



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Academiejaar 2015-2016

Eerstesemesterexamenperiode

Beleving van ouderschap, opvoedingsondersteuning en vooroordelen door ouders met een drugsverslaving

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad

Master of Science in het Sociaal werk

Promotor: Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen

01309405

Tsane De Kesel

Woord vooraf

Voor u ligt mijn masterproef “Beleving van ouderschap, opvoedingsondersteuning en vooroordelen door ouders met een drugsverslaving”. Hiermee hoop ik de graad tot master in sociaal werk te behalen. Mijn promotor is echter werkzaam binnen de vakgroep orthopedagogiek. Dit omdat mijn onderwerp beter aansloot bij zijn vakgebied en expertise.

Het schrijven van dit werk was een leerrijke periode, zowel op persoonlijk als wetenschappelijk vlak. Deze masterproef had echter niet tot stand gekomen zonder de hulp van anderen. Ik wil hierbij graag even stil staan bij diegene die mij de voorbije maanden gesteund en geholpen hebben.

Allereerst een bijzonder woord van dank aan alle ouders die hun medewerking hebben verleend. Zonder hen had ik dit onderzoek nooit kunnen uitvoeren. Dit geldt ook voor de hulpverleningsdiensten die mij in contact brachten met de participanten. Bij deze een woord van dank aan alle medewerkers van De Kiem, MSOC Vlaams-Brabant en MSOC Oostende voor hun medewerking en inzet in de zoektocht naar participanten.

Ik wil ook mijn promotor Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen bedanken voor het aanvaarden van dit promotorschap en de begeleiding die hij mij gaf.

Tenslotte wil ik mijn familie, vriendinnen en vriend bedanken voor alle steun en hulp die zij mij hebben gegeven.

ABSTRACT

Beleving van ouderschap, opvoedingsondersteuning en vooroordelen
door ouders met een drugsverslaving

Tsane De Kesel

Academiejaar 2015-2016

Promotor: Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen

Afstudeerrichting: Master of Science in het Sociaal werk

Inleiding: Binnen wetenschappelijk onderzoek is de beleving van ouders met een drugsverslaving beperkt aanwezig (Soyez, 2015). Veelal wordt de focus gelegd op de opvoedingssituatie en de gevolgen voor het kind. Daarbij ligt de aandacht voornamelijk op moeders (McMahon, 2013). **Doel:** Deze masterproef tracht de beleving van ouders, zowel moeders als vaders, te belichten op het vlak van de invulling van ouderschap en opvoeding, opvoedingsondersteuning en ervaringen met vooroordelen/stigmatisering. **Methode:** Voor de werving van participanten werd beroep gedaan op het MSOC Vlaams Brabant en De Kiem te Gent. De onderzoeksgroep bestaat uit ouders, met een relatief stabiel of ex-druggebruik, die hun kinderen op regelmatige basis zien. In totaal zijn zestien interviews afgenomen, waarvan zes mannen en tien vrouwen. De interviews zijn verwerkt volgens de principes van interpretatieve fenomenologische analyse en met behulp van Nvivo. **Resultaten:** Ouderschap is door de respondenten voornamelijk gelijk gesteld aan hun intenties. Wanneer door de verslavingsproblematiek de band met het kind verstoord is, ervaren de ouders hindernissen om die weer op te bouwen. De respondenten geven aan dat er dan zeker nood is aan opvoedingsondersteuning. De steun van het eigen netwerk bleek echter belangrijker voor hen, voornamelijk in het behouden van een zekere ouderrol. Hoewel de ervaringen met vooroordelen en stigmatisering minder zijn dan verwacht, kan de emotionele impact ervan niet miskend worden. Ouders ervaren drempels naar de hulpverlening toe, maar de rol van stigmatisering en vooroordelen is daarin relatief. In dit onderzoek worden zowel moeders als vaders bevestigd. Daaruit blijkt dat de vaders betrokken willen zijn maar daarbij het moeilijker hadden met ouder worden in vergelijking met de moeders. **Conclusie:** Uit deze studie en voor de betrokken respondenten valt te concluderen dat de beleving van ouderschap inhoudt dat men als ouder steeds betrokken is en de juiste intenties heeft.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. Literatuurstudie	3
2.1 Ouderschap en opvoeden	3
2.2 Ouderschap en verslaving	4
2.2.1 Impact op de ouder en gezinssituatie	4
2.2.1.1 Verstoorde functies in het gezin	4
2.2.1.2 Ouders met een drugsverslaving.....	6
2.2.1.3 Focus op vaders	7
2.2.1.4 Gehanteerde strategieën en narratieven	8
2.2.2 Impact op het kind	9
2.2.3 Beschermende en bedreigende factoren	10
2.3 Hulpverlening	11
2.3.1 Het hulpverleningsaanbod	11
2.3.2 Positie van de sociaal werker.....	12
2.4 Stigmatisering	13
2.5 Probleemstelling en onderzoeksvragen	15
3. Methodologie	17
3.1 Setting en onderzoeksgroep	17
3.2 Onderzoeksprocedure.....	18
3.3 Meetinstrument	19
3.4 Data-analyse.....	20
4. Onderzoeksresultaten	22
4.1 Ouderschap en opvoeden.....	22
4.1.1 Co-ouderschap.....	22
4.1.2 Gezinsplanning.....	23
4.1.3 Gezinscontext.....	24
4.1.3.1 Plaatsing kind.....	24
4.1.3.2 Heropbouwen relatie	24

4.1.4 Invulling opvoeding en ouderschap	25
4.1.5 Kijk op ouderschap en gebruik.....	26
4.1.6 Opvoedingssituatie	27
4.1.7 Kind als belangrijke motivatiebron	29
4.1.8 Praten over gebruik	30
4.2 Ondersteuning en hulpverlening	31
4.2.1 Ondersteuning eigen netwerk.....	31
4.2.2 Ondersteuning hulpverlening.....	32
4.2.2.1 Betrokken hulpverlening.....	32
4.2.2.2 Ervaringen met hulpverleners	32
4.2.2.3 Drempels in de hulpverlening.....	33
4.3 Stigmatisering en vooroordelen.....	34
4.3.1 Kijk op vooroordelen en stigmatisering	34
4.3.2 Ervaring met vooroordelen en stigmatisering.....	35
5. Discussie	37
5.1 'Construct' ouderschap	37
5.2 Opvoedingsondersteuning	38
5.3 Stigmatisering en vooroordelen.....	38
5.4 Beleving ouderschap.....	39
5.5 Beperkingen en aanbevelingen.....	39
6. Besluit	40
7. Bibliografie.....	41
Bijlagen	49
Bijlage 1: Vragenlijst	49
Bijlage 2: Informed consent.....	53
Bijlage 3: Boomstructuur	54

1. Inleiding

Wanneer moeders met een drugsverslaving bevallen in een ziekenhuis wordt de sociale dienst vaak betrokken. De sociaal werker bezoekt de kersverse ouders om te achterhalen of ze, vanwege de verslavingsproblematiek, kunnen instaan voor de opvoeding van het kind. De sociaal werker neemt veelal contact op met andere, al dan niet reeds betrokken, hulpverleningsorganisaties zoals de verslavings- en jeugdzorg. Soms wordt het kind rechtevree vanuit het ziekenhuis geplaatst. De voornaamste prioriteit is steeds het welzijn van het kind, in het bijzonder wanneer het ontwenningverschijnselen vertoont en voor een langere periode wordt opgenomen. Hoe de ouders dit beleven en de moeilijkheden die zij ondervinden, komen dikwijls niet aan bod. De vraag hoe dit door de ouders zelf ervaren wordt, vormde de aanleiding tot deze masterproef. Want hoe is het voor hen om ouder én verslaafd te zijn?

Binnen het wetenschappelijk onderzoek, is de beleving van ouders met een drugsverslaving beperkt aanwezig (Soyez, 2015). Daarbij richt men zich hoofdzakelijk tot moeders. Dit terwijl algemeen gezien de aandacht voor opvoeding en ouderschap, zowel door vaders als moeders, is toegenomen (Geigner, Roets & Vandenbroeck, 2014; McMahon, 2013). Veelal wordt de focus van wetenschappelijk onderzoek gelegd op de opvoedingssituatie en de gevolgen voor het kind. Die gevolgen zijn dan ook niet te miskennen, door de verslavingsproblematiek zijn er veelal meer risicofactoren in de opvoedingssituatie (National Treatment Agency for Substance Abuse [NTA], 2012; Vanderplasschen, Autrique & De Wilde, 2010; Velleman & Tempelton, 2007). De ouders voelen zich doorgaans wel verantwoordelijk voor hun kinderen en willen de ouderrol ook goed uitvoeren (Barnard & McKeganey, 2004). Omdat het ouder-zijn zo belangrijk voor hen is, lijkt kennis over de beleving van ouders ook relevant voor de hulpverleners die met hen werken (Stone, 2015). Dit ook naar de toegankelijkheid van de hulpverlening toe, omdat de ouders veelal hulpverlening gaan mijden uit angst voor stigmatisering en uithuisplaatsing van het kind (Doab, Fowler & Dawson, 2015; Morris, Seibold & Webber, 2012; Neger & Prinz, 2015; Olsen, 2015; Vanderplasschen et al., 2010). Deze masterproef tracht de beleving van ouders, zowel moeders als vaders, te belichten op het vlak van de invulling van ouderschap en opvoeding, opvoedingsondersteuning en ervaringen met vooroordelen/stigmatisering.

Zoals in de titel werd aangegeven, focust deze masterproef enkel op ouders met een drugsverslaving. Andere vormen van middelafhankelijkheid worden niet besproken. Deze keuze werd gemaakt omdat alle participanten illegale drugs gebruikten. De onderzoeksgroep bestaat uit ouders, met een relatief stabiel of ex-druggebruik, die hun kinderen op regelmatige basis zien. Voor de werving van participanten werd beroep gedaan op twee

hulpverleningsdiensten: het MSOC [Medisch Sociaal Opvang Centrum] Vlaams Brabant en De Kiem te Gent. Door beroep te doen op verschillende organisaties, werd een bredere groep ouders bereikt. In totaal werden zestien interviews afgenomen, waarvan zes mannen en tien vrouwen. Omdat dit onderzoek de beleving van ouders wil achterhalen, werd voor een kwalitatieve methode geopteerd. De interviews werden daarom verwerkt volgens de principes van interpretatieve fenomenologische analyse en met behulp van Nvivo.

Deze masterproef is opgebouwd uit vier delen: de literatuurstudie, de methodologie, de onderzoeksresultaten en het besluit. In de literatuurstudie wordt de impact van de verslavingsproblematiek op ouderschap, het huidige hulpverleningslandschap en de rol van vooroordelen/stigmatisering besproken. Hierna volgt een beschrijving van de probleemstelling en onderzoeksvragen. Vervolgens worden de methodologie en de resultaten behandeld. De resultaten worden afgerond met een discussie. Ten slotte volgt een algemeen besluit.

2. Literatuurstudie

2.1 Ouderschap en opvoeden

De '*parenting turn*' staat voor de toegenomen aandacht op ouderschap en opvoeding binnen de samenleving (Geigner et al., 2014). Daarbij wordt de oorzaak en oplossing van sociale problemen binnen de opvoeding gelegd. Binnen de maatschappij wordt een sociaal 'construct' gecreëerd rond wat ouderschap en opvoeding inhoudt. Dit is veranderlijk doorheen de tijd en bepaalt voor een bepaalde cultuur welke rollen men moet innemen en hoe deze zijn ingevuld (Fonda, Guimond & Eni, 2013; Francis-Connoly, 2003). Binnen het sociaal 'construct' rond ouderschap en opvoeding is het de taak van ouders om hun kinderen op te voeden naar dit ideaal (Geigner et al., 2014; Gillies, 2005). Het is echter moeilijk om grip te krijgen op het concept ouderschap. Je bent namelijk geen ouder, maar je wordt ouder vanaf het eerste kind. Het is geen vaststaand iets, maar een groeiproces (De Belie & Van Hove, 2005). Toch bestaan er tal van theorieën over wat ouderschap inhoudt en dan vooral over wat goed opvoeden moet zijn. Door de '*parenting turn*' is opvoeding en ouderschap onder de publieke aandacht gekomen. Het gevolg hiervan is dat jonge ouders en ouders in wording als eerder onvoorbereid worden gezien (Geigner et al., 2014). Op deze wijze ontstaat er volgens Nichols, Nixon & Rowsell (2009) een symbolische wereld van ouderschap.

Wat is nu goed opvoeden? Hoe vullen we dit 'construct' in? Binnen een opvoeding lijken twee elementen erg belangrijk: warmte en structuur (Kind en Gezin, 2013; National Advisory Committee on Drugs [NACD], 2011; Suchman et al., 2007). Over de wijze waarop men deze elementen kan verwezenlijken zijn de meningen verdeeld. Geigner et al. (2014) stellen dat de meeste experts van de veronderstelling uitgaan dat er geen eenduidige handleiding is over opvoeden. Toch wordt voor velen de methodiek van positief opvoeden als de aangewezen methode gezien. Kind en Gezin (2013) omschrijft deze methodiek als het creëren van een liefdevolle en veilige omgeving waarin het kind gestimuleerd wordt. Ze stellen dat dit er voor zorgt dat er een veilige hechting tussen kind en ouder ontstaat, het kind zich zo beter ontwikkelt, het kind een positief zelfbeeld heeft, gewapend is tegen ingrijpende gebeurtenissen, minder gedragsproblemen vertoont en vooral dat ouders op deze manier plezier ervaren in de opvoeding. Ze benadrukken dat elke ouder deze methodiek kan toepassen. Kind en Gezin (2013) geeft ook aan dat opvoeden wordt beïnvloed door tal van factoren, zoals de kenmerken van het kind, de kenmerken van de ouder en de specifieke context. Hoewel men op de meeste factoren geen vat heeft, kan men als ouder de manier waarop men met hun kind omgaat wel zelf bepalen.

Voor een ouder, zonder daar een problematiek bij te betrekken, is opvoeden een hele uitdaging. Maar wat als die ouder verslaafd is, er een onstabiele partnerrelatie is en men in de eigen opvoeding geen sterke ouderfiguur heeft gekend? In wat volgt wordt dieper ingegaan op deze groep van ouders. Is het voor hen wel vanzelfsprekend dat elke ouder positief kan opvoeden, dat je de manier waarmee je met je kind omgaat steeds in de hand hebt? Hoe voeden deze ouders op en welke positie nemen zij in binnen het 'construct'?

2.2 Ouderschap en verslaving

2.2.1 Impact op de ouder en gezinssituatie

In België is er geen concreet beleid dat betrekking heeft op ouders met een verslavingsproblematiek (Asueta-Lorente, 2011). Naar schatting heeft elf procent van de kinderen een ouder die verslaafd is aan drugs of alcohol. Er zijn echter geen concrete cijfers over het aantal drugsverslaafde ouders en hun kinderen (Soyez, 2015; Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs, 2009). De visies op deze ouders zijn dan ook zeer verschillend. Zo is er binnen wetenschappelijk onderzoek een sterke verdeeldheid tussen diegenen die de ouders als bekwaam en diegenen die ze als onbekwaam achten. Street et al. (2008) stellen dat er één centraal kernpunt is dat goed ouderschap definieert, namelijk het in staat kunnen zijn om de noden van het kind boven de eigen noden te plaatsen. Ouders met een verslavingsproblematiek worden verondersteld dit niet te kunnen en zijn daarom niet in staat hun kinderen op te voeden. Dit staat tegenover de visie van Marcenko (in Vanderplasschen, Derluyn & Broekaert, 2002, p.5) die stelt dat een middelenafhankelijkheid veeleer moet "gezien worden als een factor die ouderschap kan bemoeilijken, eerder dan een factor die goed ouderschap in de weg staat." Omdat er steeds kinderen betrokken zijn, heeft men de reflex om de bekwaamheid van deze ouders in vraag te stellen. Maar wat zorgt er voor dat de opvoeding vaak problematisch verloopt en hoe is het voor hen om ouder én verslaafd te zijn?

2.2.1.1 Verstoorde functies in het gezin

Doordat ze de nood aan het middel vaak boven de noden van het kind plaatsen, kan dit in tijden van intensief gebruik het welzijn van het kind in gevaar brengen, zowel op korte als op lange termijn (Jolin, 2012; Marusiewicz et al., 2013; NACD, 2011; Street et al., 2008). Aangezien de ouders onder invloed zijn, zijn ze veelal niet beschikbaar of betrokken naar de kinderen toe. Het gebruik zorgt voor een wisselende, onvoorspelbare gemoedstoestand en chaotische levensstijl (Barnard & McKeganey, 2004; Jolin, 2012). Dit zorgt voor problemen in het behouden van routines, maar heeft ook een impact op de communicatie tussen familieleden. De communicatie is vaak beperkt en tegenstrijdig met meer negatieve respons. Het risico op huiselijk geweld is ook groter (Kelley et al., 2010; NACD, 2011; Orford et al.,

2010; Skinner et al., 2009; Vanderplasschen et al., 2010; Velleman & Templeton, 2007). Ze zijn meer rigide en minder responsief naar hun kinderen toe. Daarbij is het voor hen moeilijk om grenzen te stellen, wat gecompenseerd wordt door overcontrole of verwenning (Barnard & McKeganey, 2004; NACD, 2011; Vanderplasschen et al., 2010). Het gezin is dikwijls georganiseerd in functie van de verslaving (Vanderplasschen et al., 2010). Andere gezinsleden gaan de ouderrol overnemen en hun eigen leven afstemmen op de verslaafde ouder (Lussier, Laventure & Bertrand, 2010; Velleman & Templeton, 2007). Veelal groeit er een situatie van co-afhankelijkheid en parentificatie (Kelley et al., 2007; Vanderplasschen et al., 2010).

Het drugsmisbruik gaat samen met een complex web aan problemen. De ouders kampen vaak met een bijkomende psychische en emotionele problematiek (Vanderplasschen et al., 2010; Whitty & O'Connor, 2007). Daarbij zijn er dikwijls financiële moeilijkheden en werkloosheid. Daardoor bevinden ze zich in een economisch nadelige positie (Barnard & McKeganey, 2004; Orford et al., 2010; Pajulo et al., 2006; Velleman & Templeton, 2007). Door deze financiële problemen en/of de illegaliteit van het gebruik komen vele ouders in de criminaliteit en prostitutie terecht (NTA, 2012; Vanderplasschen et al., 2002; Whitty & O'Connor, 2007). Het sociaal netwerk is vaak beperkt en de gezinnen raken sociaal geïsoleerd. Ze sluiten zich op om verantwoording tegen te gaan en/of uit schaamte voor het gebruik en de impact die dit heeft op het gezinsleven (Orford et al., 2010; Velleman & Templeton, 2007). Een vaderfiguur is dikwijls afwezig en/of er zijn instabiele partnerrelaties, waardoor moeders veelal alleen komen te staan in de opvoeding van hun kind (Vanderplasschen et al., 2010; Whitty & O'Connor, 2007).

Door de verslaving zijn er meer risicofactoren in de opvoedingssituatie. Dit is niet enkel te wijten aan het gebruik, maar ook aan de reeds vernoemde bijkomende problemen. Deze hebben doorgaans meer impact op de ontwikkeling van het kind dan het gebruik op zich (NACD, 2011; Olsen, 2015; Orford et al., 2010). Zo kan het multi-probleem gegeven de mogelijke ontwenning bemoeilijken. Men moet niet enkel de verslaving op orde krijgen maar ook andere problematieken aanpakken. Doordat deze veelal complex zijn, is het overzicht onduidelijk wat nadelig is voor het ontweningsproces (Pajulo et al., 2006). Omdat deze ouders moeilijk greep krijgen op hun leefsituatie zijn ze dikwijls niet in staat de nodige warmte en emotionele ondersteuning te geven (NACD, 2011; Vanderplasschen et al., 2002).

Warmte en structuur zijn noodzakelijke elementen binnen de opvoeding, ze bepalen de hechting tussen ouder en kind (Kind en Gezin, 2013; NACD, 2011; Suchman et al., 2007). Uit bovenstaande zou men daardoor kunnen concluderen dat deze ouders hiertoe minder in staat zijn. Wanneer de hechting zo in het gedrang komt, kunnen er later sociaal-emotionele

ontwikkelingsproblemen ontstaan (Barnard & McKeganey, 2004; Fewell, 2011; NACD, 2011). Echter niet alle ouders zijn zo. Vaak zijn ze te betrokken en willen ze het zo goed doen dat men net onrealistische verwachtingen schept naar zichzelf toe (Vanderplasschen et al., 2002).

2.2.1.2 Ouders met een drugsverslaving

Verslaving is een chronische aandoening waarbij periodes van absentie en herval zich afwisselen (Barnard & McKeganey, 2004). Zowel verslaving als opvoeding kent zijn ups en downs. Een ouder met een verslavingsproblematiek moet deze combineren, wat een uitzonderlijke uitdaging inhoudt (Richter & Bammer, 2000). Door de eigen familiale achtergrond en vooral het gebrek aan positieve ervaringen in de opvoeding, beschikken de meeste ouders niet over de nodige opvoedings- en interactievaardigheden (Beekman & Neiderhiser, 2013; Fowler et al., 2015; NACD, 2011; Vanderplasschen et al., 2002). Zo stellen Gilchrist en Taylor (2009) dat het gebrek aan een goed rolmodel mee aan de basis ligt van de eigen gebreken als ouder. De ouders vullen begrippen zoals opvoeding en verwaarlozing vaak ook anders in. Zo definiëren ze verwaarlozing veelal als fysiek leed terwijl men binnen de hulpverlening over zowel fysiek als emotioneel leed spreekt (Olsen, 2015; Rhodes, Bernays & Houmoller et al., 2010).

De zwangerschap is een cruciaal moment. Het is een opportuniteit om het leven op orde te stellen voor de komst van het kind. Zwangere vrouwen gaan daarom vaak op eigen initiatief minder gebruiken, volledig stoppen of ondersteuning zoeken in de hulpverlening (Fowler et al., 2015; Radcliffe, 2011; Richter & Bammer, 2000; Vanderplasschen et al., 2002; Wells, 2009). De zwangerschap zorgt er ook voor dat men meer angst en schuldgevoelens kent waardoor men soms onvoldoende betrokken is bij de ontwenning (Pajulo et al., 2006). De eerste maanden na de bevalling zijn dan ook een zeer kwetsbare periode voor ouders (Rutherford, Potenza & Mayes, 2013). Na de geboorte komt veelal de confrontatie met de werkelijkheid. Het geïdealiseerde beeld van een *clean* leven als ouder verloopt vaak moeizaam waardoor de kans op herval groter is (Vanderplasschen et al., 2002).

Het kind is een belangrijke stimulans en motiveert hen om te stoppen met het gebruik (Vanderplasschen et al., 2015). De verantwoordelijkheid en stress die het hebben van een kind met zich brengt, kunnen ook een aanleiding zijn om te vluchten in het gebruik omdat dit voor hen werkt als een copingmechanisme (Chaplin & Sinha, 2013). Ook als men er in slaagt om een *clean* leven te behouden, gaat ouderschap gepaard met tal van hindernissen. Het onderzoek van Vanderplasschen et al. (2015) richtte zich op ouders die een residentieel programma hadden doorlopen. Daaruit bleek dat velen nog moeilijkheden ondervonden met opvoeding, zoals het kind loslaten, consequent zijn en overcompenseren. Ze wilden daarbij

eerlijk en open zijn naar hun kinderen toe over het verleden, dit ook vanuit de zorg voor mogelijke latere confrontatie van het kind met drugs.

De meeste drugafhankelijke ouders kampen met een laag zelfbeeld, schuld- en schaamtegevoelens en worden geconfronteerd met het vooroordeel van onbekwame ouder (Fowler et al., 2015; Lussier et al., 2010; Pajulo et al., 2006). Ze hebben het gevoel niet te voldoen aan de maatschappelijke norm en het traditionele beeld van een goede ouder (Claeys, 2010). Nochtans is het ouder-zijn voor hen juist zeer belangrijk en stellen ze ook hoge verwachtingen naar zichzelf toe (NACD, 2011; Pajulo et al., 2006). De schuldgevoelens worden versterkt wanneer er problemen zijn met het kind. Zo stellen Vanderplasschen et al. (2002) dat moeders signalen van het kind soms verkeerd interpreteren als een teken van verwerping door het kind. Ze kunnen de hoge verwachtingen voor zichzelf niet inlossen en raken zo teleurgesteld in het eigen kunnen (Pajulo et al., 2006). Rhodes et al. (2010) stellen dat deze ouders net als elke andere ouder hun acties afwegen tegenover wat zij als goed ouderschap aanzien. Wanneer een kind wordt geplaatst binnen de hulpverlening, zorgt dit vaak voor een escalatie van het gebruik. Ze voelen zich hopeloos wanneer het kind niet bij hen leeft en maken daardoor tot vier maal meer kans op een depressie (Gilchrist & Taylor, 2009).

2.2.1.3 Focus op vaders

McMahon (2013) stelt dat in het wetenschappelijk onderzoek drugafhankelijke ouders vaak beperkt worden tot enkel de moeder, waardoor de drugsverslaafde vader buiten beschouwing blijft. Dit terwijl algemeen gezien de aandacht voor vaders, zowel maatschappelijk als in wetenschappelijk onderzoek, is toegenomen. Het overheersende beeld over vaders is dat ze als ouder incompetent, niet betrokken en potentieel gevaarlijk zijn. In het beperkte aanbod van wetenschappelijk onderzoek wordt dit deels tegen gesproken (McMahon, Winkel & Rounsaville, 2007; McMahon, 2013; Zaroni et al., 2014). Hoewel drugsverslaafde vaders vaak, al dan niet gewild, afwezig zijn, betekent dit veelal niet dat ze onverschillig zijn naar hun kind toe (McMahon et al., 2007; McMahon, 2013). Velen hebben wel de wil om het contact met het kind te herstellen en te onderhouden (McMahon, 2013). Torres, Sng en Deane (2015) stellen daarbij dat de vaders vaak nood hebben aan opvoedingsondersteuning.

Vaders hebben doorgaans geen of minder contact met hun kinderen. Zo loopt co-ouderschap dikwijls moeizaam vanwege de veelal zware geschiedenis met de ex-partner (Mariën, 2015). Bij andere is het kind vaak geplaatst. Het niet zien van de kinderen, is net als bij moeders, emotioneel zwaar (Gilchrist & Taylor, 2009; Zaroni et al., 2014). Door de

dikwijls slechte verstandhouding met de eigen vader ondervinden ze ook moeilijkheden om zichzelf als vader te ontwikkelen (Peled, Gabriel-Fued & Katz, 2012).

Sociaal gezien, word je ouder vanaf de geboorte van het eerste kind (De Belie & Van Hove, 2005; Peled et al., 2012). De heroïneverslaafde vaders uit het onderzoek van Peled et al. (2012), ontwikkelden zich anders. Deze vaders omschreven hun ouderschap tijdens het gebruik voornamelijk als fysiek en emotioneel afwezig zijn. Pas na een keerpunt, waarin ze beseften dat ze als vader tekortschoten, gingen ze hun identiteit als ouder ten volle ontwikkelen. Veelal zocht men dan de hulp op van hulpverlening om *clean* te worden en ging men vervolgens actie ondernemen om tot beter vaderschap te komen. Het bleef echter een pijnlijk proces.

2.2.1.4 Gehanteerde strategieën en narratieven

Door de verslavingsproblematiek zijn er meer risico's in het gezin, dit wil echter niet zeggen dat de ouders zich niet verantwoordelijk voelen voor de opvoeding van hun kind. Veelal willen ze aan de hand van bepaalde strategieën het kind beschermen voor die risico's (Vanderplasschen et al., 2002). Rhodes et al. (2010) stellen dat door het hanteren van de verscheidene strategieën, men een narratief over het zelf creëert. Dit is als het ware een verhaal waardoor men een identiteit aanneemt. Hij onderscheidt drie verschillende narratieven namelijk *damage limitation*, *damage qualification* en *damage acceptance*. *Damage limitation* staat voor het behouden van een zekere normaliteit. Het is een techniek van weerstand om het zelf als beschadigde ouder te verbergen. Zo gaan ze chaossituaties vermijden en ontweningsverschijnselen voorkomen door het gebruik te plannen (Rhodes et al., 2010). Hoewel men het gebruik niet als normaal ziet, ondervinden ouders ook positieve effecten voor de opvoeding zoals onder andere meer energie hebben (Chandler et al., 2014; Richter & Bammer, 2000). Ze proberen wel steeds een beeld van normaliteit te creëren door een routine in te bouwen, een sociaal vangnet te voorzien voor als het fout loopt en door het gebruik te compenseren (Kerwin, 2005; Radcliffe, 2011; Rhodes et al., 2010; Richter & Bammer, 2000). Het is vooral belangrijk dat de kinderen worden afgezonderd van het gebruik en alle druggerelateerde zaken. Men maakt als ouder een oordeel over wat het kind kan begrijpen en wat niet. Al wordt dit veelal onderschat. Kinderen voelen het aan als er iets niet juist is en weten vaak meer dan de ouders denken. Door de middelen zo te verbergen, wordt dit in zekere mate ook verborgen voor het zelf, men gaat zo de confrontatie met de realiteit uit de weg. (Rhodes et al., 2010).

Bij *damage qualification* staat het omgaan met vooroordelen centraal. Het is net als *damage limitation* een techniek van weerstand. De algemene reactie op vooroordelen is defensief (Holland et al., 2014; Rhodes et al., 2010). De ouders zetten zich af tegenover andere

druggebruikers en ontwikkelen zo een beeld van zichzelf. De andere zijn wel zoals het vooroordeel, maar zij niet (Holland et al., 2014; Rhodes et al., 2010; Soyez, 2013).

Tenslotte is er de *damage acceptance* waarbij de impact van het gebruik aanvaard wordt. Het is een moment waarin de ouder eerlijk is naar zichzelf toe en de verantwoordelijkheid voor het gebruik en de opvoeding opgenomen wordt. *Damage acceptance* is daarom een belangrijk narratief van herstel. Men moet zoeken naar het echte zelf en omgaan met de mythes van verslaving (Rhodes et al., 2010). *Damage limitation*, *damage qualification* en *damage acceptance* zijn geen vaststaande posities. Het gaat niet om één narratief waarin men zich bevindt. Het wisselt, net zoals een verslaving in beweging is (Rhodes et al., 2010).

2.2.2 Impact op het kind

Doordat kinderen steeds betrokken zijn, kan je de impact op hen niet buiten beeld laten. Het gebruik van ouders kan ernstige gevolgen hebben voor een kind. Zo is er dikwijls sprake van verwaarlozing, leerproblemen, emotionele problemen, misbruik, geweld, zelf een verslaving ontwikkelen, parentificatie, gevoelens van schaamte, schuld, angst en woede (Kelley et al., 2010; NTA, 2012; Velleman & Templeton, 2007; Wells, 2009).

Naargelang de leeftijd van het kind zal de impact van het gebruik anders tot uiting komen. Het gebruik van drugs tijdens de zwangerschap leidt vaak tot vroeggeboorte, groeiachterstand, prenatale sterfte en ontweningsverschijnselen. Dit kan bijdragen tot latere ontwikkelingsproblemen (Forrester & Harwin, 2011; Hunt et al., 2008; NACD, 2011; Velleman & Templeton, 2007). Het merendeel van de kinderen wordt echter niet direct blootgesteld aan de middelen en ervaren doorgaans meer negatieve invloeden vanuit het milieu waarin zij opgroeien (Hunt et al., 2008; NACD, 2011; Vanderplasschen et al., 2010). Zo is er in de gezinnen vaak sprake van onveilige speelsituaties, ongezonde of onaangepaste voeding, onvoldoende hygiëne en beperkte medische opvolging voor jonge kinderen (Barnard & McKeganey, 2004; Wells, 2009). Ook de risicofactoren in de ruimere omgeving spelen een belangrijke rol. Een gebrek aan sociale steun, stigmatisering en/of het wonen in een achtergestelde buurt heeft een invloed op de ontwikkeling (Vanderplasschen et al., 2010). Lagere schoolkinderen vertonen vaak gedragsproblemen waaronder asociaal gedrag, aandachts- en concentratiestoornissen (Barnard & McKeganey, 2004; Hser et al., 2015; Kelley et al., 2010; Skinner et al., 2009; Velleman & Templeton, 2007).

Hoewel de impact van het gebruik op deze kinderen niet te miskennen is, ervaart slechts één derde van deze kinderen ernstige langdurige problemen. Veel hangt af van de ernst van het gebruik, het gebruikte middel en mogelijks bijkomende psychische problemen. Het zijn echter ook de kenmerken van het kind zelf die veel bepalen (Vanderplasschen et al., 2010; Velleman & Templeton, 2007). Zo stellen Vanderplasschen et al. (2010, p.4) dat: "niet het

objectief meetbaar gedrag of de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren zullen het ontwikkelingsverloop bepalen, maar wel hoe dit door het kind beleefd wordt en hoe het er creatief mee omgaat". Dit wordt gezien als de veerkracht van het kind, een aspect bepaald door beschermende factoren. Deze vormen naast de bedreigende factoren een belangrijk aspect binnen de opvoedingssituatie (Velleman & Templeton, 2007).

2.2.3 Beschermende en bedreigende factoren

De beschermende en bedreigende factoren gaan in grote mate bepalen hoe de opvoeding verloopt en welke impact het gebruik op het kind zal hebben. Bedreigende factoren zijn onder andere een verstoord gezinsleven, huiselijk geweld, gebrek aan een stabiele ouderfiguur, gebruik in huis en beide ouders die gebruiken (Skinner et al., 2009; Lussier et al., 2010; NACD, 2011; Radcliffe, 2011; Velleman & Templeton, 2007). De beschermende factoren maken het voor het kind mogelijk om risico's te overkomen doordat deze een positieve setting creëren. Deze factoren omvatten elementen over de relatie met de ouders, maar ook persoonlijke kenmerken van ouder en kind alsook aspecten uit hun omgeving. Enkele voorbeelden van beschermende factoren zijn een stabiele hechte band met een niet gebruikende ouder, sociale steun, een niet stigmatiserende professionele ondersteuning en een stabiele thuissituatie met voldoende financiële middelen (Vanderplasschen et al., 2010; Doab et al., 2015; Skinner et al., 2009; NACD, 2011; Velleman & Templeton, 2007). Niet elk kind kan echter beroep doen op deze beschermende factoren (Velleman & Templeton, 2007).

Beschermende factoren maken de ontwikkeling van veerkracht bij een kind mogelijk (Velleman & Templeton, 2007). Onder veerkracht verstaat men de individuele kenmerken van het kind (Skinner et al., 2009; Vanderplasschen et al., 2002). Deze kenmerken zijn bijvoorbeeld hoog zelfvertrouwen en eigenwaarde, kunnen omgaan met verandering, inzicht hebben in de verslavingsproblematiek en creativiteit (Vanderplasschen et al., 2010; Velleman & Templeton, 2007). Veerkracht verleent het kind vaardigheden en gevoelens die het in staat stelt om vooruit te denken en te herstellen van bepaalde gebeurtenissen. Het is daarbij ook een zelfversterkend proces. Door nu veerkracht te hebben is de kans groter dat men in de toekomst veerkrachtig is. Het is van belang dat men binnen de hulpverlening inspeelt op de beschermende en bedreigende factoren om zo bij te dragen aan de veerkracht van het kind (Salo & Flykt, 2013; Skinner et al., 2009; Velleman & Templeton, 2007).

2.3 Hulpverlening

2.3.1 Het hulpverleningsaanbod

Hoewel een overkoepelend beleid ontbreekt, bestaan er gesubsidieerde diensten die zich specifiek richten tot ouders met een verslavingsproblematiek en hun kinderen. Zo zijn er residentiële diensten en ambulante centra (Asueta-Lorente, 2010). Vanderplasschen et al. (2010) stellen dat de voorkeur uitgaat naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm. Men moet daarbij rekening houden met de situatie van het kind en het gezin.

Binnen de residentiële diensten is er onderscheid tussen diensten waar de ouder met het kind kan verblijven en diensten waar dit niet mogelijk is, maar men wel aandacht besteed aan het ouderschap (Vanderplasschen et al., 2002). Wanneer men binnen een residentiële context aandacht besteed aan de opvoedingscapaciteiten wordt dit grotendeels als positief ervaren (Niccols, 2012; Richter & Bammer, 2000). Diensten geven veelal een specifieke invulling aan wat goed opvoeden is en men verwacht van de ouders dat men deze visie volgt (Richter & Bammer, 2000). Uit het onderzoek van Vanderplasschen et al. (2015) blijkt dat de ouders na de opname met kind een hogere responsiviteit merkten naar hun kind toe en dat het programma hen hielp bij het herkennen van signalen van hun kind. Ze voelden zich als ouder meer aanwezig.

De wachttijden voor diensten voor ouder en kind zijn vaak zeer lang. Dit is problematisch omdat de keuze voor een residentiële behandeling veelal een startpunt is om diepgaande veranderingen uit te voeren. Men kiest ook pas voor een residentiële behandeling wanneer er sprake is van een meer ontwrichte situatie (Richter & Bammer, 2000; Vanderplasschen et al., 2010). Daardoor moet men veelal afzonderlijk worden opgenomen en het kind uit handen geven, wat net de grootste angst is binnen deze doelgroep (Vandensteen et al., 2008). Zo vormt het kind zowel een motivatie om hulp te zoeken als ook een reden om de hulpverlening te mijden (Greenfield et al., 2007).

Bij de ambulante centra zijn er in Vlaanderen initiatieven gegroeid die zich meer richten op ouders en kinderen (Asueta-Lorente, 2011). De meeste programma's richten zich op de afbouw en stabilisatie van het gebruik. Ze hanteren geen specifieke interventie naar de kinderen toe. De werking is eerder gericht op een indirecte beïnvloeding van het ouderlijk gedrag. De randvoorwaarden om de ambulante hulpverlening succesvol te maken is dat men voorziet in praktische zaken (vb. maaltijden, transport, kinderopvang) en aanklappende hulpverlening (Vanderplasschen et al., 2010).

Vanderplasschen et al. (2010) stellen dat er nog veel aandacht moet worden besteed aan de werking en het aanbod van gespecialiseerde hulpverlening. Ouders komen vaak te laat of

zelfs niet in contact met de juiste diensten. Daarbij is de drempel naar de hulpverlening te hoog. Men is vooral bang voor stigmatisering en uithuisplaatsing van hun kind (Doab et al., 2015; Morris et al., 2012; Neger & Prinz, 2015; Olsen, 2015; Vanderplasschen et al., 2010). Daarbij is verslaving een moeilijk gegeven. Hoewel therapie helpt, (het stabiliseert de verslaving en de gezinssituatie) zullen er steeds ouders zijn die onsuccesvol zijn en uit de behandeling stappen. Het is steeds een moeilijk traject van vallen en opstaan (NTA, 2012). Uit het onderzoek van Rhodes et al. (2010) blijkt ook dat niet alle ouders positief staan tegenover hulpverlening. Er is een dunne grens tussen wat als gewenst en wat als ongewenst wordt ervaren.

Buiten de centra die specifiek gericht zijn op verslaving, komen de ouders ook in contact met hulpverlening uit de jeugdzorg, welzijnszorg, algemene gezondheidszorg, onderwijs en geestelijke gezondheidszorg (Vanderplasschen et al., 2002). Een behandeling die enkel gericht is op verslaving, is in de huidige complexe context van deze gezinnen meestal onvoldoende. Doordat men veelal wordt geconfronteerd met multi-probleem gezinnen is samenwerking tussen diensten noodzakelijk (NTA, 2012). Dit verloopt vaak moeizaam. Zo komen ouders dikwijls in contact met jeugdzorg doordat het welzijn van het kind in gevaar komt (Asueta-Lorente, 2011). De drughulpverlening en de jeugdzorg zijn evenwel twee sectoren die afzonderlijk tot ontwikkeling zijn gekomen en elk een eigen professionele visie hebben. Samenwerking is nodig, maar verloopt vaak moeilijk (Taylor & Kroll, 2004). In het onderzoek van Gilchrist en Taylor (2009) blijkt dat er in beide sectoren een tekort is aan specifieke kennis. Binnen de jeugdzorg heeft men te weinig kennis en voeling met de gevolgen en risico's van druggebruik (Vanderplasschen et al., 2010). De hulpverleners hebben het moeilijk met de gedragingen van ouders die verbonden zijn met de verslaving zoals hervat, het niet nakomen van afspraken, liegen, gebrek aan probleeminzicht, andere (opvoedings-)normen enzovoort. Vanuit ethische overwegingen gaat men veelal over tot een beschermingsreflex, waardoor kinderen sneller worden geplaatst (Vanderplasschen et al., 2002). Ook binnen de verslavingszorg is er een gebrek aan kennis op het vlak van opvoedingsondersteuning en ontwikkeling van het kind (Vanderplasschen et al., 2010). Taylor en Kroll (2004) geven aan dat er een gevaar schuilt in een te sterke focus op enkel het kind of enkel de middelmisbruikende ouder. Het is daarom aanbevolen dat hulpverleners, binnen alle diensten die betrokken zijn, zoeken naar een evenwicht.

2.3.2 Positie van de sociaal werker

Wanneer zowel het belang van de ouder als het belang van het kind in beeld komen, vraagt dit een evenwichtsoefening van de hulpverlener, die vaak bang is om een over- of onderschatting te maken (Taylor & Kroll, 2004). Laat men een kind plaatsen of niet? De noden van de ouders en het kind moeten in balans worden gehouden. Een te grote focus op

de ouders kan gevaarlijk zijn voor het kind maar anderzijds zorgt een te grote focus op het kind voor een miskennis van de ouders.

Voor personen met een verslavingsproblematiek geeft het ouderschap hun een identiteit. Het is één van de mogelijkheden waardoor ze zich opnieuw met de samenleving kunnen identificeren. Het geeft hen de kans om weer grip te krijgen op het eigen leven. Daarom is (h)erkenning van ouderschap in de hulpverlening aanbevolen (Radcliffe, 2011; Vanderplasschen et al., 2010). Dit maakt hen sterker, geeft meer zelfvertrouwen en maakt een reflectie over het eigen handelen mogelijk (Fowler et al., 2015; Morris et al., 2012; Slettebø, 2013). Voor de doelgroep is een niet-veroordelende, positieve houding van de hulpverleners van cruciaal belang om een vertrouwensband op te bouwen (Grant et al., 2011; Morris et al., 2012; Olsen, 2015; Vanderplasschen et al., 2002). Op die manier kunnen verslaafde ouders loskomen van de vooroordelen die over hen heersen en leren ze omgaan met het beeld en de schuldgevoelens die hiermee gepaard gaan (Soyez, 2013).

2.4 Stigmatisering

In het voorgaande is de rol van stigmatisering reeds enkele malen vermeld. Stigmatisering neemt een belangrijke plaats in binnen het leven van ouders met een verslavingsproblematiek. Link en Phelan (2001) omschrijven stigmatisering als het labelen, veroordelen, onderscheiden en discrimineren van bepaalde bevolkingsgroepen binnen een machtscontext. Vooroordelen zitten vervat in stigmatisering. Deze werden reeds geanalyseerd door Klee in 1998. Ze omvatten toen dat ouders met een verslaving hun kinderen niet centraal zetten en daarbij egoïstisch, niet zorgzaam, onverantwoordelijk, afgeleid, intolerant, verwaarlozend, snel geïrriteerd en agressief waren. Deze vooroordelen zijn nog steeds aanwezig (Pajulo et al., 2006).

Livingston et al. (2012) stellen dat er drie soorten stigma's zijn: een zelf-stigma, een sociaal-stigma en een structureel-stigma. Het zelf-stigma omvat een gestigmatiseerd beeld over zichzelf. Zoals eerder aangehaald bij het narratief van *damage qualification* vormen de ouders een zelfbeeld aan de hand van de vooroordelen, al dan niet negatief (Livingston et al., 2012; Rhodes et al., 2010). Bij de ouders heerst volgens Stengel (2014) het idee dat men perfect moet zijn en geen fouten mag maken. Wanneer men niet perfect is, kan hun kind geplaagd worden. Men is verdeeld tussen de maatschappelijke norm die stelt dat gebruik en ouderschap niet samen gaan en de daarbij horende vooroordelen en/of stigmatisering voor ouders die dit wel doen. Aan de andere zijde is er de stelling rond hun individuele keuzes en dat ze zelf kunnen bepalen wat toelaatbaar gedrag is als ouder (Benoit et al., 2015; Stengel, 2014). De vooroordelen die over hen heersen, leiden bij velen tot schuldgevoelens en soms tot meer gebruik. Men verzet zich veelal tegen de vooroordelen en men voelt zich verkeerd

geïdentificeerd als inadequate ouder (Holland et al., 2014; Soyez, 2013). Al blijkt uit het onderzoek van Holland et al. (2014) dat vaak niet-actieve gebruikers een terechte bezorgdheid zien in de vooroordelen. Doordat ze afstand kunnen nemen van de opvoedingssituatie, is men kritischer naar zichzelf.

Het beeld dat binnen de maatschappij wordt uitgedragen over een bepaalde sociale groep noemt men sociaal-stigma (Livingston et al., 2012). Zo wordt het 'construct' van ouderschap niet enkel ingevuld door experts maar ook door leden van de maatschappij (Geigner et al., 2014). Volgens Rhodes et al. (2010) moet men niet enkel de opvoedingskwaliteiten van deze ouders in vraag stellen maar ook de maatschappelijke norm zelf. Er moet een publieke ruimte gecreëerd worden om zo het debat over het 'construct' (ouderschap algemeen en ouderschap en verslaving in het bijzonder) open te trekken. De ouders kunnen een andere invulling geven aan wat goed ouderschap is en dit moet in rekening worden gebracht in de formulering van de realistische en haalbare verwachtingen naar deze doelgroep (Olsen, 2015; Stengel, 2014).

Het structureel-stigma staat voor de verwevenheid van de maatschappelijk stigma's binnen de procedures van instituties (Livingston et al., 2012). Vanderplasschen et al. (2010) stellen dat ouders, uit angst voor de stigmatisering, hulpverlening uit de weg gaan en men zo verder maatschappelijk geïsoleerd raakt. Men heeft schrik om veroordeeld te worden zonder dat men de kans krijgt om zichzelf te bewijzen (Pajulo et al., 2006). Dit is namelijk wat vele ouders willen doen, ze willen aantonen dat ze wel voor hun kinderen kunnen zorgen (Stone, 2015). De angst van deze ouders is veelal gegrond, zeker in landen als de VS en Canada die een strenger beleid hanteren. Olsen (2015) stelt dat dit beleid stigmatisering versterkt en de meest kwetsbare gezinnen benadeelt.

De impact van vooroordelen en stigmatisering op de toegankelijkheid van hulpverlening in Vlaanderen is moeilijk in te schatten. Het is dan ook de vraag of ouders in Vlaanderen dit ook zo ervaren, aangezien er geen globaal beleid is in België (Asueta-Lorente, 2011). Vandenstein et al. stelden in 2008 dat een toegenomen stigmatisering bijdroeg tot het terugtrekken van ouders uit de hulpverlening. Het kunnen beroep doen op niet stigmatiserende hulpverlening is echter van belang in de gezinssituatie aangezien men dit aanziet als een beschermende factor (Vanderplasschen et al., 2010).

2.5 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Het 'construct' rond ouderschap en opvoeding staat sterk in de publieke belangstelling (Geigner et al., 2014). Dit creëert maatschappelijke en theoretische verwachtingen. Hierdoor wordt opvoeding voor de 'doorsnee' ouder een uitdagend parcours. Breng daar een factor als verslaving bij en de hindernissen in de opvoeding lijken onoverbrugbaar. Binnen wetenschappelijk onderzoek zijn de visies over ouderschap en verslaving dan ook verdeeld.

Richter en Bammer (2000) stellen dat een verslaving, net als de opvoeding van kinderen, zijn ups en downs kent. Het combineren van deze twee aspecten is daardoor niet eenvoudig. Het is echter een uitdaging die vele ouders willen aangaan. Het ouderschap is voor personen met een verslavingsproblematiek iets dat hen een identiteit geeft. Het is een manier om zich opnieuw met de samenleving te identificeren (Vanderplasschen et al., 2010). Ze gebruiken daarbij tal van strategieën om een narratief van het zelf als goede ouder te creëren (Rhodes et al., 2010). Want hoewel er risicofactoren aanwezig zijn en de impact op het kind niet te miskennen valt, zijn er in de opvoedingscontext ook beschermende factoren aanwezig (Velleman & Templeton, 2007). De meeste drugsverslaafde ouders kampen met een laag zelfbeeld, schuld- en schaamtegevoelens en worden geconfronteerd met het vooroordeel van onbekwame ouder (Pajulo et al., 2006). Dit vooroordeel en de stigmatisering blijken ook een drempel te vormen ten aanzien van de hulpverlening (Stengel, 2014; Stone, 2015; Vandenstein et al., 2008). Het is daarom belangrijk dat de hulpverlener een vertrouwensband met hen opbouwt (Vanderplasschen et al., 2002). De grens tussen wat als ongewenst en gewenst wordt ervaren is ook dun (Rhodes et al., 2010). Daarbij is er doorgaans sprake van een multi-probleem situatie. Verschillende diensten zijn betrokken en een onderlinge afstemming verloopt veelal moeizaam (Vanderplasschen et al., 2010). Een evenwichtsoefening maken tussen het belang van de ouder en het belang van het kind, is daarbij aanbevolen (Taylor & Kroll, 2004).

Binnen het brede aanbod aan wetenschappelijk onderzoek lijkt een ondersteunende visie op ouders met verslavingsproblematiek slechts in beperkte mate aanwezig. Zo gaat men voornamelijk een oordeel vellen of een verslaafde ouder al dan niet bekwaam is om op te voeden en wat dit juist bepaalt. Rhodes et al. (2010) stellen echter dat de verhalen van deze ouders steeds een complex beeld weergeven van de dagelijkse confrontatie met sociale en verborgen risico's. Stone (2015) geeft daarbij aan dat deze stemmen nog onvoldoende gehoord worden terwijl deze inzetbaar zijn in een beter toegankelijke zorg. Dit wordt bevestigd door Soyez (2015) die stelt dat zeer weinig onderzoek de ervaringen van ouders belicht. Daarbij worden drugsafhankelijke vaders voornamelijk buiten beeld gelaten (McMahon, 2013).

Met deze masterproef zal worden getracht een beeld te schetsen van ouderschap door de ogen van de personen die kampen met een verslaving. De vraag die wordt gesteld is niet of deze ouders wel kunnen instaan voor de opvoeding maar hoe het voor hen is om hun kind op te voeden. De probleemstelling luidt dan ook: “Hoe wordt ouderschap beleefd door personen met een verslavingsproblematiek?” Ouders met een verslaving zijn een specifieke doelgroep met eigen moeilijkheden en drempels. Daarom is het net van belang hun stem te horen. Door een beeld te vormen over de wijze waarop zij hun ouderschap ervaren en welke effecten interventies en hulpverlening op hen hebben, hoopt deze masterproef een beeld te schetsen van de beleving door deze doelgroep. Daarbij wordt getracht volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Hoe vullen ouders met een verslavingsproblematiek het ‘construct’ ouderschap in?
- Welke ondersteuning (al dan niet professioneel) achten zij nodig om tot goed ouderschap te komen?
- Hoe zijn de ervaringen met stigmatisering/vooroordelen met betrekking tot verslaving en ouderschap binnen de Vlaamse hulpverlening en vormt dit een drempel tot het verkrijgen van de gewenste ondersteuning?

3. Methodologie

Een kwalitatieve methode is in dit onderzoek aangewezen omdat deze gericht is op het doorgronden van individuele mensen, groepen of situaties (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). In wat volgt zal dieper worden ingegaan op de intenties die dit onderzoek wil nastreven. Daarbij zal eerst de setting en de onderzoeksgroep aan bod komen waarna de onderzoeksprocedure, het meetinstrument en de data-analyse worden besproken.

3.1 Setting en onderzoeksgroep

In de Vlaamse hulpverleningssector zijn er een beperkt aantal diensten die zich specifiek richten tot ouders met een drugsverslaving. Voor dit onderzoek werd geopteerd om beroep te doen op minimum twee diensten om zo het gewenste aantal respondenten te bereiken. Bubbels & Babbels, MSOC Gent, MSOC Oostende, MSOC Vlaams-Brabant en De Kiem werden hiervoor gecontacteerd. Bij Bubbels & Babbels en MSOC Gent was een deelname niet mogelijk. Met de overige diensten werd een wervingsmethode, passend in hun visie, besproken waarna de werving van participanten startte. Bij het MSOC Oostende waren er echter geen bereidwillige respondenten waardoor deze organisatie niet verder besproken wordt.

Binnen de werking van De Kiem is beroep gedaan op cliënten die een ambulante begeleiding volgen en/of een residentiële opname hebben doorlopen. De Kiem biedt een residentiële opname binnen een therapeutische gemeenschap [TG]. De Tipi is een onderdeel van de TG, hier kunnen tot vijf ouders, zowel moeder als vader, worden opgenomen met hun kind(eren) onder de zes jaar. Tijdens de opname in de Tipi wordt er intensief gewerkt rond opvoeding, uitgaande van de mogelijkheden en competenties van deze ouders (Calle et al., 2013). Zowel in Ronse als in Gent is er een ambulante werking van De Kiem, met daarbij een antennefunctie in Geraardsbergen. Binnen de ambulante centra staat een cliëntgerichte aanpak centraal. Er wordt multidisciplinair gewerkt rond de medische, psychische, sociale en familiale aspecten. Daarbij is er voor ouders ook opvoedingsondersteuning aanwezig (Thienpont et al., 2010).

Het MSOC Vlaams Brabant heeft vestigingen in Leuven, Vilvoorde, Tienen en Diest. Binnen het MSOC streeft men naar laagdrempelige drughulpverlening. Er wordt ook extra aandacht besteed aan druggebruikende ouders. In 2009 werd het MaPa-project opgestart omdat één derde van de cliënten, ouder was. Het is een project waarbij men, ingebed in de werking van het MSOC, werkt met ouders die gebruiken. De achterliggende visie op ouders is er één van ondersteuning, men wil samenwerken aan het vervullen van een ouderrol (Het Veerhuis-Siddartha vzw, 2015).

De onderzoeksgroep bestaat uit ouders met een verslavingproblematiek waarbij het druggebruik gestabiliseerd is. Met stabilisatie wordt bedoeld dat deze ouders een evenwicht en een zekere mate van rust in het leven hebben gevonden, men voelt zich niet voortdurend opgejaagd en ervaart relatief weinig stress (Baarda et al., 2005). Dat de ouder nog gebruikt, vormt in dit opzicht geen tegenindicatie tot deelname aan het onderzoek. Er wordt niet geopteerd om beroep te doen op de ouders die binnen de residentiële werking van De Kiem verblijven. Dit omdat het thema opvoeding te gevoelig kan liggen bij hen. De onderzoeksgroep omvat dus ouders die de residentiële behandeling voleindigd hebben en/of die ambulante hulpverlening volgen bij De Kiem of het MSOC. Deze ouders zien hun kinderen op een regelmatige basis en vervullen zo nog een ouderrol. Met de werving van participanten was het streefdoel vijftien, waarbij de samenstelling bestond uit de cliënten van De Kiem en het MSOC. In totaal werden achttien ouders doorverwezen, bij zestien van hen werd een interview afgenomen.

3.2 Onderzoeksprocedure

Naargelang de dienst werd er een verschillende wervingsmethode gehanteerd. De medewerkers van De Kiem, zowel de ambulante als de residentiële werking, kregen de vraag om binnen het cliëntenbestand mogelijke participanten te contacteren. Voor de ambulante centra werd beroep gedaan op cliënten die in de periode september tot eind november 2015 een hulpverleningstraject volgden. De ouders uit het residentieel programma hadden deze afgerond sinds minimum één maand tot maximum zeven jaar op het moment van het interview. De medewerkers van De Kiem namen steeds het eerste contact op met de cliënten, bij interesse voor het onderzoek werd hun contactinformatie doorgespeeld. Vervolgens werden de mogelijke participanten telefonisch gecontacteerd. Er werd telkens een korte toelichting gegeven bij het doel van het onderzoek en indien men nog steeds interesse had, werd een afspraak vastgelegd. Voor deze afspraak werden er drie locaties voorgesteld. Dit waren een thuisbezoek, in De Kiem of op een te kiezen locatie in Gent. Vanuit De Kiem werden negen cliënten doorverwezen, waarvan één uit de ambulante werking. Van de negen doorverwezen cliënten haakte één cliënt af wat het totaal op acht respondenten bracht. Van de acht respondenten, doorverwezen door De Kiem, kozen twee ouders voor een gesprek in De Kiem. Bij de andere respondenten vond het interview plaats in hun woonst.

Het MSOC Vlaams Brabant koos ervoor om persoonlijke contactinformatie van de cliënten niet door te spelen. Hierdoor verliepen alle contacten via hun vestigingen. De cliënten die in aanmerking kwamen, volgden tijdens de periode september – november 2015 een hulpverleningstraject in het MSOC. De medewerkers namen contact op met hun cliënten en informeerden hen over het onderzoek. Bij interesse werd vanuit het MSOC een afspraak

vastgelegd. Vervolgens namen de medewerkers contact op, om na te gaan of een bepaalde afspraak paste of niet. Het interview ging telkens in de vestiging door. Verspreid over de vestigingen Leuven, Tienen en Vilvoorde werden er negen participanten doorverwezen vanuit het MSOC Vlaams Brabant. De vestiging in Diest verwees geen cliënten door. Twee ouders kwamen niet opdagen op de afspraak, met één van hen kon het interview op een later moment doorgaan. Dit bracht het totaal voor het MSOC op acht participanten.

In tabel één staat een overzicht van alle zestien ouders. Bij Ilse, Stijn, Dorien, Laurens, Wendy en Frank wonen de kinderen bij de ex-partner, familie of binnen de hulpverlening. Ze hebben allen dagelijks tot tweewekelijks contact met hen. Sarah, Pieter en Ellen hebben met minstens één van hun kinderen zeer beperkt tot geen contact. Bij alle andere ouders wonen de kinderen bij hen.

Tabel 1: participanten

Naam	Leeftijd	# kinderen	Middel	Huidig gebruik
Cynthia	34	2	Heroïne	Clean
Anke	29	1	Heroïne	Clean
Rebecca	32	3	Heroïne	Clean
Frank	30	2	Cocaïne	Clean
Tessa	31	1	Cocaïne	Clean
Leen	34	1	Amfetamine	Clean
Laurens	34	1	Amfetamine + cocaïne	Clean
Wendy	35	1	Amfetamine + cocaïne	Clean
Stijn	30	1	Amfetamine + XTC	Clean
Nick	36	2	Amfetamine	Sporadisch
Sarah	35	2	Cannabis	Sporadisch
Pieter	29	2	Heroïne	Methadonsubstitutie, met bijgebruik
Koen	23	2	Heroïne	Methadonsubstitutie, met bijgebruik
Dorien	34	1	Heroïne	Methadonsubstitutie, met bijgebruik
Ellen	35	4	Heroïne	Methadonsubstitutie, zonder bijgebruik
Ilse	39	4	Heroïne	Methadonsubstitutie, zonder bijgebruik

3.3 Meetinstrument

Binnen het onderzoek is gekozen voor diepte interviews. Bij dit meetinstrument kan men persoonlijke en emotionele aspecten aan bod laten komen (Baarda et al., 2005). Aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst (zie bijlage 1) is naar de beleving van de ouders gepeild. Er wordt gekozen voor dit type vragenlijst omdat hierbij de onderwerpen maar ook belangrijke vragen vast liggen. Het geeft de interviewer wel de ruimte om de vraagvolgorde en formulering aan te passen tijdens het interview (Baarda et al., 2005). De thema's die hierbij aan bod komen, zijn de eigen invulling van het 'construct', de gezinscontext, ondersteuning en stigmatisering. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van deze thema's en de initiële literatuurstudie.

Bij een onderzoek met deze doelgroep zijn er enkele ethische aspecten waarmee men rekening dient te houden. Dit omdat een gevoelig thema wordt bevraagd. Holland et al.

(2014) stellen dat men hieraan kan tegemoet komen door goede en duidelijke informatie te geven, de mogelijkheid om op elk mogelijk moment te stoppen alsook informatie te verstrekken over wat er met de gegevens wordt gedaan. Dit is verwerkt in de *informed consent* (zie bijlage 2). Deze werd voor de start van het interview toegelicht. Het was daarbij van belang dat de participant de inhoud ook echt begreep. In het document wordt ook gesteld dat bij verdere vragen de participanten de interviewer kunnen contacteren en dat men ook steeds uit het onderzoek kan stappen. Dit werd ook aan de start en aan het einde van het interview benadrukt. Het interview zelf duurde gemiddeld 49,8 minuten (n=16).

3.4 Data-analyse

Het interview werd opgenomen om zo een interpretatieve fenomenologische analyse mogelijk te maken. Dit is een methodiek waarbij de waarneming, ervaring en beleving van gebeurtenissen centraal staat. Bij deze gaat het niet om de objectiviteit van een situatie maar wel hoe iemand iets beleeft en ervaart (Baarda et al., 2005; Smith, Flowers & Larking, 2009).

Binnen onderzoek moet men de validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens steeds bewaken. De validiteit is de overeenstemming van de gegevens met de werkelijkheid (Van Hove & Claes, 2011). Bij ouders met een verslaving wordt hun verhaal veelal in vraag getrokken. Men maakt de assumptie dat hun narratief niet overeenstemt met de werkelijkheid. Het is echter zo dat bij deze interviews een dialoog van betekenis wordt geconstrueerd. Rhodes et al. (2010) stellen dat bij interviews men een narratief over het zelf vormt. Dit is een actie om het beschadigde zelf te beschermen en de identiteit te herstellen. Het interview narratief zet zich af tegen het normatieve beeld van verslaafden als slechte ouders door het benadrukken van een alternatieve persoonlijke ervaring van ouderschap (Radcliffe, 2011; Rhodes et al., 2010). Voor dit onderzoek is het niet van belang of de weergave van de opvoeding correct is, maar wel om de ervaring van de ouders zelf te achterhalen. Vandaar ook de keuze voor de interpretatieve fenomenologische analyse. Binnen deze analyse is specifieke aandacht voor betrouwbaarheid van belang, omdat men als onderzoeker nooit de volledige leefwereld van een participant kan vatten. Men moet daarom steeds bewust zijn van de eigen invloed op de verwerking van de data (Smith et al., 2009; Van Hove & Claes, 2011). Om een zo accuraat mogelijke weergave te creëren van de eigen ervaring van de participanten worden letterlijke citaten uit de interviews aangehaald binnen de onderzoeksresultaten. Vandaar ook de keuze voor een audio-opname omdat men op deze manier de letterlijke verwoording kan weergeven.

Voor de analyse werden alle interviews letterlijk getranscribeerd. Vervolgens werden deze transcripten geanalyseerd met gebruik van Nvivo, een programma geschikt voor kwalitatieve analyse (Smith & Osborn, 2007; Smith et al., 2009; Van Parys, 2013). Eerst werd het

transcript een aantal keer doorlezen om vertrouwd te raken met de inhoud. Tijdens het lezen werden descriptieve, linguïstische en conceptuele nota's gemaakt. Delen in het interview die overbodig bleken, werden geschrapt. Na het herhaaldelijk doornemen van het interview en het maken van de nodige aantekeningen, volgde een eerste codering (Smith & Osborn, 2007; Smith et al., 2009; Van Parys, 2013). Vervolgens werd elk transcript gecodeerd met gebruik van Nvivo. Waarna de coderingen volgens thema geclusterd werden. Zo werd er stapsgewijs een boomstructuur (zie bijlage 3) opgemaakt. Tijdens het coderen werden memo's aangemaakt voor bedenkingen, deze werden later ook gecodeerd. Als laatste stap werd per code gezocht naar gelijkenissen en verschillen tussen de participanten. Aan de hand van die bevindingen en de boomstructuur werd de uiteindelijke tekst samengesteld.

4. Onderzoekresultaten

In wat volgt worden de onderzoekresultaten besproken. Hierbij worden de deelvragen als leidraad gebruikt. Allereerst wordt de invulling van ouderschap en opvoeding beschreven. Vervolgens wordt melding gemaakt van de concrete ondersteuning door het eigen netwerk en hulpverlening. Ten slotte volgt het onderdeel stigmatisering en vooroordelen. Om de privacy van de deelnemers te respecteren, worden fictieve namen gebruikt. Andere mogelijke details, zoals namen van kinderen, worden geanonimiseerd.

4.1 Ouderschap en opvoeden

4.1.1 Co-ouderschap

Het merendeel van de moeders hebben, voor of tijdens hun opname, gebroken met hun nog gebruikende partner. Twee vaders hebben een co-ouderschap regeling. De verstandhouding met de ex-partner is voornamelijk slecht. Het behouden van een relatie, in functie van het co-ouderschap, is voor hen daarom niet eenvoudig.

“Ik [probeer] dan om ergens naartoe te gaan en dat K. ne keer naar hem kan gaan want ik zelf wil d’er niet bij zijn .. voor mijn eigen af te schermen .. en da’s ook niet nodig om d’er bij te zijn, da’s tijd voor hem en zijn vader maar dat is ‘t enigste moeilijke .. wat da’k niet weet hoe da’k het moet doen.” (Leen, zoon van dertien)

Zowel voor de participanten als voor ex-partners die *clean* zijn, lijkt vertrouwen naar de gebruikende ouder bepalend in het toelaten van contact. Ze willen zekerheid dat het kind niets kan overkomen. Het gebruik wordt vaak ingezet om de ouder contact met het kind te ontzeggen, iets wat op onbegrip stuit.

“Zij nam het mij dan kwalijk da’k drugs verkoos boven haar en mijn kind eigenlijk .. En ik nam het haar kwalijk da’k C. niet meer mocht zien .. dus da’s eigenlijk een ja, een spiraal, een neerwaartse spiraal van haat en .. euhm .. ja ik gebruikte dan steeds meer en meer.” (Laurens, dochter van zeven)

Ondanks de moeilijke relatie met ex-partners vinden de participanten dat, zowel de moeder als vader, hun verantwoordelijkheid moeten opnemen. Vanwege de eigen verstandhouding, maar ook de gevoeligheid van het onderwerp, is het voor de respondenten moeilijk om over hun ex-partner te praten met het kind.

4.1.2 Gezinsplanning

Bij vijf van de zestien ouders waren één of meerdere kinderen gepland in de periode van matig of intensief gebruik. Bij één ouder was haar zwangerschap een bewuste keuze om op die manier *clean* te blijven. Voor andere ouders was de zwangerschap ongepland. Omwille van de achterliggende familiale redenen, zoals de thuissituatie of de relatie met de partner, vonden de respondenten vaak dat het niet het correcte moment was om een kind te krijgen. Omdat ze geen abortus wouden en/of toch een kinderwens hadden, besloten ze het kind te houden. Het merendeel van de moeders had geen positieve ervaring met hun zwangerschap. Wendy vertelde dat het gebruik haar gevoelloos maakte en ze hierdoor geen contact had met haar ongeboren kind.

“Als ik zo nu vrouwen zie die zwanger zijn, vind ik dat zo mooi. Die genieten van diene buik al ten eerste, die voelen al dat contact. Ik heb dat allemaal niet gehad, dat was allemaal, ik had geen gevoel.” (Wendy, dochter van vijftien)

Hoewel men probeerde om *clean* te blijven tijdens de zwangerschap, was dit voor velen niet vol te houden voor de volledige negen maanden. Ze stonden voor de keuze of ze al dan niet eerlijk zouden zijn over het gebruik naar de gynaecoloog toe. De ouders die het vertelden, kregen positieve reacties, al was het vertellen op zich niet makkelijk voor hen. Andere ouders gingen tijdens hun zwangerschap naar de hulpverlening. Ze wouden begeleid worden om tijdens de zwangerschap *clean* te blijven en/of een mogelijke plaatsing na de geboorte te vermijden.

“Voor dat hij geboren was, zijn we zelf naar zo een centrum gestapt .. voor te zeggen van ja dat we verslaafd zijn en d’er iets wouden aan doen .. voor dat onze, voor dat iemand anders maatregelen zou pakken.” (Pieter, dochter van twaalf en zoon van drie)

Hoewel de meeste moeders een moeilijke zwangerschap hadden, was de geboorte van hun kind wel een mooi en gelukkig moment. Wanneer een vergelijking gemaakt werd tussen de moeders en de vaders, was het frappant dat de vaders het vaker moeilijker hadden met de geboorte van hun kind. Ze voelden zich niet klaar voor het vaderschap. Hoewel er ook moeders waren die zich niet klaar voelden, had dit bij de vaders een vrij directe weerslag op hun gebruik.

“C. is geboren en .. ik voelde mij eigenlijk nog niet klaar om papa te worden en mijn ex was eigenlijk ook nog niet super klaar om mama te worden en .. daarin zijn we ergens mekander verloren .. euhm .. heb ik dan mijne toevlucht gezocht en gevonden in drugs eigenlijk.” (Laurens, dochter van zeven)

4.1.3 Gezinscontext

4.1.3.1 Plaatsing kind

Enkele participanten maakten zelf de keuze om hun kind bij familie of de ex-partner onder te brengen omdat ze er zelf niet voor konden zorgen. Bij andere ouders greep de familie zelf in omdat ze de situatie problematisch vonden. Of het nu om eigen keuze ging of niet, het was/is voor hen moeilijk om hun kinderen niet te zien. Dit heeft ook een invloed op hun gebruik, als wijze van *coping*. Hoewel de ouders het moeilijk vinden, ervaren ze het deels ook positief. Ze vinden zelf dat ze op dat/dit moment niet kunnen instaan voor de opvoeding en dat het de beste keuze was/is.

Bij twee van de acht ouders was de plaatsing in de hulpverlening een vrijwillige keuze vanwege de thuissituatie. Bij de andere zes was de plaatsing gedwongen en een rechtstreekse aanleiding van hun gebruik. Zowel de vrijwillige als de gedwongen plaatsing was een emotioneel zware gebeurtenis voor de participanten.

“Dat was gewoon, dat was de hel. Dat was wel een keerpunt maar ik kon dat keerpunt niet zomaar gedaan maken. Ik ben vrijwillig binnen gegaan niet omdat dat mij is opgelegd en ook niet met [het gedacht van] als ge binnen gaat, [heb je] K. weer.” (Leen, zoon van dertien)

Het is moeilijk voor deze ouders om over opvoeding en ouderschap te praten wanneer het over een kind gaat dat niet bij hen woont. Ze ondervinden ook moeilijkheden met het uitvoeren van een ouderrol op de momenten dat hun kind wel bij hen is.

“Dus de opvoeding van die paar uurkes en dat staat nog los van tegen, wat ik tegen hem zeg, van is dat wel ‘t zelfde ‘t geen dat hem ginder krijgt? Alé da’s ook niet zo simpel. Van bij mij mag hem dat misschien wel en daar mag hem dat niet en .. da’s niet gemakkelijk als dat kind niet altijd bij u is.” (Dorien, zoon van negen)

4.1.3.2 Heropbouwen relatie

Binnen de opname in De Kiem werd er met de ouders vaak gewerkt rond het opbouwen van een relatie met het kind. Het bleek voor hen moeilijk om de zorgen voor het kind weer op zich te nemen.

“Da’s geleidelijk aan opgebouwd geweest .. Maar dat was niet gemakkelijk en dan met hulp van Tipi, CKG is dat hier een beetje goed gekomen .. maar zeker niet gemakkelijk .. van alleen zijn naar terug een kind bij u, die drukte.” (Anke, zoon van zeven)

Ouders, zowel vanuit het MSOC als De Kiem, die hun kinderen een lange tijd niet hadden gezien, ondervonden moeilijkheden om de relatie weer op te bouwen. Ze hadden op dat moment nood aan steun van hulpverleners. Ook de stap om terug contact op te nemen met het kind en de relatie terug op te bouwen, ging voor sommige respondenten gepaard met drempels. Zo was het voor Wendy moeilijk om de ouderrol weer op te nemen nadat ze dit vijf jaar lang niet had gedaan.

“Ik [was] al weg van haar drie jaar dus die verantwoordelijkheid heb ik zelf ook nooit genomen.[...] Mensen zeggen van alé waarom pak je u dochter niet bij je? Omdat ik op dat moment iets had van .. pff hoe moet ik dat doen?” (Wendy, dochter van vijftien)

Voor enkele ouders vormde de schrik om afgerekend te worden op basis van de verslavingsproblematiek een drempel om, via de jeugdrechtbank, het contact met het kind te herstellen.

“[Ik] heb mij d’er efkes bij neergelegd. [...] Ze [ex-partner] gaat dat oprakelen van mijn verleden en de rechter gaat dat natuurlijk niet ja.” (Pieter, dochter van twaalf en zoon van drie)

4.1.4 Invulling opvoeding en ouderschap

Bij het merendeel van de respondenten gaan de voornaamste opvoedingsdoelen zich karakteriseren in twee doelstellingen: er zijn voor de kinderen en bespreekbaarheid van alles. Ze willen een liefdevolle, warme omgeving voorzien en een fijne jeugd voor hen verwezenlijken. De ouders vinden het belangrijk dat de kinderen beleefd, respectvol, eerlijk en gedisciplineerd kunnen zijn. De vraag wat voor hen belangrijk is in de opvoeding is vrij makkelijk te beantwoorden. Wat ouder zijn voor hen betekent, lag veel moeilijker. Voor de meeste ouders wordt ouderschap ingevuld als iets dat je niet los laat en waar je aan verbonden blijft. Ze vinden dat je als ouder er moet zijn voor je kind en hen een goede jeugd moet bezorgen. Echter, door hun problematiek verloopt ouderschap niet steeds hoe ze het zich hadden voorgesteld.

Uit de transcripten kan worden afgeleid dat de invulling van de opvoedingsdoelen en ouderschap wordt beïnvloed door de eigen problematiek, opvoeding en hulpverlening. De invloed van de eigen problematiek is vooral zichtbaar in het onderwerp ‘Wat als mijn kind gebruikt?’. De participanten willen vermijden dat hun kind dezelfde weg op gaat. Ze voelen zich sterk verbonden met dit onderwerp vanwege het eigen verleden. Het merendeel van de ouders gelooft dat een goede opvoeding, gebruik door het kind, kan voorkomen. Participanten met oudere kinderen schatten later gebruik lager in. Ze geven aan dat de

leeftijd van het kind een belangrijke rol speelt. Hoe ouder het kind, hoe realistischer druggebruik wordt, maar ook hoe beter ze die inschatting kunnen maken.

“Da’s duidelijk, ik wil niet dat mijn kind gebruikt maar hoe we daar mee zouden omgaan enzo .. dat veranderd omdat enderzijds Z. wordt ouder dus het wordt ergens realistischer.” (Rebecca, drie zonen van tien, twee en vijf maand)

De ouders denken ook na over hun mogelijke reactie. De ene is wat strenger dan de andere. Allen houden ze er wel rekening mee hoe het voor hen was en wat voor hen werkte. Het lijkt voor de respondenten vooral belangrijk dat de kinderen hun gebruik met hen bespreken. Al zijn ze niet zeker in hoeverre ze iets over het eigen gebruik zouden vertellen. De meeste ouders hebben wel het gevoel dat, wanneer hun kind gebruikt, ze dit sneller zullen opmerken dan andere ouders. Ze vinden zelf dat de eigen ouders, hun problemen pas opmerkten als het al te laat was. Zelf willen ze dit vermijden. Wanneer men naar de invloed van de eigen opvoeding kijkt, valt het op dat vooral de vaders zich zeer sterk afzetten tegenover de eigen opvoeding.

“[Vader zijn] voor mij betekent dat .. alles zijn wat dat mijn vader niet was .. maar pff over wat gaat dat dan? Over zeggen ik ben fier of zeggen ik zie u graag of euh .. ‘t gevoel geven dat er iemand achter mij stond. Dat heb ik nooit niet gehad, toch niet van mijn pa, van mijn ma wel.” (Koen, dochter van acht en zoon van vier)

De ouders zijn niet negatief over de gehele eigen opvoeding. Het gaat vooral om bepaalde punten waar zij zich aan stoorden en die ze zelf anders willen doen. Veel ouders halen zo ook positieve punten uit de eigen opvoeding. Open praten is echter iets wat velen gemist hebben. Vooral wanneer hun ouders zelf kampten met een verslaving en hier niet eerlijk over waren. Wanneer de ouders zelf geen sterke en/of positieve ouderfiguur hebben gekend, vinden ze het moeilijk om ouderschap en opvoeden in te vullen.

Hoe groot is de invloed van de hulpverlening hier in? Het merendeel van de participanten heeft nood aan opvoedingsondersteuning, maar is die hulpverlening ook zichtbaar in hun ideeën over opvoeding en ouderschap? De elementen die mogelijks blijven doorwegen zijn het belang van een goede relatie en structuur in de opvoeding, alsook hulp durven vragen aan het netwerk en professionals. De ouders die intensief werken rond opvoeding, geven aan dat ze tal van zaken meenemen maar er wel hun eigen toets aan geven.

4.1.5 Kijk op ouderschap en gebruik

Geen enkele participant keurt gebruik als ouder goed. Hoewel ze het afkeuren, zoeken ze wel naar een manier om hun gebruik te nuanceren. Dit doen ze vooral door zichzelf te vergelijken met anderen. Zo worden er vergelijkingen gemaakt met ouders die niet gebruiken

om op deze manier aan te tonen dat een slechte opvoeding niet steeds te wijten is aan gebruik. Een andere veel gehanteerde vergelijking is op basis van het type product en de invloed daar van.

“Weet ge het hoort niet samen ouderschap en drugsgebruik maar .. ‘t geeft, valt ook te zien in welke mate. Ge hebt ouders die dat hun kinderen verwaarlozen door dat ze gebruiken, dat hun kinderen hun eigen plan laten trekken of overal dumpen en ge hebt mensen die dat af en toe keer gebruiken of sommige mensen keer cannabis roken, ne keer een saf of een joint smoren, daarvoor zijde geen slechte ouder.” (Frank, dochter van acht en zoon van vier)

Ouders die *clean* zijn, hebben het gevoel dat hun mening veranderd is en ze nu strenger zijn geworden over gebruik als ouder. Al stellen ze het niet allen even scherp. Ze lijken daarbij een onderscheid te maken tussen hun acties en intenties. Ze stellen dat in tegenstelling tot hun gedrag, de liefde voor het kind en hoe men zich als ouder ziet niet veranderd door het gebruik. Waar alle ouders het over eens zijn, is dat een verslaving geen goed voorbeeld is voor een kind. Gebruik in het bijzijn van wordt door hen dan ook sterk bekritiseerd.

“Die doen het dan voor de ogen van het kind en dat kan er bij mij niet in. Want als ge dat nu doet, dat zit daar in. [...] ‘t is niet dat ze het niet beseffen. [...] Ik heb zoiets van alles wat die nu zien, ja die pakken daar iets van mee.” (Nick, zoon van één)

4.1.6 Opvoedingssituatie

Sommige ouders vonden dat ze door hun gebruik meer afwezig waren. Ze sliepen veel, waren regelmatig buitenshuis of ze waren er niet met hun volle gedachte bij. Ze vonden dat gebruik niets deed aan hun intenties rond opvoeding maar wel aan de uitvoering. Hierdoor ging men minder activiteiten doen met het kind. De ouders gaven verder aan dat ze lakser, niet mee met de ontwikkeling en egoïstisch waren. Wanneer het fout liep, beseften sommigen dat het zo niet verder kon en dat wat gebeurde niet juist was. Volledig stoppen met gebruiken, bleek echter moeilijker dan gedacht.

“Kan mij nog goed herinneren dat ze keer naar de cocaïne aan [het] kruipen was en da’k net op tijd alles had weggetrokken. Da’k peinsde eigenlijk zijn wij d’er hier echt zot. Ik heb mij veel zot verklaard. Gewoon ja .. da’s niet verantwoord, da’s niet normaal. [...] Op die momenten, dat dat gebeurd. Weet ik heel goed van dat kan hier echt niet meer. Maja eh ‘k ga der wel vanaf geraken.” (Tessa, dochter van vier)

De ouders probeerden steeds om binnen de situatie tot een zo goed mogelijk ouderschap te komen. Wanneer ze bij het kind gebruikten, ondernamen ze soms voorzorgsmaatregelen.

“Ben d’er altijd, in het mate van het mogelijke, als ik dan wakker en helder was heel .. alé correct me omgegaan. Zelfs in mijn gebruik was ik alé als ik wist da ik ging stuiken of da’k ging gebruiken, legde ik hem in zijn box dat hij toch al veilig lag.” (Cynthia, twee zonen van zeven en twee)

Voor de meeste ouders was gebruik in bijzijn van het kind absoluut te vermijden, voornamelijk omdat het een slecht voorbeeld gaf. Meer specifiek gingen de vaders daarom het gebruik plannen. Ze namen tal van maatregelen zodat het kind niet in contact kon komen met drugs. Ze gebruikten dan niet in het bijzijn van het kind maar waren wel onder invloed. Voor een groot deel van de vaders en moeders was dit geen probleem. Ze vonden niet dat hun gedrag in die mate beïnvloed werd dat het een onveilige situatie creëerde. Door hun jarenlange gebruik, diende het middel vooral om te kunnen functioneren. Het zijn de bijkomende gedragingen die, voor hen, een groter probleem vormden. Zoals de gevolgen van het afkicken en de *craving* naar het product. Bij het afkicken, omschreven ze zichzelf als prikkelbaar en ziek. De ouders voelden zich wel schuldig over hun gebruik. Sommige gingen daarom hun gedrag compenseren door onder andere meer toe te geven, meer activiteiten te doen of meer cadeaus te geven aan hun kind.

“Ik probeer dat ook wel te compenseren. Omdat ik zo iets heb van .. ja ik weet dat niet. In mijn gevoel ben ik dan een minder goede moeder. Als ik dan toch nog nekeer smoor dan ga ik met hem naar de speeltuin omdat zo te compenseren.” (Sarah, twee zonen van zes en drie)

Overcompensatie gebeurde niet enkel tijdens het gebruik maar ook wanneer men *clean* was. De respondenten wilden de periode waarin men afwezig was, goedmaken. Het compenseren van de gemiste periode leek vooral een struikelpunt voor de vaders.

“Daarmee da’k overcompenseer nu .. dat pakt dat, neemt niet weer wat ik verloren ben toen .. maar voor mijn eigen wat te sussen. Da’s het geen dat mij het nijgste pijn doet aan heel die .. ‘t feit dat ik gebruikt heb voor mij als persoon, ‘k heb daar eigenlijk niet zo veel problemen mee maar ‘t feit wat da’k gemist heb dat wel. Dat komt niet meer weer, dat zijde kwijt. (Koen, dochter van acht en zoon van vier)

Wanneer de ouders door hun verslaving minder of niet betrokken waren bij de opvoeding doet het hen goed als ze die ouderrol weer kunnen opnemen. Ze halen veel voldoening uit het ouder-zijn. Zaken die voor andere vanzelfsprekend zijn, krijgen zo een diepere betekenis. De ouders werken bewust aan de band met hun kind. Zo gaan ze meer activiteiten doen dan voorheen. Hoewel de participanten er in slagen om een verbroken band te herstellen,

verloopt dit niet vlekkeloos. Andere ouders vinden echter dat ze soms te dicht staan bij hun kind. Ze hebben het moeilijk om hen los te laten uit schrik dat het fout loopt.

“Want ‘k voel dat al, van ze wil wat meer vrijheid ze durft al verder lopen en ik heb het er wel moeilijk mee. Dus ik voel dat dat wel heel zwaar werk ga worden voor mij in haar pubertijd, ‘k weet nu al dat dat afzien ga zijn .. Alé in mijn beleving, ik wil ze wel vrijheid geven en .. ben dan ook tegelijk bang dat ze fout ga.” (Tessa, dochter van vier)

4.1.7 Kind als belangrijke motivatiebron

Een kind hebben, was voor de participanten zowel een motivatie als een aanleiding met betrekking tot het gebruik. Zo was het kind soms een motivatie om voor een opname te kiezen. De aanwezigheid van dat kind tijdens de opname, zorgde daarbij voor een extra stimulan. Maar ook om voor kortere periodes *clean* te blijven, vormde het kind een motivatie bij sommige ouders.

“Ne keer een verjaardagsfeestje. [...] Toen was ik wel nuchter, dan heb ik mij echt een paar dagen voorgenomen van oké ik gebruik niet. [...] Vanaf de moment da’k weer thuis kwam dan beseffen van nu gaat weer zo lang duren eer da’k haar zie en dan gebruikte ik weer direct.” (Laurens, dochter van zeven)

Dat de combinatie verslaving en ouderschap complex is, maakt het verhaal van Laurens ook duidelijk. Het kind kan zowel een motivatie alsook een aanleiding zijn om meer te gebruiken. Voor de ouders waarbij de kinderen niet bij hen wonen en men ze slechts wekelijks of niet ziet, kan dit een duidelijke aanleiding vormen tot meer gebruik.

“Da’s meestal ja, als ik nu gebruik is’t als mijn kinderen nekeer weggaan terug naar de moeder. Dan val ik altijd in ne put ja. Durf ik dat gemakkelijker te gebruiken. [...] ‘t is ook de motivatie om d’er mee te stoppen maar ‘t is ook de reden om d’er mee te beginnen.” (Frank, dochter van acht en zoon van vier)

Laurens stelde ook dat hoewel hij zijn dochter heel hard miste en hij hierdoor meer gebruikte, dat haar aanwezigheid op zich zijn verslaving ook niet had kunnen doen stoppen of verminderen.

“Moest ik haar wel kunnen zien hebben .. ging ik nog altijd gebruikt hebben .. dus ja daar ging het niet aan gelegen hebben .. euhm maar ja .. langs de andere kant speelde het wel een rol omdat ja ge helpt u eigen naar de afgrond dat is.” (Laurens, dochter van zeven)

4.1.8 Praten over gebruik

Voor de respondenten is met het kind praten over de verslaving een gevoelig thema. Ze willen dat hun kinderen hen niet anders zien en zijn ook bang dat het tegen hen gebruikt zou worden. Ze stellen zich de vraag hoe ze hun eigen verhaal moeten vertellen en met welke bedoeling ze dit zouden doen.

“Ik wil niet dat mijn kinderen mij anders gaan bezien .. dan wie da’k ben nu en niet wie da’k was toen. [...] ‘k zou niet willen dat dat de bovenhand krijgt want dat zou mij wel kwetsen dat .. heel nijg zelfs.” (Koen, dochter van acht en zoon van vier)

Een aantal ouders wou hun kinderen met hun ervaringen waarschuwen voor de gevaren van drugs om zo te vermijden dat ze zelf zouden gebruiken. De ouders die het reeds vertelden, deden dit meestal bij een opname. Wat ze precies zeiden, werd ook aangepast aan de leeftijd van het kind. Wanneer de kinderen ouder waren, hadden zij meer besef van de situatie en riep dit ook vragen bij hen op. De ouders vonden het belangrijk dat ze eerlijk bleven tegenover hun kinderen en dat ze het konden vertellen op hun manier.

“Ja d’er is nooit eigenlijk geen leeftijd goed voor, da’s nooit niet fijn denk ik dat dat kind dat ga moeten horen of te horen krijgt. Maar ik vond wel dat dat nodig was. [...] Omdat ik wist ook dat ze met vragen zat.” (Ellen, drie dochters en één zoon van vijftien, acht, vijf en drie)

De participanten zijn terughoudend in het bespreken van hun verslaving met anderen. De voornaamste reden hiervoor is schrik voor vooroordelen en stigmatisering. De ouders die *clean* zijn, willen niet afgerekend worden op hun verleden. Ze hebben schrik voor de reactie van anderen en de mogelijke veroordeling die hiermee gepaard gaat. Dit speelt ook bij ouders die nog gebruiken. Ze willen niet gezien worden als louter een persoon met een verslaving. Nick vertelt bewust niet over zijn huidig gebruik omdat hij als vader niet wil afgerekend worden en zo zijn kind verliezen. Zijn gebruik zorgt al voor druk op de relatie met zijn vriendin waardoor hij het huidige gebruik verzwijgt voor haar.

“Da’s ook de reden waarom niemand het weet van mijn huidig, sporadisch gebruik zal ik maar zeggen. [...] Ge hebt zo van die mensen die toch de .. Kind en Gezin gaan verwittigen [...] Ik heb geen zin om onze L. te verliezen of dat mijn vrouw uiteen, dat wij uiteen zouden gaan .. dan zie ik onze zoon sowieso niet meer.” (Nick, zoon van één)

4.2 Ondersteuning en hulpverlening

4.2.1 Ondersteuning eigen netwerk

De respondenten rapporteren dat middelenmisbruik veelal samen gaat met een beperkt netwerk. Ouders die *clean* zijn, al dan niet door een opname, geven aan dat het netwerk moet worden heropgebouwd. Voor velen lijkt dit ook effectief te lukken. De vaders lijken echter vrienden te verliezen door de komst van hun kind, een probleem dat door de moeders niet wordt vermeld. Ze vinden dat de vriendengroep sterk verandert en ze op veel minder of zelfs geen vrienden meer kunnen rekenen. Dit heeft een invloed op hun middelengebruik.

“Sinds dat onze L. geboren is eigenlijk tot twee weken erna .. niemand niet meer eigenlijk. Ik heb, ja ik hoor ze nog wel maar ik moet zelf bellen en ja t'is niet meer zoals vroeger. [...] Ze zijn eigenlijk allemaal weggebleven.” (Nick, zoon van één)

Wanneer de ouders, door de verslavingsproblematiek, niet meer in staat waren om zelf voor het kind te zorgen konden elf van de zestien ouders rekenen op hun (schoon)ouders of familie om de zorg voor het kind op zich te nemen. Dit zowel voor korte tot langere periodes. De overige ouders hadden geen steun van hun familie omdat deze hier niet toe in staat waren of wegens een slechte verstandhouding. Naast de opvang van de kinderen gaven de ouders aan dat ze hun netwerk nodig hadden voor emotionele ondersteuning. Voor het merendeel van alle ouders, zowel vanuit het MSOC als De Kiem, lijkt de praktische en emotionele steun van het eigen netwerk bepalend in het behouden van een ouderrol. Ze vroegen zich ook af wat ze zouden zijn of hoe het had kunnen lopen zonder de steun van hun netwerk. Ze schetsten dan vooral een negatief beeld, het kind zou geplaagd zijn door de jeugdrechter en men zou het minder vaak kunnen zien.

Een aantal respondenten gaf aan dat ze liever geen hulp vroegen aan familie en vrienden, zowel in gebruik als *clean*. Hoewel die ouders wel ondersteuning nodig hadden, was het voor hen moeilijk om hulp te vragen. Ze wouden het netwerk niet belasten met hun problematiek. Weten dat ze konden rekenen op het eigen netwerk gaf hen echter wel een gevoel van zekerheid.

“Ik heb dat ook nooit niet gewild. Ze wisten het wel maar ik vond niet dat ik hen moest lastig vallen omdat ik het lastig had .. wat dan juist weer maakte dat ik niet de steun kreeg da'k moest hebben op dat moment.” (Koen, dochter van acht en zoon van vier)

4.2.2 Ondersteuning hulpverlening

4.2.2.1 Betrokken hulpverlening

Buiten de residentiële of ambulante diensten waarbinnen zij werden doorverwezen voor dit onderzoek, zijn de ouders ook betrokken bij tal van andere hulpverlening. Zo zijn er ouders die voor het MSOC of De Kiem reeds een opname en/of ambulante begeleiding hebben doorlopen. Elf van de zestien participanten zijn of waren betrokken bij jeugdzorg waarvan vijf met pleegzorg. Andere betrokken diensten zijn onder andere het OCMW, VDAB en psychiatrie.

Wanneer we specifiek kijken naar pleegzorg blijkt dat bij het merendeel de eigen ouders pleegouders zijn. Dit heeft zowel voor- als nadelen. Het grootste voordeel dat ze rapporteren, is dat de eigen ouders meer bezoek toelaten dan wat het officieel kader voorschrijft. Zo zien ze hun kinderen meer. Het nadeel is dat men het soms moeilijk heeft met andere personen in de opvoeding. Ze gaan niet altijd akkoord met de aanpak van de eigen ouders en het is dan moeilijk als het kind daar verblijft. Dit lijkt ook zo wanneer kinderen binnen de hulpverlening geplaatst worden. Zo ligt Sarah in de clinch met de pleegouder, die geen familielid is.

“Ook zo kwestie van opvoeding als ik nu zie bij die pleegouders ja dat pff nee. [...] Maar die [haar oudste zoon] heeft eigenlijk geen manieren. [...] Die gaat zijn eigen goesting doen en die pleegmoeder laat hem dan doen. En ik vind dat allemaal maar niks.” (Sarah, twee zonen van zes en drie)

4.2.2.2 Ervaringen met hulpverleners

De ouders zijn tevreden over de begeleiding vanuit De Kiem of het MSOC. Er is sprake van een positieve, ondersteunende maar toch strenge relatie. Begrip voelen is cruciaal voor hen. Ook als de hulpverlening is afgerond, willen ze kunnen terugvallen op de vertrouwde hulpverlener. Weten dat men terug kan, geeft hen een vangnet wanneer het moeilijk gaat of bij een mogelijk herval.

De meeste ouders vinden het positief als hulpverleners in de verslavingszorg zich niet beperken tot het middelenmisbruik en zich richten tot hun specifieke noden. Bij die specifieke noden hoort ook de vraag naar opvoedingsondersteuning. Zowel bij de vaders als moeders, *clean* of gebruikende respondenten. Deze ondersteuning is voornamelijk gericht op het heropbouwen van de relatie met het kind, het bereiken van goed genoeg ouderschap en het vermijden van een plaatsing.

“In het verleden toen da’k gebruikte, had ik ook heel wat hulpverlening. ‘k had Kind en Gezin al ingeschakeld, ‘k had CKG ingeschakeld die regelmatig op bezoek kwamen. Om al ondersteuning te krijgen van [kijk hou] mij in de gaten, help mij, ik wil hier goed blijven maar hoe?” (Tessa, dochter van vier)

Betrokkenheid van de hulpverlening met betrekking tot de opvoeding van het kind, wordt niet door elke participant gewaardeerd. Het kunnen toelaten van de hulp is een belangrijke voorwaarde voor hen. Ze hebben eerder een moeilijk contact met opgelegde hulpverlening in vergelijking met vrijwillige.

“Ik had [het] daar vrij moeilijk [mee] om nog ne keer mijn verhaal te doen aan iemand die opgelegd was en da’k al zoveel begeleiding gehad heb en ja ‘t kwam vanuit de rechtbank. [...] ‘k had zo gelijk het gevoel van wat [moet ik] daar tegen gaan vertellen?” (Leen, zoon van dertien)

Wanneer de participanten over negatieve ervaringen spreken, zijn deze voornamelijk gesitueerd binnen de jeugdzorg en/of jeugdrechtbank. De omgang met jeugdzorg en jeugdrechtbank lijkt moeilijk voor hen.

“In het begin vond ik de jeugdrechtbank [...] zo de boeman ma da’s altijd zo omdat ge zit in dat gebruik en het enige dat je hoort zijn dingen dat u ontnomen worden. Dat is, ge hoort van ja kijk we kunnen u geen bezoekrechten geven voila .. en dat is alle keren, alle keren is dat een slag in u gezicht .. omdat op da moment denkt ge niet van .. ahn ja dat is hier geen omgeving voor mijn kind.” (Laurens, dochter van zeven)

Dit wil echter niet zeggen dat vrijwillige hulpverlening steeds vlekkeloos verloopt. De ouders geven aan dat binnen de context van een goede relatie, negatieve ervaringen wel beter geplaatst worden. Ze hebben het gevoel dat de intenties van de hulpverlening juist zitten ook al ging men (eerst) niet akkoord.

4.2.2.3 Drempels in de hulpverlening

De participanten rapporteerden dat ze voor zichzelf soms bepaalde drempels creëren, waardoor het moeilijker werd om naar de hulpverlening te stappen. De ouders geven aan dat ze in eerste instantie zelf de motivatie moesten hebben om iets aan de situatie en/of het gebruik te doen. Andere ouders hebben het gevoel dat ze door hulp te zoeken meer gaan verliezen. Het gaat hier niet enkel om het verliezen van het kind maar ook de mogelijke partner en het netwerk. Weten dat een opname met het kind mogelijk is, is dan ook zeer bepalend voor de respondenten. Het valt op dat dit bij veel ouders niet geweten was voor hun opname. Ze denken dat dit niet mogelijk is, wat hen dan ook tegenhoudt om verdere hulp te zoeken.

“Echt weten waar da’k hulp kon zoeken dat wist ik ook niet en ik had ook de angst om K. te verliezen tot dat het, het uiteindelijk dan zover gekomen is. Maar [had ik] vroeger geweten dat dat bestond De Kiem en dat je daar terecht kost me je kindje en dat ze hem niet [gingen] afpakken. Had ‘k ik dat veel eerder gedaan.” (Leen, zoon van dertien)

De participanten uit het MSOC geven aan dat ze vaak worden doorverwezen naar een psychiater. Ze vinden het echter moeilijk om een geschikte te vinden. Psychiaters lijken niet te willen samenwerken met een drugsverslaafde en/of de ouders voelen zich niet begrepen door hen. De ouders worden ook geweigerd door diensten omdat ze niet binnen het profiel passen. Dit stuit op onbegrip van hun kant. De ouders lijken het moeilijk te hebben met verbintenissen op lange termijn, zoals met de wachtlijsten, maar ook de afspraken. Ze hebben liever rechte toegang tot de diensten, vandaar dat ambulante centra als het MSOC positief worden ervaren door de participanten.

“Dus ik moest een aanvraag indienen voor op de wachtlijst te komen van de bezoekuimte ja .. ma natuurlijk in ‘t gebruik doe je dat niet want ja .. ge weet dat je eigenlijk niet lang genoeg kunt stoppen .. dat wist ik da’k niet lang genoeg ging kunnen stoppen om da vol te houden die wachtlijsten.” (Laurens, dochter van zeven)

4.3 Stigmatisering en vooroordelen

4.3.1 Kijk op vooroordelen en stigmatisering

Het voornaamste vooroordeel en bron van stigmatisering dat besproken werd, was de stelling dat drugmisbruikende ouders slechte ouders zijn. De meningen verschilden sterk, al had dit voor deze groep geen verband met geslacht of het al dan niet *clean* zijn. Het merendeel vond niet dat vooroordelen fout of juist waren maar namen een eerder genuanceerde positie in. Ze zochten naar nuancering vanuit hun eigen ervaring met stigmatisering.

“Ik snap de vooroordelen wel, d’er zijn d’er ook zo veel. Maar ik blijf erbij dat het belangrijk is voor op de juiste manier toenadering te zoeken. D’er zitten veel gevaren zowel bij diegene die hun kind achterlaten als bij diegene die het nog proberen goed te doen. [...] Maar door mensen aan te vallen, ga je niks bereiken. Da is niet wat zij nodig hebben op dat moment.” (Cynthia, twee zonen van zeven en twee)

Een aantal ouders stelden dat hun kijk op vooroordelen veranderde doorheen de tijd. Ze vonden dat ze vroeger defensiever waren dan nu en ze, al dan niet door een opname, van mening zijn veranderd.

“Ik versta dat wel, dat ze dat zeggen en vroeger ging ik daar niet mee akkoord. Nu ga ik d’er ergens ook niet mee akkoord omdat ik nog [altijd] de gedachte heb van niet alle mensen die gebruiken zien daarvoor hun kind niet graag. Daar ben ik van overtuigd dat d’er wel een .. dat den helpt d’er van, ze wel oprecht graag ziet maar gewoon niet weet waar in en waar uit.” (Leen, zoon van dertien)

4.3.2 Ervaring met vooroordelen en stigmatisering

Zeven van de zestien ouders hadden concrete ervaringen met vooroordelen en/of stigmatisering op het vlak van middelenmisbruik als ouder. Bij vijf van hen was deze ervaring in de jeugdrechtbank. Andere ervaringen vonden plaats binnen jeugdzorg, Kind en Gezin, rechtbank of in een ziekenhuis. Binnen de jeugdrechtbank hadden ouders het gevoel dat ze door hun gebruik minder kansen kregen en dus werden gestigmatiseerd.

“Ja maar dan sta je d’er ook wel heel machteloos tegenover als ge zelf niet kunt inzien dat je een gevaar zijt voor jezelf en dat de jeugdrechtbank zegt .. ge gaat helegans goed om met je kind, eigenlijk hebben we daar geen problemen mee .. ge zijt een gevaar voor jezelf dus halen we u kind weg bij u.” (Rebecca, drie zonen van tien, twee en vijf maand)

Enkele ouders gaven aan dat ze door het gebruik ook veel vergaten of toen, op dat moment, geen besef hadden van de stigmatisering. Ze hadden achteraf wel het gevoel dat de vooroordelen en stigmatisering aanwezig waren.

“Op de rechtbank ook alé ja .. ja ja waarschijnlijk wel. Denk da’k het allemaal serieus weggeduwd heb dan. Op diene moment heb ik dikwijls ook wel een schuldgevoel gehad of een minder gevoel ‘k zal het zo zeggen.” (Wendy, dochter van vijftien)

De ouders ondervonden ook vooroordelen en/of stigmatisering in hun omgeving. Zo waren er in totaal dertien ouders die hierover spraken. Het ging dan om reacties en handelingen van vrienden, familie, onbekenden en openbare diensten. Andere vonden dan weer dat ze door hun omgeving en/of hulpverlening niet werden veroordeeld op basis van hun gebruik als ouder maar eerder op hun uiterlijk of hun psychische problematiek.

De respondenten hadden, ongeacht *clean* of niet, schrik om veroordeeld te worden. Ze hadden het gevoel dat er achter hun rug om wel veel stigmatisering was naar hen toe. Het hield hen tegen om met anderen te praten over het gebruik, inclusief met de eigen kinderen. De schrik voor vooroordelen en stigmatisering woog veelal zwaarder door dan de eigenlijke ervaringen.

“t ga vooral over de vooroordelen van mezelf want op die moment denk ik [na] over hoe dat andere mensen gaan denken. Alé op [zich] heb ik daar nooit echt .. euh direct last van gehad .. maar in mijn hoofd heb ik daar enorm veel last van gehad.” (Cynthia, twee zonen van zeven en twee)

Ouders vertelden dat de stigmatisering en confrontatie met vooroordelen steeds een emotionele impact had. Ze gingen vooroordelen als een drempel zien wanneer ze bij eerdere ervaringen met een dienst werden gestigmatiseerd. Het was voor hen een negatieve ervaring en men verloor zo het geloof in die hulp- of dienstverlening.

“Den dokter direct van ja ge mishandelt u kind en dit en dat. [...] Het feit da zij ons zo beschuldigde daar was ik niet goed van. [...] Doet dat dan op een andere manier want uiteindelijk heeft zij ons weggejaagd. Zijn wij niet meer terug gegaan naar daar. Hebben wij ons deuren gesloten bij wijze spreken. Hoewel dat wij wel hulp nodig hadden op [dat] moment.” (Cynthia, twee zonen van zeven en twee)

De ouders vertelden dat door de vaak harde confrontatie, zowel in de omgeving als binnen de hulpverlening, ze zich slecht voelden over zichzelf. Het was voor hen erg pijnlijk en ze wouden deze emoties verdringen. Bovendien werkte het demotiverend.

“Ge wilt dat niet gezegd worden omdat .. dat komt te dicht op u vel, dat is te confronterend.” (Laurens, dochter van zeven)

Enkele participanten gaven aan dat ze geen ervaringen hadden met vooroordelen. Dit kwam volgens hen omdat niemand of slechts een beperkte groep notie had van hun gebruik. Ze stelden dat als ze zwegen, niemand het kon weten en men ook niet gestigmatiseerd kon worden.

“Dat is ook niet meer geweten naar de buitenwereld toe. Het is ja, ik ben heel lang gestopt geweest en nu ja smoor ik wel eens tussendoor ne keer. Maar ja das eigenlijk niet geweten naar de buitenwereld dus ze kunnen op dat vlak niet echt veroordelen.” (Sarah, twee zonen van zes en drie)

Dit speelde ook een rol bij het toezicht in persoonlijke dossiers. Ouders die *clean* waren, gaven aan dat dit vaak een moeilijke beslissing was. In het medische dossier stonden alle gegevens en dus ook de vermelding van het gebruik. Zo vond Rebecca het moeilijk om anderen toegang te verlenen tot haar dossiers. Ze wou zichzelf eerst kunnen bewijzen. Ze was dan ook teleurgesteld toen haar lokale kinderarts, na de toestemming tot inzage, een andere houding aannam. Sindsdien ging ze zijn praktijk zoveel mogelijk mijden.

5. Discussie

5.1 'Construct' ouderschap

Op basis van dit kwalitatief onderzoek met de zestien ouders die via De Kiem en het MSOC werden doorverwezen blijkt dat zij binnen de opvoeding warmte en structuur willen nastreven. Dit zijn elementen die eerder werden omschreven als erg belangrijk in de opvoeding (Kind en Gezin, 2013; NACD, 2011). Het is voor de respondenten wel lastig om ouderschap zelf te omschrijven. Het is dan ook een concept dat moeilijk te omvatten is (De Belie & Van Hove, 2005). Ouder-zijn wordt door de respondenten voornamelijk gelijk gesteld aan hun intenties en niet aan hun acties. Bij de ouders blijkt de invloed van de eigen problematiek, in de invulling van ouderschap en opvoeden, daarbij sterker dan verwacht. Voornamelijk als het over de toekomst van hun kind gaat. Ze willen vermijden dat hun kind dezelfde weg opgaat dan hen, dit onderwerp werd reeds aangehaald in het onderzoek van Vanderplasschen et al. (2015). Voor de participanten brengt dit veel onzekerheid met zich mee, al heeft de leeftijd van de kinderen ook een belangrijke invloed.

Ondanks hun sterke wens om hun kinderen te zien en de wil om betrokken te zijn bij de opvoeding, is het voor hen niet eenvoudig om stappen te ondernemen om het kind terug of meer te zien. Verder verloopt het heropbouwen van een relatie veelal moeizaam en de ouders hebben op die momenten nood aan opvoedingsondersteuning. Omdat het merendeel van de ouders *clean* zijn of op weg zijn naar een *clean* leven, kwam omgaan met de gevolgen van het gebruik meer aan bod. Hieruit blijkt dat naar opvoeding toe, er nog veel hindernissen zijn eens men *clean* is (Vanderplasschen et al., 2015). Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de hulpverlening inspeelt op deze hindernissen en het merendeel van de ouders de steun krijgt die ze nodig hebben.

De zwangerschap is een cruciaal moment. Kinderen kunnen een motivatie vormen, maar de confrontatie met de werkelijkheid en verantwoordelijkheden als ouder kunnen ook een aanleiding zijn tot meer gebruik (Fowler et al, 2015; Vanderplasschen et al., 2015). Kinderen als aanleiding komt bij de ouders meer aan bod dan verwacht. Vooral voor vaders vormde het niet klaar zijn voor het vaderschap, het verliezen van vrienden na de geboorte en het niet zien van kinderen, een aanleiding tot meer gebruik. Hoewel er een kleine groep vaders is geïnterviewd, valt het wel op hoe sterk deze groep verschilt van het idee dat vaders vooral onbetrokken en afwezig zijn. Dit bevestigt eerdere bevindingen over de diversiteit onder vaders met een verslavingsproblematiek (McMahon, 2013; Zahoni et al., 2013). Het viel daarbij ook op dat de vaders eerder de neiging hadden om te compenseren, zowel *clean* als in gebruik. Voor deze beperkte groep kan men stellen, dat vaders met een drugsverslaving wel betrokken vaders willen zijn en specifieke problemen ervaren in hun rol als ouder. Voor

deze groep is het echter niet mogelijk om vast te stellen of de hulpverlening hier voldoende op inspeelt en of de vaders open staan voor opvoedingsondersteuning.

5.2 Opvoedingsondersteuning

Hoewel de participanten aangeven dat hulpverlening voor hen belangrijk is, lijkt de hulp van het eigen netwerk zo mogelijk nog van groter belang. Het merendeel van de ouders achten ondersteuning van het eigen netwerk nodig om een zekere ouderrol te behouden. Dit was voornamelijk zo wanneer personen uit dat netwerk de rol van pleeggezin op zich namen. Binnen de hulpverlening is een goede relatie met hulpverleners en daarbij de (h)erkenning van ouderschap aanbevolen (Grant et al., 2011; Olsen, 2015; Radcliffe, 2011; Vanderplasschen et al., 2010). De participanten zijn algemeen positief over de verslavingszorg. Elementen als een goede relatie met hulpverleners en de (h)erkenning van hun ouderschap worden genoemd. De hulpverlening verloopt voor de ouders vooral moeizaam wanneer ze opgelegd is.

5.3 Stigmatisering en vooroordelen

Bij de start van dit onderzoek was de impact van stigmatisering en vooroordelen op hulpverlening moeilijk in te schatten. In 2008 stelden Vandenstein et al. dat de toegenomen stigmatisering bijdroeg aan het terugtrekken van ouders uit de hulpverlening. De ervaringen van de ouders met vooroordelen zijn echter beperkter dan verwacht. Binnen de verslavingszorg zijn er geen ervaringen, het merendeel situeert zich binnen jeugdzorg. Als we kijken naar vooroordelen en stigmatisering als drempel naar de hulpverlening, is er bij de respondenten pas sprake van drempels wanneer men bij een eerder contact zich gestigmatiseerd voelde. Andere drempels als verkeerde verwachtingen, niet weten dat opname met het kind mogelijk is en niet direct toegankelijke hulp, zijn grotere drempels voor hen. Een confrontatie met vooroordelen en stigmatisering kent wel steeds een emotionele impact. Ouders die nu *clean* zijn, hadden dan vooral een defensieve reactie die past binnen het narratief van *damage qualification* (Rhodes et al., 2010). Op basis van de bevindingen rond het 'construct' zouden we kunnen stellen dat de respondenten bij stigmatisering zich vooral geraakt voelen in hun intenties als ouder. Hoewel geen enkele respondent gebruik als ouder goedkeurt, gaan ze allen op zoek naar nuanceren. Net als binnen de *damage qualification* vergelijken ze zichzelf met andere ouders (Holland et al., 2014; Rhodes et al., 2010; Soyez, 2013). Holland et al. (2014) stellen dat ouders die *clean* zijn een terechte bezorgdheid zien in de vooroordelen en kritischer zijn naar zichzelf. De respondenten die *clean* zijn, geven dit ook aan maar zijn hierin veel genuanceerder dan verwacht. Voor ouders die *clean* zijn, lijkt de schrik om gestigmatiseerd te worden groter dan voorheen. Zo houdt dit hen tegen om met hun eigen kinderen over de verslaving te praten. Men wil niet dat hun eigen kinderen hen zien als een slechte, verslaafde ouder.

5.4 Beleving ouderschap

De beleving van ouderschap bij de respondenten is dat men als ouder, ondanks het gebruik, steeds de juiste intenties heeft naar het kind toe. Het gebruik kan er echter voor zorgen dat hun acties niet steeds overeenstemmen met die intenties. Een kind hebben kan de ouders motiveren, maar kan ook een aanleiding zijn tot meer gebruik. Verslaving is een moeilijk traject van vallen en opstaan (NTA, 2012). Ook voor de respondenten is de toekomst onzeker. Desondanks geven de ouders wel aan dat hulpverlening werkt voor hen. Het is daarom belangrijk dat de hulpverlening ouders, zowel moeders als vaders, blijft ondersteunen en dat men beleidsmatig hier ook de nodige middelen voor vrijmaakt. De meerwaarde van dit onderzoek voor de hulpverlening ligt voornamelijk in de conclusie dat de ouders een onderscheid maken tussen hun intenties en acties. Wanneer ouders denken dat die intenties in vraag worden gesteld, kan dit mogelijks een defensieve reactie veroorzaken.

5.5 Beperkingen en aanbevelingen

Bij de selectie van de participanten zijn bepaalde criteria vooropgesteld. Ouders die op dit moment in De Kiem verblijven, hun kinderen niet meer zien en/of in een crisissituatie verkeren, zijn op die manier uitgesloten. De zestien ouders zijn zo geen volledige representatie van de doelgroep ouders met een drugsverslaving. Dit onderzoek moet daarom eerder gezien worden als een beeld van de beleving onder de zestien respondenten. Het is echter niet mogelijk om in een kleinschalig onderzoek de verscheidenheid van de doelgroep ouders met een verslavingsproblematiek te omvatten. Verder onderzoek naar de beleving van ouders is dan ook nodig. Daarbij zijn alle participanten positief over het MSOC of De Kiem omdat de hulpverlening daar goed loopt of reeds is afgerond. Hierdoor kan mogelijks een positiever beeld over de hulpverlening, vooroordelen en stigmatisering zijn geschetst.

Naar verder onderzoek toe lijkt het van belang om de vaders niet langer buiten het wetenschappelijk onderzoek te laten. Studies over vaders zouden een meerwaarde kunnen zijn voor zowel de wetenschap als de praktijk. Want als bijvoorbeeld uit andere onderzoeken zou blijken dat het ouderschap op zich een sterke aanleiding is tot escalatie van het gebruik, zou dit voor de hulpverlening een uitvalbasis geven om die vaders meer te ondersteunen bij de geboorte van een kind. Daarbij lijkt het ook nodig om verder onderzoek uit te voeren naar de vooroordelen en stigmatisering in de Vlaamse hulpverlening. Hoewel de ervaringen in dit onderzoek beperkt zijn, valt dit vanwege de vernoemde beperkingen moeilijk te veralgemenen naar de gehele doelgroep en hulpverlening. Het zou hierbij ook nuttig zijn om vooroordelen en stigmatisering te onderzoeken vanuit het standpunt van de hulpverlening. Zo kan men een globaal beeld creëren over de rol van vooroordelen en stigmatisering in de Vlaamse hulpverlening.

6. Besluit

Dit onderzoek streefde ernaar een beeld te schetsen over de beleving van ouders met een drugsverslaving. Dit werd onderzocht aan de hand van volgende deelvragen: Hoe vullen ouders met een verslavingsproblematiek het 'construct' ouderschap in? Welke ondersteuning (al dan niet professioneel) achten zij nodig om tot goed ouderschap te komen? Hoe zijn de ervaringen met stigmatisering/vooroordelen met betrekking tot verslaving en ouderschap binnen de Vlaamse hulpverlening en vormt dit een drempel tot het verkrijgen van de gewenste ondersteuning?

Aan de hand van een semigestructureerd interview werden zestien ouders, vanuit het MSOC Vlaams Brabant en De Kiem, bevestigd. Hieruit bleek dat ouderschap een moeilijk in te vullen begrip is. Ouderschap werd door de respondenten voornamelijk gelijk gesteld aan hun intenties. Door het gebruik kon de uitvoering van die intenties wel gebrekkig zijn. Wanneer door de verslavingsproblematiek de band met het kind verstoord was, ondervonden de ouders hindernissen om die weer op te bouwen. De respondenten gaven aan dat er zeker nood is aan opvoedingsondersteuning, zowel tijdens het gebruik als wanneer men *clean* is. De steun van het eigen netwerk bleek echter belangrijker voor hen, voornamelijk in het behouden van een zekere ouderrol.

Hoewel de ervaringen met vooroordelen en stigmatisering minder bleken dan verwacht, mag de impact ervan niet miskend worden. Uit het onderzoek is gebleken dat er steeds een emotionele impact is. Hieruit volgde de assumptie dat de ouders zich bij die ervaringen aangesproken voelden in hun intenties als ouder. Ouders ervaren drempels naar de hulpverlening toe, maar de rol van stigmatisering en vooroordelen is daarin relatief.

In dit onderzoek werden zowel moeders als vaders bevestigd. Vaders zijn vaak ondervertegenwoordigd binnen het wetenschappelijk onderzoek. Men maakt voornamelijk de veronderstelling dat een drugsverslaafde vader afwezig is. De vaders in dit onderzoek spreken dat echter tegen. Daarbij bleek dat zij het moeilijker hebben met het ouderschap in vergelijking met de moeders.

De beleving van ouderschap door de respondenten houdt in dat men als ouder steeds betrokken is en de juiste intenties heeft. Elke ouder heeft een persoonlijk verhaal en specifieke noden. De hulpverlening kon hier voor de participanten aan tegemoet komen. Deze masterproef toonde vooral dat opvoeding en verslaving een traject is met ups en downs. De participanten gaven wel aan steun en hulp terug te vinden in het kader van de hulpverlening. Dit schetst bijgevolg een positief beeld over de werking van verslavingszorg ondanks de problemen en vooroordelen waarmee de participanten te kampen hebben.

7. Bibliografie

- Asueta-Lorente, J-F. (2011). Chapter 12: Drug users with children (addicted parents and children related issues). In J. Antoine, P. Blanckaert, E. Plettinxk, & J.C.H. van Bussel (red.), *Belgian National Report on Drugs 2011* (pp. 235- 273). Brussels: Scientific Institute of Public Health
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Walters-Noordhof, Groningen.
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99(5), 552-559. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00664.x
- Baten, S. (2013). *Onderzoek naar prevalentie van en ondersteuning voor kinderen van drugsverslaafde ouders binnen de regio Gent*. Masterproef, Universiteit Gent.
- Beck, J. (2012). *De ouder-kind relatie na een residentieel behandelingsprogramma voor verslaafde ouders en hun kinderen*. Masterproef, Universiteit Gent.
- Beekman, C., & Neiderhiser, J. (2013) Behavioral genetic perspectives on substance abuse and parenting. In Mayes, L., Pajulo, M., & Suchman, N. (red.). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (pp.63-86). New York: Oxford University Press
- Benoit, C., Magnus, S., Phillips, R., Marcellus, L., & Charbonneau, S. (2015). Complicating the dominant morality discourse: mothers and fathers' constructions of substance use during pregnancy and early parenthood. *International Journal for Equity in Health*, 14. doi:10.1186/s12939-015-0206-7
- Calle, D., Lemaitre, C., Littera, L., Storme, E., & Van Rompaeye, E. (2013). *De Tipi, een afdeling voor verslaafde moeders en vaders met jonge kinderen*. Geraadpleegd op 9 mei 2015 via www.dekiem.be/documents/tekst/tekst%20website%202013.pdf
- Chandler, A., Whittaker, A., Williams, N., McGorm, K., Cunningham-Burley, S., & Mathews, G. (2014). Mother's little helper? Contrasting accounts of benzodiazepine and methadone use among drug-dependent parents in the UK. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 21(6), 470-475. doi:10.3109/09687637.2014.930814

- Chaplin, T., & Sinha, R. (2013). Stress and parental addiction. In Mayes, L., Pajulo, M. & Suchman, N. (red.). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (pp.22-43). New York: Oxford University Press
- Claeys, N. (2010). Genderspecifieke hulpverlening aan drugverslaafde vrouwen. *Verslaving*, 7(1), 73-82.
- De Belie, E., & Van Hove, G. (2005). *Ouderschap onder druk: Ouders en hun kinderen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen/Appeldoorn: Garant.
- Doab, A., Fowler, C., & Dawson, A. (2015). Factors that influence mother-child reunification for mothers with a history of substance use: A systematic review of the evidence to inform policy and practice in Australia. *International Journal of Drug Policy*, 26(9), 820-831. doi:10.1016/j.drugpo.2015.05.025
- Fewell, C. (2011). An attachment and mentalizing perspective on children of substance-abusing parents. In Straussner, S. & Fewell, C. (red.). *Children of substance abusing parents*. (pp.29-48). New York: Springer Publishing Company.
- Fonda, M., Eni, R., & Guimond, E. (2013). Socially constructed teen motherhood : A review. *The International Indigenous Policy Journal*, 4(1).
- Forrester, D., & Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol: effective interventions in social work and child protection*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Fowler, C., Rossiter, C., Sherwood, J., & Day, C. (2015). New Understandings of Mothering: Mothers in an Abstinence-Based Drug Treatment Program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(2), 173-184. doi:10.1007/s11469-014-9518-x
- Francis-Connolly, E. (2003). Constructing parenthood: Portrayals of motherhood and fatherhood in popular American magazines. *Journal of the Association on Mothering*, 5(1), 179-185.
- Geinger, F., Vandenbroeck, M., & Roets, G. (2014). Parenting as a performance: Parents as consumers and (de) constructors of mythic parenting and childhood ideals. *Childhood-a Global Journal of Child Research*, 21(4), 488-501. doi:10.1177/0907568213496657

- Gilchrist, G., & Taylor, A. (2009). Drug-using mothers: Factors associated with retaining care of their children. *Drug and Alcohol Review, 28*(2), 175-185. doi:10.1111/j.1465-3362.2008.00017.x
- Gillies, V. (2005). Meeting parents' needs? Discourses of 'support' and 'inclusion' in family policy. *Critical Social Policy, 25*, 70-90.
- Grant, T., Huggins, J., Graham, J. C., Ernst, C., Whitney, N., & Wilson, D. (2011). Maternal substance abuse and disrupted parenting: Distinguishing mothers who keep their children from those who do not. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2176-2185. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.07.001
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., . . . Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 1-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012
- Het Veerhuis-Siddartha vzw (2015). *Activiteitenverslag 2014*. Geraadpleegd op 23 september 2015 via <http://www.msoc-vlaamsbrabant.be/wie-zijn-wij/jaarverslag-2013/>
- Holland, S., Forrester, D., Williams, A., & Copello, A. (2014). Parenting and Substance Misuse: Understanding Accounts and Realities in Child Protection Contexts. *British Journal of Social Work, 44*(6), 1491-1507. doi:10.1093/bjsw/bcs197
- Hser, Y.-I., Lanza, H. I., Li, L., Kahn, E., Evans, E., & Schulte, M. (2015). Maternal Mental Health and Children's Internalizing and Externalizing Behaviors: Beyond Maternal Substance Use Disorders. *Journal of Child and Family Studies, 24*(3), 638-648. doi:10.1007/s10826-013-9874-3
- Hunt, R. W., Tzioumi, D., Collins, E., & Jeffery, H. E. (2008). Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiate in-utero. *Early Human Development, 84*(1), 29-35. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.01.013
- Jolin, L. (2012). *Coping with drug problems in the family*. London: Sheldon Press.
- Kelley, M. L., French, A., Bountress, K., Keefe, H. A., Schroeder, V., Steer, K., . . . Gumienny, L. (2007). Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors, 32*(4), 675-685. doi:10.1016/j.addbeh.2006.06.010

- Kelley, M. L., Klostermann, K., Doane, A. N., Mignone, T., Lam, W. K. K., Fals-Stewart, W., & Padilla, M. A. (2010). The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggression and Violent Behavior, 15*(1), 76-82. doi:10.1016/j.avb.2009.09.002
- Kerwin, M. E. (2005). Collaboration between child welfare and substance-abuse fields: Combined treatment programs for mothers. *Journal of Pediatric Psychology, 30*(7), 581-597. doi:10.1093/jpepsy/jso45
- Kind en Gezin (2013). Het ABC van baby tot kleuter. Brussel: Kind en Gezin.
- Klee, H. (1998). Drug-using parents: analyzing the stereotypes. *International Journal of Drug Policy, 9*, 437-448.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction, 107*(1), 39-50. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x
- Lussier, K., Laventure, M., & Bertrand, K. (2010). Parenting and Maternal Substance Addiction: Factors Affecting Utilization of Child Protective Services. *Substance Use & Misuse, 45*(10), 1572-1588. doi:10.3109/10826081003682123
- Mariën, H. (2015). Bouwen aan de ouderlijke interventies voor druggebruikende vaders. *Exponent, 4*, 4-6.
- Marusiewicz, A., Macatee, R., Guller, L., & Lejuez, C. (2013). Impulsivity and addiction in parents. In Suchman, N., Pajulo, M., & Mayes, L. (red.). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (pp. 43-62). New York: Oxford University Press.
- Masquelin, M. (2012). *Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van (ex-)drugverslaafde ouders met case management als ondersteuningsvorm*. Masterproef, Universiteit Gent.
- McMaho, T. (2013). Substance-abusing fathers: a developmental perspective. In Suchman, N., Pajulo, M., & Mayes, L. (red.). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (pp.156-171). New York: Oxford University Press

- McMahon, T. J., Winkel, J. D., & Rounsaville, B. J. (2008). Drug abuse and responsible fathering: a comparative study of men enrolled in methadone maintenance treatment. *Addiction, 103*(2), 269-283. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02075.x
- Morris, M., Seibold, C., & Webber, R. (2012). Drugs and having babies: An exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women. *Midwifery, 28*, 163-172. doi: 10.1016/j.midw.011.03.002
- National Advisory Committee on Drugs [NACD] (2011). *Parental substance misuse: Addressing its impact on children*. Dublin, Stationary Office.
- National Treatment Agency for Substance Misuse [NTA] (2012). Parents with drug problems: How treatment helps families. *London: National Treatment Agency for Substance Misuse*.3-7.
- Neger, E. N., & Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review, 39*, 71-82. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.004
- Niccols, A., Milligan, K., Smith, A., Sword, W., Thabane, L., & Henderson, J. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: A systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse & Neglect, 36*(4), 308-322. doi:10.1016/j.chiabu.2011.10.007
- Nichols, S., Nixon, H., & Rowsell, J. (2009). The 'good' parent in relation to early childhood literacy: symbolic terrain and lived practice. *Literacy, 43*(2), 65-74. doi:10.1111/j.1741-4369.2009.00519.x
- Olsen, A. (2015). Punishing parents: Child removal in the context of drug use. *Drug and Alcohol review, 34*, 27-30. doi: 10.1111/dar.12219
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs-Education Prevention and Policy, 17*, 44-62. doi:10.3109/09687637.2010.514192
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal, 27*(5), 448-465. doi:10.1002/imhj.20100

- Peled, E., Gavriel-Fried, B., & Katz, N. (2012). "I've Fixed Things Up": Paternal Identity of Substance-Dependent Fathers. *Family Relations*, 61(5), 893-908. doi:10.1111/j.1741-3729.2012.00729.x
- Radcliffe, P. (2011). Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Social Science & Medicine*, 72(6), 984-991. doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.017
- Rhodes, T., Bernays, S., & Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1489-1497. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.028
- Richter, K. P., & Bammer, G. (2000). A hierarchy of strategies heroin-using mothers employ to reduce harm to their children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 403-413. doi:10.1016/s0740-5472(00)00137-9
- Rutherford, H., Potenza, M., & Mayes, L. (2013). Understanding substance abuse and its implications for parenting. In Mayes, L., Pajulo, M. & Suchman, N. (red.). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (pp.2 -23). New York: Oxford University Press
- Salo, S., & Flykt, M. (2013). The impact of Parental Addiction on Child development. In Mayes, L., Pajulo, M., & Suchman, N. (red.). *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (pp.195-210). New York: Oxford University Press
- Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., & Catalano, R. F. (2009). Predicting Functional Resilience Among Young-Adult Children of Opiate-Dependent Parents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 283-290. doi:10.1016/j.jadohealth.2008
- Slettebø, T. (2013). Partnership with Parents of Children in Care: A Study of Collective User Participation in Child Protection Services. *British Journal of Social Work*, 43(3), 579-595. doi:10.1093/bjsw/bcr188
- Smith, J. , & Osborn, M. (2007). *Interpretative phenomenological analysis*. Geraadpleegd op 9 oktober 2015 via http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/17418_04_Smith_2e_Ch_04.pdf
- Smith, J., Flowers, P., & Larking, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. London, UK: Sage.

- Soyez, V. (2013). Druggebruik en ouderschap: Reflecties over 'ouderschap' door drugsverslaafde ouders die onder toezicht staan van een voorziening voor kindbescherming. *Exponent*, 1, 5-6.
- Soyez, V. (2015, november). *Ouderschap en problematisch druggebruik – Op zoek naar een dialoog rond kwetsbaarheid*. Lezing op de MaPa studiedag 'Op stap met KOAP-ouders. Leuven: MaPa.
- Stengel, C. (2014). The risk of being 'too honest': drug use, stigma and pregnancy. *Health Risk & Society*, 16(1), 36-50. doi:10.1080/13698575.2013.868408
- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health and Justice*, 3(2), 1-15. doi: 10.1186/s40352-015-0015-5
- Street, K., Whitlingum, G., Gibson, P., Cairns, P., & Ellis, M. (2008). Is adequate parenting compatible with maternal drug use? A 5-year follow-up. *Child Care Health and Development*, 34(2), 204-206. doi:10.1111/j.365-2214.2007.00789.x
- Suchman, N. E., Rounsaville, B., DeCoste, C., & Luthar, S. (2007). Parental control, parental warmth, and psychosocial adjustment in a sample of substance-abusing mothers and their school-aged and adolescent children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 1-10. doi:10.1016/j.jsat.2006.07.002
- Taylor, A., & Kroll, B. (2004). Working with parental substance misuse: Dilemmas for practice. *British Journal of Social Work*, 34(8), 1115-1132. doi:10.1093/bjsw/bch132
- Thienpont, J., van Zelst, M., Pannecoucke, S. & Vanderstraeten, K. (2010). De ambulante werkingen van De Kiem. *Therapeutisch programma voor druggebruikers*, 18, 3-9.
- Torres, M., Sng, R., & Deane, F. P. (2015). Establishing a Parenting Program for Fathers in Substance Abuse Treatment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(2), 273-288. doi:10.1002/anzf.1105
- Van Hove, G., & Claes, L. (2011). *Qualitative Research and Educational Sciences: A reader about useful strategies and tools*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Van Parys, H. (2013). *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): a practical implementation*. [PowerPoint]
- Van Rompaeye, E. (2012). *Ontwikkeling van kinderen van drugsverslaafde ouders na het volgen van een residentieel behandelingsprogramma voor ouder en kind*. Masterproef, Universiteit Gent.

- Vandensteen, F., Traen, A., Aelvoet, G., & Van Bouchaute, J. (2008). HELP Kinderen: hulpverlening en laagdrempelig project voor kinderen van drugverslaafde ouders. *Verslaving*, 7(2), 62-74.
- Vanderplasschen, W., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2002). Opvoedingsondersteuning van drugsverslaafde ouders en hun jonge kinderen. In W.R. Buisman e.a. (red.). *Handboek verslaving: hulpverlening, preventie en beleid* (pp.1-24) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vanderplasschen, W., Autrique, A., & De Wilde, J. (2010). Drugsverslaafde ouders. In *Kinderen en Adolescenten: problemen en risicosituaties: Gezin*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vanderplasschen, W., Van Rompaye, E., Vandevelde, D., & Littera, L. (2015). Geen kinderspel! Opvoeding door aan drugs verslaafde ouders na residentiële ouder-kind behandeling. *Verslaving*,3.
- Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 79-89. doi: 10.1192/apt.bp.106.002386
- Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs (2009) *Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015*. Geraadpleegd op 4 november 2015 via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-tabak,-alcohol-en-drugs-2009-2015/>
- Wells, K. (2009). Substance Abuse and Child Maltreatment. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 345. doi:10.1016/j.pcl.2009.01.006
- Whitty, M., & O'Connor, J. (2007). Opiate dependence and pregnancy: 20-year follow-up study. *Psychiatric Bulletin*, 31, 450-453. doi: 10.1192/pb.bp.106.011585
- Zanoni, L., Warburton, W., Bussey, K., & McMaugh, A. (2014). Are all fathers in child protection families uncommitted, uninvolved and unable to change? *Children and Youth Services Review*, 41, 83-94. doi:10.1016/j.childyouth.2014.03.014

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

Het gezin

- Gezinscontext
 - Hoeveel kinderen heb je?
 - Hoe oud zijn je kinderen?
 - Met wie woon je samen?
 - Hoe verloopt het contact met de vader/moeder van je kind(eren)?
 - Hoe zou jij jouw gezin omschrijven?
- Gezinsplanning
 - Was de zwangerschap of zwangerschappen een bewuste keuze?
 - Had je voordien een kinderwens?
 - Hoe verliep de voorbereiding op de komst van je kind(eren)?
 - Hoe was het voor jou om mama/papa te worden?

Ouderschap en opvoeden

- Invulling van het 'construct' ouderschap
 - Wat betekent mama/papa zijn voor jou?
 - Wat vind jij belangrijk in de opvoeding van je kind(eren)?
 - Hoe zou jij de ideale opvoeding omschrijven?
 - Wie of wat heeft jouw ideeën over opvoeden beïnvloed?

Optioneel

- Welke verwachtingen stel je naar jezelf als ouder?
- Heeft de eigen opvoeding een invloed op hoe je zelf als ouder bent?
- Zijn er bepaalde zaken die voor jou opvoeden moeilijker maken? (vb werkloosheid, financiële problemen, huisvestingsproblemen, ..)

- Vind jij dat problemen zoals een verslaving opvoeding beïnvloeden? Zo ja, op welke wijze?
- De opvoeding
 - Wat vind je moeilijk binnen de opvoeding van je kind(eren)?
 - Wat vind je leuk binnen de opvoeding van je kind(eren)?
 - Hoe vul jij de vrije tijd van je kind(eren) in?
 - Hoe zou je de band met je kind(eren) omschrijven?
 - Hoe verloopt het contact met de school van je kind(eren)?

Optioneel

- Kan je een belangrijke positieve gebeurtenis in de opvoeding beschrijven?
- Kan je een belangrijke negatieve gebeurtenis in de opvoeding beschrijven?
- Hoe geef jij de eigen persoonlijke problemen een plaats in de opvoeding?
- Ervaar je gevolgen voor je kind(eren)?
- Bespreek je de eigen problemen met je kind(eren)?
- Is er een periode geweest waarbij je gescheiden leefde van je kind(eren)? Zo ja, hoe heb je dit ervaren?

Ondersteuning en hulpverlening

- Ondersteuning
 - Hoe zou je het eigen netwerk omschrijven?
 - Van wie of wat krijg je hulp bij de opvoeding?
 - Vind je die hulp nuttig?
 - Vind je dat hulp nodig is? Zo ja, is de hulp die je krijgt voldoende voor jou?

Optioneel

- Krijg je veel advies over opvoeding? Zo ja, van wie en hoe ervaar je dit?

- Heb je personen waar je op kan rekenen wanneer je even niet voor je kind kan zorgen?
- Hulpverlening
 - Met welke hulpverleningsdiensten ben je al in contact gekomen? (gezondheidszorg, verslavingszorg, jeugdzorg, ..)
 - Vind je hulpverlening voor je kind(eren) eerder ongewenst of gewenst?
 - Vind je de hulpverlening voor jezelf eerder ongewenst of gewenst?
 - Heeft hulpverlening gericht op je kind(eren) jou al geholpen? Zo ja, op welke manier?
 - Heeft hulpverlening gericht op jezelf jou al geholpen? Zo ja, op welke manier?
 - Hoe zou je de relatie met hulpverleners omschrijven?
 - Vind je dat hulpverlening nodig is? Zo ja, is de hulpverlening die je krijgt voldoende voor jou?

Optioneel

- Kan je een positieve ervaring met hulpverlening gericht op jezelf omschrijven?
- Kan je een negatieve ervaring met hulpverlening gericht op jezelf omschrijven?
- Kan je een positieve ervaring met hulpverlening gericht op je kind(eren) omschrijven?
- Kan je een negatieve ervaring met hulpverlening gericht op je kind(eren) omschrijven?
- Vind je dat je correct behandeld wordt binnen de hulpverlening? Verschilt dit naargelang de sector en/of dienst?

Stigmatisering

- Eigen visie en ervaringen
 - Heb je zelf ervaringen met vooroordelen/stigmatisering? Zo ja, op welke manier en waar?
 - Hoe sta je zelf tegenover de vooroordelen rond ouders met een (ex)verslavingsprobleem?
 - Heb je het gevoel dat je door vooroordelen anders wordt behandeld?

Optioneel

- Heb je het gevoel dat de vooroordelen een invloed hebben op de manier waarop je over jezelf denkt?
- Stigma als drempel
 - Merk je vooroordelen in de hulpverlening gericht op jezelf?
 - Merk je vooroordelen in de hulpverlening gericht op je kind?
 - Wat doen die vooroordelen met jou?
 - Ben je door vooroordelen wantrouwig naar diensten toe?
 - Zorgen vooroordelen ervoor dat je bepaalde diensten niet bezoekt?

Bijlage 2: Informed consent

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Vakgroep Orthopedagogie

Onderzoeker Tsane De Kesel

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, verklaar op de hoogte te zijn dat dit interview wordt gevoerd voor de masterproef van Tsane De Kesel, studente aan de Universiteit van Gent.

Ik verklaar dat ik de nodige informatie heb gekregen over het doel van dit onderzoek. Ik weet dat de gegevens uit het interview op een vertrouwelijke en anonieme manier verwerkt worden en dat ze enkel worden gebruikt voor het onderzoek.

Ik ga akkoord dat het interview wordt opgenomen en weet dat die gegevens voor maximum 24 maanden bewaard worden. Mijn deelname aan dit onderzoek is uit totale vrije wil. Ik weet dat ik op elk moment mijn deelname kan stoppen. Hiervoor ben ik niet verplicht om een duidelijke reden te geven. Mijn deelname stopzetten heeft ook geen negatieve gevolgen voor mij.

Ik weet dat ik bij verdere vragen contact kan opnemen met de onderzoeker, Tsane De Kesel.

Gelezen en goedgekeurd op (datum),

Naam deelnemer:.....

Handtekening deelnemer:

Naam onderzoeker:.....

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 3: Boomstructuur

❖ Ondersteuning en hulpverlening

➤ Ondersteuning familie en vrienden

- Familie en partner
- Vrienden
- Nood aan steun

➤ Ondersteuning hulpverlening

- Betrokken hulpverlening
 - Algemeen
 - Specifiek
 - Hulp in opvoeding
 - Jeugdrechtbank
 - Pleegzorg
 - Opname
 - Met kind
 - Zonder kind
- Ervaring met hulpverlening
 - Drempels
 - Nood aan hulpverlening
 - Positieve ervaring
 - Negatieve ervaring
 - Relatie met hulpverleners
 - Steun hulpverlening
 - Verwachtingen

❖ Ouderschap en opvoeden

➤ Bijkomende psychische problemen

➤ Co-ouderschap

- Kijk op co-ouderschap
- Verstandhouding met ex

➤ Gezinscontext

- Kind bij hen
 - Band met kind
 - Thuisituatie
- Kind niet bij hen

- Bij andere niet hulpverlening
 - Contact met kind
 - Ervaring
 - Reden
- Bij hulpverlening
 - Contact met kind
 - Ervaring
 - Reden
- Heropbouwen relatie
- Drempels kind terug

➤ **Gezinsplanning**

- Beleving zwangerschap
- Gepland of ongepland
- Voorbereiding komst kind
- Ouder worden

➤ **Invloed gebruik**

- Gebruik en ouderschap
 - Eigen kijk
 - Kijk op ouderschap en gebruik
 - Reden gebruik
 - Vergelijken met andere
 - Gedrag als ouder
 - Compenseren
 - Opvoedingssituatie
 - Gevolgen kind
 - Kind als motivatie, afleiding of aanleiding
- Herval
- Keerpunt
- Praten over gebruik
 - Met andere
 - Met kinderen
- Schrik kind verliezen
- Wat als kind gebruikt?

➤ **Opvoeding**

- Betekenis ouder zijn
- Invulling opvoeding
 - Invloed eigen opvoeding
 - Invloed hulpverlening
 - Invloed problematiek
- Opvoedingsdoelen
- **School**
- **Verloop opvoeding**
 - Activiteiten
 - Moeilijkheden in opvoeding
 - Wat loopt goed?
- **Werken aan zichzelf**
- ❖ **Stigmatisering**
 - **Eigen kijk**
 - **Ervaringen met vooroordelen**
 - Ervaringen
 - Impact
 - Niet geweten, geen vooroordelen
 - Rol van dossier
 - Vooroordelen als drempel
 - **Zelf stigma**