertrouwen in zichzelf als competent persoon te ontwikkelen en te leren van de ervaringen van andere vrouwen. Voor de mannelijke partners en familieleden is er een aparte wachtkamer.

Continuïteit in zorg(traject)

Vrouwen zijn bijzonder kwetsbaar voor versnippering van diensten (Cohen, 2000). Onzes inziens levert - zelfs op microniveau - het hechtingsproces (door continuïteit in de persoon van de gastvrouw) een aanzienlijke bijdrage aan het helingsproces. Integratie in de primaire gezondheidszorg en de ontwikkeling van een ruim sociaal zorgnetwerk - met centra die zijn voorzien van de noodzakelijke bijbehorende ondersteunende diensten - en samenwerkingsverbanden bewerkstelligen een vermindering van stigmatisering en de daarmee samenhangende problemen en gevolgen.

Tot besluit

Gendervriendelijk werken is niet alleen een kwestie van uitbreiding van het hulpverleningsaanbod. Het vereist zowel een mentaliteitsverandering binnen de hulpverleningsinstanties als structurele aanpassingen. Vrouwspecifieke (drugs)hulpverlening kan niet geïsoleerd worden aangeboden, maar dient een integraal deel te worden van het hulpverleningsaanbod van de verslavingszorg. Investeren in een toegankelijke en toekomstgerichte vrouwvriendelijke drugshulpverlening is niet alleen voordelig voor de vrouwen zelf, maar ook voor hun gezinnen en de gemeenschap als geheel (UNODC, 2004). De 'research-based' praktijk impliceert het integreren van (individuele) klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat momenteel vanuit systematisch wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is (Autrique, 2007). Helaas is er een gebrek aan onderzoek naar de

doeltreffendheid van vrouwspecifieke behandelingsinterventies (Tuchman, 2010). Vanuit dit oogpunt willen we pleiten voor meer onderzoek om de in deze bijdrage beschreven methoden zowel te staven als te verbeteren.

Literatuur

- Anderson, T.L. (2007). *Neither villain nor victim: Empowerment and agency among women substance abusers*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Autrique, M., Broekaert, E., Pham, T.H., Sabbe, B., & Vanderplasschen, W. (2007). Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken. Internet: www.bespo.be/bespo/home/publ/pub_ostc/drug/rdr25r_nl.pdf.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Becker, J., & Duffy, C. (2002). Women drug users and drugs service provision: Service level responses to engagement and retention. Internet: www.drugs.gov.uk.
- Briggs, C.A., & Pepperell, J.L. (2009). *Women, girls and addiction. Celebrating the feminine in counseling treatment and recovery*. New York/Londen: Routledge.
- Brink, W. van den (red.) (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Claeys, N. (2004). De ondraaglijke lichtheid van de zeden: beelden en zelfbeelden van de vrouwen in Free Clinic, Antwerpen. (Masterthesis Katholieke Universiteit Leuven.) Internet: www.scriptiebank.be.
- Claeys, N. (2009). PROject: Genderspecifieke werking voor vrouwen binnen de drughulpverlening. Draaiboek. Internet: www.free-clinic.be/project.
- Cohen, M. (2000). *Counseling addicted women. A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Covington, S. (2007). Working with substance abusing mothers: A trauma-informed, genderresponsive approach. Internet: [aia.berkeley.edu/media/pdf/source convington.pdf](http://aia.berkeley.edu/media/pdf/source%20convington.pdf).
- Denning, P., Little, J., & Glickman, A. (2004). *Over the influence: The harm reduction guide for managing drugs and alcohol*. New York: Guilford Press.
- Ettorre, E. (2007). *Revisioning women and drug use: Gender, power and the body*. Houndmills: Palgrave.
- Franken, I., & Brink, W. van den (red.) (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Galanter, M., & Kleber, H.D. (Eds.) (2004). *The American psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment* (3rd ed.). Washington DC: APP.

- Harned, M.S., Najavits, L.M., & Weiss, R.D. (2006). Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *American Journal on Addictions, 15*, 392-395.
- Henwood, B.F., & Padgett, D.K. (2008). Social networks and isolation: The role of trauma among women with histories of substance abuse, mental illness, and homelessness. In K.S. Egger & L. Moser (Eds.), *Women and addictions: New research, 1*, 1-22. New York: Nova Science.
- Kay, A., Trusandra, E., Barthwell, A.G., Wichelecki, J., & Leopold, V. (2010). Substance use and women's health. *Journal of Addictive Diseases, 29*, 139-163.
- Najavits, L.M. (2010). *Seeking safety. Handboek behandelning trauma en verslaving*. Houten: Bon Stafleu van Loghum.
- Sherman, S. (2008). Women and drugs across the globe: A call to action. *International Journal of Drug Policy, 19*, 97-98.
- Straussner, S.L.A., & Brown, S. (Eds.) (2002). *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sun, A.-P. (2009). *Helping substance-abusing women of vulnerable populations. Effective treatment principles and strategies*. New York: Columbia University Press.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases, 29*, 127-138.
- UNODC (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. Drug abuse treatment toolkit*. (Internet: www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf.) Wenen: Verenigde Naties.
- Yalom, D.I. (1981). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zilberman, M., & Blume, S.B. (2005). Drugs and women. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman & J.G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4th ed., pp. 1064-1075). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Zweben, J.E. (2003). Special issues in treatment: Women. In A.W. Graham, T.K. Schultz, M.F. Mayo-Smith, R.K. Ries & B.B. Wilford (Eds.), *Principles of addiction medicine* (3rd ed., pp. 569-580). Maryland: American Society of Addiction Medicine.