

## Hulpverlening voor gebruikers van illegale drugs in dagcentra.

Robrecht Keymeulen

Waarvoor staan de dagcentra?

Het eerste dagcentrum voor drugverslaafden opende zijn deuren op 1 september 1989 in Antwerpen. De hulpverlening voor drugverslaafden was tot deze datum vooral een zaak van residentiële centra: crisis- en detoxificatiecentra, therapeutische gemeenschappen en psychiatrische centra. Ambulante hulpverlening voor gebruikers van illegale drugs kwam slechts sporadisch voor: het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen telde tijdens een onderzoek dat liep over 3 maanden in 1990 slechts 2 druggebruikers in de lokale centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Het bereik van de residentiële centra tijdens dezelfde periode was jaarlijks ook slechts ongeveer 350 personen. In de dagelijkse praktijk werd aangevoeld dat hier iets niet klopte, het was blijkbaar voor afhankelijke druggebruikers niet evident om de weg te vinden naar hulpverlening. De hypothese was dat er twee groepen waren die niet goed bereikt (meer) werden:

1. Druggebruikers die nog in redelijke mate gestabiliseerd leven of een relatief korte verslavingscarrière kennen en daardoor de ingrijpende behandeling via een opname niet zien zitten,
2. Daarnaast waren er druggebruikers die al een héél lange verslavingscarrière hebben, ettelijke mislukte behandel pogingen achter de rug hebben maar er nog niet in slaagden om hun leven te stabiliseren. Zij gaven hun pogingen op om via hulpverlening hun leven terug onder controle te krijgen.

Om deze groepen, waarvan verwacht werd dat ze vrij omvangrijk waren, te bereiken werd gezocht naar een strategie. Deze strategie werd geoperationaliseerd in de oprichting van dagcentra die een specifieke, aan de doelgroep aangepaste methodiek gaan hanteren. Dat deze strategie werkte tonen de cijfers héél duidelijk: tijdens de eerste 3 en een half jaar van zijn bestaan bereikte het eerste dagcentrum, dat in Antwerpen, niet minder dan 1560 personen. Hiervan zijn er 704 gestart met behandeling in het dagcentrum zelf. Dit succes leidde naar implementatie van het model in andere steden door De Sleutel zelf in, Brugge, Brussel, Gent en Mechelen. Andere organisaties hebben dit in andere steden gedaan.

Dagcentra beschouwen afhankelijkheid als een complexe, problematische toestand met lichamelijke, sociale en psychische aspecten. Hoewel chronisch van aard, is afhankelijkheid toch niet stabiel. Er zijn evoluties mogelijk; evoluties in de richting van minder tot geen afhankelijkheid, maar evenzeer evoluties tot grotere afhankelijkheid. Een zekere sturing is in dit leerproces daarom onontbeerlijk. In dagcentra wordt de afhankelijke persoon benaderd als een individu dat in staat is om verantwoordelijkheid op te nemen, als een individu met een eigen specifieke draagkracht. Hulpverlening zal zich richten tot al deze aspecten en er rekening mee houden dat de afhankelijke persoon een uniek individu is. De verschillen tussen personen worden gereflecteerd in verschillende modules in de hulpverlening. Er worden daarom in dagcentra verschillende modules aangeboden. Dit aanbod kan van stad tot stad wat verschillen omdat de lokale situatie en behoefte eveneens kan verschillen.

Methodieken: overzicht van de modules die in een dagcentrum aangeboden worden:

- Module aanmelding,

De aanmelding is het eerste contact van een hulpvrager met een centrum. Het kan zijn dat de hulpvrager persoonlijk een centrum binnen stapt maar meestal gebeurt dit eerste contact telefonisch. De aanmelding is een héél bijzonder moment in een hulpverleningstraject. Want we mogen nooit vergeten dat afhankelijkheidsproblemen chronische problemen zijn. Met

andere woorden: van een drugverslaafde mag je eerder verwachten dat hij verder wil gebruiken. En dan zijn er van die bijzondere momenten waarop dit proces even niet meer vanzelfsprekend is, bijzondere momenten waarop er een vraag wordt gesteld aan een hulpverlener. Relatie opbouw is daarom de belangrijkste taak van deze hulpverlener. Een taak die helemaal niet gemakkelijk is want dit eerste contact verloopt meestal telefonisch. Met beperkte middelen tracht de hulpverlener toch om van dit eerste contact naar een volgende stap te gaan. De hulpverlener vraagt zich af: met welke vragen komt deze cliënt, nu, op dit moment bij mij? Wie is de hulpvrager? In welke levenssituatie bevindt hij of zij zich? Kunnen wij in het dagcentrum iets doen voor deze cliënt, geef ik hem een afspraak voor een oriëntering of is een onmiddellijke doorverwijzing aangewezen? Dit laatste kan het geval zijn bij acute of ernstige problemen. Er worden dus belangrijke beslissingen genomen tijdens deze aanmelding.

- Module oriëntering,

Een oriëntatiemodule heeft enkele raakvlakken met de klassieke 'intake' in residentiële centra. Maar er is uiteraard geen 'opname' in een ambulanc centrum, er is ook geen standaardbehandeling die automatisch zal gestart worden. Eerst wordt individueel gescreend om dan pas te onderhandelen over de actie die zal ondernomen worden om een concreet doel te bereiken. Een oriëntatiemodule omvat een afgebakend aantal gesprekken. Tijdens deze gesprekken wordt de situatie van de hulpvrager diepgaander geëxploreerd door na te gaan op welke levensdomeinen hij goed functioneert en op welke levensterreinen er problemen zijn. Op het einde van de oriëntatiemodule moet er een antwoord komen op de vraag: welke hulpverlening past best bij de persoonlijke hulpvraag van deze cliënt en zijn specifieke probleemsituatie?

Welke zijn de middelen die in een dagcentrum ingezet kunnen worden om dit doel te bereiken? Ten eerste gaan we gebruik maken van het klinische interview. Ten tweede kunnen we ook op gestandaardiseerde wijze screenen en aan diagnostisch onderzoek doen. De informatie die op deze twee wijzen verzameld is, wordt dan geordend door de intaker. Tijdens het hierop volgende consensusgesprek worden doelen geselecteerd. Ten slotte onderhandelen hulpverlener en hulpvrager over de wijze waarop het doel kan bereikt worden.

Het multidisciplinair karakter van dagcentra wordt goed geïllustreerd door de opsomming van de hulpverleners die via een klinisch interview betrokken kunnen worden bij de oriëntatiemodule. Steeds is een individuele intaker de bewaker van de rode draad tussen de verschillende disciplines. Deze intaker zal de hulpvrager meerdere keren spreken. Daarnaast is het de gewoonte dat een hulpvrager een consult heeft bij de arts en bij de sociale dienst. Een consult bij een psychiater, een tewerkstellingsbemiddelaar of een familiewerker kan in een aantal situaties wenselijk zijn.

Tijdens het klinische interview zal elk, vanuit de aandachtspunten en goede praktijken die gelden voor zijn eigen discipline, trachten om de hulpvraag van deze cliënt zo concreet mogelijk te omschrijven. Deze hulpvraag wordt geëxploreerd in het licht van de levensgeschiedenis van de cliënt. Ook aspecten betreffende de motivatie komen aan bod.

Het is onvermijdelijk dat elk klinisch interview een enigszins subjectief karakter heeft. Dat mag, als we de subjectieve invalshoek aanvullen met een objectieve benadering. Om dit te doen gebruiken we het gestandaardiseerde EuropASI interview. In 1980 ontwikkelde de Amerikaanse onderzoeker McLellan een meetinstrument dat toeliet om te differentiëren tussen verschillende groepen middelengebruikers, hij noemde dit de 'Addiction Severity Index'. De Europese versie van de Addiction Severity Index (EuropASI) is een bewerking van de vijfde editie van dit meetinstrument. De EuropASI is ontwikkeld vanuit de praktijk en staat los van een psychologische of psychiatrische classificatie. Het instrument tracht te

differentiëren tussen personen met alcohol en /of middelengebruik vanuit een dimensionaal concept. De EuropASI vertrekt van volgende dimensies: lichamelijke gezondheid, arbeid – inkomen - opleiding, alcohol- en druggebruik, justitie, sociale en familiale situatie, psychische – emotionele - psychiatrische toestand.

De EuropASI is uitermate geschikt als screeningsinstrument tijdens een intakefase of tijdens de uitvoering van de eerste stappen van een behandelplan. Dit interview is een scharniermoment bij de inventarisatie van de problemen waarvoor hulp wordt gezocht, het kan de basis vormen van het eerste behandelingsplan. Uit het EuropASI interview kan blijken dat verdere psychodiagnostiek noodzakelijk is. Psychodiagnostisch onderzoek kan een toetsing zijn van bepaalde hypothesen over de aanwezigheid van symptomen, syndromen. Het kan ook een antwoord geven op de vraag waarom bepaalde problemen er zijn of waarom ze blijven voortbestaan.

Om de module oriëntatie te kunnen afsluiten maakt de hulpverlener een beoordeling van de sterktes en zwaktes op de verschillende levensterreinen. Hij beoordeelt hoe de verschillende aspecten van de totale situatie met elkaar verband houden. Hij maakt een hypothese over wat prioritair is. Criteria hierbij zijn: lijdensdruk, de mate waarin een probleem beïnvloedbaar is, de mate waarin een probleem de situatie op andere levensterreinen negatief beïnvloedt. Ten slotte schat de hulpverlener in hoever de hulpvrager staat in het motivatie proces. Het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente geeft hier bruikbare handvaten.

Dit beeld wordt teruggekoppeld naar de hulpvrager. In welke mate stemt het beeld dat de hulpverlener voor ogen heeft overeen met wat de hulpvrager beleeft? Het is goed als er hier tot een consensus kan gekomen worden. Want op basis van deze consensus kunnen er doelen geformuleerd worden die specifiek, wenselijk, acceptabel en bereikbaar zijn. Ten slotte volgt er een onderhandeling over de wijze waarop de doelen kunnen bereikt worden. Ook de oorspronkelijke verwijzer of familieleden van de cliënt kunnen hierbij betrokken worden. Want veranderingen in het leven van de cliënt hebben immers consequenties voor het leven van mensen uit zijn omgeving. Om tot haalbare acties te komen is het goed om hiermee rekening te houden. Wordt hierover overeenstemming bereikt, dan volgt een verwijzing, naar een volgende module. Deze kan in het dagcentrum aangeboden worden, maar ook in andere centra. In dagcentra is het volgende aanbod beschikbaar: motivatie ontwikkeling, individuele therapie, substitutietherapie, deeltijdse groepsbehandeling, onthaalgroepen, gezinsbegeleiding, opleiding en tewerkstelling, terugvalpreventie. Een buiten beentje ( letterlijk en figuurlijk )is de module straathoekwerk en extramurale werking.

- Module motivatie ontwikkeling,

Een strategie die eruit bestaat om eerst de situatie te beschrijven, vervolgens de problemen te inventariseren en ten slotte doelen en passende acties te selecteren, oogt zeer mooi en kan in sommige situaties perfect worden toegepast. Het gaat dan om cliënten die al goed hebben nagedacht over hun situatie en zich al een idee hebben gevormd over wat ze willen veranderen en bereiken.

Een veranderingsproces verloopt in de werkelijkheid echter dikwijls niet op deze vanzelfsprekende wijze. Een obstakel kan zijn de druggebruiker nog niet zover staat in zijn overwegingsproces of dat de afwikkeling van dit proces niet automatisch vlot verloopt. Motivatieproblemen zijn een bekend fenomeen in de hulpverlening aan verslaafden. Het model van Prochaska en DiClemente spreekt over de fase van voorbeschouwing. In deze fase erkent een persoon het problematische karakter van zijn situatie zelf nog niet echt, anderen uit zijn omgeving doen dat wellicht wel. Het kan ook zijn dat een persoon emotioneel zo in de put zit dat hij niet in staat is om echt te kijken naar wat zijn situatie is, laat staan om uit zichzelf met alternatieven en oplossingen op de proppen te komen.

Hier is meer tijd nodig. In de module motivatie kunnen deze obstakels in het veranderingsproces overbrugd worden in een beperkt aantal gesprekken. Via de toepassing van motivationele gesprekstechnieken kan de cliënt positieve aspecten van zichzelf opnieuw beter gaan waarderen en vanuit deze kracht opzoek gaan naar alternatieven. De hulpverlener helpt hem bij het zoeken en vinden van informatie over zijn situatie, met evalueren over hoe hij daar tegenover staat, met nagaan welke consequenties er zijn voor de omgeving van de cliënt. Op een veilige manier emoties uiten kan helpen om daarna nuchter en onbevangen de realiteit in te schatten. De hulpverlener kan vooral helpen in de zoektocht naar alternatieven voor de huidige situatie. Waar liggen mogelijke hulpbronnen?

Door een beslissingsmatrix te maken kan een alternatief voor de huidige situatie geformuleerd worden. In een beslissingsmatrix worden de positieve en negatieve gevolgen van het huidige gedrag uitgezet tegenover de positieve en negatieve gevolgen van een alternatief gedrag. Engagement om dit alternatief doel te willen realiseren wordt vergroot door emotie, gedachte en gedrag met elkaar in overeenstemming te brengen. Dan rest nog enkel een geschikte plaats te vinden waar de cliënt volgens zijn opvattingen, waarden en normen de gepaste actie kan ondernemen om zijn doel te bereiken. Dit laatste is dan therapie in de beperkte betekenis van het woord.

- Module individuele behandeling,

Individuele behandeling kan beginnen na de afronding van één van de hiervoor beschreven modules. Individuele behandeling is een specifieke actie die een persoon onderneemt omdat hij duidelijk omschreven doelen wil bereiken. Deze doelen zijn meestal te situeren op de terreinen middelenmisbruik en psycho-emotionele klachten. Maar er zijn ook acties mogelijk op de levensterreinen lichamelijke klachten, werk, familiale relaties, vrije tijd en sociale relaties. Om in aanmerking te komen voor individuele behandeling mag de cliënt op niet te veel levensterreinen tegelijk in de problemen zijn. Een zekere mate van stabiliteit is wenselijk om voordeel te kunnen halen uit dit behandelaanbod. Deze acties omvatten wekelijkse consultaties met deskundigen op één van de volgende levensterreinen: een psychotherapeut, een geneesheer, arbeidsbegeleider, gezinstherapeut, maatschappelijk werker.

Van een individuele behandelaar wordt verwacht dat hij in staat is om een empathische relatie op te bouwen. Deze ondersteunende houding moet gecombineerd worden met aanbrenge van structuur, anticiperen op komende moeilijkheden en bijhouden of de doelen stapsgewijs bereikt worden. Over de selectie van het doel en de wijze waarop het doel bereikt wordt, moet kunnen onderhandeld worden met de cliënt. Ten slotte heeft de individuele behandelaar een strategie naar geleidelijke afbouw van zijn interventies en over het stop zetten van de therapeutische relatie wanneer de behandeldoelen bereikt zijn.

Voor wat betreft het middelenmisbruik is het goed om eerst in kaart te brengen wat de uitlokkende en instandhoudende factoren zijn van het actuele gebruik. Hiervoor zijn registratieopdrachten uitermate geschikt. Met deze zelfcontroletechniek vraagt de therapeut aan de cliënt om per dag bij te houden wat het verloop is van zijn middelenconsumptie, in welke situatie hij gebruikt en welke consequenties hij ervaart na het gebruik. Deze zelfobservaties worden tijdens de volgende consultatie systematisch besproken. Samen met de cliënt gaat de therapeut op zoek naar de functie van het druggebruik in de actuele situatie. Wat zijn de signalen die hem zin doen krijgen? Wat zijn de effecten die nagestreefd worden? Wat zijn de gewenste en de ongewenste consequenties op het dagelijks functioneren van onder invloed zijn? Op basis van deze analyses wordt een handelplan opgesteld.

De terreinen waarop het wel goed gaat, waarop wel goed gefunctioneerd wordt, krijgen ook aandacht, het kan zelfs nuttig zijn om deze wat sterker in de verf te zetten.

Na de analyses kunnen er specifieke acties nagestreefd worden op gebied van controle en beheersing van de cues die zin uitlokken om illegale middelen te gebruiken. Er kan gezocht worden om alternatief gedrag op te bouwen dat de nagestreefde functies van de middelenconsumptie op een constructievere wijze vervult. Cognities en verwachtingen kunnen beïnvloed worden. We streven ernaar om een levensstijl aan te leren die een evenwicht brengt tussen inspanning en ontspanning en die de greep van de drugscene op de persoon reduceert. Ook het aanleren van bredere vaardigheden, zoals probleemoplossend gedrag, ontspanningstechnieken en sociale vaardigheden is dikwijls zinvol. Wanneer een cliënt nog actief deelneemt aan zijn familiaal netwerk is het verstandig om na te gaan in welke mate de familie de veranderingsdoelen kan ondersteunen en of er een mogelijkheid bestaat om hen te betrekken bij het bereiken van deze doelen. Co-morbiditeit komt frequent voor. De individuele behandelaar moet daarom steeds bedacht zijn op het voorkomen van psychiatrische en andere symptomen.

Later wordt behoud van de bereikte doelen een centraal aandachtspunt van de individuele behandeling. Een resultaat boeken is één zaak, het resultaat vast houden is een ander zaak. Hiervoor kan aangesloten worden bij de module terugvalpreventie.

- Module substitutiebehandeling,

Deze module richt zich tot opiaatverslaafden. In de dagcentra wordt substitutietherapie met methadon of subutex gebruikt als een middel om via gecontroleerde afbouw te komen tot abstinentie. Substitutietherapie met methadon werd vooral door Dole en Nyswander geïntroduceerd tijdens de late jaren '60 in de Verenigde Staten van Amerika. Dole en Nyswander stelden vast dat als hun patiënten gestabiliseerd zijn op voldoende hoge dosis methadon, deze patiënten hun baan kunnen behouden en criminaliteit en straatgeweld vermijden. Hun methadonprogramma was goed gestructureerd en de medicatieverstrekkers voorzagen zelf dat er individuele of groeps counseling beschikbaar was voor hun patiënten. Indien nodig verwezen ze naar andere diensten voor medische, psychologische of sociale hulp. Hun werkwijze werd bestudeerd en aanbevolen als een model voor andere centra in de Verenigde Staten. Later werden deze aanbevelingen ook in Europa overgenomen. In de dagcentra wordt de oorspronkelijke werkwijze van Dole en Nyswander gevolgd. Dat houdt in dat substitutiebehandeling nooit op zichzelf wordt gegeven, maar steeds in combinatie met een andere module. Het gaat dus om een totaalpakket van begeleiding op meerdere levensterreinen.

De deelnemers aan deze module hebben wekelijks een consultatie bij een geneesheer en/of een psychiater. De medicatie wordt normaal gezien ingenomen op het dagcentrum, wanneer de persoon voldoende stabiel is kan het ook zijn dat de medicatie verstrekt wordt via een apotheek in de buurt waar hij woont.

- Module deeltijdse groepsbehandeling:

Groepsbehandeling is ook een mogelijkheid om concreet geformuleerde doelen van de cliënt te bereiken. De cliënt die hiervoor in aanmerking komt is liefst ook gestabiliseerd op de meerderheid van de levensterreinen. De doelstellingen van deeltijdse groepsbehandeling zijn vergelijkbaar met deze van individuele behandeling. Waarom dan een groepsaanbod voorzien naast het individuele aanbod?

Voor sommige cliënten is het moeilijk om via de methodiek van individuele gesprekken een goede greep te krijgen op hun situatie. Zij zijn niet gewend om over hun persoonlijke situatie te praten in een vis-à-vis situatie en stellen zich daarin terughoudend op. Doen ligt hen beter dan praten. Individuele consultaties gaan dikwijls ook maar één keer per week door. Wie problemen heeft met de constructieve invulling van zijn tijd is gebaat met frequentere

begeleiding die ook meer uren van een dag in beslag neemt. Buiten aanleren van zelfcontrole op middelenmisbruik is de inhoud van de problematische levensterreinen ook wat verschillend met individuele behandeling. Want deeltijdse groepsbehandeling biedt voordelen voor wie problemen heeft met de toepassing van sociale vaardigheden. Frequent oefenen in een veelheid van situaties is hier mogelijk. Vaardigheidstraining is in een individuele begeleiding wel mogelijk, maar een groepscontext laat toch meer oefening toe, zeker ADL (algemeen dagelijks leven) vaardigheden kunnen dan ook aan bod komen. Deze module is uitermate geschikt voor wie problemen heeft om zijn dag op constructieve wijze in te vullen. Ze is ook een mooie voorbereiding op opleiding of tewerkstelling.

Dagcentra willen hun cliënten een andere methodiek aanbieden daar waar de individuele methodiek te kort schiet. Deze andere methodiek is meer groepsgericht, meer actiegericht en intensiever.

- Groepsgericht houdt in dit geval in dat we ernaar streven om te werken met een kleine groep van 5 tot 8 aanwezige deelnemers. De groep wordt gevolgd door 2 begeleiders.
- Deze methodiek laat ook toe om te werken met toepassingen, die kunnen geobserveerd worden, wat uiteindelijk tot veel meer en betere actie levert dan een individuele methodiek, die een sterke nadruk legt op verbale communicatie. Er wordt training in sociale vaardigheden aangeboden. Stressmanagement en training van werkattitudes zijn mogelijk. Ook de ADL vaardigheden kunnen ingeoeffend worden en er wordt ten slotte een waaier uit onspannende en sportieve activiteiten aangeboden.
- De deeltijdse groepsbehandeling is intensiever, ze neemt meer tijd in beslag. Ze gaat meerder dagen per week door, meestal gedurende een volledige dag. Deze module duurt in de meeste dagcentra gemiddeld 6 maanden. Op sommige plaatsen wordt er een korter programma aangeboden.
  - Module laagdrempelige onthaalgroepen

Bij de doelgroep van de module deeltijdse groepsbehandeling staat geschreven dat deze geschikt is voor cliënten bij wie de meeste levensterreinen stabiel zijn. Er zijn uiteraard ook cliënten bij wie dat spijtig genoeg niet het geval is. Het behouden van een bepaald niveau van functioneren is hier het vertrekpunt, het gaat om een vorm van harmreduction. Grote veranderdoelen zijn er niet, het gaat eerdere over mensen een veilige plaats bieden, waar ze niet alleen zijn en wel sociale contacten hebben, waar ze kunnen deelnemen aan zinvolle tijdsbesteding. De duur van deelname aan de module is ook niet eindig, hij is onbeperkt. In termen van de veranderingscirkel van Proshaska en DiClemente gaat het hier om een behoudsfase en niet om een aktiefase.

- Module gezinsbegeleiding

Het betrekken van familieleden in de behandeling van verslaafden heeft een grote positieve invloed op de resultaten. Familieleden kunnen in de individuele behandeling betrokken worden via het traditionele systeem van counseling. De nadruk ligt dan op hoe zij een bijdrage kunnen leveren tot het herstel van de verslaafde. Het model van Patterson over opvoedingsvaardigheden geeft hier vele bruikbare handvaten.

Maar de familie kan zelf ook ondersteund worden via een zelfhulpgroep voor familieleden van druggebruikers: een groep van mensen die tweewekelijks samenkomen op vrijwillige basis. Deze mensen hebben een zoon, dochter, broer, zus of partner, die illegale drugs gebruikt in mindere of meerdere mate. Het kan gaan om soft- en/of harddrugs. Door op deze wijze het familienetwerk te versterken kan het positieve effect dat de familie heeft op de eigenlijke behandeling van de verslaafde versterkt worden.

- Module opleiding en werkgelegenheid.

Werk hebben, voldoende inkomen hebben is een héél belangrijk facet van maatschappelijke integratie. Eens het middelengebruik onder controle is, kunnen sommigen het zelf aan om deze problemen op te lossen. Voor anderen is dit minder of niet het geval. Drie vierden van de cliënten van een dagcentrum hebben echter problemen op dit terrein. Zij kunnen daarom beroep doen op de diensten van een arbeidstrajectbegeleider. In individuele gesprekken onderzoekt deze samen met de cliënt wat de obstakels en wat de mogelijkheden zijn bij een traject naar opleiding en/of werk. Op basis van deze inventaris wordt een handelplan werkgelegenheid opgesteld. De arbeidstrajectbegeleider helpt de cliënt bij het zetten van stappen om de doelen van dit handelplan te bereiken. Er is een specifiek aanbod door het verschaffen van informatie betreffende opleidings- en tewerkstellingsmogelijkheden, door sollicitatie training te geven, door training van werkattitudes, door begeleiding in de sociale economie, door ondersteuning op de werkvloer bij tewerkstelling in het normaal economisch circuit.

- Module terugvalpreventie.

Terugvalpreventie is een strategie om te voorkomen dat een persoon een bereikt veranderdoel verliest. Een terugval beschouwen we als een proces dat leidt naar een terugkeer naar het doelgedrag dat men wou veranderen. Dat doelgedrag kan bijvoorbeeld zijn: dagelijks heroïne injecteren, in het weekend amfetamine snuiven enz.. Terugvalpreventie kan niet alleen toegepast worden op afhankelijkheidsproblemen, maar ook op eetstoornissen, normoverschrijdend gedrag, agressiestoornissen.

Een persoon kan denken dat een terugval hem plots en onherroepelijk overkomt. Terugval wordt dan gezien als een fatale gril van het lot. In realiteit is terugval situatiegebonden, deze situaties kunnen zowel intra- als interpersoonlijk zijn. Situaties die bedreigend zijn voor het handhaven van de persoonlijke controle noemen we hoge risicosituaties. Men komt echter niet zo maar in een hoge risicosituatie. Allerhande factoren zorgen ervoor dat het voorkomen van een hoge risicosituatie meer of minder waarschijnlijk wordt. Er zijn drie groepen van dergelijke factoren: schijnbaar irrelevante gedachten en minibeslissingen, levensstijl factoren, hoe men omgaat met prikkels en met emotionele signalen.

Of er effectief hervallen wordt in een hoge risicosituatie hangt af van de vaardigheden die de persoon al dan niet heeft om met deze hoge risicosituatie om te gaan. Wie er wel in slaagt om op constructieve wijze om te gaan met de hoge risicosituatie zal een positief effect ervaren op zijn waargenomen gevoel van zelfbekwaamheid ( self-efficacy). Dit stijgt en daardoor daalt de kans op terugval in de toekomst. Wie echter de vaardigheden niet heeft om met de hoge risicosituatie om te gaan en ook verwacht dat gebruik hem zal helpen om de moeilijke situatie door te komen, heeft meer kans dat hij effectief zal gebruiken. Wanneer dan het "Abstinence Violation Effect" een rol speelt is de kans op een nieuwe periode van afhankelijk gebruik groot. Het Abstinence Violation Effect is de emotionele en cognitieve reactie die kan optreden wanneer iemand een zelf opgelegde afspraak niet nakomt. Men voelt zich volledig mislukt en laat zich gaan, want alles lijkt verloren.

Al deze factoren samen vormen een terugvalketen.

Het doel van terugvalpreventie is: de cliënt leert zijn eigen terugvalketen kennen, de cliënt leert persoonlijke alternatieve oplossingen hanteren per element van zijn keten, de cliënt neemt verantwoordelijkheid voor een terugvalproces, het risico op terugval verminderen of de periodes van terugval korter/minder intensief maken.

Terugvalpreventie komt aan de orde eens de persoon een veranderdoel bereikt heeft. Het komt er op aan hem aan te leren de bereikte verandering te behouden. Terugvalpreventie kan zowel individueel als in groep gegeven worden. De verschillende aspecten zijn uitgewerkt in vormingssessies. De sessies richten zich telkens tot een concreet element van

de terugval keten. Daarop enten we een aantal mogelijke interventies die passen bij deze persoon. Deze interventies kunnen we koppelen aan een specifieke plaats in de terugvalketen. De verzameling van interventies leidt tot een alternatieve keten die terugval minder waarschijnlijk maakt. In grote lijnen zijn de gebruikte interventiemethoden in te delen in twee grote groepen: vaardigheidstraining en cognitieve beïnvloeding.

- Module straathoekwerk en extramurale werking

In het aanbod van sommige dagcentra is er een module ontwikkeld voor outreachwerk en straathoekwerk.

Straathoekwerk richt zich op de realisatie van de sociale grondrechten van restgroepen en doet dit op een actieve, positieve, integrale en structurele manier. Op actieve manier de restgroep benaderen houdt in dat er niet passief afgewacht wordt tot iemand een vraag doet maar dat de doelgroep op actieve wijze benaderd wordt in zijn eigen milieu. Het is een manier om mensen te bereiken die er om één of andere reden zelf niet in slagen om aansluiting te vinden bij de bestaande maatschappelijke voorzieningen. Een straathoekwerker is dus eigenlijk een gast in het milieu van zijn doelpubliek. Dit doelpubliek wordt positief benaderd, we kunnen hier refereren naar de 'onvoorwaardelijke positieve aanvaarding', de grondhouding van de hulpverlener zoals deze in de humanistische psychologie van Carl Rodgers uitgewerkt werd. Straathoekwerk is ook een integrale benadering, elk levensterrein kan aan bod komen, zowel in zijn problematische als in zijn positieve facetten. Ook de totale context (wijk, familie) waarin een persoon leeft, wordt niet uit het oog verloren. Straathoekwerkers kunnen goede en concrete informatie hebben over de situatie op bepaalde vindplaatsen en vanuit deze probleemanalyse voorstellen doen voor structurele veranderingen.

Outreachwerk gaat over het begeleiden van mensen die wel gekend zijn en opgevolgd worden in de hulpverlening, maar die bepaalde acties buiten het centrum niet zelf aankunnen zonder ondersteuning. Dit kan zijn naar aanleiding van een crisis (bijvoorbeeld begeleiding bij een opname), of omdat men niet in staat is om naar het centrum te komen, of omdat de drempel te hoog is om bepaalde instanties te consulteren. Het kan ook gaan om de cliënt te ondersteunen bij het terug opnemen van contacten met zijn vroegere netwerk, bijvoorbeeld familie, vrienden.

Ten slotte: coördinatie tussen de verschillende modules.

Dagcentra voor afhankelijke druggebruikers zijn multi-disciplinaire centra. Na de probleemverkennde fases kan de cliënt er terecht in verschillende modules. Deze modules richten zich enerzijds tot verschillende levensgebieden en anderzijds tot verschillende fasen volgens het model van Prochaska en DiClemente. De mogelijkheden zijn groot, maar stellen wel wat eisen op gebied van samenwerking en afstemming op elkaar. Dagcentra geloven er echter in dat we zorg op maat essentiële kwaliteit is voor goede hulpverlening en investeren daarom ook in coördinatie en samenwerking.

## **Bibliografie**

Clauwers, M., Van Hal, G., & Van Damme, P. (1990). Onderzoek inzake illegaal druggebruik via de hulpverleningsdiensten in de stad Antwerpen, SODA, Onderzoeksrapport.

Keymeulen, R., en Maertens, J. (1994). Dagcentra voor Drugsgebruikers in Vlaanderen, Achtergronden en Ontwikkeling in: Handboek Verslaving, B5130, 14 pp.



Keymeulen, R., en Vandenbroele, H. (1989). First results of a system that describes flemish drugusers in treatment in Broeckaert E. en Vandenbroele H.: European Workshop on Drugpolicy Oriented Research, pp. 62-75, Gent, R.U.G., Laboratory for Orthopedagogy.

Verster, Anette en Buning, Ernst, Methadone Guidelines, Euro-Methwork, Amsterdam, 2000.