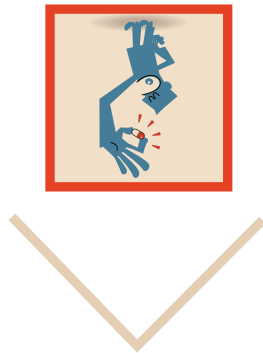


OP BEZOEK BIJ MR. EN MEVR. ROES

WERKEN AAN
PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK
IN DE THUISSITUATIE





INHOUDSTAFEL

INLEIDING	3
1 DRUGS IN HUIS	4
2 IK HEB GEEN PROBLEEM – OF TOCH?	7
2.1 HARM REDUCTION	8
2.2 MOTIVERENDE GESPREKSVOERING	10
2.3 HERVAL	13
3 THUIS ONTWENNEN	15
4 WAT MET DE KINDEREN?	23
5 WAT MET DE PARTNERS?	27
6 ZELFHULP	28



0 | INLEIDING

Hulpverleners die werken in de thuiscontext krijgen meer en meer te maken met problematisch gebruik van legale en illegale drugs en van hen wordt verwacht ook met deze problematiek aan de slag te gaan. Dit leidt tot veel onzekerheid omdat men expertise mist of meent te missen.

Deze onzekerheid gecombineerd met het vaak zware en chronische beeld van verslaving maakt dat werken rond middelengebruik wel eens uit de weg gegaan wordt. Dat is jammer, want zelfs eenvoudige, kortdurende interventies kunnen langdurige positieve effecten hebben.

LAAGHANGEND FRUIT

Inspelen op milde en matige problemen met middelen biedt kans op verandering en succeservaringen voor hulpverlener en cliënt, en bovenal kan je voorkómen dat iemand afglijdt naar een ernstige verslaving.

Ook bij ernstige problemen kan het ter sprake brengen van middelengebruik meer opleveren dan te zwijgen (uit angst om de cliënt te verliezen, bijvoorbeeld). Wanneer je een motiverende gesprekstijl hanteert, zal je ontdekken dat er heel wat waardevolle aspecten bespreekbaar en hanteerbaar zijn. Als je weet waar te kijken, vind je veel laaghangend fruit, klaar om geplukt te worden.

KERNGEDACHTEN

In vijf bijeenkomsten tussen verslavingswerkers en thuisbegeleiders werden enkele kernthema's uit de verslavingszorg voorgesteld, en werd geprobeerd ze te verzoenen met het complexe werken in de thuiscontext.

Dit document is een neerslag van deze bijeenkomsten. De oorspronkelijke bedoeling was om samen een specifieke expertise te ontwikkelen voor het omgaan met middelengebruik in de thuiscontext. Gaandeweg stelden we een evolutie vast in de attitude en de bereidheid bij thuisbegeleiders om te werken met middelengerelateerde problematiek.

Doorheen de vergaderingen, telkens toegespitst op een ander thema, kwamen de volgende kerngedachten steeds terug:

- De cliënt blijft zo veel mogelijk aan het stuur
- Samenwerken rond verandering veronderstelt ontlokken van motivatie aan de cliënt
- Stoppen met gebruik is niet het enige zinvolle behandeldoel

Deze syllabus is geen studieboek. Het is wél een instrument om tot gesprek te komen. De ambitie is, om op basis van de verzamelde expertise, telkens voort te bouwen. Op deze manier hopen we meer hulpverleners vertrouwd en gemotiveerd te maken om middelengerelateerde problemen te herkennen en aan te pakken.

1 | DRUGS IN HUIS

Legale of illegale middelen aantreffen bij iemand thuis geeft veel interessante aanknopingspunten voor gesprek. In uitzonderlijke situaties komt er gevaar bij kijken: bv. in geval van een overdosis of wanneer er kinderen aanwezig zijn.

GEBRUIK JE?

De beste manier om te weten te komen of iemand gebruikt, is er simpelweg naar vragen bij de intake. Als de vraag ongecompliceerd en niet-oordelend gesteld wordt, komt het antwoord meestal vanzelf.

Heel wat cliënten geven anderzijds bij de eerste contacten sociaal wenselijke antwoorden, hoe vlot het gesprek ook verloopt. Blijf dus steeds alert.

Je kan ook de effecten van gebruik of eventueel van de ontwenning proberen op te merken. Hiervoor verwijzen we naar de pagina's met productinformatie van de website van de druglijn.

Wanneer een cliënt niet ingaat op je pogingen om een gesprek aan te gaan over je observaties, kan het interessant zijn je bedenkingen bij een volgend contact te herhalen.

ZIJN ER MIDDELEN IN HUIS?

Voor cliënten met een verslaving, vormt de beschikbaarheid van middelen een 'trigger'. Alleen al te weten dat er nog iets in huis is, werkt magnetisch naar hernieuwd gebruik. Als de voorraad groot is, kan controleverlies optreden, met overmatig gebruik of zelfs overdosis tot gevolg.

Door erover te spreken, is het mogelijk dat je cliënt hulp vraagt bij het verwijderen van de middelen, om zichzelf te beschermen.

ZIE JE MIDDELEN LIGGEN?

Soms worden verslavende middelen aangetroffen bij een huisbezoek. Flessen of glazen met alcohol vormen de aanleiding om een gesprekje over alcohol te beginnen. Rondslingerende lege blisters, een toilettas vol oude medicatie e.d. kunnen de gelegenheid bieden om over rationeel gebruik van medicatie te spreken.

Illegale drugs worden meestal met meer schroom of achterdocht bewaard. Je kan ze beter opmerken, als je wat elementaire kennis hebt van producten en van de attributen om ze te gebruiken. Ook hiervoor kan je terecht op de website van de druglijn.

WAAR LIGT HET?

Wie gebruikt, heeft allicht ergens in huis drugs, alcohol of kalmeerpillen liggen: vraag ernaar. Waar wordt het bewaard? Is het een veilige plaats, zeker als er kinderen in huis zijn?

Pak dit gesprek zo aan, dat cliënten zelf gaan nadenken over de veiligheid van hun huisgenoten en in het bijzonder de kinderen: zo worden hun competenties vergroot, en voelen ze zich in hun autonomie gerespecteerd.

Cliënten vertellen soms dat ze op verschillende plaatsen flessen of drugs bewaren of verstopten, tot op het punt dat ze zelf niet meer weten waar precies. Wanneer iemand abstinentie wilt bereiken, wordt in de loop van een behandeling vaak gevraagd om de woning middelenvrij te maken; een klus die sommige cliënten zelf moeilijk alleen kunnen afwerken.

ALARM!

In de thuiscontext kan je in alarmerende situaties terecht komen. Neem bij twijfel over een overdosis contact op met de arts van je team, de huisarts, EPSI, of bel meteen de hulpdiensten. Als de cliënt weigert hulp aan te nemen, noteer dan minstens zijn weigering en deel je verantwoordelijkheid met je team. Je kan wel opvolging installeren door bv. de huisarts dezelfde dag nog op huisbezoek te laten komen, te vragen aan een collega om later die dag nog eens langs te gaan, ...

ZELF DOEN

Verantwoordelijkheid - 1

Over 'verantwoordelijkheid' zijn er geen vaste regels, maar is wel grote zorgvuldigheid geboden: registreer en deel wat je zelf onderneemt. Als je je eigen acties niet kan of durft te delen met je team, klopt er iets niet aan hoe je handelde.

Verantwoordelijkheid - 2

Als hulpverlener draag je wel de verantwoordelijkheid om te blijven spreken over het middelengebruik. We spreken voorzichtig én doortastend: we laten niet toe dat het onderwerp omzeild wordt. We gaan op zoek naar een gemeenschappelijk doel om een samenwerking aan te gaan. Wanneer de cliënt zich in de voorbeschouwingsfase bevindt en er dus niet aan denkt te veranderen, is het aan ons het thema toch op de agenda te houden. Dit doen we via motiverende gespreksvoering.



**VERANTWOORDELIJKHEID
LIGT
OP
MEERDERE
FRONTEN**

Verantwoordelijkheid - 3

We nemen altijd verantwoordelijkheid op voor wie het zelf niet kan: de kinderen.

'Neem alsjeblieft alles mee!'

Deze woorden uitspreken, is al een grote stap. Het is mogelijk dat de mid-delen zélf verwijderen voor de cliënt niet haalbaar is. Bespreek in de eerste plaats of jullie het samen kunnen doen, bv. samen naar de apotheek met medicijnen, samen naar het ziekenhuis of de politie met illegale drugs.

Beslis met je team of jullie wel of niet drugs gaan vervoeren wanneer een cliënt daarom vraagt, en werk een protocol uit.

VOORBEELDPROTOCOL

1. Verwittig je coördinator voor je iets meeneemt
2. Vul een vervoersdocument in en laat het tekenen door de cliënt
3. Overleg dit protocol met de lokale politie

Wanneer de cliënt vandaag zegt dat je alles mag meenemen, betekent dat niet dat hij morgen geen nieuwe voorraad kan hebben. Om hierop in te spelen kan je, tegelijk met het meenemen van bijvoorbeeld medicatie, ook een verandering installeren, zoals een thuisverpleegkundige die voortaan de medicatie verstrekt.

VALKUILEN

- Let op voor agressie onder invloed.
- Neem geen middelen ongevraagd in beslag .
- Vervoer niet zelf een persoon onder invloed – bel de hulpdiensten.
- Leg niet zomaar de verantwoordelijkheid voor het bewaren van drugs, alcohol of medicatie bij de partner. Betrek deze persoon in het hele proces, maak goede afspraken en bewaak zijn of haar draagkracht.

VERWIJZINGEN

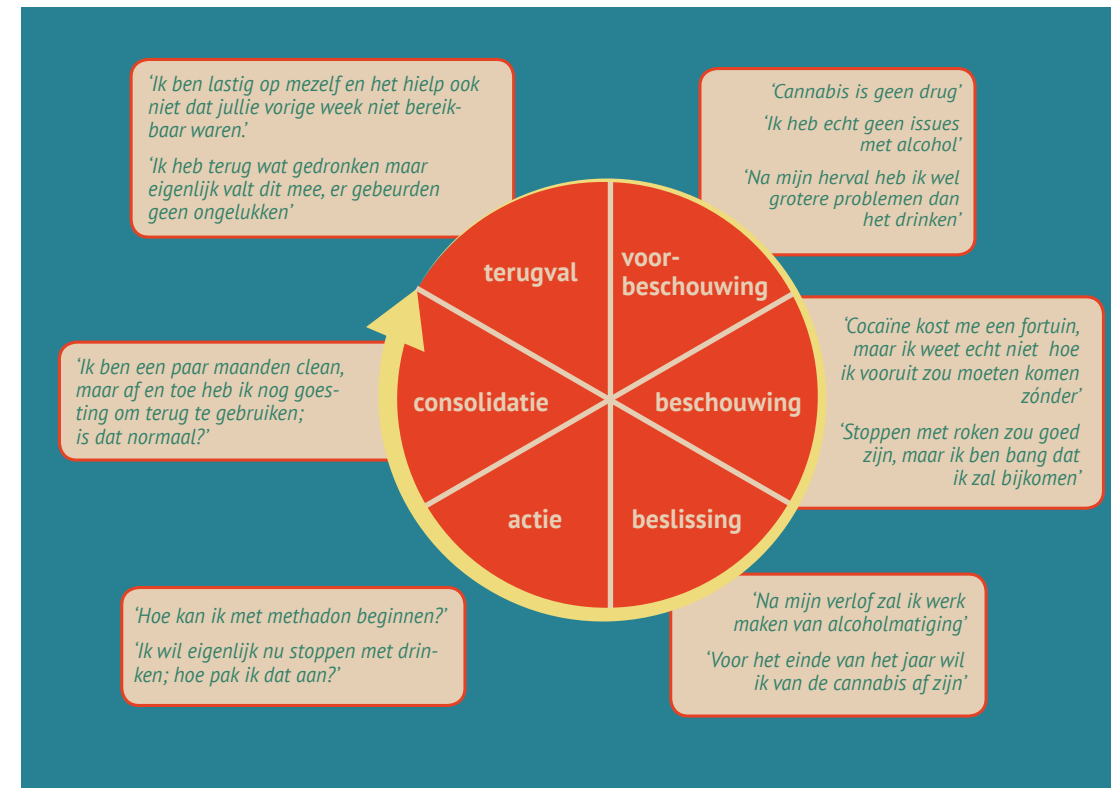
www.druglijn.be/drugs-abc

motiverende gespreksvoering: zie deel 2.2 op pagina 10.

2 | IK HEB GEEN PROBLEEM – OF TOCH?

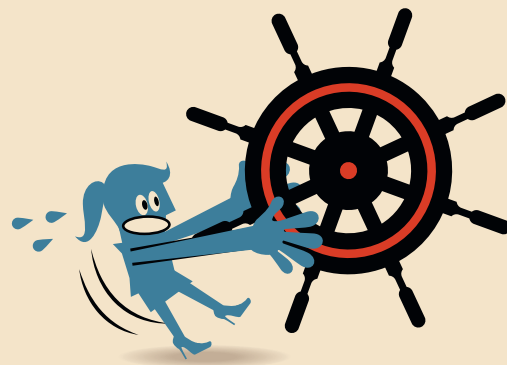
We kennen allemaal cliënten die overduidelijk een probleem hebben met alcohol of andere drugs, maar niet in beweging komen om dit aan te pakken. Hoe kan een hulpverlener hier iets aan veranderen? Een goed begin is het standpunt van de cliënt te leren kennen.

Eenzijds helpen **motiverende gespreksvoering** en de **cirkel van verandering** om te onderzoeken hoe ver cliënten van verandering afstaan en wat de redenen daarvoor zijn. Cliënten voelen bij deze verkenning snel je onvoorwaardelijke interesse en respect voor de ambivalentie aan.



Anderzijds kan het zijn dat de cliënt er weloverwogen voor kiest om te blijven gebruiken. In dat geval kan gewerkt worden rond matiging of het op andere manieren veiliger maken van gebruik.

Hoe dan ook zal de efficiëntie vergroten en de samenwerking versoepelen als je samen werkt aan het door de cliënt gekozen doel.



2.1 | HARM REDUCTION

PRAKTISCH EN HAALBAAR

Sommige mensen willen of kunnen (nog) niet stoppen met hun gebruik. Daarop toch aansturen verstoort de therapeutische relatie. Dikwijls is het wél mogelijk andere, vaak praktische en haalbare doelen te bespreken, om de schade voor de cliënt en zijn omgeving te beperken.

De therapeutische band blijft behouden en via een omweg werken we ook aan het middelengebruik; en wie weet wordt abstinentie – de ultieme schadebeperking – toch ooit bereikt!

GEZOND VERSTAND

Schadebeperkingsinterventies komen voort uit het gezond verstand. Waar heeft de cliënt last van en hoe kunnen we daar op inspelen? Tot welke minimale veranderingen is hij al bereid, om zijn eigen veiligheid en die van anderen te verhogen? Interventies die de levenskwaliteit verhogen op andere gebieden dan enkel het druggebruik (bv. huisvesting) horen ook bij schadebeperking.

CLIËNT AAN HET ROER

Harm reduction zet in op autonomie: de cliënt wordt gezien als de belangrijkste speler om zijn eigen problemen het hoofd te bieden.

T: Je hebt dus vaak ruzie met je vrouw door je drinken.

C: Ja! Ik wou dat ik dat zou kunnen verminderen.

T: Ik heb een idee, maar het is aan jou om te zeggen of het je wat lijkt.

Zou het je lukken regelmatig een glas water te drinken tussen je glazen alcohol?

C: Misschien. Al weet ik lang niet zeker of het zal lukken, zeker niet tussen elke twee biertjes.

T: Dat geeft niet, elk glas minder betekent winst voor jou en je gezin.

INSPIRATIE

Ter inspiratie vermelden we een aantal klassieke 'harm reduction' interventies, waarmee het begrip vooral bekend is geworden. Terwijl er bij de start veel argwaan was naar het 'faciliteren van druggebruik', blijkt intussen dat de gezondheidswinst ruimschoots belangrijker is.

1. Substitutiebehandeling

Wie verslaafd is aan heroïne, kan ervoor kiezen de drug te vervangen door substitutiemedicatie (methadon of buprenorfine). De lichamelijke afhankelijkheid blijft, maar anderzijds hoeven er geen (onzuivere) drugs meer op straat gekocht te worden. De persoon blijft daarmee uit de illegaliteit en ook de criminaliteit die verbonden is aan het verwerven van de drug. Verder kunnen de levensomstandigheden gestabiliseerd of zelfs verbeterd worden en tenslotte vermindert de kans op de verspreiding van virussen zoals HIV en hepatitis B en C door onveilig gebruik.

Ook rokers die overschakelen op een e-sigaret kiezen voor substitutie: hun nicotineafhankelijkheid wordt onderhouden maar dan zonder de schadelijke tabaksverbranding...

2. Spuitenruil

Steriel materiaal voor het injecteren van drugs wordt verdeeld, terwijl de gebruikte spuiten veilig worden opgeruimd. Zo wordt zowel voor de gebruiker als voor derden (bij prikongevallen met zwerfspuiten) het risico op besmetting met HIV of Hepatitis C verminderd. Bij een ruilmoment worden steeds schadebeperkende boodschappen gegeven.

3. Gebruiksruimtes

In gebruiksruimtes, zoals ze op verschillende plaatsen ter wereld zijn ingericht, kunnen drugs gebruikt worden onder medisch toezicht. Zo wordt enerzijds de veiligheid van de cliënten verhoogd en anderzijds de overlast voor de omgeving beperkt. Bovendien kunnen cliënten via deze laagdrempelige weg in contact komen met de hulpverlening.

ZELF DOEN: TOEPASSINGEN

Matiging van gebruik is een schadebeperkende maatregel. Heel wat cliënten kunnen met extra aandacht, voorbereiding of het inbouwen van afstand tot hun middel ten minste tijdelijk verminderen. Maak een plan over hoe ze dit denken te kunnen bereiken en hoe dit kan opgevolgd worden. Als hulpverlener blijf je consequent steunend en niet-veroordelend in je opvolging.

Matiging kan verschillende vormen aan nemen:

Matiging door zich concrete hoeveelheden voor te nemen.

Wat vindt de cliënt een beter niveau van gebruik?

- slechts 1 joint per dag
- max 3 biertjes per dag

- geen sterke drank meer drinken
- ...

Matiging door abstinente dagen of periodes in te bouwen

- enkel tijdens het weekend
- niet voor 18u

Beveiligen van gebruik is maatregelen nemen om het gebruik voor de cliënt of zijn omgeving veiliger te maken:

- niet in huis roken
- niet gebruiken wanneer kinderen in huis zijn
- joints vervangen door een cannabis-vaporizer
- enkel in gezelschap gebruiken
- ...

2.2 | MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Om te veranderen is motivatie de allerbelangrijkste factor.

Mensen veranderen hun middelengebruik wanneer ze

- last ervaren;
- inzien dat die last te maken heeft met hun gebruik (moeilijk!);
- perspectief hebben op verbetering van de levenskwaliteit door die verandering;
- zelfvertrouwen hebben.

Zeker rond inzicht en zelfvertrouwen kunnen we met de cliënt werken, op de andere twee factoren hebben we minder impact.

Elke hulpverlener kan leren om aan een cliënt motivatie te ontlokken.

Motiverende gespreksvoering sluit nauw aan bij het model van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente. Zij ontdekten dat de motivatie zich ontwikkelt via verschillende stadia, die zich kunnen herhalen. De opeenvolgende stadia zijn: voorbeschouwing, beschouwing, beslissen, actie, bestendigen en eventueel hervat. Pas na diverse 'rondes' vinden de meeste gebruikers de weg naar de uitgang uit de cirkel (voor meer informatie, zie 'verwijzingen' op p.14).

ZELF DOEN: DE BASIS VAN MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

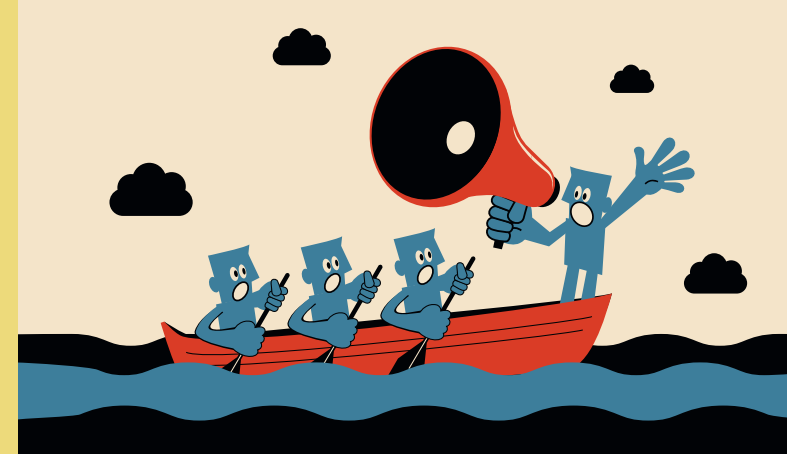
1. Kiezen is moeilijk

De hulpverlener neemt een accepterende houding aan, en gaat uit van de overtuiging dat ambivalentie normaal is.

2. Waarom zou ik veranderen?

Het is belangrijk dat de discrepantie tussen het huidige gedrag van de cliënt en zijn belangrijke doelen of waarden vergroot wordt. De cliënt moet ontdekken waarom het belangrijk voor hem is om te veranderen.

MOTIVATIE IS DE BELANGRIJKSTE FACTOR



Daarom is het niet de hulpverlener die die argumenten om te veranderen benoemt, maar de cliënt.

3. Samen kom je verder

Discussie of rechtstreeks proberen te overtuigen werkt averechts. Kenmerk van de relatie tussen hulpverlener en cliënt is samenwerking en partnerschap.

4. Weerstand is een signaal...

... om van strategie te veranderen, want het betekent dat de hulpverlener niet goed afgestemd is op de cliënt. Daarom wordt weerstand niet zozeer bestreden als wel erkend en onderzocht.

5. Cliënt aan het roer

Het onderstrepen van de centrale rol die de cliënt zelf speelt bij verandering, versterkt de motivatie en leidt tot minder weerstand en beter volhouden van verandering.

6. Complimentjes

Als een hulpverlener vertrouwen heeft in de cliënt en in zijn capaciteiten en dat duidelijk laat merken, raakt ook de cliënt overtuigd van zijn capaciteiten. Die overtuiging is een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering.

7. Last but not least

Verandertaal is alle uitspraken over redenen en noodzaak om te veranderen, de wil en wens om te veranderen, de mogelijkheden om te veranderen, het engagement en de voorbereidingen tot verandering die iemand heeft getroffen: 'ik wil', 'ik zou moeten', 'ik zal', 'ik kan', ...

ONTLOKKEN VAN VERANDERTAAL

Motiverende gespreksvoering wil zoveel mogelijk verandertaal ontlokken en in de verf zetten. Door de cliënt erover te laten uitweiden, zal hij zichzelf meer en meer uitspraken horen doen over verandering, over waarom hij dat

belangrijk vindt, wat dat hem zal opleveren, enz. Bovendien doet hij dit uit vrije wil! De kracht van verandertaal zit hem erin dat dit de motivatie zal doen toenemen.

C: Waar ik het meeste last van heb is geld.

T: Hoezo? Maak je je daar zorgen over?

C: Wel, ik geef zoveel geld uit aan cocaïne, dat ik mijn rekeningen niet meer kan betalen.

T: Vertel me eens over de laatste keer dat dat gebeurde.

C: Gisteren heb ik 150 euro opgemaakt. Zo is mijn uitkering snel op!

T: Hoeveel zorgen maak je je om die geldkwestie?

C: Voortdurend! Ik slaap er niet van... Ik krijg brieven van deurwaarders... Binnenkort staan ze aan de deur! Ik moet iets doen!

MENU VAN KEUZEMOGELIJKHEDEN

In vrijheid kiezen uit meerdere keuzemogelijkheden maakt de kans op volhouden van de zelfgekozen verandering groter (en is vaak een uitweg uit weerstand). Inspiratie kan vaak gevonden worden in een voorafgaand gesprek met de cliënt: wat wil hij zelf, wat vindt hij belangrijk?

INTERVENTIES TIJDENS DIE LASTIGE VOORBESCHOUWINGSFASE

In deze fase van de cirkel van verandering kijk je mee over de schouder van de cliënt, en grijp je elke gelegenheid aan om het onderwerp 'middelen' aan te roeren. Wie weinig vertrouwd is met werken rond middelen, zal het thema soms omzeilen, en het gebruik daarmee indirect ondersteunen. Je kan je bijvoorbeeld bezig houden met psycho-educatie, in een poging om klachten te verbinden aan het middelengebruik. Je kan bewustmakende interventies doen (observaties, confrontaties en interpretaties). Je kan trachten gevoelens over het probleem en de oplossing naar boven te brengen. Je kan proberen de invloed van het probleem op de omgeving te verhelderen.



IN
VRIJHEID
KIEZEN
IS
UITWEG
UIT
DE
WEERSTAND

2.3 | HERVAL

Zelfs als je cliënt eindelijk een tijd lang op de goede weg is, kan herval volgen. Dit hoort bij verslaving, zoals een hoge glycemie hoort bij suikerziekte: het is een onderdeel van de aandoening. Herval vraagt het terug opnemen van de juiste draad, eerder dan het verwerpen van alles wat tot dan toe gebeurde. De kunst, zowel voor hulpverlener als voor cliënt, is het te benaderen als een leermoment. Wat is de aanleiding geweest, wat kunnen we eruit leren om de kans op toekomstig herval te verkleinen?

C: Zaterdagavond is het mislukt, ik heb 2 lijnen coke gesnoven.

T: Whaw, hoe ben je erin geslaagd na 2 lijnen te stoppen?

C: Ik was slim geweest: ik had 50 euro meegenomen voor de hele avond, en mijn bankkaart thuisgelaten. De banken waren toch al dicht.

T: Wat was de concrete trigger voor je herval?

C: De verkeerde mensen tegengekomen. Ik zou beter in bepaalde cafés niet meer komen...

T: Bepaalde cafés vermijden: goed plan. Hoe kan je dat aanpakken?

Er zijn ontelbare triggers en allerlei redenen kunnen leiden tot herval:

- Gevoelens: kwaadheid, frustratie, eenzaamheid
- Situaties: contact met andere gebruikers, beschikbaarheid van middelen, sociale druk...
- Cognitieve beslissingen, gelinkt aan overmoed: ik heb nu controle, ééntje moet toch kunnen
- Verminderde weerbaarheid: vermoeidheid, ziekte, ... zelfs zoiets banaals als honger

Herval begrijpen en samen onderzoeken kan een erg waardevolle oefening zijn, die een verder aanscherpen van een hervalpreventieplan kan sturen.

ZELF DOEN: HERVALPREVENTIE

- Risicosituaties herkennen, strategieën ontwikkelen om ermee om te gaan
- Triggers identificeren en vermijden of ermee omgaan
- Relaxatie
- Omgaan met sociale druk

STRATEGIE OM GEDRAG TE VERANDEREN

- Hervalpreventie
- Alternatieven bedenken: stoppen met gebruik is een afscheid van iets dat als heel positief ervaren wordt. Sport, hobby, sociale activiteiten, ... Waar had je vroeger plezier aan? Waar was je goed in? Wat waren je talenten?
- Verandertaal stimuleren, want inpraten op mensen heeft geen enkel nut.

De meeste verandering komt voort uit het oppikken en uitvergroten van verandertaal.

- De omgeving betrekken en het sociaal netwerk uitbreiden.

SAMENWERKEN

MSOC

VERWIJZINGEN

<http://www.vad.be/hethuis/pdf/basiscondities.pdf>: cirkel van verandering van Prochaska en DiClemente

W.R. Miller & S. Rollnick, Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen, Ekklesia 2010

VAD organiseert goede opleidingen rond motiverende gespreksvoering: <http://www.vad.be/opleidingen/>

3 | THUIS ONTWENNEN

NUCHTERHEID IS ...

...niet alleen geen middelen gebruiken, maar ook het voornemen hebben om dat vol te houden. Nuchter worden en blijven vraagt een groot engagement, want succesvol stoppen met middelengebruik vraagt een belangrijke verandering van levensstijl.

... NIET HET ENIGE ZINVOLLE BEHANDELDOEL

Nuchterheid lijkt vaak onhaalbaar voor wie gebruikt. Gelukkig zijn ook andere doelen de moeite waard om na te streven.

Middelengebruik matigen tot het punt dat iemand er geen nadelige gevolgen van ondervindt, is een wens die heel wat gebruikers koesteren. Voor wie ook dat nog te moeilijk is, is **schadebeperking** een zinvol behandeldoel. Dit betekent dat we niet rechtstreeks aan de verslaving werken, maar op andere domeinen zoals veiliger gebruiken, huisvesting, enzovoort, zodat de nadelige gevolgen van de verslaving minder kans krijgen.



VERANDERING
VAN
LEVENSTIJL



ONTWENNEN IS...

...de overgang van regelmatig middelengebruik naar (een periode van) abstinentie. Wanneer iemand verslaafd is, kan elk product een typische set klachten veroorzaken wanneer de gebruiker plots stopt of drastisch vermindert. Deze klachten zijn in grote lijnen het extreme omgekeerde van het hoofdeffect van het middel zelf.

Sederende middelen (Psycholeptica)

Alcohol, Opiaten, GHB, Benzodiazepines, Barbituraten

Opwekkende middelen (Analeptica)

Cocaine, Amfetamine, Nicotine, Cafeïne

Bewustzijnsveranderende middelen (Psychodysleptica)

LSD, Psilocybine, XTC, THC

Deze klachten verschillen van middel tot middel en ook het tijdsverloop ervan hangt af van het gebruikte product. Deze klachten zijn in regel 'vervelend', maar niet gevaarlijk. Enkel bij ontwenning van alcohol en sedativa (benzodiazepines, GHB) zijn er belangrijke fysieke risico's.

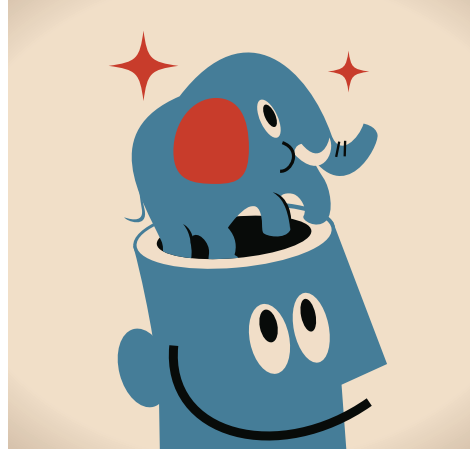
Duur van ontwenningverschijnselen	
<i>korte detoxificatie 1 week</i>	<i>XTC, Cocaine, Amfetamine, Alcohol, Ketamine</i>
<i>middellange detoxificatie 2 weken</i>	<i>Opioïden, GHB</i>
<i>lange detoxificatie > 2 tot 6 weken</i>	<i>Benzodiazepines, Methadon, Cannabis, Tabak, Polymiddelen</i>

...SLECHTS ÉÉN ETAPPE VAN EEN LANGE REIS

Een verslavingsprobleem is nooit opgelost met lichamelijke ontwenning alleen. Om te beginnen wordt de detox voorafgegaan door een lange fase van motivatieopbouw (voor meer info zie deel 2, p.8).

Na de detox begint een volgende stap in de behandeling: hervalpreventie. Gebruikers hebben doorgaans heel wat gewoontes en automatismen rond gebruik ontwikkeld in een leven waarin gemakkelijke toegang tot middelen geïnstalleerd is. Ze hebben het gevoel frequent getriggerd te worden en vaak de ervaring van 'drang' of 'craving' naar hernieuwd gebruik. Soms is de nuchtere beleving van psychosociale problemen een belastende ervaring.

Deze moeilijkheden verstoren het voornemen en het herstel van cliënten, ook doordat alternatief (gezonder) gedrag nog niet geïnstalleerd is en/of nog geen evenwaardig genoeg verschaft. In de mate van het mogelijke kan je in de fase van motivatieopbouw ook al rond deze thema's werken.



**ONTWENNEN
VAN
ALCOHOL:
KAN
HET
THUIS?**

ONTWENNEN VAN ALCOHOL – WAT?

Plots stoppen met alcoholgebruik veroorzaakt bij verslaafde cliënten symptomen van autonome overprikkeling. Dit zijn lichamelijke klachten zoals beven, zweten, verhoogde hartslag en bloeddruk, misselijkheid en braken, maar ook psychische klachten zoals angst, prikkelbaarheid en slapeloosheid. Deze moeilijkheden ontstaan tussen de 6 en 24 uur na het laatste gebruik, pieken na zowat 48 uur en verdwijnen na 5 tot 7 dagen.

Behandeling van deze klachten is gericht op het verhogen van comfort (en dus verhogen van de kans dat wordt doorgezet) en op het voorkomen van ernstige neurologische complicaties zoals een dervingsinsult en een delirium tremens.

ONTWENNEN VAN ALCOHOL – HOE?

Ontwenning van alcohol wordt opgevangen door een benzodiazepine en een vitamine B1-supplement.

Benzodiazepines

Deze zorgen voor vermindering van symptomen en reduceren het risico op een dervingsinsult en op delirium. Gewoonlijk wordt gekozen voor langwerkende benzodiazepines, tenzij bij leverfalen. In dat geval is Lorazepam, dat minder langwerkend is maar via de nieren wordt geklaard, een alternatief.

Benzodiazepine	Equivalentie	Halfwaardetijd
<i>Diazepam (Valium)</i>	<i>5mg</i>	<i>20-80h</i>
<i>Chlorazepate (Tranxene)</i>	<i>10mg</i>	<i>>50h¹</i>
<i>Lorazepam (Temesta)</i>	<i>1mg</i>	<i>12-16h</i>
<i>Chlordiazepoxide (Librium)²</i>	<i>10mg</i>	<i>>50h¹</i>

1 Langwerkende metabolieten

2 Niet meer op de markt in België, maar referentieproduct in veel publicaties Bron: Addiction Medicine, Oxford Specialist Handbooks, Oxford University Press, 2009

Het belangrijkste risico van benzodiazepines is sedatie en daardoor een verhoogde kans op valpartijen. Oversedatie komt voor wanneer benzodiazepines samen met alcohol worden ingenomen. In de thuissituatie werken we met een afbouwschema dat anticipeert op het verloop van de ontweningsklachten en steeds ook een einddatum aan het benzo-voorschrift impliceert.

Toegediende benzo tablet	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
8.00 uur		1	1	1	1	1	0
13.00uur	1	1	1	0	0	0	0
18.00uur	2	2	1	1	1	0	0
22.00uur	2	2	2	2	1	1	1

Vitamine B1

Dit voorkomt acute neurologische decompensatie onder de vorm van het Wernicke-syndroom. Dit vitaminesupplement dient aan alle cliënten die ontwennen van alcohol te worden gegeven.

	Thiamine (B1)	Andere
Mondelinge inname		
Benerva	300mg	
Betamine	475mg	
Befact forte	250mg	B2, B6, B12
Beforplex	50mg	B2, B3, B5, B6
Injectie		
Neurobion IM	100mg	B6, B12
Thiamine IV	100-250mg/2ml	

SUPPLEMENTJE NODIG?



ONTWENNEN VAN ALCOHOL – WAAR?

Kan ontwennen thuis, of moet het in het ziekenhuis? Die beslissing wordt best genomen in overleg met de teamarts. De volgende wegingstabel kan gebruikt worden.

Wegingsfactoren	Thuis	Opname
Promillage	Beperkt: <0.5	Ernstig: >1.5
Controle over drinken	Ten minste een deel van dag	Geen, drinken van 's ochtends tot 's avonds
Afhankelijk van andere middelen	Nee	Ja
Vroegere ontwenning	Geen of milde verschijnselen	Ernstige verschijnselen, insulten of delirante episoden
Algemene lichamelijke conditie	Behoorlijk	Slecht, ernstige comorbiditeit (bv diabetes), weken geleefd op alcohol
Zelfzorg	Vrij goed	Zwak – voorspelt zwakke therapietrouw
Vorige ontwenningen	Ambulant succesvol	Ambulant niet gelukt of snel herval
Psychiatrische co-morbiditeit	Geen ernstig toestandsbeeld	Diagnoses met negatief impact op herstel
Sociale steun	Ten minste 1 niet-gebruikend persoon op de hoogte en steunend	Alleenstaand of geen contact met niet-gebruikend persoon
Voorkeur van patiënt	Keuze voor ambulante	Keuze voor opname

ONTWENNEN VAN BENZODIAZEPINES – WAT?

In grote lijnen zijn de klachten dezelfde als bij alcohol, maar langer aanslepend: lichamelijke klachten zoals beven, zweten, verhoogde hartslag en bloeddruk, misselijkheid en braken, maar ook psychische klachten zoals angst, prikkelbaarheid en slapeloosheid.

De start van de ongemakken hangt af van de dosis en de werkingsduur van het gebruikte middel:

- kortwerkende benzo (bromazepam, lorazepam ...) start na 1-2 dagen, piek op 4-5 dagen, duur 2-4 weken.
- langwerkende benzo (Diazepam, Tranxene, Rivotril ...) start na enkele dagen, piek op 7-10 dagen, duur 8 of meer weken.

ONTWENNEN VAN BENZODIAZEPINES – WAAR?

Kan ontwennen thuis, of moet het in het ziekenhuis? Die beslissing wordt best genomen in overleg met de teamarts. De volgende wegingstabel kan gebruikt worden.

Wegingsfactoren	Thuis	Opname
<i>Gebruikte doses</i>	<i><32mg Diazepam</i>	<i>>32mg Diazepam, lange tijd</i>
<i>Controle over gebruik</i>	<i>Volgt voorschrift</i>	<i>Vaker inname dan voorschrift, gemis van inname belemmert functioneren</i>
<i>Afhankelijkheid andere psychoactieve stoffen</i>	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>
<i>Vroegere ontwenningverschijnselen</i>	<i>Geen dervings-insulten</i>	<i>Ernstige verschijnselen of insulten</i>
<i>Algemene lichamelijke conditie</i>	<i>Behoorlijk</i>	<i>Slecht, ernstige comorbiditeit (bv diabetes)</i>
<i>Zelfzorg</i>	<i>Vrij goed</i>	<i>Zwak – voorspelt zwakke therapietrouw</i>
<i>Vorige ontwenningsooging</i>	<i>Ambulant succesvol</i>	<i>Intramuraal moeizaam, snel herval</i>
<i>Psychiatrische comorbiditeit</i>	<i>Geen ernstig toestandsbeeld</i>	<i>Diagnoses met negatief impact op herstel</i>
<i>Sociale steun</i>	<i>Ten minste 1 niet-gebruikend persoon op de hoogte en steunend</i>	<i>Alleenstaand of geen contact met niet-gebruikend persoon</i>
<i>Voorkeur van patiënt</i>	<i>Keuze voor ambulant</i>	<i>Keuze voor opname</i>

ONTWENNEN VAN OPIATEN – WAT?

Heroïne, opium en opioïden (= pijnstillers afgeleid van opium) veroorzaken bij misbruik behalve een sterke psychische, ook een fysieke afhankelijkheid. Het ontwennen van opiaten is een zeer vervelende, maar geen gevaarlijke zaak. Ontwenningverschijnselen zijn onrust, afwisselend koud en warm hebben, buikkrampen en diarree, krampen in rug en benen en spierpijn, en een heel sterk verlangen naar opnieuw gebruiken. De ontwenning duurt gemiddeld 5-7 dagen.

ONTWENNEN VAN OPIATEN – HOE?

De sterke craving maakt 'cold turkey' – d.w.z. zonder medicatie – ontwennen quasi onmogelijk. De ontwenning kan opgevangen worden met substitutiemedicatie (methadon of buprenorfine). Dit kan op 2 weken afgebouwd worden, maar is in de regel een langdurige behandeling van vaak verscheidene jaren. Veel mensen kiezen na verloop van tijd voor een levenslange onderhoudsdosis in plaats van voor afbouw.

ONTWENNEN VAN OPIATEN – WAAR?

Voor substitutiemedicatie (methadon, buprenorfine) verwijs je best door naar een gespecialiseerd ambulancentrum, zoals het MSOC. Daar zal een aangepast programma aangeboden worden met medicatie en gespreksbegeleiding, zodat ook het psychische luik van de verslaving aan bod komt. Deze behandeling kan dus jaren duren.

Een alternatief is een residentiële opname:

- kortdurend, waarbij enkel het fysieke luik wordt aangepakt (bv. EPSI of PAAZ).
- middellang (6-8 weken) waarbij ook het psychische luik bekeken wordt (bv. ontwenningprogramma De Spiegel).
- zeer langdurig (tot 18 maanden) waarbij rond het hele verslavingsprobleem gewerkt wordt (bv. Therapeutische Gemeenschap (TG) De Spiegel).

De keuze voor een ambulante of residentiële behandeling behoort de cliënt toe. Als hulpverlener kan je via motiverende gespreksvoering trachten de motivatie voor beide te verhogen.

CANNABIS – FYSIEKE ONTWENNING OF NIET?

Langzaam aan wordt erkend dat ook cannabis fysiek verslavend is. Klinisch relevante klachten worden gezien bij zowat 20% van de cannabisgebruikers. De milde symptomen omvatten prikkelbaarheid, rusteloosheid, slapeloosheid, verminderde eetlust, spierspasmen en hoofdpijn. De klachten kunnen starten vanaf 4 uur na de laatste joint, pieken op 4-7 dagen, en verdwijnen na een tweetal weken.

Omdat deze ontwenningverschijnselen op zichzelf niet gevaarlijk zijn wordt hooguit symptomatisch ondersteund. Bij onrust liggen benzo's voor de hand, maar ze hebben hun verslavend potentieel. Niet verslavende alternatieven kunnen gevonden worden in een 'dempend' antipsychoticum (bv. haloperidol 2-5mg in twee giften per dag), of een lage dosis quetiapine (25-100mg) bij agitatie of in mirtazapine (15-30mg) bij slapeloosheid.

ONTWENNEN VAN ANDERE MIDDELEN?

Ontwenning van stimulerende middelen, gaande van nicotine en cafeïne tot cocaïne en amfetamine, levert geen fysiek gevaar op. Medicatietoediening is niet nodig. Er is hooguit wat symptomatische ondersteuning te overwegen.

Bij sedatieve drugs, in het bijzonder GHB, en bij slaapmiddelen zoals zolpidem, zaleplon en zopiclone, kan een ontwenningssyndroom risico's opleveren zoals bij ontwenning van benzodiazepines. Neem voor ontwenning van GHB (extra risicovol!) contact op met EPSI, en voor de andere middelen met de arts.

ZELF DOEN

- Motivacioneel werken rond abstinentie.
- Kritisch inschatten of ambulante detox haalbaar is en dit in het team bespreken.
- De detox opvolgen – eventueel CIWA of ander opvolginstrument inoefenen (zie 'verwijzingen' hieronder).

SAMENWERKEN

- Teamleden voor nabije opvolging en teampsychiater voor medicatie-voorschrift.
- Nuchter persoon uit de context, thuisverpleegkundige, thuiszorg, ... om medicatie-inname op te volgen.
- Huisarts voor regelmatige medische opvolging.

VERWIJZINGEN

- Richtlijn detox, verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie, 2004 http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231334_EN_NL01_detox.pdf
- CIWA: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_33pdf.pdf

4 | WAT MET DE KINDEREN?

Elk kind dat opgroeit met één of beide ouders met een psychische en/of een afhankelijkheidsproblematiek, ondervindt een impact op zijn veiligheid en ontwikkelingskansen.

We zien dat 1/3 van deze kinderen zelf geen problemen ontwikkelt, 1/3 matige problemen krijgt die ze kunnen overwinnen, en 1/3 zelf ernstig in de problemen komt. Deze percentages kunnen we beïnvloeden door met de ouders en kinderen te werken.

HEB JE KINDEREN?

Vraag altijd of er kinderen zijn, en breng ze in beeld door een genogram op te stellen. Kijk over de generaties heen naar gebruik en psychische klachten, maar ook naar kwaliteiten en krachten.

HOE ZOU JE ZELF ZIJN: GEZONDE WEERSTAND

Wanneer we met ouders aan het werk willen gaan omtrent hun problematiek, en de invloed ervan op de kinderen, stuiten we vaak op weerstand. Het eigen ziekte-inzicht is zelden compleet, en mensen overhalen om de confrontatie aan te gaan met de invloed van hun problemen op hun kinderen, vraagt veel tijd. Als een ouder heel bang is om dat onderwerp aan te raken, kan je het hebben over de angsten van de ouder: angst voor plaatsing van het kind, angst om niet meer de volledige zeggenschap over het kind te hebben, angst om geen goede ouder te zijn, enzovoort.

T: Je wilt heel graag een goede mama zijn, ook al gebruik je. Daarom wil ik graag met je op zoek naar wat je zelf wilt veranderen, opdat jij de mama kan zijn die je wilt zijn.

C: Pfff, op futloze dagen zie ik het bijvoorbeeld niet zitten om naar de speeltuin te gaan en 20 keer aan de glijbaan te staan.

T: Is er iemand die mee kan gaan om aan de glijbaan te gaan staan, zodat je wel een goed gevoel kan hebben omdat je naar de speeltuin bent gegaan?

C: Mijn zus misschien?

T: Weet zij dat je soms geen fut hebt?

C: Ja, mijn zus begrijpt dat.

T: Misschien kan je zus je ook op andere vlakken als mama ondersteunen in die periodes dat je geen fut hebt?

GA NIET TE SNEL...

Neem een open houding aan, en volg het tempo van het gezin. Motiverend werken en niet bruuskereken is ook hier het motto.

... EN KIES ZORGVULDIG

Kies voor de minst ingrijpende vorm van hulpverlening (liefst in de thuiscontext), ga op zoek naar opvoedingsondersteuning voor de ouders en ga netwerken.

TOESTEMMING

Om met het kind te kunnen werken, is het nodig dat de ouder het kind expliciete toestemming geeft om vrijuit te spreken met de hulpverlener, en moeten er goede afspraken gemaakt worden over terugkoppeling naar de ouders.

IMPACT INSCHATTEN

De impact van de situatie inschatten kan je bv. met de Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst). Wanneer je merkt dat je veel vragen niet kan beantwoorden, zijn deze een leidraad om verder in gesprek te gaan.

WAT HELPT EN WAT NIET?

Risicofactoren

- Bij het kind: bv. weinig zelfvertrouwen, ontbreken cognitieve en sociale vaardigheden, weinig kennis over de ziekte van de ouder, parentificatie, jonge leeftijd,...
- Bij de ouder(s): ernstige en chronische ziekte, al dan niet bij beide ouders.
- In de relatie tussen de ouder(s) en het kind: weinig aandacht voor het kind, onveilige hechting, agressie en kindermishandeling in het gezin, inadequate opvoedingsstrategieën en slecht voorbeeldgedrag.
- In de relatie tussen de ouders: huiselijk geweld, voortdurend ruzie, financiële problemen, afwezigheid gezonde ouder.

Beschermende factoren

- Bij het kind: positieve emotionaliteit (openstaan voor beloning, actieve betrokkenheid bij omgeving), veilige hechting, inzicht in de ziekte van de ouder, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, goed ontwikkelde sociale en cognitieve vaardigheden.
- Bij de ouder(s): goed ontwikkelde opvoedvaardigheden, goede ouder-kind interactie, ouder is in behandeling (geweest).
- Bij het gezin en de omgeving: gezonde ouder of andere verzorger aanwezig, ondersteunend sociaal netwerk voor zowel ouder als kind, aandacht van professionele hulpverleners voor het kind, afleidingsmogelijkheden voor het kind.

De gevolgen voor het kind kunnen zowel negatief (bv. schuldgevoelens) als positief zijn (bv. goed functioneren in crisissituaties).

OPGROEIEN MET DE 4 SLEUTELS VAN VEERKRACHT



ZELF DOEN: DE 4 SLEUTELS VAN VEERKRACHT

Als hulpverlener kan je werken aan de 4 sleutels van veerkracht:

- Het kind leren eigen gevoelens te uiten
- Een vertrouwenspersoon zoeken in de directe omgeving
- De kans geven om kind te kunnen zijn
- Psycho-educatie

Psycho-educatie blijkt de allerbelangrijkste factor te zijn om gezond te kunnen opgroeien, aandacht voor de emoties van het kind is daarbij een mooie bonus.

Wat zou jou geholpen hebben als kind?

Veel van onze cliënten zijn zelf kinderen van ouders die gebruikten of psychische problemen hadden. Door een goed genogram op te stellen met aandacht voor het intergenerationeel voorkomen van verslaving en psychische problemen, kan dit aspect niet aan de aandacht ontsnappen. Werken rond het verleden kan een sterke hefboom zijn tot verandering: waar heb jij je krachten gehaald, hoe kan je zelf je kinderen helpen, wat zou jou geholpen hebben als kind, ...

- T: Je doet heel hard je best om niet te gebruiken, en dat vraagt veel energie. Waaraan merk je zelf dat je het moeilijk hebt?*
C: Ze moeten me dan gerust laten. Dan ben ik prikkelbaar.
T: Ik kan me voorstellen dat je, zo prikkelbaar, soms denkt dat je niet de ouder kan zijn die je wilt zijn. Doe je soms iets waarvan je nadien denkt: "Dat wou ik niet doen, maar omdat ik zo hard mijn best deed om clean te blijven, gebeurde het toch?"
C: Ik verdraag dan het gedoe rond het huiswerk niet.
T: En wat doe je dan dat je niet wilt?
C: Ik word kwaad.
T: Wie zou op zo'n momenten het huiswerk begeleiden kunnen overnemen?
C: Er is niemand anders thuis.
T: Zouden de kinderen misschien in de opvang hun huiswerk kunnen maken?
C: Dat zou misschien wel kunnen.

SAMENWERKEN

- Preventief, d.w.z. zolang het kind geen problemen vertoont, zijn de mogelijkheden beperkt tot het CKG (via Agentschap Opgroeien, een fusie van Kind en Gezin en Jongerenwelzijn) en het Huis van het Kind.
- MSOC Vlaams-Brabant: MaPa
- Curatief: CGG, Agentschap Opgroeien, Yuneco

VALKUILEN

- Een eerste vereiste is om vanuit de organisatie een sterke visie te hebben rond kinderen van cliënten, procedures te hebben bij verontrusting, enz. Een sterke visie helpt ook de volwassenenhulpverleners om alert te blijven voor moeilijkheden bij de kinderen ten gevolge van de moeilijkheden van de ouders.
- Het niet-veroordelende is bij het spreken over de kinderen zo mogelijk nog belangrijker dan bij spreken over het middelenmisbruik. Inzetten op hun krachten als ouder, op het goed willen doen zoals elke ouder, op wat zij zelf graag anders zouden willen doen als mama of papa, ... Hen aanspreken als ouder, en niet als patiënt, als het over de kinderen gaat.
- Toegang krijgen tot de kinderen en met hen aan de slag gaan kan een tijdrovende zaak zijn: het vertrouwen van de ouders winnen, zorgen dat zij helemaal achter je interventies staan en het kind expliciet de toestemming geven om te spreken met jou als hulpverlener, contacten leggen met andere hulpverlening, ...

VERWIJZINGEN

- <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/02/SIK-lijst.pdf>
- <https://www.kopstoring.nl/site/Kopstoring/>
- <https://www.kopopouders.nl/site/>
- <https://www.fitinje hoofd.be/>
- <https://www.noknok.be/>
- <https://www.awel.be/>
- <http://oudersonderinvloed.info/>
- <https://www.survivalkid.nl/>
- <http://www.ervaringsverhalen.nl/boek/het-blijven-toch-je-ouders/>

5 | WAT MET DE PARTNERS?

Samenleven met een partner die alcohol of drugs gebruikt, is emotioneel zeer belastend. Partners proberen doorheen de tijd allerlei strategieën uit om om te gaan met de situatie. De ene strategie kan een werkelijke steun zijn (een open gesprek, een herval bespreken en samen zoeken naar een betere aanpak, ...), terwijl de andere net de verslaving ondersteunt (bv. de rommel opruimen, de werkgever bellen om de partner ziek te melden, ...).

Ook zijn er strategieën uit zelfzorg, die noodzakelijk zijn om de niet-gebruikende partner op de been te houden (bv. grenzen stellen, hobby's en sociale contacten behouden, ...). In dit hoofdstuk leer je meer over wat jij als hulpverlener kan doen om de strategieën efficiënter te maken, en de niet-gebruikende partner te ondersteunen.

Sommige partners hebben het opgegeven, en zeggen niet langer betrokken te willen worden. Ook zij hebben wellicht behoefte aan gesprek en veel erkenning voor het geleden onrecht.

ZELF DOEN

met de partner...

- Wanneer de partner niet betrokken wilt worden, beluister dan zijn/haar goede redenen. Wellicht kan, na veel tijd en erkenning van het geleden onrecht, zijn/haar inzet in de relatie toch weer op gang komen.
- Tijd uittrekken voor de partner (zelf, een collega, of een andere dienst).
- Veel tijd nemen voor erkenning.
- Werken rond grenzen (concreet maken van afspraken en grenzen).
- Verantwoordelijkheidsgevoel van de partner relativeren.
- Hobby's, zelfzorg en sociale contacten stimuleren.

...of met beide partners

- Werken rond de communicatie in de relatie in koppelgesprekken (zelf, een collega, of doorverwijzen naar een andere dienst).

WERKEN
MET
PARTNER
OF
BEIDE
PARTNERS



- Psycho-educatie: wat is verslaving, hoe verloopt herstel, herval en hoe ermee omgaan, ... Door psycho-educatie neem je onrealistische verwachtingen weg (bv. stoppen met gebruik = einde van alle problemen) en kan de partner efficiënte strategieën herkennen.
- Destigmatiseren, erover leren spreken: bv. waarom kan de partner niet meekomen naar het familiefeest.
- Veranderingen in de relatie bij herstel durven bekijken en voorbereiden: bv. wat als de herstellende partner plots weer mee ouder wilt zijn, koppel-dingen wilt doen.
- In het herstelproces moet de niet-gebruikende partner nog ruimte krijgen om te ventileren over het onrecht dat hem of haar werd aangedaan (de herstellende is enthousiast, kan hij het aan dat er nog oude koeien uit de sloot gehaald worden?).
- De niet-gebruikende partner betrekken in het hervalpreventieplan.

SAMENWERKEN

- Doorverwijzen naar familiegroep, lotgenotengroep (Al Anon, Alateen, Similes, familiegroep van de Sleutel in Mechelen)
- Werken met familie-ervaringsdeskundige
- CAW, MSOC, CGG, privé-therapeuten

VALKUILEN

- Werk met de gezonde partner rond hoe hij of zij de verslaving ondersteunt (financiële steun, papieren in orde houden, problemen toedekken, excuses verzinnen voor familie, vrienden, werkgever enz., rommel opruimen, alcohol kopen, geen duidelijke grenzen stellen ...).
- Bekijk of je zelf ook de verslaving ondersteunt, op sommige van die boven vermelde manieren.

VERWIJZINGEN

<https://www.druglijn.be/bezorgd-om-iemand/partners>
<https://www.drughulp.be/partners-druggebruikers>

6 | ZELFHULP

WIE KAN JE BETER HELPEN...

Als hulpverlener cliënten met problematisch middelengebruik helpen is niet eenvoudig. Alle theoretische bagage en behandelprogramma's ten spijt, zijn vooral interesse tonen, beluisteren en valideren van de persoonlijke ervaringen van cliënten elementair. Deze vaardigheden vormen het begin van elke motiverende begeleiding.

...DAN WIE HET ZELF HEEFT MEEGEMAAKT?

Een persoonlijke ervaring blijkt enorm herkenbaar voor cliënten. Een ander over zichzelf horen spreken, nodigt soms meer uit tot luisteren dan een goedbedoelende therapeut die met interpretaties en adviezen komt. De vaststelling niet de enige te zijn met dergelijke problemen helpt om het psychisch isolement te doorbreken en een positief verhaal van een ander geeft hoop.

ONBEKEND IS ONBEMIND...

De meerwaarde van zelfhulp is overduidelijk voor diegenen die deelnemen. Spijtig genoeg kunnen velen niet van deze meerwaarde proeven omwille van allerlei vooroordelen. Ook na een eerste deelname is de drop out groot, omdat zich één of ander idee-fixe installeerde.

C: Ik moet niks hebben van die AA, net een sekte!

C: Ik zag na mijn eerste vergadering iemand recht naar het café lopen... waar zijn we dan mee bezig?

C: Ik heb echt geen zin om bekenden tegen te komen.

C: Ik moet niet weten van andermans miserie – dat kan ik er echt niet bijnemen...

C: Op het einde van de vergadering knuffelen ze elkaar! Niks voor mij.

IN DE AANBIEDING

In Vlaams-Brabant zijn tientallen zelfhulpgroepen rond verslaving actief. Ze zijn allemaal gericht op abstinentie.

Heel wat groepen gebruiken een programma van 12 stappen om nuchterheid te bereiken en vol te houden. Deze 12 stappen vormen de ruggengraat van vergaderingen van Anonieme Alcoholisten. Ze zijn een kernachtige neerslag van de ervaringen van de AA-leden van het eerste uur (1935). Ze worden wereldwijd gebruikt bij alle AA-groepen, maar ook bij andere 12-stappen geïnspireerde groepen: Narcotics Anonymous voor illegale druggebruikers, Sexaholics Anonymous voor seksverslaafden en andere.

In Vlaams-Brabant zijn 39 AA-groepen actief met wekelijks 54 vergaderingen. De details van deze vergaderingen kunnen worden teruggevonden op de website van AA. Narcotics Anonymous heeft bijeenkomsten in Leuven, maar (dichtbij Vlaams-Brabant) bv. ook in Brussel, Mechelen en Hasselt.

Een alternatief is SOS Nuchterheid. Het is een vrijzinnig en humanistisch zelfzorg-initiatief dat mensen steunt bij het overwinnen van hun problemen met alcohol, drugs, pillen e.d. Deze groepen gebruiken geen uitgewerkt programma om bijeenkomsten van lotgenoten te organiseren. In Vlaams-Brabant zijn er bijeenkomsten in Jette en in Leuven, en dichtbij in Mechelen en Hasselt.



**PERSOONLIJKE
ERVARING
BLIJKT
ENORM
HERKENBAAR**

DE WENS OM NUCHTER TE WORDEN

Het doel van deelname in deze zelfhulpgroepen is abstinentie, maar dat hoeft niet meteen te lukken. Zowel nieuwkomers die nog worstelen met hun probleem als deelnemers die al wat meer ervaring hebben en soms langer nuchter zijn delen hun getuigenis over hun problematiek en hun herstel.

ALLES BINNENSKAMERS

Omdat problematisch middelengebruik door de buitenwereld nog steeds gestigmatiseerd wordt, legt men veel nadruk op de privacy binnen zelfhulpgroepen. Er mag geen info uit de groep naar buiten gaan en alle leden hebben belang bij het zich houden aan deze afspraak.

Ook wie een getuigenis brengt naar de buitenwereld, zal nooit over andere leden spreken.

VERLOOP

Je kan zomaar een vergadering bijwonen zonder je vooraf in te schrijven. Nieuwe deelnemers worden door de oudere leden opgevangen. Geïnteresseerden kunnen ook via de website of via permanent bereikbare telefoonnummers contact leggen met mensen die hen helpen om de eerste keer de drempel te nemen.

Een lid van de groep is aangeduid als voorzitter. Vergaderingen kunnen opgebouwd worden vanuit het delen van persoonlijke ervaringen. Bij 12-stappen-bijeenkomsten wordt aan deze ervaringen een stap verbonden en wordt die besproken, of wordt aan het begin van de vergadering een tekst of een stap voorgelezen om het gesprek op gang te brengen.

NIET ENKEL IN GROEP

Terwijl groepssessies de rode draad vormen bij AA, bieden binnen sommige groepen ervaren leden zichzelf aan als 'sponsor'. De sponsors voeren ook individuele gesprekken met nieuwkomers om hun evolutie te ondersteunen.

LEVENSLANG?

Wie lang de groep blijft bezoeken, en daar stuurt AA/NA op aan, wordt zich meer en meer bewust van het feit dat de problematiek nooit volledig opgelost zal zijn. Het delen van je ervaring met andere verslaafden blijft belangrijk en helpend.

In SOS Nuchterheid legt men de klemtoon op een persoonlijke evolutie naar zelfstandig nuchter verder kunnen leven, al blijft de groep beschikbaar zo vaak en zo lang als nodig.

KRACHT

De kracht van lotgenotengroepen schuilt in veel aspecten en evolueert voor deelnemers in de loop van de tijd. Het gevoel van herkenning en begrip staat aanvankelijk op de voorgrond. Later in de evolutie wordt het kunnen delen van een (gunstige) evolutie en het blijven cultiveren van het belang van nuchterheid belangrijk.

Zelfhulpgroepen vormen bovendien een structurele bron van sociaal contact voor cliënten die door hun problematiek ofwel geïsoleerd waren geraakt, ofwel enkel gebruikende kennis hadden.

ZELF DOEN

Herhaaldelijk zelfhulp aanhalen en faciliteren in de begeleiding, steeds in een motiverende gespreksstijl.

T: Wat zou je ervan denken eens naar een zelfhulpgroep te gaan?

C: Ik ben geen groepsmens.

T: Wat vind je precies moeilijk aan een groep?

C: Niet het feit dat ik tussen mensen ben, maar wel dat ik de groep zou moeten toespreken.

T: Zou het een optie zijn om eens te gaan luisteren naar de gedachten van anderen, naar hoe zij het aanpakken?

C: Als ik niet móét praten, zou ik dat wel durven, ja.

Informatie uit de eerste hand

Als hulpverlener kan je zelf eens een 'open' vergadering van AA/NA of een presentatie van iemand van een groep bijwonen. Je eigen vertrouwen in de zin van zelfhulp moet er zijn, alvorens je succesvol kan doorverwijzen. De gegevens rond 'open' vergaderingen zijn te vinden op de website van AA. SOS Nuchterheid biedt geen open vergaderingen.

Correct informeren

Informeer je cliënt correct over de algemene werking van de groepen en verwijs naar websites en/of contactpersonen. Via deze weg kan je heel wat vooroordelen en weerstand wegwerken.

Motiverend werken

Ook na het eerste bezoek motiverend blijven werken, want de eerste keer in een groep komen is per definitie vreemd. Het is dus belangrijk de eerste stap te bekrachtigen, de moeilijkheden die cliënten ondervonden goed te beluisteren en de autonomie en de eigen werkzaamheid van de cliënt te valideren.

C: Ik moet niks hebben van die AA, net een sekte!

T: Het is waar dat het woord 'God' vaak voorkomt in hun teksten. Niet alle deelnemers aan een groep zijn religieus, ieder geeft zijn eigen invulling aan die 3 letters.

C: Toch zou ik me eraan blijven storen...

T: Wat denk je van deze gedachte: 'je hoeft niet met alles akkoord te zijn, om er toch veel aan te hebben'.

C: Tja, op die manier kan ik het wel eens proberen.

Contactpersoon

Vóór het eerste bezoek kan hulp bij het leggen van contact met een lid van de zelfhulpgroep faciliterend zijn om 'de eerste keer binnenkomen' te vergemakkelijken.

Samen gaan

Open vergaderingen bieden de kans om met je onzekere cliënt (of meerdere cliënten) mee te gaan (enkel AA), of als er geen open vergaderingen zijn, kan je je cliënt op weg helpen door mee te gaan tot aan de deur.

Online

Je kan de drempel verlagen via online zelfhulp en fora (samen websites bekijken).

SAMENWERKEN

- Ervaringsdeskundige in je eigen team
- Contactpersonen van AA, SOSN, ...
- Leg voor je regio contacten met de groepen: aanspreekpunt, meer details over de groepen, waar en wanneer, welk noodnummer (permanent bereikbaar)
- AA of SOS kunnen ook binnen het eigen team worden uitgenodigd

VERWIJZINGEN

www.aavlaanderen.org

www.na-belgium.org

www.sosnuchterheid.org

P. Gielen e.a., Zelfhulpgroepen. Samen werken aan welzijn en gezondheid, Tiel: Lannoo Campus 2010.



©01/2019

V.U.: Hendrik Peuskens, Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Vlaams-Brabant (vzw Logistiek Vlabo), Heverlee

Layout: FABworks.be

Tekeningen: iStockphoto.com

