



DE BABELBOX

15

NIEUWSBRIEF VAN BUBBELS & BABELS

PROJECT VOOR (EX)DRUGAFHANKELIJKE OUDERS MET JONGE KINDEREN

V.u. Bubbels & Babbels - Zeilstraat 16 - 2060 Antwerpen

april 2005

Jaargang 4

1. VOORSPEL

In een recent interview in *De Standaard* stelt minister Vervotte dat ze binnen haar beleid extra aandacht willen besteden aan bijzondere risicogroepen, waarbij ze onder meer de kinderen van ouders met een psychisch probleem vermeld.

KOPP-kinderen en bij uitbreiding ook kinderen van ouders met een alcohol- of ander drugprobleem hebben inderdaad nood aan bijkomende aandacht als we willen vermijden dat de problemen van deze ouders worden overgedragen. Dat je niet vroeg genoeg kan starten met deze gezinnen intensieve ondersteuning te bieden blijkt ook uit onderzoek naar intergenerationele overdracht van gehechtheid bij risicogroepen, waarover verder in deze

nieuwsbrief uitvoerig wordt bericht. Ondermeer vroegdetectie en intensieve (thuis)begeleiding waarbij rekening gehouden wordt met de gehele gezinscontext worden essentieel genoemd om de negatieve spiraal te keren. Een eendimensionale benadering waarbij te sterk gefocust wordt op één van de betrokkenen binnen een gezinsstelsel (kind of ouder) is niet aangewezen. In begeleidingen waarbij één van de ouders kampt met een drugprobleem ervaren we echter dat het niet steeds eenvoudig is om de, vaak lastige, onberekenbare en wispelturige ouder mee in het verhaal te blijven betrekken.

Dat dit niet de weg van de minste weerstand is voor hulpverleners behoeft geen betoog. Toch

is het o.i. de enige weg die echt recht doet aan het vaak beleden "belang van het kind". In deze nieuwsbrief gaan we daarom nog wat dieper in op de rol die ouders kunnen blijven spelen, eenmaal de beslissing genomen dat het kind beter buiten het eigen gezin wordt ondergebracht. We hopen daarmee duidelijk te maken dat de begeleiding van deze gezinnen geen zwart/wit verhaal hoeft te zijn, maar een rijk palet van schakeringen waarbij naargelang de specifieke en unieke situatie van elk gezin de nodige tinten kunnen aangebracht worden.

De redactie

Inhoud

1. Voorspel
2. Bubbels & Babbels in 2004: cijfers en letters
3. Onderzoek naar intergenerationele overdracht van gehechtheid in risicogroepen
4. In de kijker: Labyrinth
5. Begeleiding van rouw en roldifferentiatie bij ouders na uithuisplaatsing
6. Factsheet: Tripmiddelen
7. Uit de pers: Cocaïnegebruikers stoppen van zelf
8. Epiloog

2. BUBBELS & BABELS IN 2004: CIJFERS EN LETTERS

In deze nieuwsbrief geven we graag een beknopte kijk op de resultaten van *Bubbels & Babbels* van het afgelopen jaar, en trekken we tevens enkele voorzichtige conclusies.

CASEMANAGEMENT

In 2004 werden binnen het project **22 gezinnen opgevolgd** via casemanagement. Hiervan werden er 8 opgestart in 2004, 7 in 2003 en 7 in 2001-2002. In de loop van 2004 werden 8 begeleidingen beëindigd. Gemiddeld worden op hetzelfde moment binnen het project gelijktijdig een 15-tal gezinnen opgevolgd. Ongeveer de helft hiervan wordt zeer intensief begeleid.

Op basis van de evaluatie van de begeleidingen van 2003 werd in 2004 voor een meer outreachende en intensievere benadering van het casemanagement gekozen. Concreet betekende dit dat getracht werd om bij een beperkt aandeel van deze groep, met name met de meest problematische en gemarginaliseerde groep van cliënten, de begeleiding te intensifiëren.

Deze aanpak heeft er toe geleid dat in 2004 een 6-tal begeleidingen meer dan de helft van de totale beschikbare werktijd heb-

ben opgeëist. Gezien de ernst en gelaagdheid van de problematiek evenals gezien de behoorlijk positieve resultaten die deze interventies hebben opgeleverd, blijkt dit echter een te verantwoorde keuze te zijn geweest.

VERWIJZERS

Van de in 2004 nieuw opgestarte begeleidingen blijkt dat maar liefst 75% van de aanmeldingen verliepen via de **sociale dienst van een kraamkliniek**. Andere verwijzingen die tot een effectieve begeleiding leidden kwamen van de drughulpverlening en van familieleden.

GEBUIKT PRODUCT

Cocaïne en **speed** blijken veruit de meest gebruikte producten bij de in 2004 opgestarte begeleidingen. 75% van de cliënten gaf dit op als belangrijkste product.

PROFIEL

Het aandeel **éénoudergezinnen** is binnen ons cliënteel behoorlijk **oververtegenwoordigd**. 50% van de begeleidingen betreft een alleenstaande moeder of een moeder met regelmatig wisselende partners. Bij slechts 4 begeleidingen is er sprake van een min of meer stabiele en langdurige relatie.

De **leeftijd** van de **kinderen** situeert zich hoofdzakelijk (70%) binnen de categorie 0-3 jaar.

Wanneer we kijken naar de **verblijfplaats van de kinderen op 31/12**, dan blijkt dat tweederde van de kinderen van ouders die begeleid worden thuis verblijven. Van de kinderen die buitenshuis opgevangen worden, gebeurt dit hoofdzakelijk door een CKG (*Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning*) Slechts bij 3



van de 22 begeleidingen verbleven (één of meerdere van de) kinderen in een pleeggezin of in een instelling voor bijzondere jeugdbijstand.

Daarnaast blijkt dat **meer dan de helft** van alle in 2004 begeleidde cliënten tevens een **dossier** hebben bij het **Comité voor Bijzondere Jeugdzorg** of bij de **Sociale Dienst bij de Jeugdrechtbank**.

EN VERDER...

Hoe langer hoe meer blijkt dat de werkvorm van casemanagement voor (ex)drugafhankelijke ouders effectief een verschil kan maken. Een factor die de kans op succes aanzienlijk verhoogt lijkt de **échte vrijwillige instap** in het project te zijn. Wanneer er sprake is van enige vorm van (onuitgesproken) dwang, dan blijkt dat deze begeleidingen vaak met een sissers aflopen. De methodiek zelf is gebaseerd op de principes van empowerment, wil ouders inzicht doen verwerven in hun eigen krachten en mogelijkheden bieden om deze ten volle te benutten in functie van een veilig opvoedingsklimaat voor hun kinderen. Ouders die niet intrinsiek gemotiveerd zijn hun levenssituatie aan te passen aan de behoeften en het tempo van de kinderen haken vrij snel af.

Binnen het project definiëren we een begeleiding als succesvol wanneer we er in slagen om in

Looptijd afgeronde begeleidingen in 2004:

- <6 maanden: 0
- 6-12 maanden: 3
- 12-18 maanden: 3
- 18-36 maanden: 2
- > 36 maanden: 0

Looptijd actieve begeleidingen in 2004:

- <6 maanden: 1
- 6-12 maanden: 5
- 12-18 maanden: 3
- 18-36 maanden: 3
- > 36 maanden: 2

nauw overleg met de ouders een ondersteuningsnetwerk op te zetten dat beantwoordt aan de noden van het kind én dat uitdrukkelijk beantwoordt aan de vraag van de ouder(s). Het spreekt voor zich dat deze twee uitgangspunten soms in botsing met elkaar kunnen komen, al blijkt dit in de praktijk nog behoorlijk goed mee te vallen.

Wat opvalt is dat de meeste moeilijkheden die we het afgelopen jaar ondervonden veeleer te situeren waren bij het op één lijn krijgen én houden van de betrokken hulpverlening. De specifieke werkvorm van intensief casemanagement die binnen het project gehanteerd wordt, veronderstelt dat de casemanager alle betrokken hulpverlening tracht te motiveren om als "nieuw samengesteld team" een gezamenlijk gedragen hulpverleningsaanbod aan het gezin aan te bieden. We kunnen echter niet anders dan

vaststellen dat bepaalde hulpverleningsdisciplines nog niet volledig klaar zijn voor deze werkvorm die tevens veronderstelt dat hulpverleners open communiceren over hun aanbod, feedback leveren aan elkaar en tevens open staan voor elkaars deskundigheid. Nog te vaak blijkt dat deze strategie als "inmenging" wordt bekeken, dat casemanagers ondanks de nodige diplomatie die hierbij aan de dag gelegd wordt, vaak op onbegrip botsen. We durven hopen dat na verloop van tijd deze weerstanden kunnen omgebogen worden.

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Naast het concrete cliëntwerk werden het afgelopen jaar eveneens meer dan 50 **advies- en consultvragen** beantwoord. Deze kwamen niet enkel van diensten waarmee we samenwerken,

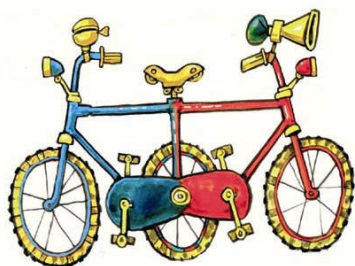
maar evenzeer van instanties uit buitenlandse gebieden waar weinig kennis en know how voorhanden is met betrekking tot deze problematiek. Ook bood het project een tiental vormingen aan en namen we deel aan verschillende studiedagen, workshops, onderzoeksprojecten, ... en schreven we artikels voor allerhande publicaties.

Tenslotte werd de website opgefrist en aangevuld met relevante info. Deze site, die ondertussen een kleine tweetal jaar online is, bereikt momenteel gemiddeld 20 bezoekers per dag, een aantal dat nog elke maand aangroeit. Via deze weg wordt eveneens veel informatie verstrekt, maar komen ook veel bijkomende vragen binnen.

(dr)

Je moet wel durven

0|25's praktische cursus samenwerken



NIZW Jeugd

Jannephe Sniijders en Donald Suidman

Je moet wel durven

0 | 25's praktische cursus samenwerken

(NIZW-Jeugd)

J. Sniijders en D. Suidman

ISBN: 9085600154

96 pagina's

1e druk 2005

Je kent dat wel. Voor je werk ben je afhankelijk van andere mensen en instanties. Maar die willen niet steeds tijd voor je maken, of sturen je eindeloos door, of ze beloven wel iets, maar in feite doen ze helemaal niks. Toch weet je dat je niet om die anderen heen kunt, en dat je met een beetje meeval zelfs veel aan elkaar kunt hebben.

Samenwerken is moeilijk. Al was het maar omdat je nergens kunt opzoeken hoe je dat nu precies doet. Het Nederlandse vakblad voor jeugdzorg, jeugdbeleid en jeugdwelzijn 0|25 heeft daarom deze praktische cursus **samenwerken** gemaakt.

De lessen zetten op speelse wijze verschillende basisprincipes van samenwerking op een rij, zoals elkaar kennen, elkaar soms wat theater gunnen, en de noodzaak om soms even iets heel anders met elkaar te doen. Uiteenlopende deskundigen, vooral uit de jeugdsector, onthullen hun geheimen van succesvol **samenwerken**, en geven gebruiksklare tips. Ondermeer door de talloze praktijkvoorbeelden, is dit een inspirerend boek voor iedereen die beter wil leren **samenwerken**, maar ook om cadeau te doen aan die ene dwarse collega.

3. INTERGENERATIONALE OVERDRACHT VAN GEHECHTHEID IN RISICOGROEPEN

Greet Geenen is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de onderzoeksgroep Psychotherapie en Dieptepsychologie van de Katholieke Universiteit Leuven. Zij werkt er aan een doctoraatsproject over de overdracht van gehechtheid bij Belgische generatiearmen. We vroegen haar om enige toelichting bij dit onderwerp.

Ouders die al generaties in armoede leven, verlangen, net zoals en misschien nog meer dan andere ouders, dat hun eigen kinderen het beter zullen hebben dan zichzelf. Dit verlangen vormt een belangrijke drijfveer in hun bestaan. Heel confronterend is dan ook de vaststelling dat het hen vaak niet lukt hun kinderen uit de spiraal van armoede en armoedegerelateerde problemen te houden. Ondanks hun eigen inspanningen en ondanks vaak talrijke professionele interventies vanuit verschillende disciplines, blijkt die veelheid aan problemen van generatie op generatie te worden overgedragen in een haast ondoorbreekbare keten. Internationaal erkend onderzoek benadrukt dat psychologische factoren een belangrijke rol spelen in deze overdracht. In ons doctoraatsproject richten we ons op één bepaalde psychologische factor, nl. de overdracht van gehechtheid in deze groep van generatiearmen.

Onveilige gehechtheid, sterk aanwezig in hoge risicogroepen, heeft aanzienlijke repercussies voor de ontwikkelingskansen van kinderen en vormt daarom een belangrijk aandachtspunt voor preventieve en curatieve interventies die de ontplooiingskansen van jonge kinderen willen verbeteren. Vandaar dat we eerst stilstaan bij de gehechtheidstheorie,

die, samen met psychoanalyse, het theoretisch referentiekader vormt voor ons onderzoek.

Bowlby, de grondlegger van de gehechtheidstheorie, gebruikt de term gehechtheid om de affectieve band te beschrijven die zich ontwikkelt tussen een kind en zijn verzorgingsfiguur. Een kind is volgens hem biologisch voorbestemd om de verzorger als veilige basis te gebruiken, terwijl het de omgeving exploreert. Wanneer kind zich bedreigd voelt, zal het zich voor bescherming wenden tot de verzorgingsfiguur. Door de manier waarop deze de noden van het kind beantwoordt, wordt de gehechtheidsrelatie geleidelijk aan in een bepaald interactiepatroon gegoten, en op het einde van het eerste levensjaar heeft het kind een 'intern werkmodel' opgebouwd, van waaruit het anticipeert op en handelt in overeenstemming met de responsen van zijn verzorger. Wanneer de verzorgingsfiguur voor het kind bereikbaar is en troostend op momenten van stress, zal het kind deze leren beschouwen als betrouwbaar en medelevend, en zichzelf als iemand die aandacht waard is. Deze kinderen noemt men in gehechtheidstheoretische termen veilig gehecht t.a.v. de verzorgingsfiguur. Als de toenaderingspogingen van het kind door de verzorger daarentegen worden ontmoedigd of onregelmatig beantwoord, zal het kind deze als onbetrouwbaar, onbereikbaar zien, en zichzelf als iemand die geen zorg waard is. Deze kinderen vertonen onveilig gehechtheidsgedrag naar die specifieke verzorger toe. Naargelang het type gedrag, wordt de onveilige categorie nog opgedeeld in vermijdende en ambivalente ge-

hechtheid. Daarnaast worden sommige kinderen geclassificeerd als gedesorganiseerd gehecht, omdat ze bij stress niet terugbuigen op één enkel georganiseerd gehechtheidspatroon, maar gedesoriënteerd raken en tegenstrijdige gedragsstrategieën aanwenden. Net zoals bij kinderen, onderscheidt men bij volwassenen veilige, onveilige (resp. gereserveerd of gepreoccupeerd) en gedesorganiseerde gehechtheidsclassificaties, die dan de 'state of mind' van de volwassene aangeven met betrekking tot de eigen gehechtheidsgeschiedenis.[1]

Onveilige gehechtheid hypothekeert de ontplooiingskansen van het kind. Niet dat onveilige gehechtheid altijd uitmondt in een ongunstige ontwikkeling, maar een brede waaier aan onderzoek toont dat onveilige gehechtheid een aanzienlijke risicofactor is bij het verwerven van emotionele, cognitieve, en sociaal-relatieve competenties, alsook op het vlak van de psychobiologie, en dat het veelal leidt tot gedragsproblemen en psychopathologie.

De intergenerationale overdracht van gehechtheid van ouder op kind wordt door de wetenschap aanvaard als algemeen aangevaard feit : een ouder met een veilige gehechtheidsrepresentatie, heeft veel kans dat zijn kind zich op een veilige manier aan



hem/haar zal hechten; een kind van een ouder met een onveilige gehechtheidsrepresentatie daarentegen, zal zeer waarschijnlijk onveilig gehechtheidsgedrag t.a.v. de ouder vertonen. De manier nu waarop deze gehechtheid van generatie op generatie wordt overgedragen, is nog niet volledig duidelijk. Ouderlijke sensitiviteit verklaart ten dele de overdracht. Daarnaast spelen omgevingsfactoren, *life events* en karakteristieken van het kind een rol. Recent psychodynamisch onderzoek over gehechtheid vindt in het vermogen van de ouder om reflectief te functioneren een belangrijke determinant, en deze mentalisatiefactor krijgt bijzondere aandacht in ons onderzoek. In gezinnen met een laag socio-economische status (SES) blijken de kinderen blootgesteld te zijn aan een dubbel risico met betrekking tot gehechtheid. Ten eerste is slechts een minderheid van de kinderen met lage SES veilig gehecht (in tegenstelling tot meer dan de helft in middenklasse) : hun verzorgingsfiguren, voornamelijk onveilig gehecht, dragen deze onveiligheid op hen over. Ten tweede is er door de talrijke negatieve *life events* die deze kinderen meemaken, ook minder continuïteit in de gehechtheidsclassificatie : van de weinig veilig gehechte kinderen worden er veel in de loop van hun ontwikkeling onveilig gehecht (in tegenstelling tot de middenklasse waar



men een sterke continuïteit vindt) Wat, zoals reeds aangegeven, enorme repercussies heeft voor de verdere ontwikkelingskansen van deze lage SES kinderen...

De term lage SES is zeer breed : het gaat om mensen die om allerlei redenen (verlies van baan of sociaal netwerk, slecht psychisch of fysisch functioneren, immigratie,...) in de marge van de maatschappij leven, en die precies o.w.v. deze verscheidenheid qua onderliggende psychische mechanismen niet zomaar met elkaar te vergelijken zijn. De doelgroep van ons onderzoek daarentegen is zeer specifiek : mensen die al generaties lang in een precarie situatie leven, in een land waarin relatief gezien slechts een klein percentage onder de armoedegrens leeft [2] en waarbij de ernstige kansarmoede zich lijkt te hebben vastgezet in alle dimensies van hun bestaan. Een groep die slechts moeilijk toegang vindt tot de hulpverlening, en die een eigen benadering nodig lijkt te hebben, wil men ooit de spiraal van armoede en armoedegerelateerde problemen doorbreken.

Om nu in deze groep een beeld te krijgen op de overdracht van de gehechtheid en enkele mediërende factoren die daarin een rol spelen, bezochten we generatiearme moeders [3] en hun kinderen tussen 1 en 2,5 jaar meermaals in de thuissituatie. Toegang tot hen krijgen was niet evident. Verschillende organisaties die reeds een band met de moeders hadden, maakten mogelijk dat we bij hen aan huis mochten komen. Contact opbouwen en behouden was evenmin gemakkelijk. Vaak bleef de deur gesloten of werden we tijdens een huisbezoek meegezogen in de noden van het hier en nu waardoor we helemaal niet aan het thema van ons onderzoek toekwamen. Vertrouwen winnen én behouden kost

tijd, zeker bij mensen wiens levensverhaal gekenmerkt wordt door een opeenvolging van verbroken relaties. Met veel moeite hebben we over vijf jaar gegevens verzameld bij een 12-tal moeders en hun kinderen. Van bijna evenveel moeders en kinderen zijn we om allerlei redenen het spoor kwijtgeraakt. D.m.v. interviews peilden we naar de gehechtheidsrepresentatie van moeder en naar haar object representaties. We observeerden het gehechtheidsgedrag van het kind t.a.v. moeder en bekeken tijdens heel wat bezoeken de interactie tussen beiden. We stelden een genogram op, trachtten een beeld te krijgen van de bredere context, en vroegen aan moeder en een derde instantie (crèche of school) naar het algemeen functioneren van het kind. [4]

Momenteel worden de data geanalyseerd. Hier geven we reeds enkele voorlopige bevindingen. De meeste kinderen die in de context van generatiearmoede opgroeien, geven al op zeer jonge leeftijd signalen van ontwikkelingsmoeilijkheden. Ze vertonen veelal onveilig gehechtheidsgedrag t.a.v. moeder, en moeders én/of derden (school of crèche) blijken vaak tekorten aan te geven in het functioneren van het kind. Interacties tussen moeder en kind zijn, hoewel niet slecht bedoeld, dikwijls insensitief : moeder is niet afgestemd op het kind, en het kind zelf reageert niet (meer) responsief op moeder. Kinderen daarentegen die meer veilig gehecht lijken, hebben moeders die hun eigen levensverhaal op een vrij coherente manier kunnen beschrijven, die hun veelal zeer moeilijke ervaringen in een bredere context kunnen plaatsen zonder zich er totaal in te verliezen of zich er uitermate voor af te schermen. In gehechtheidstheoretische termen

spreekt men hier van 'verworven veiligheid' ('earned secure'). Deze moeders geven blijk van een groter mentalisatievermogen, en benaderen de ander (en dus ook hun kind) meer als iemand met eigen noden, verlangens en wensen. De interacties die we bij deze veerkrachtige dyades zien, zijn ook meer op elkaar afgestemd, wat ons inziens het gevolg is van het ervaren van het kind als een denkend en voelend wezen. Jammer genoeg vormen deze moeders slechts een minderheid.

Vanuit deze resultaten en onze ervaring op het terrein formuleren we tenslotte enkele aanbevelingen voor interventies. Het feit dat deze kinderen op zo'n jonge leeftijd reeds signalen geven van een moeizame ontwikkeling, vraagt om zo vroeg mogelijke interventie en preventie, bij ouder en kind tegelijk ! Gezien de moeilijke bereikbaarheid van de doelgroep lijkt hulpverlening aan huis - zeker in aanvang - de aangewezen manier om hen te bereiken. Daarbij zal in het begin alle aandacht uitgaan naar het opbouwen van een vertrouwensband. Die band is dé conditio sine qua non voor verandering en kan slechts bereikt worden doorheen frequente contacten met éénzelfde hulpverlener. Zich openstellen voor hun leefwereld en noden is daarbij noodzakelijk, een balans vinden in het bespreekbaar maken van krachten én tekorten evenzeer. Zowel ouder als kind moeten focus zijn

van interventie. Opvoedingsondersteuning in enge zin zal ons inziens weinig verandering brengen op lange termijn. De ouder zal enkel komen tot sensitief gedrag naar het kind toe, naarmate die het eigen verleden, voor zover zich dat herhaalt in het heden, leert kaderen, naarmate die m.a.w. leert mentaliseren i.p.v. het verleden uit te ageren in onbewuste herhaling. Dit kan niet op korte termijn bereikt worden. Terwijl men de ouder in dit proces ondersteunt, moet men erover waken dat het kind zelf ook alle ontplooiingskansen krijgt, en dat het, net zoals de ouder, geleidelijk een 'theory of mind' ontwikkelt waarbij het de ander leert zien als denkend en voelend wezen. Beide sporen, ouder en kind, zijn ons inziens nodig om verandering, hoe moeilijk ook, te bewerkstelligen, en dit kan maar in een interactionele context. Het zeer jonge kind is daarbij een uitgelezen partner. Fraiberg gaf reeds aan dat bij baby's de drang naar een gezonde ontwikkeling zo sterk aanwezig is dat 'it's a little like having God at your side'. Waarom dan deze ouders en kinderen zo lang zonder zorg laten, tot er van die vroege veerkracht nog weinig overblijft ? Als er ergens een aanzet gegeven kan worden om de intergenerationele overdracht van onveilige gehechtheid te doorbreken, is het door het werken met ouder én kind in deze aller-vroegste periode.

Greet Geenen
Onderzoeksgroep Psychotherapie
en Dieptepsychologie K.U.Leuven
Tiensestraat 102
3000 Leuven
016/32 61 24
greet.geenen@psy.kuleuven.ac.be

Noten:

[1] Een *kind* is steeds veilig gehecht aan een bepaalde verzorgingsfiguur. Zo kan een kind bijv. veilig gehechtheidsgedrag vertonen naar de moeder, en onveilig naar de vader. Een volwassene, daarentegen, heeft slechts één bepaalde gehechtheidsrepresentatie : is ofwel veilig, ofwel onveilig gehecht, en deze is niet meer gekoppeld aan een specifieke verzorgingsfiguur.

[2] Ca. 7.7% van de mensen in België t.o.v. 26 % in de V.S. leeft onder de armoedegrens

[3] Dat we generatiearme moeders volgen met hun kinderen, en niet de vaders, betekent allermindst dat de rol van de vader minder belangrijk zou zijn in het opbouwen van gehechtheid. De keuze is echter pragmatisch van aard : moeders zijn in deze groep zijn meer bereikbaar en ook meer aanwezig als primaire verzorgingsfiguur.

[4] Gebruikte instrumenten : interviews (Adult Attachment Interview, Object Relations Interview), observaties in vivo (Attachment Q-sort) en met video (Emotional Availability Scales) en vragenlijsten (Child Behavior Checklist & Caregiver-Teacher Report Form 1½-5), specifieke schalen voor meten mentalisatie en niveau object representaties (Reflective Functioning Scale, Differentiation-Relatedness Scale).

Op maandag 9 mei is Greet Geenen gastspreker op de studienamiddag 'Intergenerationele overdracht van gehechtheid'. Deze namiddag wordt georganiseerd door de Intervisiegroep hulpverlening aan (ex-)druggebruikende ouders met kinderen, Regio Gent, en vindt plaats in het Jan Palfijnziekenhuis te Gent.

Geïnteresseerden kunnen contact opnemen Katrien Demunck. E: katrien.demunck@gent.be of T: 09/2234644

4. IN DE KIJKER: LABYRINTH, CENTRUM VOOR ZWANGERSCHAPSONDERBREKING.

Een viertal jaar geleden werd binnen het St. Erasmusziekenhuis een centrum opgericht voor begeleiding bij ongewenste en/of ongeplande zwangerschappen: Labyrinth. We vroegen Peggy Bontinck om een wat toelichting bij het aanbod. Peggy is zowel sociaal verpleegkundige als vroedvrouw en werkt van bij de opstart van Labyrinth binnen de voorlichtingsdienst.

B&B: Wat is het aanbod van Labyrinth?

Peggy: Vrouwen kunnen naar hier komen als ze twifelen of ze hun zwangerschap willen uitdragen. Ons aanbod bestaat eruit hen zodanig te begeleiden dat ze kunnen komen tot een bewuste keuze. Indien men beslist tot abortus kan deze hier in het centrum worden uitgevoerd. Wanneer de termijn die voor België geldt overschreden is, worden zij begeleid en eventueel doorverwezen naar een centrum in Nederland. Indien men beslist de zwangerschap te behouden, kunnen wij de prenatale begeleiding opnemen en hen hier verder in ondersteunen. Ik wil benadrukken dat er nog geen beslissing moet zijn genomen op het moment dat men naar hier komt. Ik ervaar dat hier nog bij vele verwijzers een misvatting over bestaat. Ik pleit ervoor om bij twijfel zo snel mogelijk door te verwijzen. Hoe sneller mensen doorverwezen worden, hoe efficiënter en adequater wij hen kunnen ondersteunen in hun beslissingsproces.

Concreet werken we via de volgende procedure:

Wanneer een vrouw zich aangemeld heeft, wordt eerst door een arts een echo genomen, indien dit voordien nog niet gebeurd is. Vervolgens heeft men één of meerdere gesprekken binnen de voorlichtingsdienst. Deze volgorde is niet toevallig. Een echo

komt eerst omdat deze zeer belangrijk blijkt naar het beslissingsproces toe als ultieme confrontatie met de zwangerschap en het verdere verloop van de begeleiding en de behandeling.

Vanuit de voorlichtingsdienst wil men de situatie concreet maken. Men heeft hierbij in het bijzonder aandacht voor de beleving en de gevoelens van de vrouw. Men helpt de vrouw zicht te krijgen op haar persoonlijke nood situatie. Er wordt daarnaast stilgestaan bij de relatie met haar omgeving. Men tracht de vrouw sterk te maken; het hoofd vrij om te beslissen. De vrouw krijgt zeer concrete uitleg over de ganse abortusbehandeling. Ook wordt er reeds



het aanbod van nabegeleiding gedaan en uitgebreid stilgestaan bij anticonceptie.

Wanneer men besluit tot abortus, kan deze ten vroegste uitgevoerd worden 6 dagen na de echo indien deze binnen Labyrinth genomen werd, of 6 dagen na het eerste gesprek op de voorlichtingsdienst indien er reeds elders een echo werd genomen. Dit is een wettelijke termijn die Labyrinth verplicht is toe te passen. Indien men gekozen heeft voor abortus gaat de vrouw daarvoor een schriftelijke toestemming moeten ondertekenen.

De behandeling kan bestaan uit het nemen van medicatie (zwangerschap tot 7 weken amenorroe) of een zuigcuretage (zwangerschap tot 14 weken amenorroe).

De medicamenteuze behandeling bestaat uit twee fasen: in de eerste fase neemt men in het ziekenhuis drie pillen Mifégyne (antiprogestageen). Soms treedt er nadien reeds een expulsie van de vruchtzak op. In het overgrote deel van de gevallen moeten nadien, 36 tot 48 uur na de inname van de abortuspil (opnieuw in het ziekenhuis) nog andere tabletten (prostaglandines) worden ingenomen, die ervoor zorgen dat de baarmoeder samentrekt en de uitstoting van het vruchtzakje bespoedigen. Deze medicamenteuze behandeling is een vrij ingrijpende methode. Het gaat immers om een medisch opgewekte miskraam die pas later thuis optreedt.

In het geval van de zuigcuretage wordt de vrouw een halve dag in het ziekenhuis opgenomen. Voor en/of na de ingreep komt de sociaal verpleegkundige langs op de kamer ter ondersteuning.

Eén à twee weken na de ingreep is er een nacontrole bij de arts. Nadien worden vrijblijvend nazorggesprekken aangeboden op de voorlichtingsdienst.

B&B: Zien jullie op Labyrinth regelmatig vrouwen waarbij er sprake is van drugafhankelijkheid?

Peggy: Eigenlijk niet zo regelmatig. Vermoedelijk zien we hier ook een aantal vrouwen waarbij we het gewoon niet weten. Vóór de ingreep wordt er wel steeds nagevraagd of ze medicatie of drugs genomen hebben de laatste tijd, dit in hun eigen belang. Cannabis en cocaïne worden dan regelmatig vermeld. Dit betekent vanzelfsprekend niet dat er daarom sprake is van afhankelijkheid.

(Vervolg op pagina 11)

5. BEGELEIDING VAN ROUW EN ROLDIFFERENTIATIE BIJ OUDERS NA UITHUISPLAATSING - DEEL 2

Het recent verschenen boek "OUDER-begeleiding bij roldifferentiatie" zou verplichte literatuur moeten zijn voor ieder die beroepshalve actief is rond dit thema. In drie delen gaan we dieper in op de inhoud, en koppelen we deze aan de eigen ervaringen.

De meerderheid van de ouders die door Bubbels & Babbels (B&B) begeleid worden, krijgen te maken met een al dan niet gedwongen (tijdelijke) uithuisplaatsing van hun kind(eren). Dit gebeurt meestal naar aanleiding van een crisissituatie bij of tussen de ouders waarbij de betrokken hulpverleners of instanties de inschatting maken dat het voor de kinderen beter is om buiten het gezin opvang en ondersteuning te krijgen. De ouders kunnen daar in het begin, wanneer zij volop in de één of andere crisis zitten, veelal begrip voor opbrengen. Zij willen immers hun kind niet in gevaar brengen en wensen ook het beste voor hun kind. Deze acceptatie verdwijnt echter snel wanneer ze ondervinden dat er geen rekening meer gehouden wordt met hun inschatting en beleving van de gezinssituatie en ze zelf niet meer kunnen beslissen wanneer hun kind terug naar huis kan komen. Op zo'n moment ervaren zij dat ze geen erkenning en rol meer krijgen als ouders en wordt hun grote angst om eerst hun ouderrol en uiteindelijk ook hun kind "te verliezen", werkelijkheid.

In mijn 15-jarige loopbaan in de sociale sector heb ik voortdurend ouders deze (terechte of onterechte?) angst horen uitspreken. Ik heb menig verhaal aanhoord van ouders die, naar eigen zeggen, de relatie met hun kind uiteindelijk opgegeven hebben omdat ze niet konden voldoen aan de verwachtingen van de hulpverleners, ze onvoldoende onder-

steuning kregen om hun thuissituatie te verbeteren en ze na verloop van jaren langzaam vervreemdden van hun kind.

Het is ook deze angst die ouders eerder al weerhoudt om "open" te zijn over hun gezinsproblematiek en vroegtijdiger contact te nemen met hulpverleners. Ondanks hun behoefte aan schone was, houdt men de vuile was angstvallig binnen. En juist door deze afwerende of gesloten houding vergroten zij de kans op een uiteindelijke uithuisplaatsing.

Ik vind bijval bij de auteurs van het methodieboek "Ouderbegeleiding bij roldifferentiatie" die stellen dat het voor een goed verloop van de uithuisplaatsing noodzakelijk is om de ouders een duidelijke rol te geven en hen zodanig te ondersteunen dat zij de uithuisplaatsing kunnen accepteren zonder van het opvoedingstoneel te verdwijnen. Het goede verloop van de uithuisplaatsing voor het kind hangt immers samen met de graad van acceptatie van de plaatsing door de ouders. En ouders kunnen een plaatsing beter accepteren wanneer zij een duidelijke rol in het leven van hun kind kunnen behouden en zij zich gerespecteerd voelen als ouders.

De auteurs bekijken ouderschap als een overkoepelend begrip dat verschillende rollen en verantwoordelijkheden omvat.

Vooreerst is er het feit van de existentiële ouder-kind relatie doordat deze ouders het leven gegeven hebben aan het kind. Het kind is uit zijn ouders geboren en dit brengt een zijnsverantwoordelijkheid voor de ouders met zich mee. Het gezegde "het bloed kruipt waar het niet gaan kan" verwijst naar deze speciale band die enkel tussen ouders en kind kan bestaan en die in het

contextuele denken van Nagy "zijnsloyaliteit" genoemd wordt. Dit is een onvervreemdbare, unieke relatie die echter niet automatisch op de correcte manier wordt ingevuld.

Een tweede onderdeel van het ouderschap is het opvoederschap. Deze functie omvat 2 rollen : de opvoedende rol en de verzorgende rol.

Onder opvoeden bedoelt men : ervoor zorgen dat het kind zich tot een bekwaam en moreel betrouwbaar persoon ontwikkelt die zijn plaats kan innemen in de maatschappij en het vermogen tot zelfvorming verwerft.

Onder verzorgen verstaat men : het verstrekken van de basiselementen die een kind nodig heeft zoals eten, drinken, warmte, kleding, liefde en koestering.

Opvoeden impliceert meer dan verzorgen. Bepalend voor de opvoedende rol is het voorleven van waarden en normen, het geheel van ge- en verboden en bijvoorbeeld het bieden van structuur. Opvoederschap houdt in principe op bij de volwassenheid van het kind, ouderschap daarentegen is tijdloos.

Opvoeden en verzorgen doen een appél op verschillende vaardigheden bij de ouders en kunnen geheel of gedeeltelijk gede-



leerged worden naar bijv. pleegouders, zonder dat dit het verantwoordelijk-zijn van de ouders ten opzichte van het kind hoeft aan te tasten. Dit noemen de auteurs "roldifferentiatie". Bij de uithuisplaatsing kan er bekeken worden welke verzorgingstaken de ouders kunnen blijven opnemen (tijdens de bezoeken) en wat zij bijv. belangrijke waarden vinden om aan het kind door te geven. Hulpverleners kunnen bij de ouders regelmatig navraag doen of advies vragen over wat het kind leuk vindt, waar het bang voor is, wat het wel en niet lust, hoe het getroost kan worden, enz. Daarnaast is het van groot belang dat de pleegouders of de hulpverleners nieuwe inzichten en ervaringen betreffende het kind delen met de ouders zodat ze met het kind kunnen meegroeien en ze niet van elkaar vervreemden.

Dan is er nog het juridische zeggenschap, het gezag en beslissingsrecht over het kind. Dit ligt wettelijk bij de ouders maar kan via de rechtbank gewijzigd worden (cfr. "uit de ouderlijke macht ontzet worden"). Beslissingen betreffende vrijetijdsbesteding, schoolkeuze, medische behandelingen e.d. zouden best eerst met de ouders besproken worden.

Roldifferentiatie kan zeer gevarieerd zijn en moet telkens opnieuw afgestemd worden op de psychische en mentale mogelijkheden van zowel de ouders als het kind en daarnaast met de eigenschappen van het pleeggezin of de instelling. Het kan variëren van co-opvoederschap als meest flexibele vorm tot een begeleide omgangsregeling in een neutrale ruimte (bij mishandeling en misbruik). Tussen die twee uitersten zijn er allerlei tussenvormen mogelijk. Roldifferentiatie kan echter niet voorkomen dat ouders gespaard worden van pijn en rouw. Zij hebben tijd en ondersteuning nodig om hun oude (opvoedende) rol los te laten en

genoegen te nemen met nieuwe, beperkte rolinvullingen.

Het is mijn ervaring dat instellingen en pleeggezinnendiensten in theorie achter deze visie staan maar in de praktijk toch regelmatig de interne regels van de instelling of de moeilijkheden bij het pleeggezin laten primeren boven het belang van de ondersteuning van de loyaliteit tussen ouders en kind. Het vraagt meer inspanningen, dieper inzicht en creativiteit bij de hulpverleners en een bepaalde mate van flexibiliteit bij het pleeggezin of de instelling. De auteurs pleiten ervoor om pleegouders goed voor te bereiden op hun taak. Ze moeten de basishouding aanleren om zonder (ver)oordelen met de ouders om te gaan en hun pleegkind de omgang met zijn ouders te vergemakkelijken. Een geslaagd roldifferentiatieproces mondt uit in een gezamenlijk besef van verantwoordelijk-zijn van ouders en pleegouders voor het kind. Het is mijn overtuiging dat alle hulpverleners binnen de bijzondere jeugdbijstand een onderbouwde visie moeten ontwikkelen en kunnen hanteren waarin er geen plaats meer mag zijn voor polariserend denken. Veel beslissingen binnen dit kader zijn immers een afweging van de belangen van het kind tegenover de belangen van de ouders. De tekorten van de ouders zijn daarbij het vertrekpunt om de belangen van het kind te beargumenteren.

Door het belang van de ouders niet langer tegengesteld te maken aan die van het kind, maar te beschouwen in elkanders verlengde, komt ook de noodzaak bovendien om de ouders een duidelijke rol te laten behouden in het leven van het kind. Voor het kind betekent dit behoud van identiteit en de ruimte om loyaal te blijven naar de ouders. Voor de ouders geeft het ruimte om het verlies van (een deel van) het opvoederschap te accepteren en te

werken aan de invulling van een andere ouderrol. Uiteindelijk werkt deze positionering van ouder- en kindbelangen verbindend en depolariserend. Het is een zeer belangrijke factor voor een succesvol verloop van de plaatsing voor het kind en het bevordert de acceptatie van de plaatsing door de ouders.

In het boek gaat men dieper in op andere factoren die het acceptatieproces bij de ouders kan vergemakkelijken:

- **Helderheid van het plaatsingsperspectief.** Alle mogelijkheden tot ambulante (opvoedings)hulp moet onderzocht of overwogen worden. Daarnaast hebben de ouders nood aan duidelijke opvoedingsbesluiten en concrete termijnen
- **De samenwerking met de pleegouders.** Ook de pleegouders moeten leren omgaan met roldifferentiatie daar zij moeten leren om hun opvoedersrol af te stemmen op de rollen die de ouders wel nog kunnen en willen opnemen.
- **Het vermogen van de ouders om de eigen behoeften ondergeschikt te maken aan die van het kind.** Ouders kunnen dit meestal niet vanzelf. Zij moeten geholpen worden om de opvoedingssituatie te bekijken vanuit het perspectief van het kind en tegelijkertijd hebben ze nood aan *ontschuldiging* en begrip voor de tekorten die zij ondervonden in hun eigen gezin van herkomst.

In de volgende nieuwsbrief gaan we dieper in op het feit dat een uithuisplaatsing voor de ouders een verlieservaring is die te vergelijken is met een rouwproces en worden de factoren besproken die van invloed zijn op het verwerkingsproces. (mj)

Ouderbegeleiding bij roldifferentiatie
- Ouders helpen bij het invullen van de ouderrol na plaatsing van hun kind in een pleeggezin

Haans, Robbroeckx, Hoogeduin en van Beem-Kloppers - SWP - Amsterdam 2004

6. FACTSHEET: TRIPMIDDELEN

In deze rubriek geven we antwoord op vragen over de werking, effecten en risico's van verschillende middelen.

WAT ZIJN HET?

Tripmiddelen zijn drugs. Ze veroorzaken onder andere hallucinaties. Dat betekent dat ze de waarneming van de zintuigen veranderen. Officieel worden ze dan ook 'hallucinogenen' genoemd.

De natuur maakt tripmiddelen: ze zitten in de huid en urine van bepaalde padden, in sommige soorten paddestoelen en in sommige cactussoorten, zoals de peyote.

Ook in veelgebruikte kruiden als foelie en nootmuskaat zitten hallucinogenen, maar de hoeveelheid is zo klein dat hun effect niet te merken is. Daarnaast worden tripmiddelen in laboratoria gemaakt. Het bekendste voorbeeld daarvan is **LSD**.

OM WELKE STOFFEN GAAT HET?

Bij LSD gaat het om d-lysergzuurdiethyl-amide. Dat is een chemische stof, die wordt gemaakt door een bepaalde schimmel in een laboratorium chemisch te bewerken. LSD is kleurloos en het ruikt en smaakt nergens naar. Bij paddestoelen, het meest gebruikte natuurlijke tripmiddel, is de werkzame stof psilocybine. Die zit in meer dan 20 verschillende soorten paddestoelen. Bij de peyote-cactus gaat het om mescaline.

WAT DOEN ZE?

Een tripmiddel versterkt bestaande emoties en verandert de beleving van tijd en ruimte. De gebruiker krijgt hallucinaties: hij ziet en ervaart dingen die er niet zijn (maar voor de gebruiker zijn ze echt). De versterking van emoties kan heel hevig zijn. Een prettig gevoel kan zich ontwikkelen tot een extase. Angst kan ontanderen in paniek. Maar het is van tevoren niet te voorspellen, hoe

de gebruiker die emoties zal ondergaan.

De effecten van een tripmiddel kunnen terugkomen, zonder dat er direct daarvoor gebruikt is. Zo'n 'flashback' kan zich maanden en zelfs jaren later nog voordoen.

De lichamelijke effecten van tripmiddelen zijn niet zo groot. In paddestoelen en de peyote-cactus zitten echter ook nog andere stoffen. Deze kunnen misselijkheid en braken veroorzaken.

WAT IS EEN 'TRIP'?

Effect en aard van de trip worden bepaald door het soort middel, de dosis en de stemming en omgeving van de gebruiker. Ook het gewicht, de maaginhoud en de lichamelijke conditie van de gebruiker spelen een rol. Gewoonlijk begint de trip een half uur tot een uur nadat het middel ingenomen is. Bij LSD is daarvoor maar heel weinig nodig, 100 á 150 miljoenste gram is een gebruikelijke dosis. De piek van de trip komt 2 tot 3 uur later. Na 8 tot 10 uur is hij voorbij. Er zijn ook varianten waarbij een trip wel 24 uur kan duren. Bij paddestoelen is de trip meestal minder hevig en varieert het effect met de ingenomen hoeveelheid.

WIE GEBRUIKEN ZE?

Het lijkt of LSD samen met de hippie-cultuur van de aardbodem verdwenen is, maar dat is schijn. Het 'wereldje' rond LSD en andere tripmiddelen is vrij onopvallend. Gebruikers trippen meestal in een vertrouwde omgeving, samen met anderen die er ervaring mee hebben.

Met de 'revival' van de 60'er jaren staan ook de tripmiddelen de laatste tijd weer meer in de

belangstelling. De belangstelling gaat met name uit naar de paddestoelen: de zogenaamde 'magic mushrooms'. Vooral bij jongeren die willen experimenteren. In het algemeen gebruikt iemand een paar keer en houdt het dan voor gezien.

HOE WORDEN ZE GEBRUIKT?

LSD is te krijgen als 'papertrips' en in de vorm van kleine tabletjes. Het meest gangbaar is de papertrip: een stukje papier waarop wat vloeibare LSD is gedruppeld. Het papier is vaak van een afbeelding voorzien. Ze lijken daardoor op hele kleine postzegels. De papertrip wordt op de tong gelegd, opgelost in een glas water of doorgeslikt.

Paddestoelen worden gegeten. Er wordt ook wel thee van getrokken. De hoeveelheid werkzame stof varieert met het seizoen, het klimaat, de grootte en de leeftijd van de paddestoel. Bij paddestoelen is moeilijk te bepalen hoe sterk ze zijn en om welke soort het gaat. Zelf plukken heeft hetzelfde bezwaar als eekhoortjesbrood zoeken: giftige paddestoelen lijken vaak bedrieglijk veel op onschuldige. Sommige kunnen dodelijk zijn.

De peyote-cactus wordt in schijven gesneden en daarna vaak gedroogd. Die schijven kunnen worden gekauwd. Dat veroor-





zaakt eerst misselijkheid en braakneigingen. De trip begint na ongeveer 1 uur en houdt 10 tot 12 uur aan. Hij lijkt op die van LSD. Gebruik van de peyote-cactus komt minder voor.

KUN JE ER VERSLAAFD AAN RAKEN?

Je kunt onderscheid maken tussen geestelijke en lichamelijke afhankelijkheid. We spreken van lichamelijke afhankelijkheid, als het lichaam protesteert wanneer met gebruik van een middel wordt gestopt (ontwenningssverschijnselen). Wanneer iemand stopt met het gebruik van tripmiddelen zoals LSD doen zich geen ontwenningssverschijnselen voor. Een lichamenlijk verschijnsel dat wel optreedt is dat het nemen van een dosis vlak na de vorige geen enkel effect heeft. Het lichaam wordt er als het ware voor een tijd ongevoelig voor. Pas na 3 of 4 dagen zonder,

doen zich bij gebruik weer tripeffecten voor. Praktisch gesproken is het dus bijna onmogelijk om vaker dan tweemaal per week te trippen.

Geestelijke afhankelijkheid houdt in dat de gebruiker steeds sterker naar het middel verlangt en zich eigenlijk niet meer prettig kan voelen zonder. Dit komt bij tripmiddelen eigenlijk niet voor. Wanneer iemand moeilijk zonder kan is dat eerder het gevolg van de eigenschappen van die persoon: grote hang naar - spannende- ervaringen die de trip met zich meebrengt. Alles met elkaar is de kans op lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid vrijwel te verwaarlozen.

WAT ZIJN DE RISICO'S?

Tripmiddelen zijn niet ongevaarlijk.

- Ze brengen risico's met zich mee voor mensen die instabiel, depressief of angstig zijn of die een psychotische aanleg hebben. Ook jonge mensen die de wereld aan het ontdekken zijn maar zichzelf nog niet zo goed kennen, kunnen nare ervaringen opdoen.
- Tripmiddelen kunnen een psychose oproepen en panieksituaties veroorzaken. En een angstige ervaring kan lang na-

ijlen. Het optreden van genoemde flashbacks, waar sommige gebruikers last van hebben, kan dit nog eens versterken.

- Een flashback komt onverwacht en bijna altijd ongelegen. Hij kan van een paar minuten tot een paar uren duren.
- Tripmiddelen veranderen het beoordelingsvermogen, wat gevaarlijke situaties kan veroorzaken. Zo kunnen auto's worden gezien als speelgoedautootjes.
- De onbekende sterkte (met name van natuurlijke middelen) kan een onaangename verrassing inhouden.
- Gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding is, net als bij andere drugs, af te raden.

Bovenstaande informatie is afkomstig van de folder 'Tripmiddelen: de antwoorden'.

Een uitgave van :
Trimbos-instituut
Postbus 725 - 3500 AS Utrecht
www.trimbos.nl

Nog vragen?

DE DRUGLIJN
078-15-10-20

IN DE KIJKER: LABYRINTH

(Vervolg van pagina 7)

Er komen wel geregeld aanmeldingen vanuit de drughulpverlening, maar vaak komen deze vrouwen niet opdagen. Ik weet niet wat hiervan de oorzaak is. In het algemeen is het natuurlijk wel zo dat het voor vele van deze mensen moeilijk blijkt ergens op afspraak te komen.

Ik ervaar ook dat vrouwen met drugafhankelijkheid door familie en kennissen erg gestuurd worden in de richting van een abortus.

Het is voor hen vaak een hele opluchting wanneer er ruimte gemaakt wordt om te spreken over hun gevoelens en beleving van de zwangerschap en van een eventuele abortus. Zij hebben evenzeer als anderen recht om stil te staan bij hun zwangerschap. Een verslavingsproblematiek speelt dan ook geen rol in de begeleiding die van hieruit geboden wordt.

B&B: met welk beeld zou je Labyrinth kunnen vergelijken?

Peggy: Ik moet het hiervoor niet

te ver gaan zoeken: een **labyrinth!** Wie naar hier komt is zoekende en kan nog alle richtingen uit.

(gv)

Voor meer informatie kan u terecht bij:

Labyrinth
Luitenant Lippenslaan 55
2140 Borgerhout
T 03/270.83.02
E: Peggy.Bontinck@zna.be

7. UIT DE PERS: Ervaren cocaïnegebruikers stoppen zelf met gebruiken

Veel cocaïnegebruikers verminderen hun gebruik of stoppen er zelfs mee omdat het niet meer te rijmen valt met hun verantwoordelijkheid als vader, echtgenoot of werknemer. Dat blijkt uit het langetermijnonderzoek naar cocaïnegebruikers in Antwerpen van professor Tom Decorte van de Universiteit van Gent.

Hoe komt het dat sommige druggebruikers de controle over hun roesmiddelen verliezen en anderen niet? Om op deze vraag te antwoorden ondervroeg Decorte in 1997 111 Antwerpse ervaren cocaïnegebruikers. Hij leerde de gebruikers kennen in het nachtleven en stelde toen al vast dat ze niet beantwoordden aan het doemscenario van de junk die steeds meer en frequenter gaat gebruiken en uiteindelijk in de goot belandt. Ze schenen hun gebruik onder controle te houden, ze stopten of minderden spontaan hun gebruik bij eventuele negatieve gevolgen. Zes jaar later zocht Decorte die gebruikers terug op. 77 waren bereid opnieuw mee te werken,

ze waren gemiddeld 35 jaar en hadden er een cocaïne carrière van 12 jaar opzitten. De anderen vond hij niet meer of ze weigerden omdat ze gestopt waren. „Uit onze analyse blijkt dat diegenen die niet meer wilden meewerken zeker niet de meest problematische gebruikers waren”, zegt Decorte.

De helft van de gebruikers was gestopt (zie grafiek), een derde gebruikte matig (minder dan een halve gram per week) en één op de tien gebruikte middelmatig tot veel (meer dan 0,5 gram per week). Decorte: „De gebruikers zeiden dat ze sinds 1997 meer nadelen van hun gebruik ondervonden en daarom hun gebruik hadden geminderd of gestopt waren. Voor velen viel drugs niet meer te rijmen met hun verantwoordelijkheden en nieuwe rollen in het leven: huwelijk, kinderen, een job.” Toch waren er nog heel wat die cocaïne bleven gebruiken. „Maar ze hebben hun eigen normen en gedragsregels, meer nog dan in 1997.”

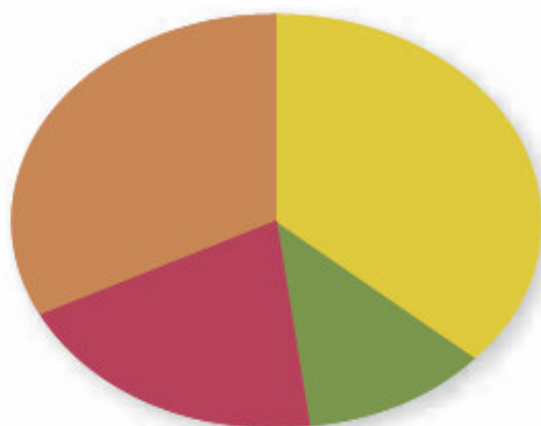
Decorte stelt wel vast dat ze zes jaar later nog steeds regelmatige gebruikers van alcohol, tabak en cannabis zijn. Maar dat ze niet meer echt experimenteren met nieuwe middelen. Ze hebben ook veel ervaring met diverse methoden van gebruik. Vooral de

grote ervaring met freebasen (het roken van cocaïne) valt op. 72,4 procent van zij die na 1997 zijn blijven gebruiken, hebben ook gefreebased. Freebase cocaïne wordt nog steeds door de gebruikers zelf gemaakt, door gewone cocaïne te koken met ammoniak of maagzout. Het geeft een grotere, maar kortere kick en is daardoor meer verslavend. Maar voor de meeste gebruikers is het bij een experiment gebleven.

Volgens Decorte wordt het effect van drugs en de rol die dat speelt bij verslaving te veel overschat en speelt de persoonlijkheid van de gebruiker en de context een veel belangrijkere rol. „Drugscarrières verlopen erg onregelmatig. Wie veel gebruikt van in het begin blijft niet per definitie veel gebruiken. Men begint ook niet als kleine gebruiker om als grote te eindigen. Ik heb in 1997 iemand geïnterviewd van wie ik dacht dat hij zijn gebruik heel goed onder controle had. In 2003 ontmoette ik hem in veel minder positieve omstandigheden. Uit de interviews bleek dat gebeurtenissen in het leven een belangrijke rol spelen voor de evolutie van het gebruik” De meerderheid gebruikt cocaïne om plezier te maken of om zich te ontspannen, als ze uitgaan, vrienden bezoeken of een erotische avond met hun vriendin hebben gepland. Maar er zijn er ook die gebruiken als vlucht voor hun problemen, omdat ze een slecht leven hebben. Roesmiddelen dienen dan om met de hardheid van het menselijk bestaan om te gaan.

Bron:
De Standaard - Inge Ghijs
22/02/2005

■ Cocaïnegebruik van 77 gebruikers die in 1996 en 2003 werden ondervraagd.



Sinds 1997 gestopt	19,5%
Heeft laatste jaar niet meer gebruikt	32,5%
Gebruikt weinig (< 0,5 gram per week)	36,5%
Gebruikt veel (> 0,5 gram per week)	11,5%

8. EPILOOG

Deskundigheidsbevordering is één van de peilers van Bubbels & Babbels. We trachten dit in de praktijk te brengen door een vormingsaanbod op maat aan te bieden aan hulpverleners uit allerlei diensten en met verscheidene disciplines.

Ik gaf de laatste maanden verschillende vormingen rond het thema: “mogelijkheden en moeilijkheden bij het werken met drugafhankelijke ouders”. Hierbij stond het belang van netwerken en samenwerking in de hulpverlening steeds centraal. Wat mij hierbij opviel is dat in alle sectoren van de hulpverlening, hulpverleners-in-spe meegerekend, de wens aanwezig is om over dit thema meer kennis te verwerven en nieuwe ideeën op te doen om ermee om te gaan. Het is onze intentie om verworven kennis en praktische ervaringen met anderen delen en hen hierbij hopelijk te inspireren, want een eenvoudige oplossing of vastomlijnde methodiek bestaat er gewoonweg niet.

Bij elke vorming moedig ik de toehoorders aan om alles wat zij

geleerd en opgestoken hebben uit opleiding en werkervaring maximaal toe te passen. Er moet “full house” gespeeld worden in deze situaties. Je moet over veel empathie beschikken zonder te eindigen in medelijden (letterlijk en figuurlijk); een brede, integrale kijk hebben op de problematiek en niet-oordelend met deze mensen omgaan zonder de zin voor realiteit te verliezen. Je moet voorbij het gedrag en voorbij maatschappelijke normen, de mens in de druggebruiker zien en dat meenemen in je overwegingen en je hulpaanbod. En tegelijkertijd is het nodig dat je steeds opnieuw je eigen grenzen en die van je dienst bewaakt.

“Ik bekijk het als een uitdaging” zei een collega laatst nog tegen mij en die ingesteldheid herken ik bij mezelf.

Het is nooit makkelijk om als hulpverlener, vanuit welke sector dan ook, met drugafhankelijke ouders te werken. Daarom benadruk ik het nut van samenwerking tussen hulpverleners van alle sectoren. Als je ervaart dat je als hulpverlener veel te winnen hebt

bij een constructieve samenwerking en dat het je werk een beetje kan vergemakkelijken, dan heb je de extra tijd om naar een overleg te gaan of een telefoontje te plegen er wel voor over. Als je de ongerustheid over en/of de onbekendheid met deze gezinssituaties met iemand kunt delen, vind je soms nieuwe kracht en een nieuwe kijk om met die welbepaalde cliënt- of patiëntsituaties om te gaan. En je krijgt meer informatie over de gedeelde cliënt en zijn context, dat vergemakkelijkt de inschattingen waarop je je beslissingen en je aanbod baseert.

Als jullie nieuwsgierig worden naar de manier waarop je constructief kunt samenwerken, dan verwijs ik graag naar het boekje “Je moet wel durven” (zie p. 3), of naar ons vormingsaanbod.

(mj)

COLOFON

Redactie:

Marleen Janssen
Griet Vandersyphen
Dirk Rombouts

‘De Babbelbox’ verschijnt viermaandelijks en wordt momenteel verzonden naar een 500-tal abonnees. Wens je deze nieuwsbrief niet langer te ontvangen, of ken je diensten of personen die deze uitgave ook in hun mailbox willen, laat het ons dan weten. Alle reeds verschenen edities kan u terugvinden op onze website.

Info & abonnementen:

Bubbels & Babbels
Zeilstraat 16
2060 Antwerpen
T: 03 236 85 66 - F: 03 669 60 76
E: bubbels.babbels@antwerpen.be
www.bubbelsbabbels.be
Rek. nr. 001-0591383-50